

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
FEA EN OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

**(Resolución 1109E/2020, de 13 de octubre, del Director Gerente
del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)**

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

23 de octubre de 2021

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

CASO CLÍNICO 1 (11 puntos)

1ª Parte:

Paciente de 29 años, primigesta, que acude a urgencias por dolor abdominal leve y metrorragia escasa. No presentaba antecedentes patológicos relevantes salvo úlcera gástrica ya curada y antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, solucionada con tratamiento médico. Bebedora ocasional de cerveza y fumadora de una media inferior a los 6 cigarrillos diarios. Grupo sanguíneo A negativo.

Su fórmula menstrual es 5/35-50 y no tiene revisiones ginecológicas recientes, aunque presenta una amenorrea de 10 semanas.

La exploración mostró una hemorragia vaginal escasa con cérvix cerrado y un útero de contorno irregular, con aumento de tamaño leve a la palpación, ligeramente dolorosa, en el lado izquierdo.

No había signos objetivos de defensa abdominal, ni signos de irritación peritoneal, aunque refiere dolor leve que tolera bien de unas 48 horas de evolución.

TA: 125/70 y 65 ppm y temperatura axilar de 36.7°C.

En el control analítico realizado, se objetiva una Hb de 12.1 y Hto de 35, con pruebas de coagulación normales, con un nivel de bHCG en plasma de 5100 mU/mL.

La ecografía realizada en urgencias muestra cavidad con línea endometrial engrosada, con una imagen sospechosa en anejo izquierdo de 34x 39 mm y leve cantidad de líquido abdominal libre.

Repetida la exploración en Unidad de Ecografía, se determina que se trata de un embarazo cornual (intersticial) izquierdo, con las medidas referidas anteriormente, sin objetivarse latido cardíaco.

En relación con el caso clínico planteado responda a las siguientes cuestiones:

- 1º- Dentro del diagnóstico diferencial, señala los signos ecográficos del embarazo ectópico tubárico y los del embarazo ectópico cornual/intersticial.
- 2º- Pauta de manejo y propuesta de tratamiento inicial de la paciente.
- 3º- Enumera las contraindicaciones generales para la administración de metotrexate.

2ª Parte:

Al segundo día, empeoramiento clínico del dolor abdominal, que se agudiza al levantar la pierna, y con control ecográfico donde se objetiva aumento de la cantidad de líquido libre intraabdominal. En la analítica de control, la Hb es de 9.2 y Hto de 28.5, la bHCG de 5.980 y la frecuencia cardíaca materna de 95 ppm.

En relación con el caso clínico planteado responda a la siguiente cuestión:

4º- ¿Cuál sería la actitud terapéutica a tomar en estos momentos? Describe las distintas opciones técnicas posibles.

CASO CLÍNICO 2 (11 puntos)

1ª Parte:

Gestante de 38 +3 semanas que ingresa en dilatación para estimulación de parto por diabetes gestacional mal controlada en tratamiento con insulina. Edad 41 años.

G4P3 Sin alergias conocidas. Antecedentes Personales: cirugía de estrabismo en la infancia, conización en 2016. Partos anteriores vaginales eutócicos; peso menor o igual de 3.550 gr.

Exudado vagino-rectal negativo para *Streptococo Agalactiae*. Serologías negativas. Ganancia ponderal materna en embarazo 21 Kg.

Peso fetal estimado hace una semana: 3.890 gramos (p 95). Sexo masculino.

Pruebas complementarias a su llegada: Tensión Arterial: 134/83 85 lpm. Temperatura: 36.7° C. RCTG: feto reactivo, buena variabilidad, ascensos transitorios, línea basal 135 lpm, dinámica uterina irregular.

No desea analgesia epidural.

Se canaliza vía venosa.

Es explorada por tocólogo de guardia, tacto vaginal: cérvix borrado 50%, 2 cm de dilatación, bolsa íntegra, cefálica, SES. Se realiza amniorrexis artificial, fluyendo líquido amniótico ligeramente teñido. Treinta minutos tras la amniorrexis, la dinámica uterina sigue siendo irregular, por lo que se procede a iniciar perfusión de oxitócina según protocolo por pauta médica. Durante la primera fase de dilación se realiza cardiotocografía externa del feto, presentando un registro tranquilizador. Tras 2 horas de dinámica regular, la gestante nota sensación de pujo, realizamos tacto, encontrándose en dilatación completa, OIDA y III plano de Hodge. Es trasladada a paritorio. acompañada de su pareja, siendo atendida por una matrona y una auxiliar.

Tras varios pujos espontáneos en paritorio se produce el desprendimiento de la cabeza fetal, presentando una importante retracción de la misma hacia atrás "Signo de la tortuga".

En relación con el caso clínico expuesto responda a las siguientes cuestiones:

- 1- A) ¿Ante qué situación clínica nos encontramos? Defínala.
B) ¿Qué factores de riesgo presenta esta paciente para que se produzca dicha situación clínica?
- 2- ¿Cuáles serían las siguientes pautas de actuación antes de realizar la extracción fetal?
- 3- Maniobras a realizar para extracción fetal, enumérelas.

2ª Parte:

A los 10 minutos de haber alumbrado, inicia un sangrado vaginal abundante, que no cede con la aplicación masaje del fondo uterino, se ha de cambiar el empapador en pocos minutos y se estima más de 500 ml de pérdida de sangre. Se comprueba fondo uterino, está blando y la altura uterina permanece supra umbilical. La puérpera refiere sensación de mareo. TA: 90/65; FC materna 115 latidos por minuto.

- 4- ¿Cómo clasificaría la gravedad de esta hemorragia postparto inmediato?
- 5- Finalmente, descartando el resto de etiologías de hemorragia postparto inmediato, la paciente es diagnosticada de una atonía uterina, ¿Cuál sería su pauta de actuación?

CASO CLINICO 3 (11 PUNTOS)

Parte 1:

Paciente de 63 años.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial bien controlada con tratamiento oral.

Intervención quirúrgica: prótesis cadera derecha.

Menarquía: 13. Menopausia: 52. G2P1A1.

No revisiones ginecológicas hasta 2018.

Conización previa en 2019 por biopsia de CIN III y HSIL y controles posteriores normales.

En relación con el caso clínico expuesto responda a las siguientes cuestiones:

1.- ¿Cuáles son las recomendaciones de control (Oncoguía SEGO Prevención 2014) postconización con márgenes libres?

Parte 2:

En la última revisión:

- Exploración: Cérvix amputado. Se identifica OCE. Estenosis vaginal.
- Colposcopia: Cérvix desaparecido. ZT (Zona de transformación) tipo 3. No EAB (Epitelio Aceto Blanco). Lugol captación homogénea. Se realiza citología, HPV y toma endocervical
- Resultados; HPV 16 + y ACG (Atipia de células glandulares).

Se realiza Histerectomía Abdominal + Doble Anexectomía por laparoscopia:

- Anatomía Patológica: Adenocarcinoma de endocérvix tipo endocervical bien diferenciado.
- Tamaño tumoral: 2,1 cm por 1.1 cm.
- Invasión estromal: 5.8 mm (sobre un espesor de 9 mm).
- Infiltra el segmento uterino inferior.
- No invasión linfovascular.
- Rodete vaginal libre y ausencia de infiltración parametrial
- Endometrio atrófico. Ovarios y trompas sin infiltración.

En relación con el caso clínico expuesto responda a las siguientes cuestiones:

- 2.- ¿Cuál es el manejo propuesto en este caso, tras los hallazgos anatomopatológicos, para la estadificación tumoral?
- 3.- Estadío tumoral aparente de este tumor con estudio de extensión negativo
- 4.- Actitud terapéutica, en función de factores de riesgo
- 5.- ¿Cuáles son los criterios de alto riesgo de recidiva, según criterios anatomopatológicos, tras la cirugía?