



**Mi Universidad**

## **CASO CLÍNICO**

*Nombre del Alumno: Ricardo Hillel Vera Alegría*

*Nombre del tema: caso clínico*

*Parcial: 2*

*Nombre de la Materia: Biología del desarrollo*

*Nombre del profesor: Guillermo Del Solar Villarreal*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: I*

# Caso clínico Implantación y placentación

# Presentación del caso

- Paciente femenina de 30 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares de importancia. Telarca a los 12 años, menarca y pubarca a los 13 años, ritmo menstrual 28x5, cantidad normal, ritmo de eliminación normal, sin dolor. Fecha de última menstruación 38 semanas antes. Inicio de vida sexual activa a los 21 años, con 1 pareja sexual. Gesta 5, Para 3 Aborto 1. Cesárea 0. Embarazos, partos y puerperios normales, atendidos en medio hospitalario, con promedio de peso de los productos de alrededor de 3 kg. Lactancia al seno materno por 8 meses en promedio. Usó métodos anticonceptivos por periodos variables, nunca más de dos años, utilizó hormonales orales combinados, Dispositivo intrauterino y preservativos. Fecha de último parto hace 3 años. Fecha de último aborto hace 2 años, espontáneo, de 9 semanas, con legrado uterino que fue necesario repetir a las 48 horas, por retención de restos y deciduoendometritis.

## Padecimiento actual.

- Acude paciente a consulta, con embarazo a término. Refiere presentar sangrado transvaginal, de 2 días de evolución, en abundante cantidad, de color rojo brillante, con coágulos, niega dolor o algún síntoma agregado.
- Refiere que el cuadro lo había presentado desde los 4 meses de embarazo, pero la hemorragia era escasa y había cedido con reposo en cuatro ocasiones anteriores.

# Exploración física.



- Se encuentra paciente en buen estado general, con palidez de tegumentos, abdomen con fondo uterino a 32 cm por arriba de sínfisis del pubis, ocupado por producto único vivo intrauterino en situación transversa, con foco fetal audible en hemiabdomen superior a 140 latidos por minuto, rítmico y de buena intensidad.

# Estudios paraclínicos.



- Se solicita ultrasonido transabdominal, el cual reportó en corte longitudinal una imagen ecogénica homogénea, que corresponde a placenta, cubriendo totalmente orificio cervical interno. Resto sin alteraciones.

# Evolución de la paciente.



- Se realiza operación cesárea, obteniendo producto masculino, aparentemente sano. Placenta fácilmente desprendible, con cotiledones íntegros en su cara maternal, peso 500 g, con 20 cm de diámetro y 2.5 cm de grosor.

1.- ¿Qué es la implantación o nidación y cuál es el sitio normal en el que se realiza? En este caso, ¿se trató de una implantación normal?

La implantación o nidación es el proceso donde el embrión se adhiere al endometrio y se introduce en él. El sitio normal es el tercio superior de la pared posterior del útero.

En este caso no fue implantación normal debido a la placenta previa, donde esta se implantó en la parte inferior del útero, cubriendo el orificio cervical interno.



2.- Normalmente, ¿en qué día de la gestación ocurre la implantación y en qué estadio se encuentra el producto? En este caso, ¿en qué día pudo haber tenido lugar la nidación?

Normalmente: Día 6-7 post-fecundación, en estadio de blastocisto. En este caso, la implantación probablemente ocurrió en una zona más baja desde el inicio, día 1 o 2.

3.- Menciona cinco requisitos para que ocurra una implantación normal. En este caso, ¿falló la reacción decidual?

Endometrio receptivo, blastocisto viable, motilidad del blastocisto, factores de crecimiento y adhesión, vascularización adecuada del endometrio, respuesta inmunológica controlada.

En este caso, no falló la reacción decidual, ya que la placenta se formó, pero lo hizo en una localización incorrecta, cubriendo el orificio cervical interno.

4.- ¿Qué variedades existen de esta alteración placentaria y cuál corresponde al caso clínico?

- Placenta previa total: cubre completamente el orificio cervical interno (es el caso de la paciente).
- Placenta previa parcial: cubre parcialmente el orificio cervical.
- Placenta marginal: alcanza el borde del orificio cervical interno.
- Placenta de inserción baja: está cerca del orificio cervical interno, pero no lo cubre.

En este caso, corresponde a una placenta previa total, ya que cubre completamente el orificio cervical interno.

5.- ¿Qué consecuencias de dicha anomalía se presentaron en la paciente?

- Sangrado transvaginal durante el embarazo.
- Sangrado abundante con coágulos, que es un signo de alarma en estas condiciones.
- Requerimiento de cesárea para evitar el riesgo de hemorragia masiva en el parto vaginal.

6.- ¿Por qué está contraindicada la realización de un tacto vaginal a la paciente?

El tacto vaginal está contraindicado en casos de placenta previa porque puede desencadenar una hemorragia grave al lesionar la placenta y provocar una separación prematura de la misma, lo que pondría en peligro la vida de la madre y del feto.

7.- ¿Por qué se indicó operación cesárea?

Se indicó cesárea debido a la presencia de placenta previa total. En estos casos, el parto vaginal está contraindicado porque la placenta obstruye la salida del bebé y el riesgo de hemorragia severa es muy alto.

8.- ¿Cómo distingues la cara materna de la cara fetal de la placenta? ¿Qué importancia médica tiene verificar la integridad de los cotiledones?

- Cara materna: es más rugosa y presenta cotiledones (pequeños lóbulos que se insertan en el endometrio).

- Cara fetal: es lisa y brillante, cubierta por la membrana amniótica.

Verificar la integridad de los cotiledones es fundamental porque, si alguno queda retenido en el útero, puede causar complicaciones graves como hemorragia postparto e infección.

9.- ¿Son normales las características reportadas en relación a la placenta?



- Sí, las características reportadas de la placenta (peso, tamaño, cotiledones íntegros) son normales para un embarazo a término. La placenta tenía un peso de 500 gramos, lo cual está dentro del rango normal para una gestación a término, y la integridad de los cotiledones fue confirmada, lo cual es un buen indicador de que no quedaron restos placentarios en el útero.
- Este caso clínico resalta la importancia de una evaluación cuidadosa en embarazos con sangrado y el manejo adecuado de condiciones como la placenta previa.