



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

Examen de casos prácticos del concurso-oposición de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de ginecología y obstetricia

Este examen incluye cinco opciones temáticas:

1. Obstetricia
2. Oncología
3. Ginecología general
4. Suelo pélvico
5. Mama

Cada opción consiste en un caso clínico y cuatro preguntas. Tiene que elegir una de las opciones y responder las cuatro preguntas correspondientes.

OPCIÓN «OBSTETRICIA»

Gestante de 35 años natural de Nigeria, con un IMC = 32, sin antecedentes familiares y personales médicos relevantes.

- Se trata de la quinta gestación, con una fórmula obstétrica (2-1-1-3).
- Primera gestación: 25 años; parto eutócico en la semana 38; peso del recién nacido: 4.000 g.
- Segunda gestación: 26 años; aborto espontáneo en la semana 13 y legrado posterior.
- Tercera gestación: 30 años; cesárea en la semana 37+1 tras una inducción fallida por la rotura prematura de membranas; peso del recién nacido: 3.700 g.
- Cuarta gestación: 33 años; parto prematuro espontáneo tras la rotura prematura de membranas en la semana 32+0; peso del recién nacido: 1.750 g.

La gestante acude a la primera visita gestacional estando en la semana 11+de la gestación, según la fecha de la última regla. Presenta buen estado general; no se ha hecho ninguna analítica en el primer trimestre. Las tomas de la presión arterial dan estos resultados: 130/85,140/85, 150/80 y 135/85. En la ecografía se observa un feto con actividad cardíaca normal, una CRL de 49 mm coincidente con amenorrea y una translucencia nucal de 4 mm. No se observan anomalías morfológicas. La cantidad de líquido amniótico es normal y la placenta está inserta en la cara anterior.

Pregunta 1

Desarrolle la conducta que establecería para esta gestante con los datos de que dispone.

Razone los factores de riesgo que presenta, describa las pautas de prevención y cribado y apunte qué exploraciones, pruebas de laboratorio o intervenciones clínicas indicaría.

En la semana 20+3 la gestante acude a la consulta del segundo trimestre para una ecografía morfológica. La presión arterial da estos resultados: 140/80, 135/90, 140/90 y 135/85. La ganancia ponderal es de 10 kg. En la ecografía, la biometría fetal corresponde a la semana 19+0. No hay alteraciones amnioplacentarias y no se aprecian malformaciones fetales.

Pregunta 2

Explique la conducta clínica apropiada tras estos hallazgos; si lo considera oportuno, indique qué datos relevantes para el control de esta gestación debería ampliar en la exploración realizada.

En la semana 24+5, la gestante acude al servicio de urgencias porque refiere sensación de peso y dolor cólico esporádico en el hipogastrio. Está apirética, la presión arterial es de 130/80.

En la exploración con espéculo no se detecta pérdida de líquido amniótico; el orificio cervical está cerrado; no se aprecia sangrado.

La ecografía muestra un feto con actividad cardíaca y movimientos normales. Peso fetal, estimado en percentil 20. Sin alteraciones en la cantidad de líquido amniótico ni anomalías placentarias. Doppler de las arterias uterinas con IP = 1,35 (percentil 96); Doppler de la arteria umbilical con IP = 1,41 (percentil 71) y presencia de diástole en todas las ondas. La longitud cervical medida por ecografía transvaginal es de 19 mm.

Pregunta 3

Comente y desarrolle cómo trataría el caso tras estos hallazgos.

La gestante acude a una consulta obstétrica pautada en la semana 33+1. La presión arterial es de 160/100 en dos tomas consecutivas, separadas 60 minutos.

En la ecografía se aprecia un feto en situación longitudinal podálica (modalidad de nalgas puras), líquido amniótico en cantidad normal (bolsa máxima de 4 cm), placenta anterolateral derecha y actividad cardiofetal normal.

Biometría: peso fetal estimado = 1.701 g (percentil 3); Doppler de la arteria umbilical con IP = 1,49 (> p.95) con diástole durante toda la exploración; Doppler de la arteria cerebral media con IP = 1,20 (< p.5); Doppler del *ductus* venoso con IP = 0,60 (< p.95) con presencia de onda diastólica; Doppler de las arterias uterinas con IP = 1,50 (> p.95).

Pregunta 4

¿Cómo actuaría tras esta consulta? Describa y razone la orientación diagnóstica, el abordaje que haría del caso, y el modo y el momento de finalización de la gestación.

OPCIÓN «ONCOLOGÍA»

- Paciente de 37 años.
- Antecedentes familiares: sin interés.
- Antecedentes personales: rinitis alérgica, cistitis, dislipemia y síndrome del túnel carpiano.
- Antecedentes quirúrgicos: no los tiene.
- Antecedentes tóxicos y alérgicos: sin alergias medicamentosas conocidas; fumadora de 10 cigarrillos al día.
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos:
 - Menarquia a los 15 años de edad; menstruaciones normales, con una duración de 5 días cada 28 días. Inicio de las relaciones sexuales a los 20 años. Pareja estable.
 - Historial contraceptivo con preservativo, implante anticonceptivo subdérmico y actualmente con un DIU de levonorgestrel (LNG) de 13,5 mg.
 - Cribado de cáncer de cérvix con antecedentes de ASC-US hace siete años con genotipado + para VPH 16, con negativización posterior. Antecedente citobiopsico de LIE de grado bajo hace cuatro años, con negativización posterior (dos citologías negativas a los 6 y a los 12 meses).
 - Fórmula obstétrica: 0000.
- Motivo de la consulta: acude al servicio de ginecología para control del DIU de LNG de 13,5 mg, que estaba próximo a alcanzar el tiempo máximo de uso recomendado, de tres años. Además, refiere ciclos irregulares y manchados hemáticos con coitorragia desde hace un año. Tras la exploración y una ecografía normal con el DIU normoinserito, se hace una citología cérvico-vaginal y se cita a la paciente para comunicarle los resultados y cambiar el DIU.
- El resultado de la citología es de LIE de alto grado, por lo que se le hace una colposcopia y una biopsia en una zona de mosaico regular de las 10-11 horarias de cérvix, que da como resultado una displasia grave con focos dudosos de microinvasión:
 - Pieza de conización cervical y ampliación endocervical con carcinoma escamoso queratinizante.
 - Tamaño del tumor (extensión horizontal): 12 mm. p(T1b).
 - Profundidad de la invasión (invasión estromal): 8 mm.
 - Invasión vascular: no.
 - Margen profundo: libre.

- Margen endocervical (identificado como profundización endocervical): libre.
- Margen exocervical: libre.
- TNM patológico (FIGO): estadio IB. p(T1b Nx Mx).
- Exploración oncológica:
 - Paciente en buen estado general, normotensa, apirética y con frecuencia cardiaca dentro de los rangos normales.
 - IMC = 24.
 - El examen general es normal.
 - No hay alteraciones en la cabeza ni en el cuello.
 - No se aprecian adenopatías.
 - La palpación abdominal es normal, no dolorosa y sin masas abdominales.
- Exploración ginecológica:
 - Genitales externos y una vagina normales.
 - Cérvix con cicatriz de conización amplia sin lesiones aparentes, con contorno conservado y vagina visualmente libre.
 - El tacto abdominovaginal combinado pone de relieve un cérvix y un útero de tamaño normal, móvil regular y no doloroso a la palpación.
 - Tacto rectal con parametrios libres.
- Pruebas exploratorias complementarias: análisis sanguíneo (bioquímica, hemograma y pruebas de coagulación) y urinario normales.
- Ecografía transvaginal:
 - Útero de silueta regular en AVF- de 59 mm de tamaño longitudinal y 37 mm de tamaño anteroposterior.
 - Miometrio con ecogenicidad normal.
 - Endometrio de aspecto normal, no engrosado.
 - DIU LNG en la posición correcta.
 - Ovarios de ecoestructura y tamaño normales.
 - Electrocardiograma normal.
- TAC de tórax + abdomen + pelvis:
 - No se aprecian adenopatías axilares, mediastínicas ni hiliares de tamaño significativo.
 - No se aprecia derrame pleuropericárdico.
 - No se aprecian infiltrados ni nódulos pulmonares.
 - Hígado homogéneo, sin lesiones focales significativas.
 - Bazo, ambos riñones, glándulas suprarrenales, páncreas, vesícula y vías biliares sin hallazgos reseñables.
 - No se aprecian adenopatías retroperitoneales ni pélvicas de tamaño significativo.

- Portadora de DIU.
 - Discreta protrusión discal posterior en L4-L5.
 - Relleno parcial de la vejiga sin lesiones de pared significativas.
 - Contornos imprecisos del segmento uterino inferior, a correlacionar con patología de base. Conclusión: estudio de extensión de la neoplasia del cérvix, sin datos de extensión a distancia.
- Resonancia magnética de la pelvis:
- Útero en anteroversoflexión con lesión ocupante de espacio (LOE) isoíntensa en la mitad izquierda del cérvix que mide 20 x 16 mm, sin invasión de parametrios.
 - Útero: 58 x 46 x 39 mm.
 - Relación cuerpo-cuello normal.
 - Canal endocervical de características normales.
 - Conservada la intensidad de señal del miometrio.
 - Ambos ovarios de forma, tamaño y localización normales.
 - No hay líquido libre intraperitoneal ni en el fondo del saco.
 - No se observan adenomegalias en las cadenas pélvicas o inguinales bilateralmente.
 - Intensidad de la señal de los huesos examinados normal; no se reconoce la presencia de lesiones focales.
 - Articulaciones coxofemorales y sacroilíacas de morfología y conformación normales, sin colecciones líquidas intraarticulares ni periarticulares.
 - Musculatura de la pelvis simétrica; no se reconocen masa intrapélvicas.
 - Vejiga urinaria distendida, sin lesiones intraluminales o de sus paredes. Al administrar un medio de contraste no se observa área de realce patológico.
- Conclusión: LOE endocervical de 20 x 16 mm. No hay invasión en los parametrios.

Pregunta 1

¿Cuáles son los principales aspectos epidemiológicos e histológicos en torno al cáncer de cérvix?

Pregunta 2

¿Cuál es el pronóstico en general y las posibilidades de supervivencia de esta paciente?

Pregunta 3

Conducta terapéutica y mejores opciones de tratamiento para esta paciente.



Pregunta 4

¿Cuáles son las consideraciones y las directrices actuales en cuanto a la principal modalidad de tratamiento de esta paciente según el estadio en que se encuentra y cómo se modificaría si la paciente tuviera deseo genésico?

**OPCIÓN «GINECOLOGÍA GENERAL»**

Paciente de 39 años que acude al servicio de urgencias generales refiriendo dolor de tres días de evolución en la fosa ilíaca derecha, irradiado a la zona lumbar, que no ha cedido con ibuprofeno. Tras valorar el caso, se le hace una ecografía abdominal que solo evidencia una masa anexial derecha, por lo que la paciente es derivada al servicio de urgencias de ginecología.

Pregunta 1

Sin conocer más datos, a priori, ¿cuál sería el diagnóstico diferencial de una masa anexial en una paciente de 39 años?

En el servicio de urgencias de ginecología se amplía la información del caso con la anamnesis y una exploración.

- Anamnesis:
 - Antecedentes familiares y personales sin interés.
 - Fisioterapeuta de profesión.
 - No tiene alergias medicamentosas conocidas ni ha sido sometida a intervenciones quirúrgicas. No toma medicación habitualmente.
 - Fumadora de 5 cigarrillos al día.
 - Menarquia a los 11 años. Fórmula menstrual: 4/28.
 - Fórmula obstétrica 0.0.1.0 (un aborto espontáneo hace dos años, con su pareja actual).
 - No utiliza ningún método anticonceptivo.
 - La paciente refiere que habitualmente presenta dismenorrea, que controla con naproxeno, pero en esta última regla el dolor continuó una vez terminada la menstruación y no ha mejorado con el naproxeno que toma habitualmente.
- Exploración física:
 - Buen estado general, hemodinámicamente estable.
 - Presión arterial: 128/72. Temperatura: 36,8 °C.
 - Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en FID.
 - Genitales externos normales.
 - Espéculo vaginal: cérvix macroscópicamente normal y flujo de aspecto normal no maloliente.
 - Tacto vaginal: cérvix no doloroso a la movilización; útero en retroversión, poco móvil, de tamaño normal; fondo del saco de Douglas libre.

- Pruebas complementarias:
 - Ecografía transvaginal:
 - Útero en retroversión, con endometrio trilaminar.
 - Ovario izquierdo de aspecto normal, con actividad folicular.
 - Formación anexial derecha de 40 mm de diámetro máximo, sin conexión con el útero; formación redondeada, unilocular y de límites precisos, de contenido homogéneo y ecogenicidad moderada comparada con el parénquima ovárico, con un punteado fino en su interior y sin tabiques.
 - Sin líquido libre en el fondo del saco de Douglas.
 - Test de embarazo: negativo.
 - Analítica:
 - Hemoglobina: 13,50 g/dL.
 - Leucocitos: 5.910/ μ L
 - PCR: 0,4 mg/L.

Pregunta 2

Con los datos aportados ya debe de haber establecido la sospecha diagnóstica más probable. ¿En qué consiste la patología y cómo se confirma el diagnóstico?

-
- La paciente es dada de alta y citada al mes en la consulta de ginecología para reevaluar la patología.
 - En la consulta se le hace una anamnesis dirigida:
 - La paciente refiere dismenorrea intensa y progresiva, que ha ido intensificándose en el último año.
 - Presenta dispareunia ocasional, más frecuente también en los últimos meses.
 - No presenta alteración del hábito intestinal.
 - No utiliza ningún método anticonceptivo, por deseo gestacional de más de tres años de evolución.
 - Exploración:
 - Espéculo vaginal: nódulo azulado en el fondo del saco posterior.
 - Tacto vaginal: se palpa un nódulo doloroso en el fondo del saco.
 - Tacto rectal: no se palpan nódulos.
 - Ecografía transvaginal: se evidencia la misma formación anexial descrita, sin cambios respecto a la previa.

Pregunta 3

¿Cuáles serían las líneas de actuación en esta paciente?

Pregunta 4

Si la paciente tuviera tres hijos y deseo genésico cumplido, ¿cuáles serían entonces las líneas de actuación?

OPCIÓN «SUELO PÉLVICO»

Mujer de 53 años que acude a la consulta al cabo de seis meses tras una intervención de incontinencia de orina de esfuerzo por medio de una banda libre de tensión transobturadora (llevada a cabo en otro centro). Refiere que fue la primera intervención realizada sobre el problema.

La pérdida de orina apareció desde el postoperatorio inicial y presenta las mismas características que antes de la cirugía (síntomas de incontinencia urinaria con predominio de esfuerzo), lo cual obliga a la paciente a usar siempre protectores, que le suponen una gran interferencia en la vida cotidiana.

Pregunta 1

Estructuras neuromusculares que intervienen en la continencia.

Pregunta 2

Desarrolle qué anamnesis y qué exploraciones clínicas hay que hacer y cuáles son los factores de riesgo.

Pregunta 3

Valor de la urodinamia en la recidiva y/o persistencia de la incontinencia de orina de esfuerzo. Papel de la ecografía del suelo pélvico y parámetros que hay que buscar.

Pregunta 4

Desarrolle las posibles opciones de tratamiento.

OPCIÓN «MAMA»

- Paciente de 50 años.
- Antecedente de dos tías maternas con cáncer de mama, a los 80 y a los 85 años.
- Se le hizo por primera vez una mamografía de cribado poblacional, en la que se detectó un nódulo sospechoso, no palpable, en el cuadrante superior y externo de la mama derecha, que se calificó como BI-RADS 4C. La lesión es visible por medio de ecografía y presenta un tamaño de 1,5 cm. La mama tiene un tamaño medio (no es pequeña). La axila es negativa por ecografía.

Pregunta 1

¿Cómo debe orientarse el diagnóstico histológico en este caso? Justifíquelo.

Pregunta 2

¿Cuál sería la indicación terapéutica más lógica en este caso? Justifíquelo.

Implicaciones en el tratamiento.

Se hace una tumorectomía ecoguiada más una biopsia selectiva del ganglio centinela. Los márgenes de la tumoración están libres, con una distancia mínima de 2 mm del componente infiltrante y de 1 mm del componente *in situ*. Por medio del método OSNA en el ganglio centinela se obtiene un resultado de 7.000 copias de carga tumoral total.

Pregunta 3

¿Cómo debe interpretarse el resultado de los márgenes y del ganglio centinela en este caso? Justifíquelo.

Finalmente, el caso se presenta en el Comité de Mama con todos los resultados definitivos. No ha habido cambios en el estudio definitivo de la pieza, salvo que el carcinoma ductal infiltrante es ahora de grado 3.

Pregunta 4

¿Cuál sería la indicación terapéutica más lógica para este caso? Justifíquelo.