

**Biología del desarrollo**

**Tema:**

**Caso clínico 4**

**Profesor:**

**Dr. Guillermo del Solar Villarreal**

**Alumno:**

**Hever Maximiliano Ramos Roblero**

**Semestre y grupo:**

**1er. Semestre grupo "A"**



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 cardiaca 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:

☐0 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

☐5 a 8 semanas 10 000 - 200 000

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 se debe a los niveles extremadamente elevados de gonadotropina coriónica humana (hCG). Esta hormona, secretada en exceso en enfermedades como el embarazo molar, estimula el centro del vómito en el cerebro y aumenta la producción de estrógenos, lo que contribuye a los síntomas de náuseas y vómitos.

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

La elevación extrema de la hCG ocurre porque este es un caso de **mola hidatiforme** completa. En esta condición, el trofoblasto prolifera anormalmente y produce grandes cantidades de hCG, mucho más altas que las observadas en un embarazo normal.

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.

**Vellosidades coriales normales:** Son estructuras pequeñas, ramificadas, de consistencia firme, que permiten el intercambio entre madre y feto. No presentan líquido en su interior.

**Material de la paciente (mola hidatiforme):** Consiste en vesículas translúcidas de diferentes tamaños, con apariencia de racimos de uvas. Estas vesículas están llenas de líquido y carecen de tejido fetal.

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?

El útero está aumentado de tamaño debido a la proliferación masiva del trofoblasto y la acumulación de líquido en las vellosidades coriales, típicas de una mola hidatiforme completa. Esto genera un volumen uterino desproporcionado para la edad gestacional.

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

La imagen en panal de abejas es característica de la mola hidatiforme y se produce por las múltiples vesículas llenas de líquido que ocupan el útero, formando estructuras parecidas a un panal.

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

En una mola hidatiforme completa, no hay tejido fetal porque ocurre una fertilización anómala: un óvulo sin núcleo es fertilizado, y solo se duplica el material genético del espermatozoide (46,XX o 46,XY). Esto lleva al desarrollo exclusivo de tejido trofoblástico anómalo.

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

El seguimiento es crucial porque la mola hidatiforme puede evolucionar hacia una neoplasia trofoblástica gestacional persistente o, en raros casos, un coriocarcinoma. Se monitorean los niveles de hCG hasta que se normalicen, para asegurar que no haya tejido trofoblástico residual o malignidad.

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

La mola hidatiforme tiene origen en una anomalía genética durante la fertilización:

Mola completa: Un óvulo vacío es fertilizado por uno o dos espermatozoides, resultando en duplicación del material genético paterno.

Mola parcial: Ocurre cuando dos espermatozoides fertilizan un óvulo normal, resultando en un cariotipo triploide (69,XXX; 69,XXY).

En este caso, los hallazgos son compatibles con una mola completa.