

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 1

Paciente de 57 años, sana, sin enfermedad de interés ni toma medicación habitual salvo estatinas para la hipercolesterolemia. IMC 32. Última regla hace 4 años. Acude a urgencias de un hospital por manchado escaso de 1 mes de evolución.

En urgencias se le hace una analítica sanguínea que resulta completamente normal. Y una ecografía transvaginal que demuestra tan solo una línea media endometrial de 13mm.

1. ¿Qué pruebas realizaría a esta paciente tras el alta de la urgencia?
2. ¿En caso de que el resultado de la biopsia fuese de adenocarcinoma de endometrio de alto grado que pruebas de imagen y tratamiento sería el más apropiado?
3. Finalmente la paciente tuvo un adenocarcinoma de endometrio, G3, la estadificación final de la enfermedad demostró que se trataba de un estadio FIGO IB. Se le realizó el estudio molecular a la paciente y resultó tener una mutación de POLE. ¿Cuál considera que sería el tratamiento adyuvante de esta paciente?

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 2

Mujer tercigesta que acude al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia por dinámica uterina intensa desde hace 1 hora. No refiere pérdida de líquido ni sangrado genital. AGO: Menarquía a los 12 años. G3P2A0. Dos partos previos de evolución normal. Gestación de 41 semanas. Diabetes gestacional controlada con dieta. TV al ingreso: cuello blando, centrado, borrado un 60% con 6 cm de dilatación. Posición cefálica en primer plano de Hodge. Bolsa íntegra. Dinámica uterina dolorosa y regular cada 3 minutos. Queda ingresada en sala de dilatación. A los 25 min del ingreso en sala de dilatación se produce amniorrexis espontánea. Fluyen abundantes aguas claras. Se observan variables en el registro y la mujer refiere sensación de presión intensa y comienza a pujar. Se decide realizar una exploración vaginal pero antes de realizarla se observa polo cefálico en cuarto plano de Hodge. Tras un pujo intenso se observa salida de cabeza fetal completa pero no sale más allá de la barbilla. Tras maniobras de Mc Roberts y presión suprapúbica suave sin resultado, se coloca a la mujer en cuadrupedia lográndose extraer un feto vivo con test de Apgar 7-9-10.

1. Sospecha diagnóstica.
2. Factores de riesgo en este caso.
3. ¿Qué no hacer?
4. Maniobras a realizar.
5. Vía de parto si hubieses sabido en este caso que el peso fetal estimado era de 4800g.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 3

Mujer de 32 años, secundigesta, IMC 29 k/m² con antecedentes de parto a las 34 semanas hace 4 años, de inicio espontáneo y finalización por vía vaginal no instrumentado. Nació varón de 1930 g y test de Apgar 8/9. Lactancia materna 8 meses. No otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. No alergias conocidas. Madre diabetes mellitus tipo 2 y padre hipertensión arterial esencial. Embarazo actual de curso normal. Controles analíticos y ecográficos normales. Cribado combinado de cromosopatías de bajo riesgo y ecografía morfológica en semana 20 normal. Longitud cervical en semana 20 de 28 mm. Se realizó test de O'Sullivan en semana 24 con resultado 134 mg/dL de glucosa. Serologías: inmunizada a rubeola, resto negativo. Únicamente toma suplementos de sulfato ferroso. Tomó complejo multivitamínico durante el primer trimestre de gestación. Acude a urgencias en semana 31+5 refiriendo metrorragia escasa y presencia de contracciones uterinas regulares de intensidad creciente. Nota movimientos fetales. Al ingreso las constantes de pulso, temperatura y tensión arterial son normales. Se descarta por la ecografía placenta previa y no se observan áreas de abrupcio placentario. Se realiza tacto bimanual observándose un cuello uterino borrado al 50%, de consistencia media y centrado, permeable a un dedo (1 cm dilatado). La ecografía transvaginal arroja una medida de longitud cervical de 24 mm. El registro cardiotocográfico es reactivo, con buena variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal y muestra contracciones uterinas en número de 3 cada 10 minutos.

1. Ante esta situación ¿Cómo procedería? ¿Cuáles serían los siguientes pasos a seguir?
2. ¿Qué causas investigaría en este proceso?
3. Realice una evaluación de cómo ha sido seguido el embarazo y comente en su caso alguna actuación relevante que hubiera hecho.