



Mi Universidad

Nombre del Alumno

JULETZY SALAS GABRIEL

Nombre del tema

Caso clinico

GRADO-GRUPO

I-A

Nombre de la Materia

Biologia

Nombre del profesor

Guillermo del solar villareal

Nombre de la Licenciatura

MEDICINA HUMANA

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 tecoluteínicos. 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:

D0 a 2 semanas 5 - 500

2 a 3 semanas 100 - 5 000

•3 a 4 semanas 500 - 10 000

4 a 5 semanas 1 000 - 50 000

D5 a 8 semanas 10 000 - 200 000

D2 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 gonadotropina coriónica humana (hCG) es una hormona que puede estar relacionada con la hiperemesis gravídica. El aumento de los niveles de estrógeno y progesterona puede relajar el esfínter esofágico inferior, lo que puede causar náuseas.

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

Los niveles altos de hCG pueden indicar un embarazo múltiple, como gemelos o trillizos

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

Las vesículas expulsadas están formadas por vellosidades coriales con degeneración hidrópica,

típicas de la mola hidatiforme. Estas vesículas son sacos llenos de líquido que se desarrollan a

partir del trofoblasto anómalo.

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

Las vellosidades coriónicas son pequeñas salientes que se proyectan desde la superficie del corion.

Material del paciente (mola hidatiforme). La mola hidatiforme es un tumor de crecimiento lento que se desarrolla en el útero durante un embarazo anormal. Se produce cuando un óvulo es fertilizado de forma anómala por un espermatozoide.

Es un tumor que se desarrolla a partir de células trofoblásticas.

La placenta crece normalmente, pero el tejido fetal es poco o no crece.

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

Vellosidades normales: Muestran un estroma vascularizado y cubiertas por dos capas celulares: citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto.

Vellosidades de la paciente: Presentan degeneración hidrópica (edema), ausencia de vasos

sanguíneos fetales y proliferación anormal del trofoblasto, lo que confirma la mola hidatiforme.

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

Polihidramnios: Se trata de tener demasiado líquido amniótico

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

La imagen en panal de abejas en un ultrasonido puede deberse a la presencia de estructuras quísticas en los pulmones, en el retroperitoneo o en la placenta

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

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

Y la pérdida de líquidos, acompañada de la pérdida de jugos gástricos durante los vómitos, también puede provocar deshidratación y desequilibrios electrolíticos. Una hiperémesis gravídica no tratada puede causar muchos problemas, incluyendo fallos o insuficiencias en muchos órganos y el nacimiento prematuro del bebé.

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

La hCG es una glicoproteína que está compuesta por dos subunidades: una alfa y otra beta. La subunidad alfa es la misma que la de la hormona luteinizante (LH), la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona estimulante de la tiroides (TSH).