



Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno:

Gabriela Isabel Alegría Hernández

Docente:

Guillermo Del Solar Villarreal

Materia:

Biología del desarrollo

Caso clínico

1° A

Caso Clínico

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:

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 000ž 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 hCG.

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?

Los niveles de hCG están extremadamente elevados debido a la proliferación anormal de las células trofoblásticas que forman la mola hidatiforme. Estas células producen grandes cantidades de hCG, lo que lleva a los valores séricos muy superiores a los normales para un embarazo de la misma edad gestacional

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

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 coriales normales son estructuras pequeñas, ramificadas, de consistencia firme, que permiten el intercambio entre madre y feto. No presentan líquido en su interior y el material del 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.

En las vellosidades normales se observa estroma vascularizado y cubiertas por dos capas celulares, que es el citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto y las vellosidades del 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?

Esto se debe al crecimiento anormal del tejido trofoblástico, lo que hace que el útero se distinga más de lo esperado 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?

Es importante realizar un seguimiento a la paciente para: • Monitorear los niveles de hCG y asegurarse de que disminuyan progresivamente. • Detectar cualquier persistencia de tejido trofoblástico que pueda dar lugar a un coriocarcinoma

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.