



**Mi Universidad**

**Caso Clínico**

*Nombre del Alumno: Sonia Palomeque Ochoa.*

*Nombre del tema: Caso Clínico*

*Parcial: IV*

*Nombre de la Materia: Biología del Desarrollo.*

*Nombre del profesor: Dr. Guillermo del Solar Villarreal.*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.*

*Semestre: I*

*Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 19 de Diciembre de 2023.*

## Bloque I. CASO MÉDICO No. 4

*Dr. Teófilo Toledo Hiray*

Paciente femenina de 21 años de edad, sin antecedentes de importancia. Telarca y pubarca a los 13 años, menarca a los 14 años, ritmo menstrual de 30x4, con dismenorrea discreta, en cantidad normal. Inicio de vida sexual activa a los 20 años, número de parejas sexuales 1, sin uso de métodos anticonceptivos. Se encuentra cursando 1er embarazo, Fecha de último menstruación 12 semanas antes de su ingreso.

**Padecimiento actual.** La paciente acude al hospital por presentar hemorragia transvaginal de 3 días de evolución, en regular cantidad, que ha sido tratada con reposo, acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio, irradiado a región lumbosacra. Refiere expulsión de pequeñas vesículas con aspecto de uvas por vía vaginal. Al interrogatorio dirigido refiere que presenta desde hace 5 semanas hiperemesis gravídica, de contenido biliar, que le ha condicionado pérdida de peso de aproximadamente 8 kg. Además ha presentado hemorragia transvaginal, en 4 ocasiones, de escasa cantidad, sangre oscura, sin dolor, y que los cuadros previos de hemorragia han cedido espontáneamente.

**Exploración física.** La paciente se encuentra en mal estado general, caquética, palidez acentuada, presión arterial 90/50 mmHg, pulso débil, frecuencia cardíaca 110/min, Abdomen blando, doloroso, con fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical (corresponde a embarazo de 22 semanas de gestación). Al tacto vaginal se encuentra cérvix blando, entreabierto, hemorragia vaginal oscura en regular cantidad, con coágulos.

### **Estudios paraclínicos**

Ultrasonido obstétrico: Ovarios aumentados de tamaño, con múltiples quistes teoluteínicos. Útero aumentado de tamaño, no se evidenció producto, imagen en “panal de abejas”.

Determinación sérica de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana

546,494 mUI/ml

## VALORES NORMALES DE hGC EN EL SUERO DURANTE EL EMBARAZO:

ž 0 a 2 semanas 5 – 500

ž 2 a 3 semanas 100 - 5 000

ž 3 a 4 semanas 500 - 10 000

ž 4 a 5 semanas 1 000 - 50 000

ž 5 a 8 semanas 10 000 - 200 000

ž 2 a 3 meses 10 000 - 100 00

### **Evolución**

La paciente presentó aumento de la contractilidad uterina y de la cantidad de pérdida sanguínea. Un nuevo examen ginecológico revela cuello uterino con canal permeable, palpándose material vesicular protruyendo a través de orificio cervical externo. Se decide evacuación uterina mediante aspiración, bajo control ecográfico y anestesia general. Se realizó estudio histopatológico que reporta degeneración hidrópica de vellosidades coriales. Actualmente acude al hospital para seguimiento, realizándose determinaciones seriadas de hGC.

### **ACTIVIDADES**

1.- ¿Por qué la paciente presenta hiperemesis gravídica?

La hiperemesis gravídica, caracterizada por náuseas y vómitos severos durante el embarazo, podría deberse al aumento de la hormona gonadotropina coriónica humana (hGC), que es más pronunciado en algunos embarazos.

2.- ¿Por qué están elevados los niveles de hormona gonadotropina coriónica?

Los niveles elevados de hGC pueden deberse a la presencia de una enfermedad trofoblástica gestacional, como la mola hidatiforme, que se caracteriza por un crecimiento anormal del trofoblasto.

3.- ¿Qué tejido constituye las vesículas expulsadas por la paciente?

Las vesículas con aspecto de uvas expulsadas por la paciente consisten en vellosidades coriales, que son parte del tejido placentario.

4.- Describa el aspecto macroscópico de las vellosidades coriales normales y compárelo con el material aspirado a la paciente.

Las vellosidades coriales normales tienen un aspecto esponjoso y vascularizado. En el caso de la paciente, el material aspirado muestra degeneración hidrópica de las vellosidades, lo que indica cambios patológicos.

5.- Observe un corte histológico de vellosidades coriales normales del primer trimestre y compárelo con el de la paciente.

Las vellosidades coriales normales presentan una estructura ordenada con vasos sanguíneos. En el caso de la paciente, el estudio histopatológico revela degeneración hidrópica de vellosidades, indicando cambios patológicos.

6.- ¿Por qué la altura del fondo uterino es mayor a la normal?

La altura del fondo uterino es mayor a la normal debido al crecimiento del útero, que está aumentado de tamaño debido al embarazo. En este caso, se menciona que corresponde a un embarazo de 22 semanas de gestación.

7.- ¿A qué se debe la imagen en panal de abejas que se observa en el ultrasonido?

La imagen en "panal de abejas" en el ultrasonido sugiere la presencia de múltiples quistes tecoluteínicos en los ovarios, característicos de la mola hidatiforme.

8.- La paciente está embarazada pero no tiene producto. ¿Cómo se lo explicaría?

La paciente tiene niveles elevados de hGC, pero no se evidencia un producto fetal en el ultrasonido. Esto podría deberse a la presencia de una mola hidatiforme, una enfermedad trofoblástica gestacional en la que se forma una masa anormal de tejido trofoblástico.

9.- ¿Por qué es importante realizar un seguimiento a la paciente?

El seguimiento es esencial para monitorizar los niveles de hGC y asegurar que se normalicen después de la evacuación uterina. También es necesario para detectar posibles complicaciones y garantizar la salud de la paciente.

10.- ¿Cuál es el origen de esta patología?

La patología parece ser una mola hidatiforme completa o parcial, una enfermedad trofoblástica gestacional en la que hay proliferación anormal del trofoblasto, resultando en la formación de vesículas con apariencia de uvas en lugar de un feto normal.