

## CASO CLÍNICO 1:

Caso clínico: mujer de 32 años que acude a revisión posparto a los 35 días.

- Embarazo normal, refiere menorragia previa al embarazo.

Se encuentra lactando y tiene deseo de hacerlo por 4 meses más. Desea un anticonceptivo, no descarta embarazo en 2 o 3 años,

- ¿Qué anticonceptivo le indicarías?
- ¿Qué factores considerarías importantes?
- ¿Sabes qué es el levonorgestrel?

## CASO CLÍNICO 2:

Mujer de 38 años de edad con 39 semanas de gestación, portadora de un mioma uterino de 4cm y con 3 partos previos (requiriendo transfusión sanguínea en el último de ellos).

Durante el embarazo actual, se le diagnosticó diabetes gestacional y polihidramnios.

Después de un periodo de dilatación de 9 horas, en el que fue preciso administrar oxitócicos, y un expulsivo prolongado que requirió episiotomía y el uso de fórceps, dio a luz a un varón sano de 3,900g.

Posteriormente, durante la sutura de la episiotomía, presenta sudoración y mareo.

## CASO CLÍNICO 3:

Se presenta a la consulta mujer de 39 años de edad, casada, ama de casa, con licenciatura trunca, originaria de Málaga, reside actualmente en Madrid y profesa la religión católica.

APNP: Niega consumo de tabaco, alcohol o sustancias psicoactivas, habita en casa propia con todos los servicios de urbanización, sin hacinamiento ni animales en casa, higiene y actividad física adecuada, alimentación adecuada en calidad y cantidad, salvo por la ausencia de consumo de productos cárnicos, esquema de inmunizaciones completo.

APP: Negados.

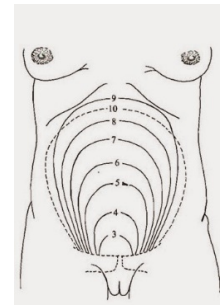
AHF: Madre diabética, padre hipertenso, ambos con vida, abuelo falleció de cáncer de próstata.

AGO: Menarca a los 13 años, con ritmo regular. Inicio de vida sexual activa a los 17 años, con cuatro parejas sexuales hasta la fecha. La fecha de última menstruación (FUM) es el 15 de septiembre de 2016, la fecha probable de parto (se calcula con la fórmula de Nagele:  $FUM+7d-3m+1^a$ ) según FUM es el 22 de junio de 2017, se calcula una edad gestacional de 5.2 SDG.

G5P2C1A2, desconoce la causa de los abortos, los tres hijos han tenido embarazos normoevolutivos, sin complicaciones.

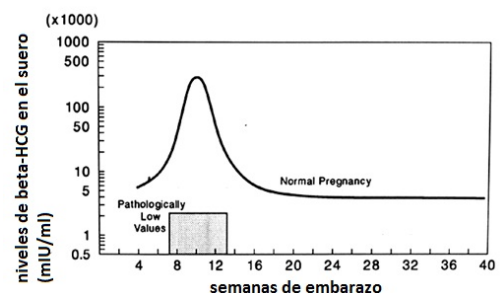
Padecimiento actual: Acude la paciente referida por su centro de salud habitual con historia de sangrado transvaginal de 2 días de evolución acompañado de dolor pélvico constante, persistente, de tipo cólico, que no modifica su intensidad; náusea y vómito en 4 ocasiones con contenido gastroduodenal.

Exploración física: T° 37°C; TA 125/89 mmHg, FC 90 lpm, FR 21 rpm. **Fondo uterino a 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical.** Leve dolor a la palpación superficial, media y profunda. A la observación con espéculo, se aprecia hemorragia transcervical no activa.



Análisis de laboratorio:

- Química sanguínea: sin alteraciones.
- Hemograma: Hb 11.g/dL Hto: 34% VCM: 69 fL  
HCM: 25 pg CMHC: 28 g/dL
- Progesterona sérica: 14 ng/mL
- PFH: sin alteraciones
- PFT: sin alteraciones
- Beta-hCG: 57,725 mUI/mL



La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un espectro amplio de patologías cuyo origen es la proliferación anormal del trofoblasto, e incluye la mola hidatiforme parcial y completa, los tumores del sitio de implantación placentaria, coriocarcinoma y mola invasiva. Entre los factores de riesgo involucrados se encuentra la edad materna menor a 15 o más de 40 años, embarazo molar previo, tabaquismo, alcoholismo, y recientemente se postuló que también la dieta deficiente en grasas de origen animal y carotenos pueden ser factores de riesgo determinantes para el desarrollo de estas enfermedades.

La mola hidatiforme puede ser completa o incompleta.

La mola completa puede ser:

- Androgenética homocigota: 80% de las molas completas, con dos complementos cromosómicos paternos derivados de la duplicación de los cromosomas paternos haploides. Los individuos afectados son siempre femeninos, nunca se ha observado una mola con cariotipo 46,YY.
- Androgenética heterocigota: 20% de las molas completas. El individuo afectado puede ser varón o mujer, todos los cromosomas son de origen paterno, más probablemente debido a dispermia.

En la mola completa nunca hay tejido fetal. En la mola parcial podemos encontrar con frecuencia tejido fetal, con hallazgos histopatológicos de eritrocitos y vasos fetales en las vellosidades, con complemento cromosómico 69,XXX o 69,XXY. Esto resulta de la fertilización de un ovocito haploide y duplicación de los cromosomas haploides paternos o por dispermia. También es probable encontrar tetraploidía. En ambas molas encontramos degeneración hidrópica y proliferación trofoblástica.

Clínicamente, la mola completa se manifiesta con sangrado vaginal (50%), hiperémesis alrededor de las 5-9 SDG (4%) e hipertiroidismo (3.7%) después de la décima SDG.

La mola parcial no tiene la misma clínica que la mola completa.

A la exploración física, el hallazgo principal que debemos tomar en cuenta es que la altura del fondo uterino es inconsistente con la edad gestacional, de hecho, este se considera uno de los síntomas clásicos de una mola completa, derivado del tejido trofoblástico excesivo y la retención de sangre; sin embargo, no es patognomónico y no se presenta en todas las pacientes, hay quienes incluso pueden tener un útero más pequeño que el esperado para la edad gestacional. Gracias a las técnicas de ultrasonografía, cada vez el diagnóstico de mola hidatiforme es más precoz y las cifras de preeclampsia (que en pacientes con mola hidatiforme tiene mayor incidencia) apenas alcanzan un 2%. En los ovarios pueden desarrollarse quistes de la teca luteínica, que pueden llegar a alcanzar los 6 cm, y, aunque no son palpables, se pueden hallar con USG, se

relacionan con dolor pélvico y producen un elevado riesgo de torsión. Se desarrollan en respuesta a los niveles elevados de beta-hCG e involucionan una vez que la mola se evacúa.

En la mola parcial, el crecimiento uterino y la preeclampsia se reporta en solamente 5% de las pacientes, y los quistes de la teca luteínica, hiperémesis e hipertiroidismo son extremadamente raros.

En el análisis bioquímico, se debe considerar la concentración sérica de beta-hCG, un hemograma completo, pruebas de función hepática y tiroidea, tipo sanguíneo y factor Rh. También debe realizarse una ecografía pélvica (gold standard) para identificar mola parcial o completa. La imagen clásica, usando la vieja terminología ultrasonográfica, es el patrón en tormenta de nieve, representando las vellosidades coriónicas hidrópicas. Actualmente, con ecografía de alta resolución, se puede apreciar el patrón en "racimo de uvas", dado por la compleja masa intrauterina que contiene muchos quistes pequeños y medianos. También debe solicitarse una radiografía anteroposterior de tórax.

Posterior a la evacuación, se realiza un estudio citogenético para determinar el componente cromosómico de la mola, así como un análisis histopatológico, que, con las características mencionadas previamente, sentará por definitivo el diagnóstico de mola hidatiforme.

El tratamiento médico deberá enfocarse a corregir la anemia, coagulopatías e hipertensión, de existir. El tratamiento definitivo es quirúrgico y consiste en la evacuación o aspiración manual endouterina.

Hydatiform mole. Radiopaedia (sede web), obtenido el 6 de octubre de 2016 desde: <https://radiopaedia.org/articles/hydatidiform-mole>

Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Catálogo Maestro de CENETEC, obtenido el 7 de octubre de 2016 desde: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/228\\_SS\\_09\\_Enf\\_trofoblastica\\_Gest/EyR\\_SS\\_228\\_09.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/228_SS_09_Enf_trofoblastica_Gest/EyR_SS_228_09.pdf)

Williams' Obstetrics. 24th edition. McGraw-Hill editorial, USA, 2015.

Graadt von Rogen, MD PhD. Hydatiform mole, images in practical medicine. (2001) Current Awareness. Prenatal Diagnosis 21:10.1002/pd.v21:12, 1103-1109

Ito Y, Maehara K. Novel nonsense mutation in the NLRP7 gene associated with recurrent hydatiform mole. *Gynecol Obstet Invest*. 2015 Nov 26.

## **Manejo de la Carcinomatosis Peritoneal Ovárica Estadio IV**

Expondremos el caso de una paciente de 52 años que acude a consulta por dolor en costado derecho. Durante la exploración y pruebas complementarias se detecta una masa ovárica.

A lo largo de la ponencia pasaremos por todas las fases de diagnóstico, tratamiento y seguimiento que se realizan a un paciente con esta patología.

Para seguir adecuadamente la exposición el alumno debería hacer un pequeño repaso de los síntomas y signos ante un cáncer de ovario, el diagnóstico (importante repasar los marcadores tumorales, en especial el Ca125 y el Ca 19.9) y diagnóstico diferencial de masas ováricas. Por último la clasificación TNM del cáncer de ovario y el tratamiento.

Aquí dejamos un pequeño resumen:

- Anamnesis y exploración:
  - Síntomas y signos inespecíficos (distensión abdominal, dolor abdominal y/o pélvico, disfagia, poliuria y tenesmo, ascitis, masas pélvica palpables)
  - Pruebas complementarias (ECO)
  - Marcadores tumorales: CA 125, Ca 19.9, B7-H4: 371
- Diagnóstico diferencial de Masa Ovárica.
- Clasificación TNM
  - Pruebas de Imagen (TAC)
  - Evaluación de la extensión: Escala Fagotti (exploración laparoscópica de la cavidad abdominal)
- Tratamiento: Cirugía (Citorreducción) +/- Quimioterapia. El objetivo más importante de la citorreducción es conseguir la reducción óptima (CO), en la cual no hay restos tumorales visibles.

## A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO



**Nombre:** Dionís.

**Apellidos:** Liñán Bodí.

**Universidad** Rovira i Virgili.

Presentamos un caso clínico de una paciente de 45 años con peso: 76 kg, talla: 1,57m.

### Motivo de consulta

Leucorrea e hipermenorrea de 5 meses de evolución.

### Antecedentes

TPAL: 3003. Vaginal/cesárea. No patologías crónicas. No alergia. DUM 28/01/2014.

### Historia de la enfermedad actual

Dolor hipogástrico inespecífico de 5 meses de evolución (Diciembre de 2013), asociado a dispareunia, hipermenorrea, en el examen ginecológico se encuentra un útero hipertrófico, dolor a la movilización uterina en el tacto bimanual y leucorrea. Se pide ecografía TV y se toma muestra vaginal para cultivo.

La Ecografía TV: útero en AVF, de 116x87mm, polimiomatoso, destaca mioma subseroso posterior de 65 mm y otro mioma subseroso fúndico de 35mm. Endometrio de 21 mm, engrosado de aspecto heterogéneo con 2 posibles pólipos de 11 y 13 mm respectivamente. Ovarios no visualizados por hipertrofia uterina, pero se puede descartar patología ocupante del espacio a nivel ovárico. No líquido en el espacio de Douglas. Conclusión Diagnóstica: útero hipertrófico polimiomatoso a descartar pólipos endometriales.

Paciente con deseo gestacional cumplido, solicita histerectomía total simple; por el tamaño de los miomas se inician análogos (Decapeptyl) dosis trimestral) a fin de intentar la vía vaginal. El 13/02 2015 se le realiza HTVS+ salpinguectomía bilateral, donde se encuentra como hallazgo dilatación bilateral de ambas trompas uterinas.

### ¿Qué será esta dilatación de ambas trompas?

- a) Enfermedad inflamatoria pélvica.
- b) Endometriosis.
- c) Carcinoma seroso bilateral de trompas.
- d) Inflamación general.