



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/

Examen de casos pràctics del concurs oposició de la categoria facultatiu/facultativa especialista d'àrea de ginecologia i obstetrícia

Aquest examen inclou cinc opcions temàtiques:

1. Obstetrícia
2. Oncologia
3. Ginecologia general
4. Sòl pelvià
5. Mama

Cada opció consisteix en un cas clínic i quatre preguntes. Heu de triar una de les opcions i respondre les quatre preguntes corresponents.

OPCIÓ «OBSTETRÍCIA»

Gestant de 35 anys natural de Nigèria, amb un IMC = 32, sense antecedents familiars i personals mèdics rellevants.

- Es tracta de la cinquena gestació, amb una fórmula obstètrica (2-1-1-3).
- Primera gestació: 25 anys; part eutòcic en la setmana 38; pes del nounat: 4.000 g.
- Segona gestació: 26 anys; avortament espontani en la setmana 13 i raspament posterior.
- Tercera gestació: 30 anys; cesària en la setmana 37+1 després d'una inducció fallida pel trencament prematur de membranes; pes del nounat: 3.700 g.
- Quarta gestació: 33 anys; part prematur espontani després del trencament prematur de membranes en la setmana 32+0; pes del nounat: 1.750 g.

La gestant acudeix a la primera visita gestacional estant en la setmana 11+ de la gestació, segons la data de l'última regla. Presenta bon estat general; no s'ha fet cap analítica en el primer trimestre. Les preses de la pressió arterial donen aquests resultats: 130/85, 140/85, 150/80 i 135/85. En l'ecografia s'observa un fetus amb activitat cardíaca normal, una CRL de 49 mm coincident amb amenorrea i una transparència nucal de 4 mm. No s'hi observen anomalies morfològiques. La quantitat de líquid amniòtic és normal i la placenta està inserida a la cara anterior.

Pregunta 1

Desenvolupau la conducta que establiríeu per a aquesta gestant amb les dades de què disposau.

Raonau els factors de risc que presenta, descriuiu les pautes de prevenció i cribatge i anotar quines exploracions, proves de laboratori o intervencions clíniques indicariéu.

En la setmana 20+3 la gestant acudeix a la consulta del segon trimestre per a una ecografia morfològica. La pressió arterial dona aquests resultats: 140/80, 135/90, 140/90 i 135/85. El guany ponderal és de 10 kg. En l'ecografia, la biometria fetal correspon a la setmana 19+0. No hi ha alteracions amnioplacentàries i no s'hi aprecien malformacions fetals.

Pregunta 2

Explicau la conducta clínica apropiada després d'aquestes troballes; si ho considereu oportú, indicau quines dades rellevants per al control d'aquesta gestació hauríeu d'ampliar en l'exploració realitzada.

En la setmana 24+5, la gestant acudeix al servei d'urgències perquè refereix sensació de pes i dolor còlic esporàdic a l'hipogastri. Està apirètica, la pressió arterial és de 130/80.

En l'exploració amb espècul no es detecta pèrdua de líquid amniòtic; l'orifici cervical està tancat; no s'hi aprecia sagnia.

L'ecografia mostra un fetus amb activitat cardíaca i moviments normals. Pes fetal, estimat en percentil 20. Sense alteracions en la quantitat de líquid amniòtic ni anomalies placentàries. Doppler de les artèries uterines amb IP = 1,35 (percentil 96); Doppler de l'artèria umbilical amb IP = 1,41 (percentil 71) i presència de diàstole en totes les ones. La longitud cervical mesurada per ecografia transvaginal és de 19 mm.

Pregunta 3

Comentau i desenvolupau com tractaríeu el cas després d'aquestes troballes.

La gestant acudeix a una consulta obstètrica pautaada en la setmana 33+1. La pressió arterial és de 160/100 en dues preses consecutives, separades 60 minuts.

En l'ecografia s'aprecia un fetus en situació longitudinal podàlica (modalitat de natges pures), líquid amniòtic en quantitat normal (borsa màxima de 4 cm), placenta anterolateral dreta i activitat cardiofetal normal.

Biometria: pes fetal estimat = 1.701 g (percentil 3); Doppler de l'artèria umbilical amb IP = 1,49 (> p.95) amb diàstole durant tota l'exploració; Doppler de l'artèria cerebral mitjana amb IP = 1,20 (< p.5); Doppler del ducte venós amb IP = 0,60 (< p.95) amb presència d'ona diastòlica; Doppler de les artèries uterines amb IP = 1,50 (> p.95).

Pregunta 4

Com actuaríeu després d'aquesta consulta? Descriviu i raonau l'orientació diagnòstica, l'abordatge que faríeu del cas, i la manera i el moment de finalització de la gestació.

- Pacient de 37 anys.
- Antecedents familiars: sense interès.
- Antecedents personals: rinitis al·lèrgica, cistitis, dislipèmia i síndrome del túnel carpià.
- Antecedents quirúrgics: no en té.
- Antecedents tòxics i al·lèrgics: sense al·lèrgies medicamentoses conegudes; fumadora de 10 cigarrets per dia.
- Antecedents ginecològics i obstètrics:
 - Menarquia als 15 anys d'edat; menstruacions normals, amb una durada de 5 dies cada 28 dies. Inici de les relacions sexuals als 20 anys. Parella estable.
 - Historial contraceptiu amb preservatiu, implant anticonceptiu subdèrmic i actualment amb un DIU de levonorgestrel (LNG) de 13,5 mg.
 - Cribratge de càncer de cèrvix amb antecedents d'ASC-US fa set anys amb genotipatge + per VPH 16, amb negativització posterior. Antecedent citobiòptic de LIE de grau baix fa quatre anys, amb negativització posterior (dues citologies negatives al cap de 6 i 12 mesos).
 - Fórmula obstètrica: 0000.
- Motiu de la consulta: acudeix al servei de ginecologia per a control del DIU d'LNG de 13,5 mg, que era a prop d'arribar al temps màxim d'ús recomanat, de tres anys. A més, refereix cicles irregulars i espòtings hemàtics amb coitorràgia des de fa un any. Després de l'exploració i una ecografia normal amb el DIU normoinserit, es fa una citologia cervicovaginal i se cita la pacient per comunicar-li els resultats i canviar el DIU.
- El resultat de la citologia és de LIE de grau alt, per la qual cosa se li fa una colposcòpia i una biòpsia en una zona de mosaic regular de les 10-11 horàries de cèrvix, que dona com a resultat una displàsia greu amb focus dubtosos de microinvasió:
 - Peça de conització cervical i ampliació endocervical amb carcinoma escamós queratinitzant.
 - Mida del tumor (extensió horitzontal): 12 mm. p(T1b).
 - Profunditat de la invasió (invasió estromàtica): 8 mm.
 - Invasió vascular: no.
 - Marge profund: lliure.
 - Marge endocervical (identificat com a aprofundiment endocervical): lliure.

- Marge exocervical: lliure.
- TNM patològic (FIGO): estadi IB. p(T1b Nx Mx).
- Exploració oncològica:
 - Pacient en bon estat general, normotensa, apirètica i amb freqüència cardíaca dins dels rangs normals.
 - IMC = 24.
 - L'examen general és normal.
 - No hi ha alteracions al cap ni al coll.
 - No s'hi aprecien adenopaties.
 - La palpació abdominal és normal, no dolorosa i sense masses abdominals.
- Exploració ginecològica:
 - Genitals externs i una vagina normals.
 - Cèrvix amb cicatriu de conització àmplia sense lesions aparents, amb contorn conservat i vagina visualment lliure.
 - El tacte abdominovaginal combinat fa palès un cèrvix i un úter de mida normal, mòbil regular i no dolorós a la palpació.
 - Tacte rectal amb parametris lliures.
- Proves exploratòries complementàries: anàlisi sanguínia (bioquímica, hemograma i proves de coagulació) i urinari normals.
- Ecografia transvaginal:
 - Úter de silueta regular en AVF- de 59 mm de mida longitudinal i 37 mm de mida anteroposterior.
 - Miometri amb ecogenicitat normal.
 - Endometri d'aspecte normal, no engrossit.
 - DIU LNG en la posició correcta.
 - Ovaris d'ecoestructura i mida normals.
 - Electrocardiograma normal.
- TAC de tòrax + abdomen + pelvis:
 - No s'hi aprecien adenopaties axil·lars, mediastíniques ni hilars de mida significativa.
 - No s'hi aprecia embassament pleuropericàrdic.
 - No s'hi aprecien infiltrats ni nòduls pulmonars.
 - Fetge homogeni, sense lesions focals significatives.
 - Melsa, tots dos ronyons, glàndules suprarenals, pàncrees, vesícula i vies biliars sense troballes ressenyables.
 - No s'hi aprecien adenopaties retroperitoneals ni pelvianes de mida significativa.
 - Portadora de DIU.
 - Discreta protrusió discal posterior en L4-L5.

- Ompliment parcial de la bufeta sense lesions de paret significatives.
- Contorns imprecisos del segment uterí inferior, per correlacionar amb patologia de base. Conclusió: estudi d'extensió de la neoplàsia del cèrvix, sense dades d'extensió a distància.
- Ressonància magnètica de la pelvis:
 - Úter en anteroversoflexió amb lesió ocupant d'espai (LOI) isointensa en la meitat esquerra del cèrvix de 20 x 16 mm, sense invasió de parametris.
 - Úter: 58 x 46 x 39 mm.
 - Relació cos-coll normal.
 - Canal endocervical de característiques normals.
 - Conservada la intensitat de senyal del miometri.
 - Tots dos ovaris de forma, mida i localització normals.
 - No hi ha líquid lliure intraperitoneal ni en el fons del sac.
 - No s'observen adenomegàlies en les cadenes pelvianes o inguinals bilateralment.
 - Intensitat del senyal dels ossos examinats normal; no es reconeix la presència de lesions focals.
 - Articulacions coxofemorals i sacroilíagues de morfologia i conformació normals, sense col·leccions líquides intraarticulars ni periarticulars.
 - Musculatura de la pelvis simètrica; no es reconeixen masses intrapelvianes.
 - Bufeta urinària distesa, sense lesions intraluminals o de les parets. En administrar un mitjà de contrast no s'observa àrea de realç patològic.
- Conclusió: LOI endocervical de 20 x 16 mm. No hi ha invasió en els parametris.

Pregunta 1

Quins són els principals aspectes epidemiològics i histològics al voltant del càncer de cèrvix?

Pregunta 2

Quin és el pronòstic en general i les possibilitats de supervivència d'aquesta pacient?

Pregunta 3

Conducta terapèutica i millors opcions de tractament per a aquesta pacient.



Pregunta 4

Quines són les consideracions i les directrius actuals pel que fa a la principal modalitat de tractament d'aquesta pacient segons l'estadi en què es troba i com es modificaria si la pacient tingués desig genèsic?

**OPCIÓ «GINECOLOGIA GENERAL»**

Pacient de 39 anys que acudeix al servei d'urgències generals referint dolor de tres dies d'evolució a la fossa ilíaca dreta, irradiat a la zona lumbar, que no ha cedit amb ibuprofèn. Després de valorar el cas, se li fa una ecografia abdominal que només evidencia una massa annexial dreta, per la qual cosa la pacient és derivada al servei d'urgències de ginecologia.

Pregunta 1

Sense conèixer més dades, a priori, ¿quin seria el diagnòstic diferencial d'una massa annexial en una pacient de 39 anys?

Al servei d'urgències de ginecologia s'amplia la informació del cas amb l'anamnesi i una exploració.

- Anamnesi:
 - Antecedents familiars i personals sense interès.
 - Fisioterapeuta de professió.
 - No té al·lèrgies medicamentoses conegudes ni ha estat sotmesa a intervencions quirúrgiques. No pren medicació habitualment.
 - Fumadora de 5 cigarrets per dia.
 - Menarquia als 11 anys. Fórmula menstrual: 4/28.
 - Fórmula obstètrica 0.0.1.0 (un avortament espontani fa dos anys, amb la parella actual).
 - No fa servir cap mètode anticonceptiu.
 - La pacient refereix que habitualment presenta dismenorrea, que controla amb naproxèn, però en aquesta última regla el dolor va continuar una vegada acabada la menstruació i no ha millorat amb el naproxèn que pren habitualment.
- Exploració física:
 - Bon estat general, hemodinàmicament estable.
 - Pressió arterial: 128/72. Temperatura: 36,8 °C.
 - Abdomen blan i depressible, dolorós a la palpació profunda en FID.
 - Genitals externs normals.
 - Espècul vaginal: cèrvix macroscòpicament normal i flux d'aspecte normal no pudent.
 - Tacte vaginal: cèrvix no dolorós a la mobilització; úter en retroversió, poc mòbil, de mida normal; fons del sac de Douglas lliure.

- Proves complementàries:
 - Ecografia transvaginal:
 - Úter en retroversió, amb endometri trilaminar.
 - Ovari esquerre d'aspecte normal, amb activitat folicular.
 - Formació annexial dreta de 40 mm de diàmetre màxim, sense connexió amb l'úter; formació arrodonida, unilocular i de límits precisos, de contingut homogeni i ecogenicitat moderada comparada amb el parènquima ovàric, amb un puntejat fi a l'interior i sense envans.
 - Sense líquid lliure al fons del sac de Douglas.
 - Test d'embaràs: negatiu.
 - Analítica:
 - Hemoglobina: 13,50 g/dl.
 - Leucòcits: 5.910/ μ L
 - PCR: 0,4 mg/L.

Pregunta 2

Amb les dades aportades ja deveu haver establert la sospita diagnòstica més probable. En què consisteix la patologia i com es confirma el diagnòstic?

- La pacient és donada d'alta i citada al cap d'un mes a la consulta de ginecologia per tornar a avaluar la patologia.
- A la consulta se li fa una anamnesi dirigida:
 - La pacient refereix dismenorrea intensa i progressiva, que s'ha anat intensificant en el darrer any.
 - Presenta disparèunia ocasional, més freqüent també en els darrers mesos.
- No presenta alteració de l'hàbit intestinal.
- No fa servir cap mètode anticonceptiu, per desig gestacional de més de tres anys d'evolució.
- Exploració:
 - Espècul vaginal: nòdul blavós al fons del sac posterior.
 - Tacte vaginal: es palpa un nòdul dolorós al fons del sac.
 - Tacte rectal: no es palpen nòduls.
 - Ecografia transvaginal: s'evidencia la mateixa formació annexial descrita, sense canvis respecte de la prèvia.

Pregunta 3

Quines serien les línies d'actuació en aquesta pacient?



Pregunta 4

Si la pacient tingués tres fills i desig genèsic complet, ¿quines serien aleshores les línies d'actuació?

OPCIÓ «SÒL PELVIÀ»

Dona de 53 anys que acudeix a la consulta al cap de sis mesos després d'una intervenció d'incontinència d'orina d'esforç per mitjà d'una banda lliure de tensió transobturadora (duïta a terme en un altre centre). Refereix que va ser la primera intervenció realitzada sobre el problema.

La pèrdua d'orina va aparèixer des del postoperatori inicial i presenta les mateixes característiques que abans de la cirurgia (síntomes d'incontinència urinària amb predomini d'esforç), la qual cosa obliga la pacient a emprar sempre protectors, que li suposen una gran interferència en la vida quotidiana.

Pregunta 1

Estructures neuromusculars que intervenen en la continència.

Pregunta 2

Desenvolupau quina anamnesi i quines exploracions clíniques cal fer i quins són els factors de risc.

Pregunta 3

Valor de la urodinàmica en la recidiva i/o persistència de la incontinència d'orina d'esforç. Paper de l'ecografia del sòl pelvià i paràmetres que cal cercar.

Pregunta 4

Desenvolupau les possibles opcions de tractament.

OPCIÓ «MAMA»

- Pacient de 50 anys.
- Antecedent de dues ties maternes amb càncer de mama, als 80 i als 85 anys.
- Se li va fer per primera vegada una mamografia de cribratge poblacional, en la qual es va detectar un nòdul sospitós, no palpable, en el quadrant superior i extern de la mama dreta, que es va qualificar com a BI-RADS 4C. La lesió és visible per mitjà d'ecografia i presenta una grandària d'1,5 cm. La mama té una grandària mitjana (no és petita). L'aixella és negativa per ecografia.

Pregunta 1

Com s'ha d'orientar el diagnòstic histològic en aquest cas? Justificau-ho.

Pregunta 2

Quina seria la indicació terapèutica més lògica en aquest cas? Justificau-ho.

Implicacions en el tractament.

Es fa una tumorectomia ecoguiada més una biòpsia selectiva del gangli sentinella. Els marges de la tumoració estan lliures, amb una distància mínima de 2 mm del component infiltrant i d'1 mm del component *in situ*. Per mitjà del mètode OSNA en el gangli sentinella s'obté un resultat de 7.000 còpies de càrrega tumoral total.

Pregunta 3

Com s'ha d'interpretar el resultat dels marges i del gangli sentinella en aquest cas? Justificau-ho.

Finalment, el cas es presenta al Comitè de Mama amb tots els resultats definitius. No hi ha hagut canvis en l'estudi definitiu de la peça, llevat que el carcinoma ductal infiltrant és ara de grau 3.

Pregunta 4

Quina seria la indicació terapèutica més lògica per a aquest cas? Justificau-ho.