



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CASO CLÍNICO

MATERIA: BILOGÍA DEL DESARROLLO

DOCENTE: GUILLERMO DEL SOLAR
VILLARREAL

ALUMNO: RICARDO HILLEL VERA ALEGRÍA

SEMESTRE: 1 A

TAPACHULA, CHIAPAS, MÉXICO.

Bloque 1. 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, caquéctica, 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:

00 a 2 semanas 5 — 500

Ld2 a 3 semanas 100 - 5 000

Ld3 a 4 semanas 500 - 10 000

D4 a 5 semanas 1 000 - 50 000

Ld5 a 8 semanas 10 000 - 200 000

D2 a 3 meses 10 000 - 100 000

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 hiperémesis gravídica?

La hiperémesis gravídica en este caso se asocia a los altos niveles de β -hCG producidos por el tejido trofoblástico anormalmente proliferativo en la mola hidatiforme.

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

Los niveles de β -hCG están elevados debido a la proliferación excesiva del tejido trofoblástico, que es la fuente principal de esta hormona.

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

Las vesículas corresponden a vellosidades coriales edematosas e hidrópicas, características de la mola hidatiforme.

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

Las vellosidades coriales normales son estructuras delicadas, ramificadas, con un estroma laxo y vasos sanguíneos. En la mola hidatiforme, las vellosidades se edematizan, se hinchan y se transforman en vesículas translúcidas de aspecto similar a "uvas" o un "racimo".

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

Histológicamente, las vellosidades normales presentan un estroma laxo con células de Hofbauer y sincitiotrofoblasto y citotrofoblasto bien definidos. En la mola, el estroma se edematiza, las vellosidades se dilatan y hay una proliferación anormal del trofoblasto.

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

El crecimiento uterino es desproporcionado para la edad gestacional debido a la proliferación del tejido trofoblástico y la presencia de las vesículas hidrópicas.

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

La imagen en "panal de abejas" o "racimo de uvas" es característica de la mola hidatiforme y corresponde a las múltiples vesículas hidrópicas dentro del útero.

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

En la mola hidatiforme, el tejido trofoblástico prolifera de forma anormal, formando las vesículas, pero no se desarrolla un embrión viable. Es una anomalía de la fecundación que resulta en un embarazo no viable.

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

Es crucial realizar un seguimiento estricto con determinaciones seriadas de β -hCG después de la evacuación uterina para detectar una posible enfermedad trofoblástica persistente o malignización (coriocarcinoma).

10. ¿Cuál es el origen de esta patología?

La mola hidatiforme se origina por un error en la fecundación. La mola completa generalmente se produce cuando un óvulo sin núcleo es fecundado por un espermatozoide que duplica su material genético. La mola parcial suele ocurrir cuando un óvulo normal es fecundado por dos espermatozoides.