

CONVOCATORIA CONCURSO-OPOSICIÓN FEA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**(Resolución 2070E/2023, de 28 de noviembre,
del Director Gerente del
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)**

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

7 de junio de 2024

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE
COMENZAR**

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente de 35 años. Antecedentes obstétricos-ginecológicos: menarquia a los 12. FM 45-/28; 2 partos eutócicos y un aborto espontáneo. Antecedentes personales: apendicetomía a los 9 años; hipotiroidismo en tratamiento con eutirox 50 mgr.

Se diagnostica a las 10 semanas de embarazo una gestación gemelar monocorial- biamniótico espontánea.

Se realiza a las 12 semanas nueva ecografía para realizar el cribado del primer trimestre, cuyo resultado fue de bajo riesgo, si bien existió una discrepancia en transnucencia nuchal de 15%. La paciente decide realizarse TPNI privado que se informó como bajo riesgo, ausencia de aneuploidias.

La ecografía estructural y ecocardiograma fetal de ambos fetos a las 16 semanas es normal. Realizamos un nuevo control a las 18 semanas donde se diagnostica un síndrome de transfusión feto-fetal tipo II. Evaluado el caso y comentado con los padres, se decide realizar fotocoagulación con láser de las anastomosis vasculares. La cirugía se realizó exitosamente, con anestesia local, y sin ninguna complicación materna. La paciente fue dada de alta a los dos días.

El curso de la gestación continuó sin problemas hasta la 29 semana donde se detecta en uno de los gemelos un CIR tipo I. En la semana 33 había evolucionado a un tipo II, se realizó control a las 48 horas, empeorando las alteraciones del doppler. Comentado con los padres, se decide realizar maduración pulmonar con corticoides, neuroprofilaxis y cesárea electiva. Naciendo dos fetos varones, el feto CIR peso 1630gr Apgar 4-8 y segundo 2200 gr Apgar 7-10. El primero tras tres meses en UCI neonatal se ha dado de alta con peso 2200 gr.

1. Respecto al cribado de aneuploidias en gestación monocorial (MC), señale la respuesta INCORRECTA:

- a) El riesgo basal (por edad materna) de anomalías cromosómicas es el mismo que en gestaciones únicas.
- b) El riesgo de cromosomopatía es para la gestación y no individual para cada uno de los fetos.
- c) El cribado combinado de primer trimestre, que incluye la combinación de la edad materna, TN fetal y de bioquímica materna: la PAPP-A y fracción libre de β -HCG, es de elección en gestaciones gemelares MC.
- d) Se ha observado que la concentración de PAPP Y fracción libre de β -HCG es más alta en gestaciones MC que en gestaciones BC, por lo que se debería ajustar también para la corionicidad.

2. ¿Cuál es la pauta de seguimiento aconsejada en las gestaciones monocoriales?

- a) Diagnóstico de corionicidad entre 11-13,6 semanas. Control ecográfico cada 3 semanas entre la 16-36 semanas. Se añade doppler desde las 24 semanas.
- b) Diagnóstico de corionicidad entre 11-13,6 semanas. Control ecográfico cada 2 semanas entre la 16-36 semanas. Se añade doppler desde las 24 semanas.
- c) Diagnóstico de corionicidad entre 11-13,6 semanas. Control ecográfico cada 2 semanas entre la 16-36 semanas. Se añade doppler desde las 20 semanas.
- d) Diagnóstico de corionicidad entre 11-13,6 semanas. Control ecográfico cada 3 semanas entre la 16-36 semanas. Se añade doppler desde las 20 semanas.

3. Con relación con las complicaciones específicas de las gestaciones monocoriales señale la INCORRECTA:

- a) Para el diagnóstico precoz del Síndrome de transfusión feto fetal (STFF) se monitoriza líquido amniótico, vejigas, Doppler fetal y biometrías desde la semana 14-16.
- b) Criterios para diagnóstico de TAPS (Secuencia de gemelos anemia-policitemia): PVS-ACM (pico velocidad sistólica- arteria cerebral media): >1.5 MoM (feto anémico) +/- PVS-ACM < 1 MoMs feto 2.
- c) El diagnóstico de CIRs en una gestación MC requiere descartar previamente la presencia de STFF.
- d) EL diagnostico de STFF en una gestación MC requiere descartar previamente la presencia de CIRs.

4. El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) II según la clasificación Quintero que hemos diagnosticado en nuestro caso clínico se define como:

- a) Secuencia de gemelos oligo-poli(h)dramnios (TOPS).
- b) TOPS + anomalías críticas de doppler.
- c) TOPS + anomalías críticas de doppler + ausencia de vejiga en feto donante.
- d) TOPS + ausencia de vejiga en el feto donante.

5. ¿Cuál sería la respuesta CORRECTA que describe el síndrome de retraso de crecimiento (CIR) TIPO II que presenta uno de nuestros gemelos?

- a) Peso fetal estimado (PFE) p5+ Índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media $< p5$ + Onda de velocidad de flujo (OVF) normal en la arteria umbilical (AU).
- b) PFE p8 + Índice cerebro placentario (ICP) $< p5$ + IPAU $> p95$.
- c) PFE p9 +Índice de pulsatilidad (IP) DE AU $> p95$ + UA-AEDV (flujo diastólico ausente en arteria umbilical de forma constante).
- d) PFE p5 + IP DE AU $> p95$ +Flujo reverso diastólico en la arteria umbilical de forma intermitente.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente de 38 años, primigesta, que acude a urgencias por escaso sangrado vaginal y leve dolor abdominal.

Como antecedentes generales diagnóstico de colon irritable, sin tratamiento actual. Antecedentes ginecológicos: un aborto diferido con tratamiento médico; tuvo una enfermedad pélvica inflamatoria a los 35 años resuelta también con tratamiento médico. Su fórmula menstrual es 5-7/35-50. Última revisión hace 5 años. No método anticonceptivo. Bebedora ocasional. Fumadora de 10 cigarrillos al día. Grupo sanguíneo O negativo.

Refiere una amenorrea de 10 semanas. En la exploración física se objetiva: sangrado escaso de cavidad y cérvix cerrado; al tacto vaginal: útero ligeramente doloroso a la movilización; sin palpase anejos aumentados, pero el derecho es doloroso al tacto bimanual. Sin signos objetivos de defensa abdominal, ni signos de irritación peritoneal. EL dolor, de unas 48 horas de evolución, es leve y lo tolera bien con paracetamol.

Tensión arterial: 120/60 y 66 ppm y temperatura axilar de 36.7°C. La ecografía realizada en urgencias muestra cavidad con línea endometrial de 12 mm, con una imagen sospechosa en anejo derecho de 35x 38 mm y pequeña cantidad de líquido libre en Douglas.

6. Ante este cuadro clínico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- a) Los escasos síntomas descartan la presencia de una gestación ectópica rota, una torsión ovárica o enfermedad inflamatoria pélvica.
- b) Si en la ecografía no vemos ningún hallazgo que sugiera una gestación intrauterina, queda descartada la presencia de la misma.
- c) Ante el siguiente cuadro los diagnósticos posibles son: una torsión ovárica, una endometriosis, una enfermedad inflamatoria pélvica.
- d) Debemos realizar más pruebas (analíticas, cultivos, ecografía, prueba de embarazo), debido a que, aunque la clínica es sugestiva de gestación ectópica, aún tenemos que descartar otras patologías.

Realizamos una prueba de embarazo que es positiva y una analítica con resultado de hemoglobina de 12.1 g/dl, hematocrito de 35%, pruebas de coagulación normales, la β HCG en plasma es de 4200 mU/mL. Repetida la exploración en Unidad de Ecografía, se concluye que se trata de un embarazo cornual (intersticial) derecho, de tamaño de la imagen referida (35x 38 mm), sin objetivarse latido cardíaco.

Continuando con el caso clínico planteado responda a las siguientes cuestiones:

7. ¿Cuál de los siguientes factores NO incrementa el riesgo de embarazo ectópico?

- a) Antecedentes de enfermedad inflamatoria.
- b) Alcoholismo.
- c) Aborto inducido previo.
- d) Historia de esterilidad de > 2 años.

8. De las siguientes localizaciones de gestación ectópica señale la MENOS frecuente:

- a) Ampular.
- b) Ístmica.
- c) Fimbrial.
- d) Cervical.

9. En relación al diagnóstico de una gestación ectópica intersticial señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Se define cuando la gestación se implanta en la unión entre el intersticio de la trompa de Falopio y el miometrio.
- b) Tiene poca capacidad de crecer antes de que se produzca la rotura por lo que la sintomatología es precoz e intensa.
- c) EL saco gestacional está localizado a ≥ 1 cm de la línea endometrial, y rodeado por un miometrio cuyo grosor es inferior a 5 mm.
- d) La línea intersticial ecogénica entre el saco gestacional y el endometrio es característica.

10. En el tratamiento de la gestación ectópica intersticial señale la respuesta FALSA:

- a) El tratamiento conservador con MTX sistémico asociado a la inyección intra-sacular de cloruro potásico (en los casos con frecuencia cardíaca fetal positiva) se considera el tratamiento de elección en pacientes clínicamente estables y con deseo de preservar la fertilidad.
- b) El tratamiento médico con MTX intramuscular presenta un porcentaje de éxito global del 89%.
- c) En nuestro caso como la β -HCG > 4000 UI al diagnóstico es necesario el ingreso hospitalario.
- d) Se recomienda la administrará dosis única de MTX intramuscular 50 mg/m² (en función de la superficie corporal).

CASO CLÍNICO N° 3

Enfermedad actual:

Mujer de 75 años con prurito y dolor inespecífico en zona vulvar de varios años de evolución.

Acude por notarse una herida desde hace varios meses, que no evoluciona bien a pesar de llevar tratamiento con diversas cremas.

Última revisión ginecológica con citología normal hace unos 4 años.

Antecedentes personales:

Hipertensión arterial crónica y diabetes tipo II.

Operada de colecistectomía y apendicectomía.

Menarquia 13 años y menopausia 51 años. G4 HV3 A1.

Exploración ginecológica:

En porción inferior de labio mayor izquierdo, se objetiva una lesión exofítica, infiltrante, de bordes irregulares de unos 2 cm de diámetro.

No se palpan adenopatías sospechosas inguinales.

La lesión se encuentra a 1 cm de la línea media clítoris-uretra-vagina-ano.

Imágenes compatibles con atrofia vulvovaginal y liquen escleroatrófico en resto de vulva.

Anatomía Patológica:

Mucosa escamosa y tejido fibroso infiltrado por carcinoma moderadamente diferenciado, con focal diferenciación escamosa.

TC:

Estudio de extensión ganglionar pélvico e inguinal negativo.

Lesión sólida del labio mayor izquierdo de 22 x 17 x 19 mm.

Marcadores tumorales: Antígeno SCC: 2.6 microg/L.

11. Dentro del estudio inicial de extensión preterapeutico, en el cáncer de vulva, una de las siguientes pruebas diagnósticas NO se aconseja realizar:

- a) Determinación VPH.
- b) Exploración clínica ganglionar.
- c) TC en tumoración > de 2cm ó invasión estromal > 1 mm.
- d) RM.

12. Evaluación geriátrica y cribado de fragilidad prequirúrgico en pacientes con cáncer ginecológico. Señala la respuesta CORRECTA:

- a) Plantea ofrecer una terapia completa (similar a la de pacientes jóvenes) en personas consideradas como “robustas”.
- b) Aporta un enfoque paliativo en las que es improbable que el tratamiento oncológico garantice más beneficios que riesgos.
- c) Propone la adaptación de tratamientos a las pacientes “frágiles o prefrágiles”, con detección de problemas asociados que puedan mejorar la tolerancia del tratamiento o el pronóstico.
- d) Todas las anteriores son correctas.

13. Señala la opción de tratamiento de elección para esta paciente:

- a) Hemivulvectomy con linfadenectomía inguinofemoral izquierdas.
- b) Tumorectomía radical con estudio de ganglio centinela bilateral.
- c) Tumorectomía radical con estudio de ganglio centinela izquierdo.
- d) Tumorectomía radical con estudio de ganglio centinela derecho y linfadenectomía izquierda.

Anatomía Patológica Definitiva:

Vulva: pieza cutánea que mide 5,9 x 5,2 x 5,0 cm, que presenta en su superficie una lesión ulcerada de 2,3 x 2,1 x 1,9 cm.

Carcinoma de células escamosas, de patrón de crecimiento infiltrativo, ulcerado, no asociado a HPV.

Grado histológico: moderadamente diferenciado.

La lesión presenta una profundidad de invasión de 2,3 mm.

Bordes quirúrgicos: bordes libres por encima de 1 cm, excepto en el margen profundo, que es de 0,6 cm y en el quirúrgico lateral, de 0,4 cm.

No se identifica invasión linfovascular.

No presenta lesiones asociadas de liquen escleroso y atrófico.

Ganglios:

Ganglio linfático sin infiltración tumoral (protocolo de inmunohistoquímica) (g.centinela inguinofemoral derecho).

Ganglio linfático con infiltración tumoral de 1.2 mm (protocolo de inmunohistoquímica) (g.centinela inguinofemoral izquierdo).

14. Basándonos en los márgenes de resección tumoral obtenidos:

- a) Debemos realizar una ampliación quirúrgica de los márgenes tumorales libres.
- b) Se trata de una paciente subsidiaria de tratamiento complementario radioterápico sobre el lecho tumoral.
- c) El tratamiento radioterápico, va a estar en función de la valoración añadida de los factores de riesgo asociados.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

15. Dada la afectación tumoral del ganglio centinela izquierdo:

- a) Procederemos a la realización de linfadenectomía inguinofemoral bilateral.
- b) Realizaremos linfadenectomía inguinofemoral sólo del lado izquierdo.
- c) Pasa a protocolo de radioquimioterapia.
- d) No es precisa la linfadenectomía y aplicaremos protocolo de radioterapia adyuvante en cadena inguinofemoral izquierda.

CASO CLÍNICO N° 4:

Mujer gestante 34 años

Antecedentes personales: Sin antecedentes relevantes. No conoce alergias medicamentosas.

Antecedentes familiares: Padre con diabetes mellitus tipo 2, inició tratamiento oral, insulín dependiente en la actualidad.

Antecedentes ginecológicos:

Menarquia a los 13 años. Fórmula menstrual 4/28-30. No dismenorrea significativa.

Anticoncepción previa a gestación preservativo, abandono anticonceptivos combinados orales por mala tolerancia (dolor, pesadez en extremidades inferiores).

Vacunada frente a virus HPV, cribado cáncer de cérvix normal hasta la fecha. Última determinación Co-test negativo, a petición propia antes de intento de embarazo.

Antecedentes obstétricos: Primigesta.

Gestación actual.

IMC 27 al inicio de embarazo (talla 175 cm, 83 Kg de peso). Ganancia ponderal de 14 kg en gestación actual.

Estudio metabolismo hidrocarbonado normal.

Inicio gestación primera determinación TA 125/75 mmHg.

Evolución gestación sin incidencias.

Hemoglobina en tercer trimestre 11,1 g/dL, VCM 78 fl. Pruebas de coagulación normales.

EGB recto-vaginal negativo en tercer trimestre.

16. Respecto al cribado metabolismo hidrocarbonado en la gestación según SEGO. Seleccione la respuesta CORRECTA:

- a) El cribado es universal, todas las mujeres deben completar los estudios analíticos de test de sobrecarga. Estos se realizan en segundo trimestre, exceptuando aquellas mujeres que lo inician en primer trimestre por factores de riesgo.
- b) En una paciente sin factores de riesgo, que ha cumplido cribado metabólico en II trimestre con resultado negativo, si se diagnostica ecográficamente polihidramnios y peso fetal estimado p97, en semana 32 por sospecha clínica. Lo apropiado es completar un nuevo proceso diagnóstico con test de O'Sullivan como prueba inicial si esta fue negativa en segundo trimestre.
- c) Si una mujer gestante con diagnóstico de diabetes gestacional con tratamiento efectivo con dieta y ejercicio, ingresa por cuadro de amenaza de parto pretérmino y precisa administración con betametasona 12mg/24 h dos dosis, para maduración fetal, está indicado determinar glucemias pre y postprandiales. Si glucemia basal o preprandrial es > 95 mg/dl o glucemia posprandiales > 140 mg/dl, se recomienda iniciar tratamiento con insulina 0,2 – 0,3 UI/kg de peso pregestacional, en pauta basal-bolus, y ajustar según evolución.
- d) Antecedente de diabetes gestacional en un embarazo previo, es indicación de instauración dieta y ejercicio con control glucemia capilar de forma precoz, para seleccionar sin demora a aquellas gestantes que se beneficien de tratamiento insulínico.

Ingreso.

Rotura prematura de membranas a término (38+3 semanas), líquido amniótico claro, ausencia dinámica uterina (según refiere la paciente). Exploración: tacto vaginal, cérvix posterior, semirrígido, permeable a 1 dedo (1 cm), borrado 20%, cefálica I plano. CTG inicial reactivo. Adinamia. Administración prostaglandinas E2 pericervicales hasta cumplir 12 horas de rotura de membranas amnióticas. Inducción de parto con oxitocina. Profilaxis antibiótica (ampicilina, gentamicina) por rotura de membranas amnióticas prolongada. Completa dilatación a las 24 horas de la rotura de membranas. Parto tocúrgico mediante fórceps, no progresión en periodo expulsivo (> 3 horas), Kjeeland en OIIT III plano. Episiotomía mediolateral derecha. Recién nacida mujer 3690 g (p97), test de Apgar 7(1'), 8 (5'), 10 (10'); pH AU 7,16; pH VU 7,25. Alumbramiento dirigido con oxitocina. Hemorragia postparto habitual. Parto a las 10 h de la mañana.

17. Puede anotar actuaciones, tanto a realizar como evitar, relacionadas con la reducción del riesgo infeccioso en esta mujer, relacionado tanto con la infección intraparto como postparto. Destaque la que NO SEA CIERTA:

- a) La exploración cervical mediante tacto vaginal realizado con guante estéril y asepsia vulvar, evita el riesgo de infección intraparto.
- b) Según la última evidencia disponible, la administración de una dosis única de antibiótico endovenoso tras realización de parto tocúrgico reduce la infección sobre la sutura perineal.
- c) La administración de antibioterapia profiláctica en la cesárea, presenta mejores resultados si se realiza previa a la incisión de piel inicial que si se demora al clampaje de cordón umbilical.
- d) La vía de parto, cesárea vs vaginal, es el factor de riesgo más importante para la infección puerperal, por encima de la presencia de fiebre intraparto.

Ingreso puerperal.

En planta no micción espontánea en 6 horas, precisa sondaje vesical evacuador (230 ml), sin incidencias. Deambulación sin mareos, micción espontánea a las 4 horas siguientes. Al día siguiente paciente apirética, frecuencia cardíaca 105 lpm, TA 101/64 mmHg, loquios sanguinolentos cantidad normal, fondo uterino a la altura de ombligo, bien contraído. No trayectos vasculares en extremidades inferiores. Mamas con secreción, lactancia instaurándose. Astenia. No deposición. Exploración perineal y tacto vaginal normales. Se cursa alta hospitalaria.

18. ¿Considera oportuna alguna exploración o prueba complementaria previa al alta de esta paciente? ¿Qué consejo o tratamiento procedería? Elija la respuesta INCORRECTA.

- a) Por el índice de shock que presenta en su primera visita puerperal, parece razonable solicitar hemograma, a pesar de estar rotulada la pérdida hemática en el parto como normal. Es probable que precise tratamiento para la anemia postparto.
- b) En este caso clínico se debió haber pautado tratamiento con heparina de bajo peso molecular para trombopprofilaxis venosa puerperal. Ajustado a peso materno a dosis profiláctica durante 7-10 días, independientemente del resultado de la analítica puerperal, motivo por el que no se solicitó.
- c) La retención aguda de orina (RAO) puerperal /postquirúrgica, se define como la imposibilidad de micción espontánea en el plazo de 6 horas tras el parto o la retirada del catéter vesical. El uso de oxitocina en perfusión se considera un factor de riesgo para RAO. Se aconseja documentar las dos primeras micciones tras parto vaginal o cesárea.
- d) La exploración perineal previa al alta, en un programa de alta puerperal tras parto vaginal < 48 horas. Su realización no disminuye de forma significativa las infecciones perineales.

Consulta en Urgencias de ginecología y obstetricia.

Acude el cuarto día de puerperio, por fiebre termometrada de 38,6°C, dolor en fosa iliaca derecha, cierto malestar sin estar postrada. Lactancia instaurada.

19. Establezca un primer diagnóstico diferencial para mujer puérpera con fiebre y dolor abdominal, basado en anamnesis y exploración física.

Elija la respuesta CORRECTA:

- a) En la mujer puérpera, la circunstancia más determinante para una infección es la vía de parto. Por este motivo el diagnóstico diferencial debe establecerse entre los principales lugares de infección: endometritis, cicatriz de laparotomía (cesárea), cicatriz perineal (episiotomía y/ o desgarros. Aislados o en combinación.
- b) Durante la exploración física, deben descartarse signos peritoníticos, que establezcan un diagnóstico de abdomen agudo. Este es clínico y no precisa de pruebas complementarias para indicar cirugía urgente.
- c) Ante una mujer puérpera con fiebre, y sospecha de cuadro infeccioso afectando los órganos genitales o la cicatriz de la cesárea, en la solicitud de pruebas complementarias es determinante solicitar cultivos para iniciar el tratamiento antibiótico adecuado.
- d) Ante una mujer puérpera con sospecha inicial de endometritis no puede aceptarse tratamiento empírico con antibioterapia de amplio espectro basada en anamnesis y exploración. La ecografía diagnóstica, además puede realizar diagnósticos coincidentes que adecúen mejor el tratamiento.

20. En la urgencia de Obstetricia y Ginecología se obtienen los siguientes resultados en las pruebas complementarias:

- **Hemograma Hb 8,9 g/dL, Leucocitosis 17000/mm³, Plaquetas 190.000/mm³, PCR 30; Procalcitonina Negativa. Pruebas de coagulación, transaminasas, creatinina normales.**
- **Si realizó ecografía. Esta resultó anodina.**
- **Temperatura 38,7°C; TA 94/63 mmHg, FC 99 lpm.**

Elija la opción CORRECTA:

- a) El ingreso hospitalario, es una opción, pero ante la ausencia de hipotensión manifiesta (que descarta la necesidad de administración de sueroterapia), basándonos en los últimos datos de EBM (evidence based medicine) se plantea como primera opción el tratamiento ambulatorio, con una cefalosporina de 2 o 3 generación que cubra tanto gram negativos como anaerobios.
- b) Ante la sospecha de absceso sobre episiotomía u otro territorio debe indicarse quirófano urgente para desbridar. Inicialmente dejar la incisión abierta inicialmente hasta inicio de tejido granulación y posterior resutura, aunque algunos autores optan por el cierre en el mismo tiempo quirúrgico. Si la sospecha es una fascitis necrotizante en este caso se recomienda dejar sin resuturar.
- c) En el seguimiento si la respuesta al tratamiento establecido es favorable, lo correcto es repetir la prueba complementaria diagnóstica, realizada anteriormente, para confirmar la respuesta clínica como satisfactoria.
- d) La tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular ajustado a peso, debe contemplarse (tanto instaurarla como prolongarla) en las mujeres con tratamiento quirúrgico. Siempre tras descartar complicación hemorrágica. Las mujeres que evolucionan favorablemente con antibioterapia endovenosa y antitérmicos, no precisan reevaluación, ya que raramente presentan cambios o circunstancias nuevas que indiquen una modificación en su valoración inicial.

CASO CLÍNICO N° 5:

Paciente de 27 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de Ginecología refiriendo una dismenorrea intensa (VAS: 8-9), sobre todo los dos primeros días de la menstruación, que ha ido en aumento en los últimos 2-3 años. Se acompaña de náuseas, sin vómitos, y el dolor irradia hacia extremidades inferiores y región lumbar, y en ocasiones no ha podido ir a trabajar. Tras la menstruación el dolor queda presente, en menor intensidad, como sordo y continuo desde hace ya al menos un año.

Tuvo la menarquia a los 10 años y no recuerda que la menstruación fuera tan dolorosa en los primeros años tras la menarquia, aunque siempre le ha dolido. Comenta que durante una época en la que tomó contraceptivos orales, el dolor de la regla desapareció, pero dejó los contraceptivos orales por intolerancia manifiesta. También refiere que la menstruación ha aumentado en cantidad en los últimos ciclos.

Tiene pareja estable desde hace un año y emplea el preservativo como método contraceptivo. Últimamente las relaciones sexuales le resultan dolorosas, cuando antes no era así. No se plantea la búsqueda de gestación en el momento actual, pero sí en un futuro.

Refiere que en ocasiones la defecación es dolorosa, pero no ha tenido rectorragias ni melenas.

La última revisión ginecológica rutinaria la realizó hace unos 2-3 años y fue normal, según refiere, aunque no aporta informe.

21. Ante este cuadro clínico, ¿qué patología puede tener esta paciente con mayor probabilidad?

- a) Endometriosis pélvica.
- b) Pólipo endometrial.
- c) Adenomiosis.
- d) Mioma uterino.

En el examen pélvico se aprecia un útero en retroversión, poco móvil y algo doloroso a la movilización. La ecografía transvaginal revela una lesión en ovario derecho de 53x43x48mm, unilocular simple con ecogenicidad en vidrio esmerilado sin mapa color. A nivel uterino se aprecia una asimetría miometrial con áreas quísticas en el miometrio posterior. También se aprecia una lesión hipoecoica de 27x9mm en la cara anterior de recto. El endometrio es de apariencia normal.

22. De las siguientes afirmaciones, ¿cuál sería CORRECTA?

- a) A la vista de los datos de la ecografía deben solicitarse marcadores tumorales, particularmente CA-125.
- b) Debería solicitarse una resonancia magnética que confirme los hallazgos de la ecografía.
- c) Debe plantearse una biopsia por tru-cut del miometrio, dado la eventual sospecha de adenomiosis, que nos confirme el diagnóstico.
- d) No es necesario solicitar prueba adicional. Con los datos clínicos y ecográfico puede emitirse diagnóstico de presunción de endometriosis ovárica, adenomiosis e implante endometriósico en recto.

23. En este caso, desde el punto de vista del manejo del síntoma dominante, ¿Cuál sería la opción que le parece más adecuada?

- a) DIU-Levonorgestrel.
- b) Naproxeno.
- c) Dienogest.
- d) Relugolix.

24. En relación a la problemática de la paciente, ¿Qué afirmación es CORRECTA?

- a) No está indicado plantear la criopreservación de ovocitos en estos momentos ya que no tiene deseos de gestación.
- b) Debe plantearse la quistectomía ovárica, ya que puede contribuir a controlar el dolor.
- c) No debe plantearse la cirugía intestinal, ya que no se ha demostrado que contribuya al control de la sintomatología álgica.
- d) Plantearía tratamiento médico a largo plazo ya que se ha demostrado que dicho tratamiento frena con muy alta probabilidad (90%) el curso de la enfermedad.

25. Si la paciente se planteara buscar gestación en breve, tras recibir el diagnóstico. ¿Qué afirmación es CORRECTA?

- a) Las posibilidades de gestación espontánea son, a priori, muy escasas.
- b) Debemos, entonces, recomendar en breve un estudio de fertilidad.
- c) Habría que informarle de que la exéresis de la lesión rectal y de la lesión ovárica pueden aumentar las posibilidades de gestación, además de que puede mejorar el cuadro de dolor.
- d) Debemos informar que no sería una opción adecuada hasta que no se tenga control de su cuadro clínico.

CASO CLÍNICO N° 6:

Paciente de 64 años que acude a consulta refiriendo incremento de perímetro abdominal de 2-3 meses de evolución. Sin otros síntomas acompañantes. Menopausia a los 52 años. Tres embarazos con dos partos vaginales y un aborto precoz. No tiene antecedentes de interés. Su última revisión ginecológica fue hace 18 meses, con resultado de normalidad, incluyendo citología y ecografía transvaginal. La exploración física revela una paciente con buen estado general, con abdomen distendido por presencia de masa de consistencia dura que alcanza dos traveses por encima de ombligo, sin signo de oleada ascítica, ni adenopatías periféricas aparentes. Especuloscopia con vagina y cérvix normales, atróficos. Tacto vaginal: cérvix móvil. Útero no valorable. Douglas ocupado por masa de límites difíciles de determinar.

26. Con estos datos, ¿Cuál sería el diagnóstico de presunción más probable?

- a) Tumoración anexial.
- b) Cáncer de ovario.
- c) Mioma uterino.
- d) Tumor intestinal.

La ecografía transvaginal y transabdominal realizada en el servicio de Ginecología, revela una tumoración pélvica multilocular de 230x190x156mm, anecoica, con paredes y septos lisos, con 13 lóculos, sin componentes sólidos y score vascular de 2. No ascitis.

27. En relación a la ecografía en las masas de origen aparentemente anexial, ¿qué afirmación es INCORRECTA?

- a) Su rendimiento diagnóstico es moderado.
- b) El uso de modelos de predicción no supera a la impresión subjetiva de un examinador experto.
- c) El tamaño de la misma no es un factor de riesgo de malignidad, siendo mucho más importante el aspecto de la lesión.
- d) El uso de modelos de predicción ofrece un rendimiento pobre en manos de examinadores inexpertos.

28. En este caso, ¿qué prueba le ayudaría más a discriminar la naturaleza, benigna o maligna, de la lesión?

- a) Marcadores tumorales.
- b) TAC.
- c) Resonancia magnética.
- d) Realmente ninguna prueba.

29. En relación a la masa descrita, ¿qué afirmación es CIERTA?

- a) El riesgo de torsión es alto.
- b) Se trata de una masa con varios criterios de sospecha.
- c) El riesgo de rotura es alto.
- d) Es una lesión de clara apariencia benigna.

30. Desde el punto de vista del manejo, usted ¿qué consideraría como opción más adecuada?

- a) Plantearía una punción aspiración con aguja fina para muestra citológica.
- b) Plantearía un control y seguimiento en 3 meses.
- c) Plantearía una cirugía por ginecólogo general.
- d) Plantearía remitir a la paciente a una Unidad de Oncología Ginecológica.

CASO CLINICO N° 1

1. Respecto a la datación de una gestación monocorial, señale la INCORRECTA:

- a) La corionicidad es el factor determinante del resultado perinatal y por tanto condiciona el control de la gestación. Su diagnóstico debe establecerse en el primer trimestre, ya que en este momento la sensibilidad y especificidad es del 100%.
- b) La amniocidad solo podrá establecerse con exactitud a partir de la octava semana de gestación.
- c) Gestación monocorial-biamniótica (MCBA)>11 semanas: identificación de un único saco gestacional con dos cavidades amnióticas, cada una con su embrión, y un espacio extracelómico único con dos vesículas vitelinas (VV).
- d) Si la datación de la gestación se realiza entre las 11.0 y 13.6 semanas. En gestaciones espontánea se tomará con referencia la longitud cráneo-nalgas (LCN) media de ambos fetos.

CASO CLÍNICO N° 2

2. Pasadas 36 horas se produce un empeoramiento con aumento del dolor abdominal, que se agudiza al levantar la pierna, y ecográficamente ha aumentado la cantidad de líquido libre intraabdominal. En la analítica extraída ante el agravamiento del cuadro se objetiva una la hemoglobina de 9.2 y hematocrito de 28.5, la BHCG DE 6.980 MU / ML y la frecuencia cardíaca materna de 95 PPM. con esta evolución, ¿qué tratamiento propondría?

- a) Repetir la dosis de MTX y aumentar la analgesia y control en 12 horas.
- b) Cornuostomía y salpinguectomía ipsilateal. Si próxima gestación intentar parto vaginal.
- c) Resección en cuña (resección en forma de V, incluyendo gestación ectópica y miometrio) y salpinguectomia ipsilateral. Si nueva gestación cesárea electiva.
- d) Histerectomía.

CASO CLÍNICO 3

3. En pacientes con cáncer de vulva avanzado (tumor sobrepasa la vulva y/o afectación macroscópica ganglionar), señala la respuesta INCORRECTA:

- a) Se recomienda el estudio anatomopatológico de las adenopatías sospechosas para planificar el tratamiento.
- b) Si la afectación de los ganglios es de tipo bulky, no se considera la citorreducción de los ganglios aumentados.
- c) Si los ganglios están ulcerados o fijos a planos profundos, es preferible la radioquimioterapia y posterior evaluación individualizada de rescate quirúrgico.
- d) Cuando la extensión del tumor requiera la realización de una exenteración, como tratamiento inicial se preferirá la quimiorradioterapia. En caso de tumor residual posquimiorradioterapia, la resección local aumenta la supervivencia.

CASO CLÍNICO 4

Ingreso puerperal:

4. Al tercer día de ingreso. Persisten los picos febriles, los cultivos (si los tomó son negativos), la analítica no presenta cambios relevantes. La paciente no termina de encontrarse bien, pero no está postrada. La paciente no presenta diarrea. Elija la opción CORRECTA:

- a) La solicitud de prueba de imagen está justificada, aunque se hubiera solicitado al ingreso, para descartar absceso, colección hemática contaminada, como uno de los principales diagnósticos de fiebre persistente en mujer con tratamiento antibiótico, aunque sea de amplio espectro.
- b) Dado que las infecciones persistentes, como este caso de resistencia al tratamiento antibiótico de amplio espectro, suelen ser monomicrobianas, se requiere del resultado de cultivos previos para la elección correcta del antibiótico.
- c) En esta situación clínica lo relevante es el control de la temperatura, como parámetro que realmente traduce la respuesta clínica. Los controles de TA, FC, diuresis se justifican más “por cuidados habituales” que por ser realmente útiles en esta situación.
- d) El diagnóstico probable es una tromboflebitis pélvica séptica. Debe solicitarse un TAC con contraste, y si se dispone una RNM, para confirmar el diagnóstico. Una vez confirmado el diagnóstico puede iniciarse tratamiento con Heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica. Se aconseja realizar interconsulta a servicio de Hematología.

CASO CLÍNICO N° 5

5. Respecto a la endometriosis, ¿Cuáles de los siguientes NO es un factor de riesgo de desarrollar la enfermedad?

- a) Menarquia precoz.
- b) Hemorragia neonatal.
- c) Talla alta.
- d) Tabaquismo.

CASO CLÍNICO N° 6

6. En este caso, ¿qué vía de abordaje le parece más adecuada?

- a) Laparoscopia.
- b) Laparotomía media.
- c) Laparotomía tipo Pfannestiel.
- d) V-Notes.