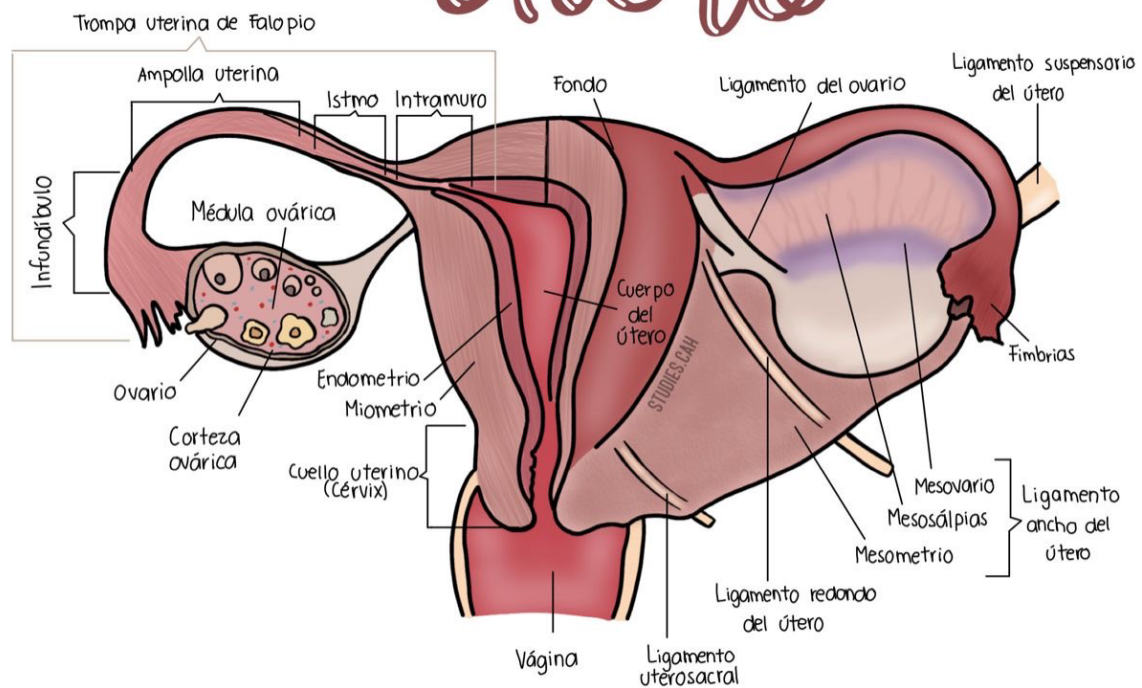


GINECOLOGÍA

Útero



2024-25

25. DISMENORREA

. Cuál de estos factores etiopatogénicos está implicado en la dismenorrea primaria: (2017 enero)

- a) Vasodilatación endometrial.
- b) Disminución del tono muscular uterino.
- c) Estenosis cervical.
- d) Ciclos anovulatorios.
- e) Ninguno de ellos. *

. Indica cuál de estas patologías puede causar dismenorrea primaria: (2015 enero)

- a) Endometriosis.
- b) Mioma.
- c) Quistes o tumores ováricos.
- d) Malformaciones congénitas del aparato genital.
- e) Ninguna de ellas. *

→ dismenorrea primaria = NO etiología conocida

¡Cuidado! Tu al principio pensaste en malformaciones congénitas del aparato genital xq cuando habla de etiopatogenia dice: "Factores obstructivos = hipertonía ístmica + estenosis cervical + ante flexión forzada del útero + malformaciones uterinas + hipoplasia uterina." ¡PERO! dismenorrea primaria = NO etiología // dismenorrea secundaria/adquirida = causa orgánica.

. En cuanto a la clínica de la dismenorrea primaria es cierto que: (2023 abril)

- a) El dolor es tolerable y no suele requerir analgesia.
- b) El dolor es agudo, de tipo cólico localizado en hipogastrio, fosas ilíacas y/o zona dorsal. *
- c) El dolor desaparece al acabar la menstruación.
- d) La intensidad del dolor suele ser variable de un ciclo a otro.

→ dismenorrea - clínica:

- paciente padece mismos síntomas cada mes (mismo cuadro con cada ciclo)
- dolor aparece 24-48h pre menstruación - desaparece 2º día menstruación
- intensidad dolor constante durante años
- dolor localiza forma cólica en: hipogastrio + fosas ilíacas + zona dorsal

. En cuanto a la clínica de la dismenorrea primaria es cierto que: (2020 junio)

- a) El dolor es agudo y cólico. *
- b) El dolor empieza en cuanto aparece la menstruación.
- c) El dolor desaparece al acabar la menstruación
- d) El dolor a veces persiste todo el ciclo.
- e) La intensidad del dolor suele ser variable de un ciclo a otro.

→ dismenorrea primaria

- dolor agudo/cólico con picos intensidad
- dolor aparece 24-48h antes menstruación y desaparece al 2º día menstruación
- intensidad dolor tiende a ser constante durante años

. ¿Cuál de estos factores etiopatogénicos está implicado en la dismenorrea primaria?: (2018 mayo)

- a) Vasodilatación endometrial.
- b) Disminución del tono muscular uterino.
- c) Hipercontractilidad ístmica. (*)
- d) Ciclos anovulatorios.
- e) Ninguno de ellos.

→ dismenorrea - etiopatogenia = hipercontractilidad miométrica (intensidad contracciones más notables en istmo).

fase menstrual = (-) progesterona → endometrio = PGF2alfa:

- contracción miometrio
- vasoconstricción vasos útero

. El mecanismo patogénico más probable de la dismenorrea primaria es: (2016 enero) (2077) (2014 mayo) (2013 febrero)

- a) Hipercontractilidad del miometrio durante la fase menstrual.
- b) Hipertonía del istmo uterino. *
- c) Isquemia del miometrio.
- d) Dilatación del cérvix.
- e) Aumento de la excitabilidad de los nervios uterinos.

. El mecanismo patogénico más probable de la dismenorrea primaria es: (2013 febrero)

- a) Hipercontractilidad del miometrio durante la fase menstrual. (*)
- b) Hipertonía del istmo uterino. *
- c) Isquemia del miometrio.
- d) Dilatación del cérvix al paso de la sangre.
- e) Aumento de la excitabilidad de los nervios uterinos.

→ según la corrección pone la b pero yo considero la a

hipertonía del istmo uterino = 2º a la hipercontractilidad general del miometrio

*recuerda! final fase lúteo = (-) progesterona = (+) PGF2alfa = contracción miometrio + vasoconstricción

. ¿Cuál de estos factores etiopatogénicos está implicado en la dismenorrea primaria? (2017 enero)

- a) Vasodilatación endometrial.
- b) Disminución del tono muscular uterino.
- c) Estenosis cervical. *
- d) Ciclos anovulatorios.
- e) Ninguno de ellos.

→ dismenorrea primaria - etiopatogenia - factor obstructivo = estenosis cervical

. El diagnóstico diferencial de la dismenorrea primaria NO incluye: (2023 abril)

- a) Endometriosis.
 - b) Malformaciones uterinas.
 - c) Secuelas de enfermedad inflamatoria pélvica.
 - d) Síndrome premenstrual. *
- dismenorrea primaria = dx exclusión causas dismenorrea 2ª
- endometriosis
 - adenomiosis uterina (endometriosis uterina interna)
 - Mioma
 - secuela crónica de enfermedad inflamatoria pélvica
 - tumores uterinos: pólipos, fibromas, neoplasias
 - quistes/ tumores ovárico
 - lesiones obstructiva

. El diagnóstico diferencial de la dismenorrea primaria incluye: (2020 junio)

- a) Endometriosis.
- b) Quiste de ovario.
- c) Malformaciones uterinas.
- d) Secuelas de enfermedad inflamatorio pélvica.
- e) Todas ellas. *

. ¿Cuál de los siguientes elegirías como primera opción de tratamiento de una dismenorrea intensa? (2012 mayo)

- a) Metamizol.
- b) Anticonceptivo hormonal oral.
- c) Progestágeno cíclico.
- d) Fenilbutazona.
- e) Ibuprofeno. *

→ dismenorrea primaria - tto 1ª línea = AINEs = ibuprofeno

. ¿Cuál de los siguientes factores epidemiológicos NO corresponde al Síndrome Premenstrual?: (2019 abril)

- a) Edad entre 25-35 años. *
 - b) Tendencia familiar.
 - c) Consumo de alcohol.
 - d) Conflictividad psíquica.
 - e) Ciclos ovulatorios.
- SPM - factores epidemiológicos:
- edad (+) incidencia = 35-45años
 - se asocia a ciclos ovulatorios
 - (+) frec = mujeres con conflictividad psíquica
 - tendencia familiar
 - (+) frec asociado con consumo alcohol

. En el Síndrome Premenstrual ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2018 mayo)

- a) Se asocia a ciclos ovulatorios.
- b) La edad de mayor incidencia coincide con los primeros años postmenarquia. *
- c) Tiene cierta tendencia familiar.
- d) La clínica puede ser muy variable de ciclo a ciclo.
- e) Una hipótesis etiopatogénica es la alergia.

→ síndrome premenstrual (SPM) - factores epidemiológicos

- edad (+) incidencia = 35-45a
- asocia ciclos ovulatorios (tiene cambios hormonales)
- mujeres conflictividad psíquica
- tendencia familiar (sin patrón claro)
- consumo alcohol

→ SPM - clínica = gran variabilidad de ciclo a ciclo

→ SPM - etiopatogenia => alergia a hormonas endógenas = st a progesterona pudiendo desarrollar náuseas, mareos, ...

*mujeres que desarrollan respuesta inmune (tipo hipersensibilidad retardada) contra su propia progesterona

. En el Síndrome Premenstrual ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2017 enero) (2016 enero) (20??) (2014 mayo)

- a) Se asocia a ciclos ovulatorios.
- b) La edad de mayor incidencia es 25-30 años. *
- c) Tiene cierta tendencia familiar.
- d) La clínica puede ser muy variable de ciclo a ciclo.
- e) Una hipótesis etiopatogénica es la alergia.

. En el Síndrome Premenstrual ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2013 febrero) (2012 mayo)

- a) Se asocia a ciclos ovulatorios.
- b) La edad de mayor incidencia es 25-30 años. *
- c) Tiene cierta tendencia familiar.
- d) Uno de sus síntomas puede ser el antojo por dulces.
- e) Una hipótesis etiopatogénica es la alergia.

. Entre los factores etiopatogénicos del síndrome premenstrual se encuentra: (2015 enero)

- a) Disfunción neuroendocrina en la producción de algunas hormonas (prolactina, catecolaminas y vasopresina).
- b) Aumento de la actividad del eje renina-angiotensina-aldosterona.
- c) Alergia.
- d) Alteraciones metabólicas (hipoglucemia, déficit de ácidos grasos esenciales).
- e) Todos ellos. *

→ síndrome premenstrual - etiopatogenia: (multifactorial)

- disfunción neuroendocrina de producción de diferentes hormonas (progesterona/prolactina/endorfinas/catecolaminas/vasopresina)
- activación eje RAA = retención hidrosalina
- alteración metabólica = hipoglucemia + déficit ácidos grasos esenciales (st gamma-linoleico) + déficit B6
- alergia
- psicósomático

. En el dolor pélvico crónico el hallazgo laparoscópico anormal más frecuente es: (2013 febrero)

- a) Endometriosis. *
- b) Adherencias.
- c) Secuelas crónicas de enfermedad inflamatoria pélvica.
- d) Mioma uterino.
- e) Varices y congestión pélvica.

→ dolor pélvico crónico - clasificación - dolor crónico = etiología (+)frec: endometriosis + cuadros adherencias pélvicas consecuencia EIP.

. Respecto al diagnóstico laparoscópico del dolor pélvico crónico ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?:(2019 abril)

- a) Una laparoscopia negativa descarta causas orgánicas ginecológicas.
- b) Una laparoscopia negativa hace desaparecer o mejorar el dolor en un número importante de casos. *
- c) Hay buena correlación entre la intensidad del dolor y la extensión de las lesiones encontradas.
- d) La laparoscopia se debería indicar en todos los casos de dolor pélvico crónico.
- e) La laparoscopia es el método definitivo de diagnóstico.

→ dolor pélvico crónico - Dx - laparoscopia = aspectos controvertidos:

- muchas causas NO se detectan
- laparoscopia (-) = NO excluye causa orgánica
- muchos hallazgos laparoscópicos NO explican dolor en mujeres
- mala correlación dolor-extensión-localización de lesiones
- NO método definitivo dx/tto
- NO excluye estudio multidisciplinario

. En el dolor pélvico crónico ¿Cuál de las siguientes es FALSA respecto al uso de la laparoscopia?: (2013 febrero)

- a) La laparoscopia puede tener efecto terapéutico aunque sea negativa.
- b) Una laparoscopia negativa permite descartar causa orgánica del dolor. *
- c) Puede estar indicada aunque la exploración y la ecografía sean normales.
- d) Hay mala correlación entre la intensidad del dolor y la extensión y localización de las lesiones vistas por laparoscopia.
- e) En mujeres sin dolor se pueden encontrar los mismos hallazgos laparoscópicos que en las que tienen el dolor pélvico crónico.

26. ENDOMETRIOSIS

. En la endometriosis es cierto que: (2016 enero)

- a) La transformación maligna es frecuente.
- b) No tiene relación con los niveles estrogénicos.
- c) Tiene mayor incidencia en mujeres >35 años.
- d) La menarquia temprana, ciclos menstruales cortos y menstruaciones prolongadas son factores predisponentes. *
- e) El embarazo agrava los síntomas y empeora el curso de la enfermedad.

→ endometriosis

- transformación maligna muy rara (células endometriales e típicas idénticas a las de la cavidad uterina, sin displasia ni atipia)
- enfermedad estrógeno-dependiente => embarazo = NO estrógenos = mejora síntomas
- promedio edad = 25-35a
- factores riesgo = menarquia temprana + ciclos menstruales cortos + hipermenorrea + menstruaciones prolongadas
- factores protectores = Multiparidad

. En la endometriosis es cierto que: (2014 mayo)

- a) La transformación maligna no es infrecuente.
- b) No tiene relación con los niveles estrogénicos.
- c) Tiene mayor incidencia en mujeres >35 años.
- d) La menarquia temprana, ciclos menstruales cortos y menstruaciones prolongadas son factores predisponentes. *
- e) Todas son ciertas.

. Señala cuál de los siguientes es un factor de riesgo de endometriosis (EM): (2023 abril)

- a) Multiparidad.
- b) Menarquia tardía.
- c) Obesidad.
- d) Ciclos menstruales cortos. *

→ endometriosis - factores epidemiológicos = ciclos menstruales cortos (<27días) + menarquia prematura

- aumento peso + (+) IMC = (-) riesgo

. Son factores de riesgo de la endometriosis: (2020 junio)

- a) Multiparidad.
- b) Menarquia precoz. *
- c) Obesidad.
- d) Ciclos Menstruales largos.
- e) Lactancia materna prolongada.

. Son factores de riesgo de endometriosis (EM): (2019 abril)

- a) Multiparidad.
- b) Menarquia tardía.
- c) Obesidad.
- d) Hipermenorrea. *
- e) Lactancia materna prolongada.

. Señala cuál de los siguientes es un factor de riesgo para padecer endometriosis: (2015 enero)

- a) Multiparidad.
- b) Obesidad.
- c) Tabaquismo.
- d) Menarquia temprana. *

→ endometriosis - factores epidemiológicos

- factores de riesgo = esterilidad + nulo paridad + menarquia temprana + ciclos menstruales cortos + hipermenorrea + anomalías mullerianas + EM fam + alt sist inmune + tto elevados estrógenos + alcohol y cafeína + dieta rica en grasas
- factores protectores = multiparidad + menarquia tardía + ciclos menstruales largos + menstruación es escasas + lactancia materna + tabaco + obesidad + ejercicio regular + dieta rica verduras/frutas.

. Indica las alteraciones del sistema inmune que pueden encontrarse en pacientes con endometriosis: (2022 abril)

- a) Aumenta la citotoxicidad celular de linfocitos T y B.
- b) Hay un déficit en la actividad lítica de las natural killer peritoneales. *
- c) Los monocitos y macrófagos disminuyen en número y actividad.
- d) Todas ellas.

→ EM - teoría enfermedad autoinmune (transplante directo x trauma tejido/Cx) - alteraciones inmunológicas

- defecto actividad células NK peritoneales = reduce su actividad lítica
- sistema monocítico-macrofágico alterado = manto nº y actividad (suplir actividad NK)
- (-) citotoxicidad celular linfocitos T y B
- (+) Ig + autoAc = actividad policlonal linfocitos B

. En el diagnóstico de la endometriosis es cierto que: (2019 abril) (2017 enero) (2016 enero)

- a) La exploración clínica puede ser normal. *
- b) La endometriosis nunca cursa de manera asintomática
- c) Suele haber correlación entre la intensidad del dolor y el estadio y localización de la enfermedad.
- d) Una laparoscopia sin hallazgos de lesiones endometriósicas excluye la enfermedad.
- e) La laparotomía tiene mayor rentabilidad diagnóstica y terapéutica que la laparoscopia.

→ EM - clínica:

- presentación clínica muy variable - superposición síntomas con de colon irritable + EIP
- examen físico puede ser normal = no encontrar ningún hallazgo patológico = mala correlación clínica-exploración
- (valor predictivo síntomas resulta incierto x otras posibles causas y:) significativa porción mujeres asintomáticas
- exploración normal = NO descarta

→ EM - dx:

- síntomas, a pesar de ser muchos, son comunes a otras patologías
- laparoscopia + biopsia = dx certeza → lesiones se ven muy bien pero si son implantes pequeños es difícil localizarlos x anatomía peritoneo

→ EM - estadije = valora implantes: localización + tamaño + diámetro

→ EM - tto Qx:

- resultados logrados con laparoscopia equivalentes/mejores > laparotomía

. En el diagnóstico de la endometriosis es CIERTO que: (2018 mayo)

- a) La exploración clínica puede ser normal. *
- b) La endometriosis nunca cursa de manera asintomática.
- c) Suele haber correlación entre la intensidad de los síntomas y el estadije de la enfermedad.
- d) Una laparoscopia sin hallazgos de lesiones endometriósicas descarta la enfermedad.
- e) La laparotomía tiene mayor rentabilidad diagnóstica y terapéutica que la laparoscopia.

. En el diagnóstico de la endometriosis es cierto: (2020 junio)

- a) La exploración clínica siempre evidencia un aumento de la sensibilidad pélvica y dolor a la palpación.
- b) La endometriosis nunca cursa de manera asintomática.
- c) No siempre hay correlación entre la intensidad del dolor y el estadije de la enfermedad. *
- d) Una laparoscopia sin hallazgos de lesiones endometriósicas descarta la enfermedad.
- e) La laparotomía tiene mayor "rentabilidad" diagnóstica y terapéutica que la laparoscopia.

. En el diagnóstico de la endometriosis es cierto que: (2014 mayo)

- a) La exploración clínica puede ser normal.
- b) La endometriosis nunca cursa de manera asintomática.
- c) Suele haber correlación entre la intensidad del dolor y el estadio y localización de la enfermedad.
- d) La laparoscopia es de gran utilidad diagnóstica y terapéutica.
- e) Solo a y d son correctas. *

. En la infertilidad derivada de la endometriosis (EM) es CIERTO que: (2018 mayo) (2017 enero)

- a) El factor etiopatogénico más relevante son las alteraciones inmunológicas propias de la EM.
- b) El tratamiento quirúrgico para recuperar la fertilidad se reserva solo a EM avanzadas.
- c) No es una complicación frecuente.
- d) Se asocia sobre todo a distorsión de la anatomía del aparato genital. *

e) El tratamiento médico es útil para recuperar la fertilidad en pacientes con EM.

→ EM

- epidemiología = 20-30% mujeres infértiles
- clínica - infertilidad = se asocia principalmente a distorsión anatomía (st trompas x fibrosis/adherencias) = factor (+) importante
- tto médico = NO efectos en fertilidad
- tto - EM mod/grave (que distorsiona anatomía aparato reproductor) = Cx (tto elección)

. En el tto de la endometriosis (EM) es falso que: (2015 enero)

- a) Los tratamientos médicos no mejoran la infertilidad de los pacientes con EM.
- b) Los tratamientos médicos solo reducen el volumen de las lesiones menores de 1cm.
- c) El método quirúrgico de elección es la laparoscopia.
- d) La laparotomía ofrece mejores resultados y menos complicaciones que la laparoscopia. *
- e) El riesgo de recidiva tras la cirugía conservadora de las lesiones está entre el 10-20% de los casos.

→ EM - tto:

- médico = NO efecto fertilidad + efectos volumen en endometrio más pequeños (<1cm)
- Qx = laparoscopia (elección)
- Laparoscopia = complicaciones postQx menores + resultados equivalentes/mejores que → laparotomía
- Qx - post = síntomas reaparecen 10-20% mujeres tratadas/año

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la endometriosis es CIERTA?: (2013 febrero)

- a) Es una patología poco frecuente.
- b) La etiología es el reflujo menstrual.
- c) El embarazo mejora el curso de la misma. *
- d) El tratamiento quirúrgico es el de primera elección siempre.
- e) La tasa de recidiva no llega al 10% de los casos.

→ EM

- estrógeno-dependiente ⇒ embarazo NO estrógenos = mejora sintomatología
- prevalencia global de la EM en España 10%
- etiopatogenia - teoría de Sampson / menstruación retrógrada / implante directo = teoría (+) aceptada → reflujo menstrual
- tto se debe individualizar
- síntomas reaparecen (post-tto) 10-20%

*. Una paciente de 38 años con una endometriosis grado III que ha sido sometida previamente a un quistectomía consulta por un problema de algias pélvicas y esterilidad. Se objetiva un nuevo quiste de aspecto endometriósico de 3 cm. ¿Cuál de las siguientes actitudes terapéuticas le parece más correcta?: (2013 febrero)

- a) Cirugía radical (anexectomía bilateral).
- b) Análogos de la LHRH durante seis meses y buscar embarazo.
- c) Quistectomía laparoscopia e inseminación artificial.
- d) Proponer FIV. *
- e) Tratamiento sintomático con antiinflamatorios e inseminación artificial.

. En relación con la adenomiosis es cierto que: (2022 abril)

- a) No es estrógeno-dependiente.
- b) Es más frecuente en nulíparas.
- c) Su máxima incidencia se da en mujeres entre 20 y 30 años.
- d) Tener antecedentes de cirugía uterina previa es factor predisponente. *

→ adenomiosis

- enfermedad estrógeno-dependiente
- factores predisponentes = multiparidad + antecedente Cx previa
- (+) frec = a partir 4ª década vida

27. INFECCIONES TRACTO GENITAL INFERIOR

. La vaginosis bacteriana se asocia a un mayor riesgo de padecer: (2015 enero)

- a) Enfermedad inflamatoria intestinal.
- b) Infección puerperal.
- c) Parto pretérmino.
- d) Citologías cervicovaginales anormales como ASCUS.
- e) Todas ellas. *

→ vaginosis bacteriana - aumenta riesgo:

- enfermedad inflamatoria pélvica (facilitan que otros gérmenes proliferen y asciendan al tracto genital superior)
- embarazo = corioamnionitis + rotura prematura membranas + parto pretérmino
- puerperio = infecciones puerperales/postcesaria/postaborto
- infección postoperatoria del muñón vaginal después de histerectomías
- citologías cervicovaginales anormales como ASCUS (atípicas de células escamosas de significado incierto).

. En la vaginosis bacteriana, cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2016 enero)

- a) Nunca es asintomática.
- b) La leucorrea es escasa y grumosa y el pH vaginal no se altera.
- c) El test de KOH no es útil para el diagnóstico.
- d) En el frotis hay muchos leucocitos y "células guía". *
- e) Puede acompañarse de febrícula.

→ vaginosis bacteriana

- clínica = suele dar poca sintomatología → prurito + escozor vaginal
- Dx - leucorrea = blanco-grisácea + profusa + abundante + NO adherente + líquida ("leche derramada")
- Dx = pH alto (>4,5) + frotis en fresco (>2 leucocitos) + test KOH (olor ha pescado x aminas producidas x degradación bacteriana de proteínas)

. En la vaginosis bacteriana, cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (20

- a) Nunca es asintomática.
- b) La leucorrea es escasa y grumosa y el pH vaginal no se altera.
- c) En el test de KOH se aprecia un olor característico y desagradable.
- d) En el frotis hay muchos leucocitos y "células guía".
- e) c y d son válidas. *

. Ante una paciente embarazada, que acude a la consulta por presentar flujo abundante de aspecto blanquecino y grumoso, prurito intenso y mucosa vaginal eritematosa y algo edematosa: (2023 abril)

- a) Lo primordial es hacer un cultivo de la secreción vaginal.
- b) El frotis en fresco y el test de KOH pueden aportar datos para el diagnóstico. *
- c) El pH vaginal estará alterado.
- d) Sospecharemos una ETS y es imprescindible tratar también a la pareja.

→ candidiasis vaginal - clínica = prurito + leucorrea

→ candidiasis vaginal - Dx

- leucorrea = secreción vaginal blanca + grumosos (aspecto requesón) + adherida pared vaginal
- eritema + edema → vulvovaginal
- pH vaginal normal (<4,5)
- frotis fresco (/ teñido) = micelios + esporas Candida 80% casos
- test KOH = sin olor + ver mejor micelios/higas/esporas (al desaparecer resto células)
- cultivo si: otras pruebas negativas + candidiasis recidivantes (ver antibiograma)
- candidiasis vaginal - tto = NO se considera ETS Ipero! mujeres como relaciones + recidivas → aconseja tratar pareja (con crema azólica)

. Ante una paciente que acude a la consulta por presentar flujo abundante de aspecto blanquecino y grumoso, prurito intenso y mucosa vaginal eritematosa y algo edematosa: (2020 junio)

- a) Lo primordial es hacer un cultivo de la secreción vaginal.
- b) El frotis en fresco no aportara datos para el diagnostico.
- c) El Ph vaginal estará alterado.

- d) El test de KOH está indicado en este caso y podría confirmar el diagnóstico. *
- e) Sospecharemos una ETS y es imprescindible tratar a la pareja.

. En la candidiasis vaginal, ¿cuál de las siguientes es FALSA?: (2016 enero)

- a) Es una vaginitis muy frecuente.
- b) La mayoría de los casos está causada por *Cándida Albicans*.
- c) Es más frecuente en embarazo o tras uso de antibióticos.
- d) Hay correlación entre la concentración de hongos en secreción vaginal y los síntomas.
- e) En el test de KOH se ven siempre los micelios que confirman el diagnóstico. *

→ candidiasis vaginal

- infección (+) frecuente = embarazo + diabéticas + obesas + ATB → ACO = ppl causa
- 75% mujeres tienen al menos 1 episodio en su vida - 45% 2/+ episodios al año
- mayoría casos causada x *Candida Albicans* (>90%)
- clínica = florida + proporcional a cantidad *Candida*
- dx - test KOH = NO olor + ver micelios/hifas/esporas (NO siempre digo yo)

. En la candidiasis vaginal, ¿cuál de las siguientes es FALSA?: (2014 mayo)

- a) Es una vaginitis muy infrecuente. *
- b) La mayoría de los casos está causada por *Cándida Albicans*.
- c) Es más frecuente en embarazo o tras uso de antibióticos.
- d) Hay correlación entre la concentración de hongos en secreción vaginal y los síntomas.
- e) En el test de KOH se ven muy bien los micelios.

. En el diagnóstico de candidiasis vaginal es cierto que: (2015 enero)

- a) La secreción vaginal es amarillenta y fluida.
- b) No suele haber eritema ni edema de la mucosa vaginal.
- c) El pH vaginal suele estar alterado (>4,5).
- d) El test de KOH no es útil en el diagnóstico.
- e) En el frotis en fresco o teñido se ven micelios y/o esporas en el 80% de los casos.*

→ candidiasis vaginal - dx

- secreción vaginal blanca
- eritema + edema → vulvovaginal
- pH normal (<4,5)
- frotis en fresco = teñido con micelios + esporas de *Candida* en 80% casos
- test KOH = sin olor + micelios/hifas/esporas

. Una paciente acude a consulta y refiere un episodio de disuria tratado con amoxicilina y clavulánico, tras lo cual comienza con prurito vulvo-vaginal acompañado de leucorrea blanquecina. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es más correcta?: (2013 febrero)

- a) Dada la historia clínica es altamente probable que se trate de una candidiasis. Haremos un frotis en fresco y con KOH y actuaremos en función de los resultados. (*)
- b) Solicitamos un cultivo vaginal y trataremos según los resultados. *
- c) Haremos una tinción de Gram.
- d) Trataremos con un corticoide tópico para aliviar las molestias.

→ yo pondría como correcta la a

→ candidiasis vaginal:

- (+) frecuente tras uso ATB (st amplio espectro que eliminan flora vaginal)
- clínica = prurito + ardor vulvar
- leucorrea blanquecina con grupos (requesón)
- dx
 - frotis fresco = micelios + esporas
 - test KOH = micelios + hifas + esporas
 - cultivos si: otras pruebas (-) / recidivas
- tto = en casos de vulvitis intensa añadir crema corticoide de acción débil IPERO! nunca tratar infecciones micóticas con corticoides sin tratar hongo xq empeoramos el patio

. Ante una paciente que acude a la consulta por presentar flujo abundante de aspecto líquido, espumoso, amarillento con olor desagradable, prurito molesto y que en la exploración se aprecia mucosa vaginal eritematosa con petequias y cérvix en fresa: (2022 abril)

- a) Lo primordial es hacer un cultivo de la secreción vaginal.
 - b) El frotis en fresco no aportará datos para el diagnóstico.
 - c) El test de KOH no es útil en este caso.
 - d) Sospecharemos una ETS por Tricomonas y la trataremos con Metronidazol oral. *
- tricomoniasis - clínica = prurito vulgar + leucorrea → (+) típico = síntomas uretritis (disuria y plaquiuria)
- tricomoniasis vaginal - Dx - leucorrea:
- aspecto = líquido espumoso + color blanco/amarillo/verdoso + maloliente
 - mucosa vaginal/exocervical = eritematosas con punteado rojizo x hemorragias petequiales (colpitis macular + cervix en "fresa")
 - Tricomonas = fresa con champán
- tricomoniasis vaginal - Dx
- pH vaginal elevado (>4,5) = puede asociarse con otras vaginosis
 - frotis en fresco = (+) neutrófilos + células guía + tricomona (ovalada con penacho 4 flagelo con movimiento)
 - test KOH = olor típico vaginosis (a pescado)
 - con cualquier forma de tinción de frotis (incluida citología - 60%5) = tricomoniasis teñidas pero muertas
 - cultivos especiales tricomonas (Diamond/Kupferberg)
 - Dx def suficiente con = hallazgos clínicos (leucorrea espumosa) + hª clínica (contacto riesgo) + cultivo
- tricomoniasis - tto = metronidazol oral

. Ante una paciente que acude a la consulta por presentar flujo abundante de aspecto blanquecino espumoso, prurito y mucosa vaginal eritematosa: (2019 enero)

- a) Lo primordial es hacer un cultivo de la secreción vaginal.
 - b) El frotis en fresco aportará datos para el diagnóstico. *
 - c) El pH vaginal no estará alterado.
 - d) El test de KOH no está indicado en este caso.
 - e) Todas son ciertas.
- tricomoniasis vaginal - clínica = prurito vulgar + leucorrea
- tricomoniasis vaginal - dx:
- leucorrea = espumoso + blanco/amarillo/verdoso → mucosa vaginal eritematosa con punteado rojizo
 - pH vaginal elevado (>4,5)
 - frotis en fresco = (>) neutrófilos + células guía + tricomona
 - test KOH = olor característico vaginosis

etiología	relaciones sexuales lavados vaginales	embarazo + diabetes + obesas + ACO + ATB	ETS
germen	Lactobacillus < anaerobios (Gardnerella)	Candida Albicans (90%)	trichomonas vaginalis
clínica	poca sintomatología prurito/escozor vaginal	proporcional cant Candida = prurito (picor + ardor)	asintomáticas/ prurito vulgar + síntomas uretritis
mucosa vaginal		eritematosa edema tosa	eritemat + punteado rojizo x hemorragias petequiales
leucorrea	blanco/grisácea no adherente "leche derramada"	blanquecina grumos adherida	blanco-amarillento/verdoso espumoso maloliente
pH	alto >4,5	normal (<4,5)	elevado >4,5
frotis fresco	>2 leucocitos/campo + células guía	micelios + esporas (80%)	trichomonas móviles + (>)neutrófilos + células guía
test KOH	olor pescado x liberación aminas aromát (degradación bact de prot)	NO olor + micelios/hifas/esporas	olor vaginosis
frotis teñido GRAM/azul	(=) frotis fresco (>)nitidez		
cultivos		otras pruebas (-) / recidivas	Diamond / Kupferberg
tto	clindamicina tópica	azolicos locales (clotrinazol)	metronidazol oral

. En el diagnóstico de la cervicitis mucopurulenta, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2023 abril)

- a) Suele tener su origen en una vaginitis que se extiende al endocervix.
- b) Si no se trata adecuadamente, puede complicarse con una EPI.
- c) El frotis en fresco o con tinción de Gram no resulta útil para orientar el diagnóstico porque no suele mostrar alteraciones reseñables.
- d) Los gérmenes implicados más habituales suelen ser patógenos oportunistas.

. En el diagnóstico de la cervicitis mucopurulenta, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2023 abril)

- a) Suele tener su origen en una vaginitis que se extiende al endocervix.
→ colitis = inflamación séptica ectocervix + misma etiología vulvovaginitis
→ cervitis = inflamación epitelio endocervical + patógenos difieren vulvovaginitis
- b) Si no se trata adecuadamente, puede complicarse con una EPI. *
→ cervitis = peligro ante el posible ascenso de infección a genitales internos = enfermedad inflamatoria pélvica
- c) El frotis en fresco o con tinción de Gram no resulta útil para orientar el diagnóstico porque no suele mostrar alteraciones reseñables.
→ cervitis - frotis en fresco = abundantes leucocitos de reacción inflamatoria (>30/campo).
→ cervitis is - tincion gram = diplococos gram negativos (granos de café) - dx
- d) Los gérmenes implicados más habituales suelen ser patógenos oportunistas.
→ cervicitis mucopurulenta = 2 causas específicas (+) importantes: Neisseria Gonorrhoeae + Chlamydia Trachomatis

. En el diagnóstico de la cervicitis mucopurulenta, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2022 abril)

- a) Aunque no se trate, raramente puede complicarse y evolucionar a EPI.
- b) El frotis en fresco con tinción de Gram no resulta útil para confirmar el diagnóstico y no suele mostrar leucocitos ni otras alteraciones reseñables.
- c) La etiología más frecuente es la infección por Gonococo y/o Clamidia. *
- d) Los cultivos específicos no suelen ser necesarios para confirmar la etiología.

. En el diagnóstico de la cervicitis mucopurulenta, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2020 junio)

- a) La exploración con espejo puede ser idéntica a una vaginitis.
- b) Aunque no se trate, raramente puede complicarse y evolucionar a una EPI.

- c) El frotis en fresco o con tinción de Gram, no resulta útil para confirmar el diagnóstico y no suele mostrar leucocitos ni otras alteraciones reseñables.
- d) El germen implicado más habitual es la tricomonas.
- e) Los cultivos específicos suelen ser necesarios para confirmar la etiología. *

. En la cervicitis mucopurulenta, ¿cuál de las siguientes es FALSA?: (2018 mayo) (2017 enero)

- a) Los patógenos responsables más frecuentes son la Neisseria Gonorrhoeae y la Chlamydia.
- b) La exploración es muy inespecífica y no aporta datos para el diagnóstico.
- c) La vía de contagio habitual es por contacto sexual.
- d) Es necesario tratarlas para evitar que la infección ascienda al tracto genital superior.
- e) La sintomatología de la cervicitis puede ser escasa o nula.

. En la cervicitis mucopurulenta, ¿cuál de las siguientes es FALSA?: (2018 mayo) (2017 enero)

- a) Los patógenos responsables más frecuentes son la Neisseria Gonorrhoeae y la Chlamydia.
→ cervicitis mucopurulenta = 2 causas específicas (+) importantes: Neisseria Gonorrhoeae + Chlamydia Trachomatis
- b) La exploración es muy inespecífica y no aporta datos para el diagnóstico. *
→ cervicitis mucopurulenta - dx = exploración + frotis en fresco + pruebas específicas
- c) La vía de contagio habitual es por contacto sexual.
→ cervicitis mucopurulenta = 2 causas específicas (+) imp: Neisseria Gonorrhoeae + Chlamydia Trachomatis = ETS
- d) Es necesario tratarlas para evitar que la infección ascienda al tracto genital superior.
→ cervicitis = peligro ante el posible ascenso de infección a genitales internos = enfermedad inflamatoria pélvica
- e) La sintomatología de la cervicitis puede ser escasa o nula.
→ cervicitis = Neisseria Gonorrhoeae + Chlamydia Trachomatis = ETS en endocervix que no suelen producir síntomas

. Una paciente acude por prurito en genitales externos de 48 horas de evolución y síndrome febril. La exploración revela la presencia de vesículas múltiples en ambos labios menores, con alguna úlcera plana e irregular, edema vulvar, dolor y adenopatías bilaterales dolorosas. ¿Cuál de las siguientes actuaciones le parece más ajustada al cuadro clínico?: (2013 febrero)

- a) Toma de cultivo de las úlceras y tratamiento sintomático (analgésico) hasta tener el diagnóstico.
 - b) Toma de cultivo y corticoide tópico como tratamiento sintomático más efectivo.
 - c) Toma de muestra de las lesiones ulceradas y tratamiento con Aciclovir y sintomático. *
 - d) Biopsia de una de las lesiones ulceradas y tratamiento sintomático.
 - e) Lesión compatible con sífilis primaria por lo que es necesario toma de cultivo, serología específica, inicio del tratamiento de la paciente con penicilina y evaluación de la pareja.
- herpes genital:
- primoinfección = lesiones genitales + síntomas generales viremia (fiebre)
 - en vulva (labios menores/mayores + horquilla vaginal) parecen múltiples vesículas: pequeñas + arracimadas + base eritematosa + muy dolorosa + ulceran 24h
 - son frecuentes las adenopatías inguinales
 - herpes recidivante = síntomas prodrómico (picor + parestesias + dolor local)
 - dx = clínica + aspecto lesiones + ADN viral PCR + citología raspado lesiones + serología + inmunofluorescencia
 - tto = aciclovir oral

. En el diagnóstico del condiloma acuminado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2019 enero)

- a) La exploración suele ser inespecífica.
 - b) La sintomatología es habitualmente escasa o nula.
 - c) La biopsia resulta útil para confirmar el diagnóstico. *
 - d) El test de KOH negativo descartará el diagnóstico.
 - e) La citología no aporta datos útiles en este caso.
- condiloma acuminado - dx
- clínica = prurito + dolor tacto + sangrar
 - exploración = aspecto lesiones (exofíticas, verrugas blandas húmedas)
 - biopsia = hiperplasia papilar de epidermis con paraqueratosis + colitosis
 - citología = colitosis típicas + células multinucleadas + disqueratocitos
 - técnicas hibridación + PCR → detectar ADN viral

. En el tratamiento del condiloma acuminado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA? (2018 mayo) (2017 enero)

- a) El interferón IM es la primera opción por su eficacia.
 - b) El imiquimod en crema al 5% tiene escasos efectos secundarios y por eso es la primera opción de tratamiento.
 - c) El ácido tricloracético es el tratamiento tópico de elección en embarazadas.
 - d) El 5 fluoruracilo no es útil en ningún caso.
 - e) Las lesiones no deben destruirse para evitar la diseminación del virus.
- . En el tratamiento del condiloma acuminado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA? (2018 mayo)
- a) El interferón IM es la primera opción por su eficacia.
→ condiloma acuminado (VPH) - tto sistémicos = interferón IM = x coste + efectos generales se usan en casos que NO responden a otros tratamientos
 - b) El imiquimod en crema al 5% tiene escasos efectos secundarios y por eso es la primera opción de tratamiento.
→ condiloma acuminado (VPH) - tto tópicos (Imiquimod crema al 5%) = sustancias tóxicas que no se pueden aplicar en grandes extensiones de piel ni dentro vagina - producen gran inflamación/erosión piel sana vulva (eficacia 40-90%).
 - c) El ácido tricloracético es el tratamiento tópico de elección en embarazadas. *
→ condiloma acuminado (VPH) - tto tópicos = ácido tricloroacético al 80-90% (único admisible en embarazadas).
 - d) El 5 fluoruracilo no es útil en ningún caso.
→ condiloma acuminado (VPH) - tto tópicos = 5-fluoruracilo (se suele reservar para casos de neoplasia intraepitelial).
 - e) Las lesiones no deben destruirse para evitar la diseminación del virus.
→ condiloma acuminado (VPH) - tto = métodos de destrucción física de las lesiones (crioterapia, electrocoagulación, diatermia, láser, ...)

. En la enfermedad inflamatoria pélvica: (2016 enero) (2014 enero)

- a) El agente infeccioso primario más frecuente son los anaerobios.
- b) Suele cursar con febrícula y escasa afectación del estado general.
- c) En la exploración suele haber dolor a la palpación de útero y anejos y dolor a la movilización cervical. *
- d) No suele haber alteraciones analíticas significativas.
- e) Ninguna es cierta.

→ enfermedad inflamatoria pélvica:

- agente 1º = chlamydia / gonococo → evolución enfermedad = gérmenes piógenos anaerobios (flora vaginal oportunista)
- clínica:
 - dolor abdominal agudo → hipogastrio + fosas ilíacas - característico 24-48h fin menstruación
 - fiebre alta >38º
 - dolor = palpación: útero-anejos uterinos + movilización: cervical-útero
 - palpación masas anexiales dolorosas
 - afectación estado general
- datos analíticos = leucocitosis con neutrófilos y desviación izq + VSG aumentada + frotis cervical inflamatorio

.Cuál de los siguientes datos clínicos o de laboratorio es patognomónico del EIP: (2015 enero)

- a) Dolor agudo en hemiabdomen inferior (hipogastrio y fosas ilíacas) de aparición postmenstrual.
- b) Masas anexiales dolorosas a la palpación.
- c) Dolor a la movilización genital.
- d) Material purulento en Douglas.
- e) Ninguno de ellos. *

→ EIP - dx:

- dolor agudo en hemo abdomen inferior (hipogastrio + fosas ilíacas) de aparición típica postmenstrual)
- fiebre alta (>38°C)
- afectación estado general
- anejos engrosados / masas anexiales dolorosas (dolor a palpación y movilización genital)

*ningún dato clínico/laboratorio es patognomónico

. ¿Cuál de los siguientes datos es patognomónico de la salpingitis aguda? (2012 mayo)

- a) Dolor a la palpación de los anejos uterinos.
- b) Fiebre muy alta.
- c) Cultivo de endocérnix positivo para gonococo.
- d) Ecografía que detecta un probable complejo tubo-ovárico.
- e) Ninguno de los anteriores. *

. En el diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2019 abril)

- a) Los hallazgos en la exploración clínica ofrecen más seguridad diagnóstica que los síntomas clínicos.
- b) La demostración de la presencia en el tracto genital inferior de un agente de transmisión sexual no es suficiente para confirmar el diagnóstico.
- c) Una laparoscopia en la que los genitales internos parecen normales excluye el diagnóstico.
- d) La Culdocentesis se ha abandonado.
- e) Los gérmenes que se detecten en un cultivo de endocérnix pueden ser distintos a los que estén en las trompas.

. En el diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2019 abril)

- a) Los hallazgos en la exploración clínica ofrecen más seguridad diagnóstica que los síntomas clínicos.
→ los signos exploratorios y los datos de laboratorio son más específicos de EIP que los síntomas
- b) La demostración de la presencia en el tracto genital inferior de un agente de transmisión sexual no es suficiente para confirmar el diagnóstico.
→ EIP - criterios dx = 3 mayores + 1 menores (demostración agentes ETS)
→ EIP - cultivos = demostración agentes ETS apoya Dx
- c) Una laparoscopia en la que los genitales internos parecen normales excluye el diagnóstico.
→ EIP - dx ⇒ laparoscopia - inconvenientes = hay salpingitis no visibles
- d) La Culdocentesis se ha abandonado.
→ EIP - métodos dx - culdocentesis = hoy se ha abundando x ser muy dolorosa
- e) Los gérmenes que se detecten en un cultivo de endocérnix pueden ser distintos a los que estén en las trompas.

→ EIP - cultivos - inconvenientes = los gérmenes obtenidos en muestras tracto genital inferior NO siempre causantes infección trompas

. En la enfermedad inflamatoria pélvica el diagnóstico diferencial NO incluirá: (2018 mayo)

- a) Pielonefritis.
- b) Torsión ovárica.
- c) Embarazo ectópico.
- d) Endometriosis.
- e) Síndrome premenstrual. *

→ EIP - dx diferencial - con procesos genitales

- infecciones tracto genital inferior NO han subido al superior (cervicitis)
- quiste de ovario complicado (ej: torsionados)
- embarazo ectópico
- aborto complicado
- endometriosis
- mioma complicada

. En la enfermedad inflamatoria pélvica el diagnóstico diferencial incluirá: (2017 enero)

- a) Pielonefritis.
- b) Torsión ovárica.
- c) Embarazo ectópico.
- d) Endometriosis.
- e) Todas ellas. *

. En la enfermedad inflamatoria pélvica los criterios diagnosticos incluyen: (2020 junio)

- a) Dolor a la palpación abdominal.
- b) Dolor a la palpación anexial.
- c) Temperatura > 38°C.
- d) Leucocitosis > 10.000.
- e) Todos ellos. *

→ EIP - criterios Dx:

- mayores = dolor palpación abdominal con/sin signos rebote bilateral + dolor movilización cervix/útero + dolor palpación anexial
- menores = demostración agentes ETS + temperatura >38°C + leucocitosis>10.000 + material purulento en Douglas + eco/explo sugieren complejos tubo-ováricos o abscesos

. Son criterios mayores para el diagnóstico de EPI, EXCEPTO: (2023 abril)

- a) Sospecha de complejos tuboováricos o abscesos en ecografía o exploración. *
- b) Dolor a la palpación abdominal con o sin signos de rebote.
- c) Dolor a la palpación anexial.
- d) Dolor a la movilización del cervix y del útero.

→ EIP - criterios mayores (signos clínicos)

- dolor a palpación abdominal con/sin signos de rebote (generalmente bilateral)
- dolor a movilización cervix y útero
- dolor palpación anexial

→ EIP - criterios menores

- demostración agentes ETS (gonococo/chlamydia)
- >38°C
- leucocitosis >10.000
- material purulento en Douglas
- ecografía/exploración sugieren complejos tuboováricos/abscesos

. ¿Cuál de las siguientes se considera un criterio mayor de diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica?: (2013 febrero)

- a) Palpación de una masa anexial bilateral.
- b) Obtención de pus en una Culdocentesis.
- c) Dolor a la palpación anexial. *

- d) Demostración de la presencia de Gonococo o Clamidias en el tracto genital inferior.
- e) Todos los anteriores son criterios mayores.

. Una mujer de 40 años acude a urgencias con un cuadro de dolor abdominal agudo sugestivo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica a las 72 horas de haberse realizado una biopsia de endometrio por metrorragias. Tiene fiebre alta, su estado general está muy afectado y por exploración y ecografía los anejos están aumentados de tamaño con aspecto de complejos tubo-ováricos. ¿Cual agente microbiológico seria el responsable más sospechoso?: (2019 abril)

- a) Gonococo.
- b) Clamidia.
- c) Micoplasma.
- d) Bacterias Anaeróbicas. *
- e) Enterobacterias tipo E. Coli o Enterococo.

→ EIP - etiología => anaerobios = edad media + intensidad aguda + fiebre alta + anexos engrosados (por exploración y ecografía anejos aumentados de tamaño) + estado general afectado + EIP previa/DIU/manipulación

. Una mujer de 35 años tiene por tercera vez un episodio de salpingitis aguda con fiebre alta, gran afectación del estado general y complejos anexiales tubo-ovaricos. ¿cuál es el agente causal más probable?: (2013 febrero) (2012 mayo)

- a) Gonococo.
- b) Clamidia.
- c) Bacterias aeróbicas.
- d) Bacterias anaeróbicas. *
- e) Todos los anteriores son igual de probables.

. En la enfermedad inflamatoria pélvica los criterios de hospitalización incluyen: (2022 abril)

- a) No respuesta al tratamiento ambulatorio en 24 horas.
- b) Sospecha de absceso. *
- c) Leucocitosis >7.000.
- d) Todos ellos.

→ EIP - regimen hospitalario - indicaciones hospitalización:

- >38°C / leucocitosis >11.000
- duda dx / necesidad laparoscopia
- sospecha abscesos / signos peritonitis
- afectación importante estado general /
- náuseas / vómitos / intolerancia tto oral
- NO respuesta tto ambulatoria en 48h
- embarazo / inmunodepresión

. Señala en qué caso NO estaría indicado el tratamiento quirúrgico de la EIP: (2023 abril)

- a) Escasa respuesta al tratamiento antibiótico las primeras 24 horas. *
- b) Sospecha de absceso tuboovárico roto.
- c) Signos de peritonitis.
- d) Sepsis.

→ EIP - tto Qx

- ausencia respuesta tratamiento antibiótico
- sospecha absceso roto
- signos de peritonitis generalizada (sepsis / abscesos roto)
- dudas diagnósticas con otro proceso de indicación quirúrgica urgente (ej: apendicitis)

→ régimen hospitalario = sí tras 72h tto NO respuesta clínica -> realizar pruebas adicionales (laparoscopia p) + valorar Cx (Gracias Silvia y Mar)

. Señala en que caso estaría indicado el tto quirúrgico de la EIP: (2015 enero)

- a) Ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico.
- b) Sospecha de absceso roto.
- c) Signos de peritonitis.
- d) En todos ellos. *
- e) En ninguno de ellos.

. Entre las secuelas que suele producir la enfermedad inflamatoria pélvica, NO se incluyen: (2022 abril)

- a) Dolor pélvico crónico.
- b) Alteraciones menstruales. *
- c) Embarazo ectópico.
- d) Dispareunia.

. Entre las secuelas que suele producir la enfermedad inflamatoria pélvica, NO se incluyen: (2018 mayo)

- a) Dolor pélvico crónico.
- b) Patología tumoral ovárica. *
- c) Infertilidad.
- d) Embarazo ectópico.
- e) Dispareunia.

→ EIP - pronóstico = mortalidad muy baja + secuelas muy frecuentes (inversas a la precocidad dx+tto)

- dolor pélvico crónico
- dispareunia
- esterilidad
- embarazos ectópico
- episodios repetidos de EIP

. Entre las secuelas que suele producir la enfermedad inflamatoria pélvica, NO se incluyen: (2020 junio) (2017 enero)

- a) Dolor pélvico crónico.
- b) Transformación tumoral de las lesiones crónicas. *
- c) Esterilidad.
- d) Embarazo ectópico.
- e) Dispareunia.

. Entre las secuelas que suele producir la enfermedad inflamatoria pélvica, NO se incluyen: (2016 enero)

- a) Dolor pélvico crónico.
- b) Abortos de repetición. *
- c) Esterilidad.
- d) Embarazo ectópico.
- e) Dispareunia.

. Entre las secuelas que suele producir la enfermedad inflamatoria pélvica, NO se incluyen: (2014 mayo)

- a) Dolor pélvico crónico.
- b) Abortos de repetición. *
- c) Esterilidad.
- d) Embarazo ectópico.
- e) Ninguna de ellas.

29. DISTOPIAS, PROLAPSO GENITAL E INCONTINENCIA

. Los prolapsos genitales: (2013 febrero)

- a) Son una patología poco prevalente.
- b) Son más frecuentes en nulíparas.
- c) La obesidad es un factor de riesgo. *
- d) Las mallas sintéticas son el tratamiento de primera elección en el momento actual.
- e) Los partos instrumentales disminuyen su prevalencia al acortar el periodo expulsivo.

→ prolapso genitales

- prevalencia = altamente frecuente + incidencia aumenta con partos/peso/edad
- etiología = embarazo + parto (st complicados/instrumentales/fetos macrosómico) + menopausia (falta estrógenos) + Qx + obesidad + estreñimiento
- mallas NO 1ª elección x infecciones

. En un prolapso de compartimento anterior: (2020 junio)

- a) Predomina el descenso uterino.
- b) Incluye el enterocele.
- c) Incluye el rectocele.
- d) Incluye uretrocele y cistocele. *
- e) Descenso de todas las estructuras pélvicas.

→ prolapso - formas clínicas - defecto anterior = uretrocele + cistocele

. Una paciente acude a consulta refiriendo un bultoma en genitales externos que aumenta a lo largo del día y con los esfuerzos. La exploración revela un descenso de la pared posterior de la vagina en su tercio superior sin componentes adicionales: (2014 mayo)

- a) Es necesario realizar una ecografía vaginal para establecer el diagnóstico
- b) El diagnóstico clínico es rectocele.
- c) El diagnóstico clínico es de enterocele o Douglascele. *
- d) El diagnóstico es de prolapso uterino.
- e) El tratamiento sería la histerectomía vaginal.

→ prolapso - formas clínicas => enterocele = se prolapsa la pared posterior y superior vagina.

. Para la correcta evaluación del grado de un prolapso genital y correcta planificación del tratamiento es imprescindible. (2023 abril) (2022 abril)

- a) Una RMN para valorar las estructuras musculares y aponeurosis pélvicas.
- b) Un estudio urodinámico para excluir la presencia de incontinencia oculta.
- c) Una correcta historia y exploración clínica. *
- d) Una ecografía pélvica para descartar lesiones asociadas.

→ prolapso - dx = fundamental correcta Hª clínica + EF

*EF = en sillón exploración + situación basal + con valvas mejor que con espéculo + maniobra Valsalva (>P abdominal: toser, estornudar, empujar, ... = poner prolapso manifiesto).

- NO suelen necesitar pruebas complementarias para dx

. En el diagnóstico de los prolapsos genitales es cierto: (2012 mayo)

- a) Se recomienda la realización de un TAC previo al tratamiento.
- b) La exploración clínica es elemento fundamental en el diagnóstico. *
- c) La urodinamia es imprescindible antes de abordar el tratamiento.
- d) La historia clínica no suele aportar datos significativos.
- e) La RMN debe realizarse para evaluar las estructuras musculares dañadas previo al tratamiento.

→ prolapso - dx = Hª clínica + EF

. ¿Cuál de los siguientes factores tiene menor trascendencia a la hora de plantearse el tratamiento quirúrgico de un prolapso genital?: (2013 febrero)

- a) Deseo genésico de la paciente.
- b) Experiencia del cirujano con la técnica y vía de abordaje.
- c) Existencia de patología o lesiones asociadas.

- d) Disponibilidad de mallas sintéticas para corrección del mismo. *
- e) Correcta exploración clínica y estudio de las estructuras prolapsadas.

→ prolapso - tto Qx - factores:

- edad (en pacientes ańosas se intenta evitar Cx)
- estado general + estilo vida
- deseo genético paciente
- interés conservar menstruación
- estado estructuras afectas
- lesiones asociadas (quistes/miomas)
- incontinencia y tipo
- experiencia cirujano

. En el tratamiento quirúrgico de los prolapsos genitales cual de las siguientes afirmaciones es cierta: (2012 mayo)

- a) La cirugía tendrá en cuenta los deseos genésicos de la paciente. *
- b) El tipo de prolapso no es un factor determinante de la cirugía.
- c) El abordaje abdominal es el de elección en la mayoría de los casos.
- d) La utilización de "mallas sintéticas" es de primera elección en la reconstrucción pélvica.
- e) La tasa de recidivas es muy baja.

→ prolapso - tto Qx

- depende factores = deseo genético paciente + tipo prolapso (enteroceles son mas complicados tratar)
- vía abordaje y técnica => supeditada al Dx
- intervenciones Qx suelen realizarse x vía vaginal (generalmente la vía ginecológica x excelencia e dls vaginal x <agresividad que vías abdominales)
- mallas/protesis = NO 1ª elección x infección

. En el tratamiento del prolapso urogenital cuál de las siguiente afirmaciones es cierta: (2019 abril)

- a) La colocación de un pesario es el tratamiento de primera elección.
- b) Las mallas sintéticas se consideran a día de hoy como la técnica quirúrgica de primera elección.
- c) El tipo de cirugía vendrá determinado por la naturaleza del defecto predominante. *
- d) Las vías abdominales son las de elección.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ prolapso - tto:

- médico - pesarios = medio temporal prev Cx / alternativa Cx contraindicada / paciente NO quiere operarse
- Cx:
- tto estándar
 - vía abordaje + técnica = supeditada al dx
 - intervenciones Qx suelen realizarse x vía vaginal (vía ginecológica x excelencia = vía vaginal x ser <agresiva que vías abdominales)
 - histerectomía vaginal con colporineorracia anterior y posterior = intervención referencia
 - mallas/prótesis => NO indicadas como tto 1ª elección xq se sitúan entre vejiga-vagina/vagina-recto = espacio muy pequeño -> vagina NO aséptica = insertar elemento extraño favorece proliferación gérmenes.

. Un paciente de 60 años consulta por sensación de bulto en genitales que aumenta a lo largo del día, sensación de "tirantez" en hipogastrio y lumbar que aumenta también a lo largo del día y que ella refiere como muy molesta. La exploración revela un cistocele de II grado con prolapso uterino de primer grado y rectocele ligero. (2018 mayo) (2017 enero)

- a) Dado que le la exploraron revela un grado menor de prolapso no esta recomendado tratamiento.
- b) Se le recomendaría fisioterapia y si no mejoran las molestias cirugía. *
- c) Histerectomía vaginal con plastias.
- d) Un pesario seria el tratamiento de primera elección.
- e) Realizar un estudio urodinámico para descartar problemas asociados.

→ prolapso genital - clínica

- sensación cuerpo extraño / bulto genital (st al >P abdominal al toser/coger peso)
 - dolor en hipogastrio/zona lumbar (estas zonas inervadas se resienten al estirarse)
 - sensación tirantez (como si algo me estuviera tirando hacia abajo permanentemente)
 - molestias aumentan a lo largo día (con esfuerzos y con bipedestación continuada)
- prolapso genital - tto Qx = tto estándar

- pacientes ańosas se intenta evitar Cx
- histerectomía vaginal con colpoperitoneorrafia anterior y posterior (intervención de referencia)

*yo hubiese pienso la c pero según ChatGPT sería PESARIO x bajo grado => en la corrección de 2017 pone como correcta la B
= asique grado bajo de prolapso primera elección tto médico con pesarios

. Una paciente de 40 años (G3 P3) acude a consulta refiriendo sensación de bulto en genitales externos que aumenta a lo largo del día, de carácter progresivo, y que le dificulta la marcha, refiere haber realizado una ecografía pélvica recientemente informada como normal. La exploración objetiva el cuello uterino que asoma el introito con cistocele de II grado no recto enterocele. (2016 enero) (2015 enero)

- a) Dada su juventud es mejor tratamiento conservador (pesario, reposo).
- b) Debemos recomendarle un TAC pélvico para excluir otras lesiones y proponerle cirugía.
- c) Dada la clínica y exploración es susceptible de cirugía convencional. *
- d) Dada la clínica y exploración se le debe recomendar una cirugía con mallas y conservación del útero.
- e) Realizar una histerectomía abdominal para poder extirpar los ovarios y disminuir el riesgo de Ca de ovario.

-> prolapso - tto

- médico - pesarios = (chatGPT) 1ª elección en mujeres sintomáticas con prolapso leves/moderados que no quieren Cx o quieren conservar útero
- Qx = tto estándar prolapso
 - pacientes ańosas = evita Cx
 - condicionamiento estilo vida (síntomas severos)
 - histerectomía vaginal con colpoperitoneorrafia anterior y posterior = intervención referencia (st uso cuando hay componente uterino importante)
 - mallas NO 1ª elección

*yo después de haber visto lo de que los grados bajos les pone pesarios aquí le hubiese puesto pesario como primera elección pero chatGPT recalca la imposibilidad de la marcha como síntoma severo por lo que sería Cx

Tb teniendo en cuenta que ya ha tenido hijos tiene el deseo genético realizado (aunque no sabemos si quiere más hijos), por lo que el tto Qx es el estándar

. Una paciente de 70 años G3 P3 acude a consulta refiriendo sensación de bulto en genitales externos que aumenta a lo largo del día, de carácter progresivo, y que le dificulta la marcha, refiere haber realizado una ecografía pélvica recientemente informada como normal. La exploración objetiva el cuello uterino que asoma en introito con cistocele de II grado no recto enterocele: (2015 enero)

- a) Debemos recomendarle un TAC pélvico para excluir otras lesiones y proponer cirugía.
- b) Dada la clínica y exploración es susceptible de cirugía convencional. *
- c) Dada la clínica y exploración se le debe recomendar una cirugía con mallas y conservación del útero.
- d) Realizar una histerectomía abdominal para poder extirpar los ovarios y disminuir el riesgo de Ca de ovario.
- e) Dada su edad recomendarle reposo.

. Una paciente acude a la consulta refiriendo incontinencia urinaria. Le solicitamos un estudio urodinámico y nos informan de una capacidad vesical normal, sensación de micción inminente a los 45° mL y disminución de la presión de cierre uretral. El diagnóstico urodinámico es de: (2012 mayo)

- a) Incontinencia de esfuerzo. *
- b) Incontinencia mixta.
- c) Incontinencia de urgencia.
- d) Inestabilidad del detrusor.
- e) C y D.

-> incontinencia esfuerzo - urodinamia

- cistometría normal (capacidad vesical normal + deseo miccional normal + NO contracciones músculo detrusor)
- flujo urinario normal
- perfil uretral anómalo = disminución presión cierre uretral

. Una paciente de 50 años, menopáusica, con diabetes tipo II de 10 años de evolución, refiere pérdidas ocasionales de orina cuando tiene deseo miccional, así como nicturia, poliaquiuria y moderada disuria de unos meses de evolución. Cual de los siguientes diagnósticos es más probable: (2012 mayo)

- a) Infección urinaria e incontinencia de urgencia. *
- b) Incontinencia de urgencia.

- c) Incontinencia mixta.
- d) Vejiga neurógena.
- e) Cistitis intersticial.

→ incontinencia urgencia = necesidad imperiosa orinar x contracciones incontroladas músculo detrusor → hay aumento frecuencia diurna + nocturna (nicturia)

→ incontinencia urgencia - etiología

- alteraciones neurológicas = diabetes (neuropatía periférica)
- alteraciones vesicales (irritación músculo detrusor) = infecciones urinarias

. Una paciente de 70 años con incontinencia de orina mal definida es sometida a un estudio urodinámico para valoración de la misma. En esta se objetivan: contracciones espontáneas del detrusor, volumen residual aumentado, deseo miccional imperioso con bajos volúmenes y una presión de cierre uretral normal. Como podríamos calificar la incontinencia: (2014 mayo)

- a) Incontinencia mixta.
- b) Incontinencia de esfuerzo.
- c) Incontinencia de urgencia. *
- d) Fístula vésico vaginal.
- e) Patrón urodinámico de acuerdo a la edad del paciente.

→ incontinencia esfuerzo - urodinamia - cistometría normal + flujo urinario normal + perfil uretral anómalo

→ incontinencia urgencia (deseo intenso orinar) - urodinamia

- flujometría = disminución flujos (emisión baja velocidad)
- cistometría
 - <capacidad vesical (reducida)
 - >P intravesical
 - contracciones espontáneas del detrusor
 - sensación llenado + urgencia precoz (x disminución distensibilidad)
- perfil uretral normal
- volúmenes residuales elevados (fallo contracción)

. Una paciente de 65 años acude al ginecólogo con una cistomanometría en la que se objetiva una vejiga de baja capacidad, perfil uretral normal y contracciones espontáneas del detrusor. Dicha manometría es sugestiva de: (2013 febrero)

- a) Incontinencia de esfuerzo.
- b) Incontinencia de urgencia/inestabilidad del detrusor una cistomanometría dentro de lo normal para la edad. *
- c) Debemos indicar un cabestrillo suburetral.
- d) Debe descartarse lesión neurológica subyacente.

. Una paciente refiere pérdida de orina al toser o estornudar, en la exploración se objetiva un uretrocele e hipermotilidad de la uretra con una prueba de Bonney positiva: (2020 junio)

- a) Le recomendaría un estudio urodinámico para conocer mejor el tipo de incontinencia antes de tratarla.
 - b) La trataría con anticolinérgico y en función de la respuesta tratamientos adicionales.
 - c) Le propondríamos, dada la naturaleza de la incontinencia, un cabestrillo suburetral.
 - d) Le propondríamos como primera opción fisioterapia del suelo pélvico. *
 - e) Sería indicación de una plastia vaginal anterior y puntos de Kelly.
- incontinencia esfuerzo - tto = fisio + fármacos + Qx

. Un paciente de 70 años acude a consulta porque refiere escapes de orina con la tos de larga evolución, no urgencia, la exploración revela un cistourethrocele, hipermovilidad de la uretra, con Bonney positivo: (2019 abril)

- a) Es necesario hacer un estudio cistomanométrico antes de ningún tipo de tratamiento quirúrgico.
- b) Debemos instaurar tratamiento con anticolinérgico dado el carácter de la incontinencia.
- c) El tratamiento indicado en primera línea es la corrección quirúrgica del cistocele.
- d) La fisioterapia del suelo pélvico es el primer abordaje terapéutico recomendable.
- e) La colocación de una banda suburetral es el tratamiento de primera elección. *

→ incontinencia de esfuerzo

- pérdida involuntaria + intermitente orina al realizar esfuerzo que >P abdominal (ej: toser)
- x: hipermovilidad uretral / insuficiencia esfínter
- exploración = frecuente asociación a uretroceles (entre otros) + test Bonney positivo

- tto = mejorando tejido uretral + coaptación/cierre uretra = ejercicios + fisioterapia + Cx
- Cx
 - Bonney positiva altamente susceptible mejora con Cx
 - si cuadro clínico bien definido NO es imprescindible realizar urodinamia antes Cx
 - Gold standard = bandas suburetrales
- incontinencia urgencia - tto médico (1+ elección) = anticolinérgicos

. Una paciente de 60 años, diabética presenta un uretrocele y cistocele de 2° grado, acude refiriendo incontinencia de orina con la tos y también "escapes" cuando tiene "muchas ganas". ¿Cuál de las siguientes afirmaciones o actitudes te parece incorrecta?: (2023 abril) (2022 abril)

- Le propondría hacer un estudio urodinámico para tipificar mejor la incontinencia.
- Se podría intentar un tratamiento con anticolinérgicos para ver el grado de respuesta.
- Le propondría la colocación de un cabestrillo para corregir la incontinencia. *
- La calificaría como una incontinencia mixta.

→ lo primero de todo, por favor, aprende a leer = dice la INCORRECTA

→ prolapso (uretrocele + cistocele) - lesiones asociadas = incontinencia (relacionada con prolapso x afectación suelo pélvico al alterarse ángulo uretrovesical)

→ incontinencia

- de esfuerzo = pérdida involuntaria orina al hacer esfuerzo que aumenta P abdominal (tos)
- de urgencia = necesidad imperiosa de orinar → etiología - alteraciones neurológicas = diabetes (x neuropatía periférica)
- mixta = concurrencia 2 tipos incontinencia (esfuerzo + urgencia)
- dx - pruebas complementarias - urodinamia = es importante para definir ante qué tipo de incontinencia nos encontramos
- tto Qx = NO mejora incontinencia urgencia
- tto médico - incontinencia urgencia = anticolinérgico

. Una paciente diabética de 70 años refiere que tiene polaquiuria, nicturia, escape de orina con la tos que se objetivan en la exploración. Refiere así mismo que no es capaz de cortar el chorro de la micción: (2018 mayo)

- Le recomendaría tratamiento quirúrgico de su incontinencia de esfuerzo.
- Histerectomía vaginal con plastias.
- Recomendaría un estudio urodinámico para evaluar la incontinencia. *
- Aumentar la dosis de insulina.
- Colocación de un esfínter artificial.

→ incontinencia esfuerzo

- pérdida involuntaria orina al realizar esfuerzo que >P abdominal (tos)
- clínica = orina sale con esfuerzo puntales (tos)
- posibilidad detener chorro micción normal (mecanismo esfinteriano funciona pero no es suficiente)
- tto = fisio / fármacos / Qx (Bonney positivo) = bandas suburetrales (gold) + esfínter artificial (cuando no se logra continencia x otros métodos)

→ incontinencia urgencia

- necesidad imperiosa de orinar x contradicciones incontroladas detrusor - >frecuencia diurna/nocturna (nicturia)
- etiología = alteraciones neurológicas = diabetes (x neuropatía periférica)
- clínica = emisión orina masiva + incapacidad detener minuciosamente normal
- tto = médico (Qx NO)

→ urodinamia = importante para definir tipo incontinencia

. Ante una paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo pura por los datos clínicos antes de plantearse la corrección quirúrgica es imprescindible realizar: (2017 enero)

- Estudio urodinámico completo.
- Cistomanometría.
- Electromiografía.
- Cistoscopia.
- Exploración clínica. *

→ incontinencia esfuerzo - tto Qx

- criterios clínicos = incontinencia esfuerzo con Bonney positivo
- criterios urodinámicos = si cuadro clínico está bien definido no es imprescindible realizar urodinamia antes Cx

. Ante una mujer de 60 años que acude a consulta refiriendo una historia de pérdida de orina de carácter progresivo, que se manifiesta al coger pesos, toser y subir escaleras, y que no tiene urgencia, ni nicturia: (2013 febrero)

- a) Debemos hacer una exploración clínica cuidadosa para valorar cambios en la estática pélvica. *
- b) Pedir un estudio urodinámico como paso previo imprescindible ante cualquier tratamiento quirúrgico.
- c) Tratar con anticolinérgicos dado que parece una incontinencia de urgencia.
- d) La cirugía de elección son puntos de Kelly.
- e) Realizar una electromiografía para descartar lesión nerviosa subyacente.

. Es necesario hacer estudio urodinámico antes de operar una incontinencia cuando: (2016 enero)

- a) Siempre.
- b) En incontinencias de esfuerzo puro.
- c) Si existe cirugía de incontinencia previa. *
- d) En las incontinencia de urgencia.
- e) Nunca

→ incontinencia esfuerzo - tto Qx - criterios urodinámicos:

- si el cuadro esta bien definido no es imprescindible realizar urodinamia antes Cx
- recomendable hacerla antes reintervención Qx - cuándo ha fallado técnica previa

. La realización de estudios urodinámicos en pacientes con incontinencia de orina debería: (2015 enero)

- a) Realizar siempre previo a la cirugía.
- b) Realizarla cuando la clínica no es clara.
- c) Si existe cirugía de incontinencia previa.
- d) b y c. *

30. DESENVOLVIMIENTO SEXUAL DIFERENTE

. La diferenciación de la gónada a ovario o testículo: (2013 febrero)

- a) Depende exclusivamente del sexo cromosómico.
 - b) Se produce en la semana 20 de gestación.
 - c) Siempre es hacia la gónada femenina.
 - d) Depende de la existencia de las células de Leydig.
 - e) Está determinada por la llegada de las células germinales a la gónada primitiva
- diferenciación sexual pasa x estadio indiferenciado bipotencial => diferencia 8ª semana - determinado x info contenida en cromosomas
- explicación chat GPT - diferenciación gónada → ovario/testículo
- no basta sólo con cariotipo
 - gónada bipotencial al principio → diferenciación gonadal semana 8
 - gónada bipotencial + SRY (cromosoma Y) = testículo
 - las células de Leydig aparecen posteriormente a determinación gónada
 - llegada células germinales a gónada primitiva es importante (sin células germinales = gónada degenera pero la determinación sexual depende presencia/ausencia gen SRY)

. La diferenciación de la gónada a ovario o testículo: (2012 mayo)

- a) No depende del cariotipo.
 - b) Esta vinculada a los niveles de testosterona.
 - c) Depende de las células germinales procedentes de la placa olfatoria.
 - d) Se puede interrumpir el proceso y originar los hermafroditismos. *
 - e) Depende de la existencia del gen SRY.
- gónadas primordiales = se forma a partir cresta urogenital
- células germinales primordiales embrión proliferan en saco vitelino → migran a cresta urogenital
- sexo cromosómico (determinado en concepción):
- cromosomas XX determinan gónadas se diferencia = ovario
 - cromosomas XY determinan gónadas se diferencian = testículo
- Y = gen SRY = FDT = tubulos seminíferos + diferenciación células cordones sexuales (Sertoli + Leydig)
- Leydig = testosterona = conducto Wolff = genitales internos (epidídimo + conducto deferente + vesículas seminales)
 - testosterona - 5 α -reductasa = dihidrotestosterona = genitales externos (glándula + uretra peneana + escroto)
 - testosterona adolescencia = caracteres secundarios
- ChatGPT => sí falla diferenciación (ej: problemas gen SRY / migración celular) = intersexos/trastornos desarrollo sexual

*10 2 preguntas anteriores

- cromosoma Y = gen SRY = diferenciación gónada a testículo
- cromosoma XX = NO gen SRY = gónada (x defecto) diferencia a ovario
- *diferenciación gónada a testículo sí exclusiva gen SRY, pero diferenciación gonadal general a testículo/ovario no exclusiva SRY (otros factores: WNT4/DAX1)
- *WNT4/DAX1 = promueven desarrollo ovárico en ausencia señales masculinas)
- DAX1 (en cromosoma X) = [OFF] genes testiculares (SOX9) - si no hay SRY
 - WNT4 = diferenciación ovárica + supresión formación células Leydig

. El sexo genético del individuo: (2012 mayo)

- a) Esta determinado por la gónada.
 - b) Lo define la dotación cromosómica. (*)
 - c) Es el conjunto del sexo interno y externo.
 - d) Es igual en los varones que en las mujeres.
 - e) Esta determinado por los 23 cromosomas. *
- según corrección es la e pero según chatGPT es la b
- sexo genético = determinado x dotación cromosómica = concretamente x cromosomas sexuales (par 23)

*. La hormona antimülleriana: (2016 mayo) (2014 mayo)

- a) Es producida por los gametos masculinos.
- b) Es la encargada de regular el descenso testicular.

c) Tiene como misión el desarrollo de los conductos de Wolff.

d) Se sintetiza en las células de Leydig.

e) Es fundamental para el desarrollo uterino.

→ gen SRY = factor determinante de testículo (TDF) = [ON] tubulos seminíferos + diferenciación células cordones sexuales:

- células Sertoli = hormona antimülleriana = [OFF] desarrollo conducto Müller

- células de Leydig = testosterona = [ON] desarrollo conducto Wolff = epididimo + conducto deferente + vesículas seminales

*. Determinación y diferenciación sexual. Ovario: (2017 enero)

a) Precisa la existencia de un nivel elevado de estrógenos para su diferenciación.

b) Cuando no existe el gen SRY, las gónadas se diferencian a ovarios.

c) Su desarrollo indica la existencia de células germinales. *

d) Se precisa la existencia de niveles elevados de DHA -5.

e) Siempre que exista un cariotipo 46 XX, habrá un desarrollo anatómico y funcional completo de los ovarios.

→ embrión XX - gonadal

- ausencia Y (SRY) + presencia XX = células germinales se rodean de células de los cordones sexuales (células granulosa en un futuro) = folículos primordiales (en presencia ovogonias)

- ovario precisa de células germinales para diferenciarse → ausencia células germinales = atresia gonadal

*. Paciente de 29 años, cariotipo 45 XO, y que no ha tenido reglas: (2018 mayo)

a) Sus gónadas son testículos rudimentarios.

b) No tiene reglas por ausencia de útero.

c) En el periodo puberal se debe realizar gonadectomía.

d) El tratamiento en el periodo de la menopausia será a base de estrógenos y progestágenos.

e) Suelen presentar menopausia tardía.

→ sd Turner (45XO)

- NO células germinales = NO ovario = tejido conectivo → cintilla ovárica

- NO testículos:

• NO antimülleriana = desarrollo conductos Müller = genitales internos femeninos

• NO testosterona = genitales externos femeninos

- presentan = útero hipoplásico (x falta estrógenos) + trompas + genitales externos normales

- amenorrea primaria (NO ovarios = NO función ovárica en adolescencia)

- tto = terapia hormonal sustitutiva

*correcta: c

. El síndrome de Turner: (2013 febrero)

a) Se trata de un hipogonadismo hipergonadotrópico.

b) El cariotipo más frecuente es el mosaicismo 45XY, 46XXY.

c) La adrenarquia no sucede por no maduración del eje adrenal.

d) Existe desarrollo de los conductos de Wolff bilaterales.

e) Presentan estatura elevada por no existir estrógenos que limiten el crecimiento de huesos largos.

→ Sd Turner (45XO)

- NO células germinales (par 23) = NO ovario (hipogonadismo) = cintilla ovárica

- NO testículos = NO testosterona/antimülleriana = conducto Müller desarrollan + conducto Wolff atrofian

- características clínicas = talla baja

- adrenarquia normal

- existen mosaicos 46XX/45X = Hipoplasia genital grado variable

*NO células germinales = NO ovario (hipoplasia gonadal) = NO estrógenos = NO feedback negativo hipofisis → hipofisis =

(+)FSH (intento estimular ovarios = estrógenos) = hipergonadotropismo.

. Mujer con S. de Turner e hipogonadismo hipergonadotrópico y deseos genésicos: (2012 mayo)

a) El tratamiento deberá ser mediante gonadotropinas.

b) Acudirá a la inseminación artificial e inducción de la ovulación.

c) Nunca podrá tener un embarazo.

d) El tratamiento será la "donación de ovocitos".

e) Tratamiento con terapia hormonal sustitutiva hasta conseguir el descenso de las gonadotropinas.

→ anomalías cromosómicas -Sd Turner (45XO)

- NO células germinales = NO ovario (cintilla ovárica) = amenorrea 1ª
- NO testículos = NO testosterona/hormona antimülleriana = desarrollo conductos Müller + atrofia conducto Wolff = genitales internos femeninos = útero (hipoplásico x falta estrógenos) + trompas + genitales externos
- tto = THS => deseo gestacional = [need] donación óvulos

*correcta: d

. Una paciente de 18 años que no ha tenido nunca la menstruación ni signos de desarrollo puberal presenta unos niveles de gonadotropinas superiores a 40 mIU/mL. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable? (2017 enero)

- a) Retardo constitucional de la pubertad.
- b) Tumor cerebral.
- c) Disgenesia gonadal. *
- d) Síndrome de Kallmann.
- e) Síndrome de ovario poliquístico.

→ disgenesia gonadal 46XY / Sd Swyer

- amenorrea primaria
- escaso desarrollo mamario
- FSH alta

*al leer el amenorrea primaria y no desarrollo puberal pensabas en Sd de Morris ¡pero! recuerda que consiste en la carencia de receptores de andrógenos, personas con cariotipo XY que poseen testículo. Hormona antimülleriana sí que inhibe el desarrollo del conducto mülleriano pero la testosterona no puede ejercer su acción, y en ausencia de estimulación los genitales externos se diferencian en femeninos. La clave creo que sería el desarrollo puberal, y que cuando ella adolescencia se produce un aumento de andrógenos suprarrenales que no tienen a donde unirse estos no producen desarrollo vello y la testosterona se aromatiza produciendo el desarrollo mamario. En la disgenesia gonadal NO hay desarrollo mamario.

*FSH alta + amenorrea primaria + hipoplasia tb te puede hacer pensar en Sd Turner. ¿En qué se diferencia?

. Un varón de 17 años (46 XY) y fenotipo femenino con testículos disgenésicos: (2017 enero)

- a) Generalmente presenta testículos bien desarrollados, por acción del gen SRY.
- b) Suelen tener desarrollo de mamas.
- c) Los genitales externos se corresponden con el cariotipo.
- d) En la pubertad se debe realizar una gonadectomía por la frecuente aparición de tumores testiculares.
- e) Presentan el síndrome "pierde sal".

→ disgenesia gonadal XY (Sd Swyer)

- defecto diferenciación gónada = NO se forma testículo
- NO testículos = NO testosterona (conductos Wolff) / antimülleriana (atrofia conductos Müller) = genitales internos/ externos femeninos
- pubertad = adrenarquia normal (vello púbico/axilar) + hipoplasia mamaria (NO estrógenos)
- gónadas disgenésicas + cromosoma Y = riesgo transformación neoplásica de células germinales => gonadectomía bilateral

*Correcta: d

* Mujer de 16 años con talla normal, amenorrea, ausencia de pelo púbico y axilar. Desarrollo mamario normal. Dentro del síndrome clínico más probable, indique la característica INCORRECTAS: (2022 abril)

- a) Cariotipo XY.
- b) Riesgo de malignización de gónadas intraabdominales.
- c) Genitales ambiguos al nacimiento. *
- d) Ausencia de desarrollo de los conductos de Müller y Wolff.

→ Sd Morris / insensibilidad andrógenos = cariotipo XY

- testículos = testosterona -> NO receptores = NO conductos Wolff
- testículos = hormona antimülleriana = [OFF] conductos Müller
- genitales externos femeninos (vagina corta)
- testículos intraabdominales/inguinales = riesgo transformación neoplásica => gonadectomía

* Respecto al Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (Feminización Testicular), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2019 abril)

- a) Se aconseja la castración en cuanto se diagnostican por el riesgo de tumores germinales. (*)
- b) Normalmente no necesitan construcción de neovagina para poder tener relaciones sexuales

- c) Tras la castración se les da tratamiento hormonal sustitutivo como a las menopáusicas pero con solo estrógenos sin progestágenos.
 - d) Sus gonadas pueden estar situadas en las ingles.
 - e) Son estériles y no pueden tener hijos propios ni siquiera con gestación subrogada.
- sd Morris / insensibilidad androgénica / feminización testicular
- hernia inguinal (testículo en canal inguinal)
 - esterilidad
 - testículos intraabdominales/inguinales riesgo neoplásica = gonadectomía → a partir adolescencia (no antes para favorecer desarrollo puberal)
 - tto = gonadectomía + vaginoplastia/plastia escrotal + THS despuesgonadectomía
- *correcta: a

*. En la consulta se presenta una paciente de 18 años que refiere amenorrea primaria, la exploración objetiva un fenotipo femenino normal con buen desarrollo mamario. Llama la atención la ausencia de vello axilar y pubiano. Cuál de las siguientes exploraciones sería más determinante para el diagnóstico y manejo clínico de la paciente: (2019 abril)

- a) Determinación de los niveles de estrógenos y andrógenos.
- b) Cariotipo.
- c) Determinación de las gonadotropinas.
- d) Valoración de la TSH.
- e) Prolactina.

*correcta: b

*. ¿Cuál de los siguientes datos NO corresponde al síndrome de insensibilidad a los andrógenos, también llamado síndrome de feminización testicular? (2018 mayo)

- a) Amenorrea primaria.
 - b) Desarrollo mamario normal en la pubertad.
 - c) Útero hipoplásico.
 - d) Presencia de testículos.
 - e) Riesgo de desarrollo de tumores en las gónadas.
- sd insensibilidad andrógenos / sd Morris
- XY = testículos = testosterona + hormona antimulleriana
 - NO receptores androgénicos = NO efecto testosterona = genitales externos femeninos
 - hormona antimulleriana = SÍ efecto atresia conducto Müller = NO genitales internos femeninos
 - testosterona aromatización = estrógenos = desarrollo mamario
 - clínica = amenorrea primaria + genitales externos femeninos + mamas normales
 - testículos intraabdominales/inguinales = riesgo transformación neoplásica ⇒ gonadectomía

*correcto: c

*. ¿Cuál de las siguientes es FALSA en el síndrome de Morris (insensibilidad a los andrógenos): (2016 mayo)

- a) Su fenotipo es femenino.
 - b) En la pubertad se le desarrolla las mamas.
 - c) Carecen de útero y su vagina suele ser corta.
 - d) Se les deben extirpar las gónadas lo antes posible en cuanto se diagnostiquen.
 - e) No suelen necesitar operaciones de construcción de neovagina para tener relaciones sexuales.
- sd Morris / insensibilidad andrógenos
- testículos = testosterona + hormona antimulleriana
 - hormona antimulleriana = [OFF] conductos Müller = NO genitales internos femeninos = NO útero
 - fenotipo femenino (ausencia receptores androgénicos = NO efecto testosterona)
 - ausencia estímulo androgénico = genitales externos femeninos = vagina corta
 - testosterona aromatiza = estrógenos = desarrollo mamario
 - testículos intraabdominales/inguinales = riesgo neoplásica ⇒ gonadectomía - a partir adolescencia (no antes ora favorecer desarrollo puberal)
 - tto = gonadectomía + vaginoplastia/plastia escrotal + THS

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes datos no corresponde al síndrome de insensibilidad a los andrógenos, también llamado síndrome de feminización testicular? (2012 mayo)

- a) Amenorrea primaria.
 - b) Desarrollo mamario normal en la pubertad.
 - c) Útero hipoplásico.
 - d) Presencia de testículos.
 - e) Riesgo de desarrollar tumores en las gónadas.
- síndrome insensibilidad andrógenos / Morris
- personas cariotipo XY
 - poseen testículo = testosterona + factor inhibidor mülleriano = NO receptores testosterona = testosterona NO ejerce acción
 - carece conductos: Müller (hormona antimülleriana si ejerce acción) + Wolff (testosterona NO ejerce efecto)
 - adolescencia:
 - (+) andrógenos suprarrenales → Iperol receptor andrógenos = receptor testosterona ⇒ NO pelo axilar/púbico
 - (+) testosterona → NO efecto = aromatizan = estrógenos = desarrollo mamario
 - clínica:
 - genitales externos femeninos
 - mamas normales
 - clínica presentación = hernia inguinal (testículo en canal inguinal) + amenorrea primaria + dispareunia + esterilidad
 - testículos intraabdominales/inguinales = riesgo transformación neoplásica → gonadectomía (a partir adolescencia)
- *correcta: c

. El déficit de 5 α -reductasa: (2013 febrero)

- a) Indica cariotipo alterado.
 - b) Es secundaria al déficit de testosterona.
 - c) Son individuos que presentan pseudohermafroditismo femenino con masculinización.
 - d) Los genitales internos son ambiguos.
 - e) Genitales externos femeninos.
- déficit 5 α reductasa (déficit síntesis andrógenos)
- cariotipo XY = déficit enzimático no transforma testosterona - dehidrotestosterona (metabolito ppl responsable masculinización genitales externos)
 - poseen testículo = testosterona = conducto Wolff = testículos + genitales internos masculinos normales
 - genitales externos [NEED] dihidrotestosterona - déficit 5 α -reductasa = NO dehidrotestosterona = genitales externos ambiguos (femeninos)
 - adolescencia - testículo = testosterona ⇒ estimula desarrollo peneano + pelo corporal + desarrollo muscular
- *correcta: e

*. Disgenesia gonadal pura: (2018 mayo)

- a) El fenotipo será hombre o mujer dependiendo del cariotipo.
 - b) Son pseudohermafroditas masculinos con feminización por acción de los estrógenos.
 - c) Si el cariotipo es 46 XY tienen riesgo de presentar tumores testiculares en la adolescencia.
 - d) El tratamiento será con estrógenos o andrógenos dependiendo del cariotipo.
 - e) Los cariotipos de las personas con este tipo de patología pueden ser 45 XO o mosaicismos.
- disgenesia gonadal pura (46XX)
- NO células germinales = NO ovario = amenorrea primaria
 - genitales externos/internos = femeninos (NO testículos)
- disgenesia gonadal 46XY (Sd Swyer)
- fracaso diferenciación gonadal = NO testículo
 - NO testículo = NO testosterona/antimülleriana = genitales externos/internos femeninos
 - gónadas disgenéticas poseen cromosoma Y = riesgo neoplásica ⇒ gonadectomía bilateral.
 - tto = gonadectomía + terapia hormonal sustitutiva + gestación con donación ovocitos
- *correcta: d

. ¿Cuál de los déficits enzimáticos siguientes ocasiona el pseudohermafroditismo femenino con virilización? (2012 mayo)

- a) Déficit de 11-beta hidroxilasa.
- b) Déficit de 17-alfa hidroxilasa.
- c) Déficit de LH.

d) Déficit de 20, 22 desmolasa.

e) Déficit de 17-beta-hidroxiesteroidehidrogenasa.

→ anomalías desarrollo genital por exceso andrógenos => déficit enzimáticos que elevan andrógenos suprarrenales = virilización genitales externos

- déficit 21-alfa hidroxilasa = (+)frec ambigüedad genital + causa endocrina (+)frec muerte neonatal + pierde sal

- déficit 11-beta-hidroxilasa = genitales externos ambiguos + NO pierde sal

- déficit 3-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa = poco frecuente + pierde sal + virilización

*correcta: a

*. Una mujer de 23 años con diagnóstico de pseudohermafroditismo femenino con virilización: (2015 enero)

a) Presenta ovario y ovoteste contralateral.

b) Es causada por déficit del enzima 17alfa-hidroxilasa.

c) Puede ser debido a déficit de 3beta-ol-deshidrogenasa.

d) Se origina por anomalías en la célula diana androgénica.

e) No presenta vello púbico.

→ déficit 3beta-hidroxiesteroide = virilización

*correcta: c

. En el déficit de 17 alfa hidroxilasa: (2013 febrero)

a) Implica aumento de DHEA.

b) Presentan desarrollo mamario. *

c) Existen niveles elevados de cortisol.

d) Se denomina también "feminización testicular completa".

e) No existen alteraciones hormonales en la glándula suprarrenal.

→ según chatGPT ninguna correcta - déficit 17-alfareductasa:

- NO: pregnenolona = 17-OH-pregnenolona = DHEA

- NO: progesterona = 17-OH-progesterona

• = cortisol

• = androstenediona = testosterona/estrone

- (-) andrógenos = (-) estrógenos = NO desarrollo mamario

- alteraciones hormonales en gl suprarrenal

. El déficit de 17 alfa-hidroxilasa: (2012 mayo)

a) Ocasiona pseudohermafroditismo con masculinización.

b) Origina un exceso de DHEA.

c) Es ocasionada por la presencia de testosterona libre.

d) Implica un exceso de aldosterona.

e) Se asocia con hirsutismo.

→ 17-alfahidroxilasa = enzima permite paso de:

- pregnenolona => DHEA

- progesterona => cortisol + testosterona + ...

→ [OFF] 17-alfahidroxilasa = síntesis hormonas certeza suprarrenal:

colesterol -> pregnenolona -> progesterona -> dehidrocorticosterona -> corticosterona -> aldosterona

→ déficit 17-alfahidroxilasa = (-) andrógenos = genitales externos XY feminizados

!Recuerda! Hirsutismo = exceso andrógenos

*correcta: d

*. Indique la afirmación falsa: (2023 abril)

a) Déficit de 5 alfa reductasa puede manifestarse en un recién nacido con cariotipo XY como genitales ambiguos.

b) Las mujeres con síndrome de Morris tienen cariotipo XY y vagina corta.

c) Las mujeres con síndrome de Turner presentan vello axilar y pubiano normal a partir de la adolescencia.

d) En la atención a niños/niñas con desarrollo sexual diferente es importante la corrección precoz de defectos genitales externos para evitar el trastornos psicológicos.

. Indique la afirmación falsa: (2023 abril)

a) Déficit de 5 alfa reductasa puede manifestarse en un recién nacido con cariotipo XY como genitales ambiguos. *

→ déficit síntesis adrogénica (5alfa-reductasa) - clínica = nacimiento se asigna sexo femenino - adolescencia se virilizan.

- b) Las mujeres con síndrome de Morris tienen cariotipo XY y vagina corta.
→ sd Morris = cariotipo XY + NO receptor androgénico + genitales externos femeninos (vagina corta)
- c) Las mujeres con síndrome de Turner presentan vello axilar y pubiano normal a partir de la adolescencia.
→ sd Turner = adrenarquia normal (pelo axilar y pubiano normal)
- d) En la atención a niños/niñas con desarrollo sexual diferente es importante la corrección precoz de defectos genitales externos para evitar el trastorno psicológico.
→ evitar realización cirurgías de reasignación de sexo hasta que el menor pueda participar en la toma de decisiones - st en Cx que pueden afectar sensibilidad de los genitales.

*correcta: d

* El síndrome de Rokitanski: (2023 abril)

- a) Se caracteriza por agenesia de útero, entre otras.
 - b) Cursa con amenorrea primaria.
 - c) Presenta vello axilar y pubiano normales.
 - d) Todas las anteriores son verdaderas. *
- anomalías Mullerianas = sd Rokitansky:
- NO utero/vagina
 - hipoplasia útero = amenorrea primaria
 - ovarios + caracteres sexuales secundarios = normales

* Mujer de 16 años que consulta por amenorrea primaria. Desarrollo de caracteres secundarios femeninos normales. Vello axilar y pubiano normal. Talla normal. Los niveles de estradiol y testosterona son normales. En la exploración se aprecia agenesia de vagina. Se realiza ecografía y se aprecia ausencia de útero y ovarios normales. El diagnóstico más probable es: (2022 abril)

- a) Síndrome de Rokitansky.
- b) Síndrome de Morris.
- c) Disgenesia gonadal con cariotipo XX.
- d) Síndrome de Turner.

*correcta: a

* La paciente en cuestión presenta un nivel de T, E2, FSH y LH normal con cariotipo 46 XX: (2020 junio)

- a) Es compatible con un S de Morris.
- b) Puede ser una disgenesia gonadal.
- c) Descarta un hermafroditismo verdadero.
- d) Es compatible con un Meyer - Rokitansky.
- e) Descarta un himen imperforado.

→ jugar al descarte

- disgenesia gonadal + Sd Morris = XY
- Sd Rokitansky = XX

→ sd Rokitansky:

- defecto formación: útero + cervix + vagina superior = no existe: utero/vagina (pueden presentar trompas)
- cariotipo XX = ovarios + caracteres secundarios normales

*ovarios normales = estrógenos = feedback negativo hipofisis = LH/FSH normales

* ¿Cuál de las siguientes afirmaciones corresponde al síndrome de Rokitansky (agenesia de los conductos de Muller)? (2017 enero) (2014 mayo) (2013 febrero)

- a) Se les puede hacer una neovagina sin operación quirúrgica.
- b) Las gónadas pueden estar en los trayectos inguinales y se pueden confundir con hernias.
- c) Aunque tienen ovarios no suelen ovular espontáneamente.
- d) Tienen una vagina corta pero suficiente para poder llegar a tener relaciones sexuales sin hacer una neovagina.
- e) Suelen tener alteraciones cromosómicas en los autosomas con deleciones o traslocaciones.

→ sd Rokitansky:

- cariotipo XX = ovarios normales + NO utero/vagina = ovulan pero NO sale regla = amenorrea primaria
- NO vagina = incapacidad para tener relaciones sexuales
- EF = hendidura vaginal con escasa profundidad
- tto = mejorar capacidad funcional => dilatación vaginal con dilatadores (fosa vaginal grado elasticidad)

*. Pseudohermafroditismo masculino con feminización: (2015 enero)

- a) Sus gónadas son testículos. *
- b) Genitales internos femeninos con trompas y útero rudimentario.
- c) Genitales externos masculinos.
- d) Puede presentar ovario y testículo contralateral.
- e) Existe virilización corporal y androgenización.

*. Pseudohermafroditismo masculino con feminización: (2018 mayo)

- a) Tiene su origen en el hiperandrogenismo por déficit de 17 alfa hidroxilasa.
- b) Puede ser de origen suprarrenal por déficit de 21 alfa hidroxilasa.
- c) La disminución de pregnantriol en orina es patognomónico.
- d) Sus gónadas son testículos.
- e) Presentan alteraciones en el cariotipo.

*. En todos los individuos con hermafroditismo verdadero ocurre: (2016 mayo) (2014 mayo)

- a) Feminización completa de los genitales.
- b) Alguno de los cariotipos siguientes: 46XX, 46XY y mosaicismos. *
- c) Mutaciones en el gen SRY.
- d) Presencia de cromosoma Y.
- e) Ausencia del gen SRY.

31. AMENORREA E GALACTORREA

. Una paciente de 20 años consulta por ausencia de menstruación desde hace dos años, cual de los siguientes datos es más importante para establecer el diagnóstico. (2020 junio)

- a) Historia clínica cuidadosa con especial referencia a sus menstruaciones previas.
- b) Determinación de gonadotropinas y niveles estrogénicos.
- c) Cariotipo.
- d) Ecografía para evaluar ovarios y genitales internos.
- e) Determinación de TSH y prolactina.

→ amenorrea = enfoque dx distinto dependiendo de si la amenorrea es 1ª/2ª = muy importante identificarlo a la hora de realizar historia clínica

*correcta: a

. Mujer de 31 años con hipogonadismo hipergonadotropo y deseos genéticos: (2017 enero) (2015 enero)

- a) El tratamiento deberá ser mediante gonadotropinas.
- b) Acudirá a la inseminación artificial e inducción de la ovulación.
- c) El tratamiento de elección es la donación de óvulos.
- d) Nunca podrá tener un embarazo.
- e) Tratamiento con terapia hormonal sustitutiva hasta conseguir el descenso de las gonadotropinas.

*correcta: c

. Mujer con S. de Turner e hipogonadismo hipergonadotropo y deseos genéticos: (2012 mayo)

- a) El tratamiento deberá ser mediante gonadotropinas.
- b) Acudirá a la inseminación artificial e inducción de la ovulación.
- c) Nunca podrá tener un embarazo.
- d) El tratamiento será la "donación de ovocitos".
- e) Tratamiento con terapia hormonal sustitutiva hasta conseguir el descenso de las gonadotropinas.

→ amenorrea - trastornos ovario (CII) → alteraciones congénitas = sd Turner

- tto = restablecimiento hormonas (ACO/THS) ⇒ deseo gestacional = [need] donación óvulos

*correcta: d

. Ante una paciente con amenorrea primaria de 19 años en la que un test de estroprogestágenos da positivo nos permite excluir todas las anteriores, excepto: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Síndrome de Mayer-Rokitansky.
- b) Hipogonadismo hipergonadotropo.
- c) Síndrome de Morris.
- d) Himen imperforado.

→ amenorrea - etiología

- trastornos uterinos (compartimento I) ⇒ malformaciones congénitas = sd Rokitansky + tabiques vaginales congénitos + himen imperforado

- trastornos eje H-H-G (compartimento III) = hipogonadismo hipogonadotrófico → amenorrea central

→ test estrógenos-progesterona ⇒ positivo = confirma estado hipoestrogénico = amenorrea central → tracto genital íntegro

*correcta: b

. Una paciente de 20 años acude a consulta por amenorrea de 10 meses tras la toma continuada de píldora desde los 14 años por irregularidades menstruales. Test de embarazo negativo. ¿Cuál debe ser nuestra actitud?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Tranquilizarla, explicándole que es normal dado sus ciclos previos.
- b) Pedir una RMN para descartar lesión hipofisaria.
- c) Iniciar un estudio de amenorrea secundaria.
- d) Hacer un test de estroprogestágenos para orientar los estudios subsiguientes.

→ amenorrea postpíldora (problemas funcionales hipotalámicos) = eje H-H [after] [OFF] tarda en recuperar su funcionalidad - esperar 6 meses para estudios

→ amenorrea - Dx = test estrógenos-progesterona = valorar si tras admin se produce proliferación endometrial al producirse hemorragia tras privación (SÍ = central / NO = genital)

*correcta: d

. Ante una paciente con dieciséis años ausencia de cambios puberales cuál de las siguientes actitudes/acciones NO estaría indicada: (2019 abril)

- a) Hacer una historia familiar detallada y exploración clínica dirigida.
- b) Estudio de la edad ósea mediante R/X de la paciente.
- c) Entra dentro de la variabilidad normal, actitud expectante.
- d) Determinación de gonadotropinas y estradiol.
- e) Estudio de TSH y PRL.

→ niñas 14a amenorrea + NO caracteres sexuales 2º = [start estudios] → si caracteres sexuales 2º presentes = esperar 16a
→ amenorrea primaria en adolescentes = anamnesis + EF + eco + analítica hormonal

*correcta: c

. Una paciente de 25 años presenta una amenorrea secundaria. Un test de progestágenos resulta negativo. Un test de estrógenos + progestágenos resulta positivo. Los niveles de TSH y Prolactina son normales. Los niveles de LH y FSH están muy disminuidos. ¿Cuál de las siguientes causas se ajusta mejor al caso?: (2019 abril)

- a) Secreción inadecuada de Gn-RH congénita.
- b) Síndrome de silla turca vacía.
- c) Síndrome de ovario poliquístico.
- d) Síndrome de insensibilidad de los folículos ováricos a las gonadotropinas.
- e) Síndrome de Morris.

→ amenorrea - Dx test:

- test gestágenos (progesterona) negativo = NO estrógenos endógenos → sospecha menores central/gonadal severa
- test estrógenos-progesterona positivo = confina hipoestrogenismo gonadal = amenorrea central (tracto genital íntegro)
- amenorrea central = hipogonadismo hipogonadotrópico - causas: (<) GnRH
- explicación una a una
- Sd silla turca vacía = posible pero poco probable
- SOP = (+/N) LH
- Sd insensibilidad folículos ováricos a gonadotropinas = trastornos ovario (compartimento II) - hipogonadismo hipergonadotrófico
- Sd Morris = amenorrea 1ª

*correcta: a

. Una paciente con amenorrea secundaria por gran pérdida de peso no responde al test de progestágenos. Sus niveles de gonadotropina son muy bajos. Un TAC cerebral es normal ¿Cuál es el tratamiento que elegiría? (2012 mayo)

- a) Progestágenos durante 10 días cada vez que tenga un retraso menstrual superior a dos meses.
- b) Estrógenos cíclicos orales o transdérmicos.
- c) Estrógenos + progestágenos cíclicos.
- d) Clomifeno.
- e) No es imprescindible dar tratamiento hormonal.

→ amenorrea 2ª gran pérdida peso = problemas funcionales hipotalámicos (amenorrea central) = disminución pulsos GnRH

→ test progestágenos negativo = posible amenorrea central → hipogonadismo hipogonadotrófico

→ test PG (-) + E+P (+) = tto estrógenos + progestágenos (ACO / THS)

*correcta: c

. Ante una paciente de 18 años que consulta por amenorrea primaria cual de las siguientes pruebas realizarías en primer lugar: (2020 junio)

- a) Determinación de gonadotropinas (FSH y LH).
- b) Nivel de testosterona y Estradiol.
- c) Cariotipo.
- d) Exploración física.
- e) Ecografía abdominal.

→ amenorrea 1ª = 1. Anamnesis → 2. EF → 3. Eco → 4. Analítica

*correcta: d

. Mujer con amenorrea primaria y valores bajos de estrógenos y LH, que desea gestar: (2012 mayo)

- a) El tratamiento será exclusivamente con gonadotropina.
- b) Se trata de anovulación de origen central.

c) Siempre acudiré a las técnicas de reproducción asistida.

d) El test de progesterona es siempre positivo.

e) Se indicarán anticonceptivos.

→ amenorrea primaria - test hormonal = niveles bajos gonadotropina (<5) = hipogonadismo gonadotrófico (amenorrea central) / retardo constitucional

→ amenorrea central

- test gestágenos (-) + test estrógenos-progesterona (+)

- tto = estrógenos + progesterona (THS/ACO) → deseo gestacional = técnicas reproducción asistida

*correcta: b

.Cuál de las siguientes situaciones NO se ha relacionado con galactorrea/ hiperprolactinemia: (2020 junio)

a) Fármacos (iatrogénica).

b) Stress.

c) Hipertiroidismo.

d) Prolactinoma.

e) Estimulo irritante local.

→ galactorrea + hiperprolactinemia → etiología

- causas fisiológicas = embarazo + estrés + sueño + estimulación pezón + coito

- fármacos = antagonistas receptor D2 (sulpiride) + interfieren síntesis/liberación DA (reserpina) + hormonas (estrógenos) + opiáceos

- hipotálamo = tumoral + Granulomas + vascular (aneurismas) + sección tallo hipofisario + postradiación craneal

- hipofisaria = prolactinomas

- hipotiroidismo primario = ($>$) TRH → (+) PRL

*correcta: c

. Todos los siguientes fármacos pueden producir amenorrea-galactorrea EXCEPTO: (2015 enero)

a) Sulpiride.

b) Diazepam.

c) Reserpina.

d) Preparados combinados de estrógenos + progestágenos.

e) Morfina.

→ hiperprolactinemia + galactorrea → etiología - farmacológica

- antagonistas receptor D2 dopamina = sulpiride (antipsicótico)

- intervienen síntesis/liberación dopamina = reserpina

- hormonas = estrógenos + antiandrógenos

- opiáceos

- cocaína

- verapamil (antihipertensivo)

- ranitidina

*correcta: b

. En una paciente con amenorrea de seis meses con galactorrea y hiper prolactinemia cual de las siguientes actuaciones sería mas trascendente: (2020 junio)

a) Hacer un test de progestágenos para ver estado de estrogenización.

b) Hacer un test de estroprogestagenos.

c) RMN de silla turca.

d) Determinación de gonadotropinas.

e) Administrar carbetocida para mejorar la hiperprolactinemia y galactorrea.

*correcta: c

*. La causa más frecuente de fallo ovárico prematuro es: (2019 abril)

a) Alteración cromosómica.

b) Mutaciones puntuales de genes.

c) Autoinmunidad.

d) Destrucción de tejido ovárico secundaria a procesos como tumores, radiación, infecciones, cirugía, etc.

e) Idiopática.

*correcta: e

*. Ante una paciente con hiperprolactinemia y amenorrea de más de seis meses, lo recomendable sería: (2022 abril)

- a) Darle un anticonceptivo hormonal para reinstaurar ciclo menstrual.
- b) Darle un antiprolactínico tipo Parlodel para corregir la hiperprolactinemia y ver cómo se comportan entonces las reglas.
- c) Hacer un test de progestágenos para ver el nivel de estrogenización.
- d) Estudio de imagen de la silla turca.

*. Una Niña de 9 años acude a consulta por sangrado vaginal periódico. Se objetiva un estadio de Tanner 1, ausencia de vello axilar y pubiano. El estudio hormona revela una FSH de 2 y LH de 3 UI / l. ¿Cuál de las siguientes causas NO considerarías como posibles responsables de este cuadro? (2022 abril)

- a) Iatrogénica.
- b) Patología ovárica.
- c) Tumor cerebral.
- d) Patología suprarrenal.

32. HIPERANDROGENISMO

. Todas las siguientes son regiones cutáneas con folículos pilosos que tienen receptores de andrógenos excepto: (2019 abril)

- a) Axila.
- b) Areola mamaria.
- c) Pierna.
- d) Espalda.
- e) Glútea.

→ áreas cutáneas andrógeno-dependientes:

- cara = patillas + barba + mentón + bigote
- tórax = pecho + espalda
- mamas = borde areola
- hemiabdomen inferior = ombligo → pubis ⇒ distribución romboidea
- región glútea
- periné + vulva
- cara anterointerna muslos ¡OJO! pierna NO= muslo
- pubis + axilas

*correcta: c

. Todas las siguientes regiones anatómicas tienen pelo susceptible de crecer por estímulo de los andrógenos, EXCEPTO: (2014 mayo) (2013 febrero) (2012 mayo)

- a) Borde de las areolas mamarias.
- b) Cara antero interna de los muslos.
- c) Espalda.
- d) Patillas.
- e) Piernas.

*correcta: e

. Si queremos saber si el hirsutismo es de origen suprarrenal, ¿cuál es la hormona más indicada? (Vista en clase)

- a) DEA.
- b) DEA-S.
- c) Androstenediona.
- d) Testosterona.

→ DEA-S = casi 100% origen suprarrenal

→ hiperandrogenismo - lab = DEA-S <700 descartar origen suprarrenal / >700 sospecha origen suprarrenal

*correcta: b

. Una paciente de 30 años previamente con reglas regulares consulta por amenorrea, hirsutismo de aparición en los últimos tres meses. A la exploración se objetiva clitoromegalia y alopecia androgénica. ¿qué pruebas te aportarían más información para orientar el diagnóstico? (2023 abril) (2022 abril)

- a) Determinación de los niveles de gonadotropinas (FSH y LH).
- b) Determinación de TSH y hormonas tiroideas.
- c) Determinación de los niveles de testosterona.
- d) Estudio de imagen de silla turca.

→ hiperandrogenismo mujeres edad fértil ⇒ síntomas virilización repentinos/floridos rápida = tumores productores andrógenos

→ hiperandrogenismo - pruebas laboratorio

1. DEA-S <700 = descartamos origen suprarrenal → sospechamos origen ovárico
2. testosterona >2 (rango masculino) = tumor ovárico

*aquí al parecer como sospechamos directamente del tumor nos dejamos de rodeos y vamos a tiro con la testosterona

*la segunda vez que lo leo me doy cuenta de que dice que prueba aporta MÁS info, no cuál harías en primer lugar como había interpretado.

→ sospecha tumor ovárico ⇒ determinación testosterona = >2 → eco transvaginal → laparoscopia (si necesario)

*correcta: c

. Una paciente de 30 años presenta amenorrea e hirsutismo intenso de 9 meses. El test de prolactina es normal. La testosterona total es 4,5ng/ml y la dehidroepiandrosterona- sulfato 450mg/dl. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?: (2013 febrero)

- Síndrome de Ovario Poliquístico.
- Hiperplasia Suprarrenal congénita.
- Adenoma Suprarrenal.
- Tumor ovárico.
- Hirsutismo Idiopático.

→ hiperandrogenismo mujeres edad fértil => síntomas repentinos/floridos = tumores productores andrógenos

→ hiperandrogenismo - pruebas laboratorio

1. DEA-S <700 = descartamos origen suprarrenal → sospechamos origen ovárico

2. testosterona >2 (rango masculino) = tumor ovárico

*correcta: d

. Ante sospecha masculinización al nacer sospechamos de: (Vista en clase)

=> Hiperplasia suprarrenal clásica

. Ante un hirsutismo puberal sospechamos de: (Vista en clase)

=> Hiperplasia suprarrenal congénita NO clásica.

→ hiperplasia suprarrenal congénita - formas clínicas según intensidad fallo enzimático - cantidad andrógeno

- GRAVE = intensidad elevada = exceso andrógenos en etapa fetal = pseudohermafroditismo femenino con masculinización = hiperplasia suprarrenal congénita clásica

- MODERADA = intensidad moderada = exceso andrógenos en pubertad = pubertad precoz

- LEVE = hiperandrogenismo postpuberal = hirsutismo = hiperplasia suprarrenal congénita no clásica

Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC): Formas clínicas según intensidad del fallo enzimático

Intensidad del déficit enzimático	Edad de aparición	Exceso de andrógenos	Manifestación clínica
Grave	Etapa fetal	Muy elevado	- Pseudohermafroditismo femenino - Clitoromegalia - Genitales ambiguos → HSC clásica
Moderada	Infancia	Elevado en pubertad	- Pubertad precoz (pubarquia adelantada) - Crecimiento rápido - Cierre precoz de epífisis
Leve (No clásica)	Adolescencia o adultez	Moderado	- Hirsutismo puberal - Acné, alopecia, irregularidades menstruales - Puede confundirse con SOP

. ¿Cuál de los déficits enzimáticos siguientes ocasiona el pseudohermafroditismo femenino con virilización? (2012 mayo)

- Déficit de 11-beta hidroxilasa.
- Déficit de 17-alfa hidroxilasa.
- Déficit de LH.
- Déficit de 20, 22 desmolasa.
- Déficit de 17-beta-hidroxiesteroidehidrogenasa.

→ hirsutismo - origen suprarrenal => 6 defectos enzimáticos producen hiperplasia suprarrenal congénita - solo 3 aumentan andrógenos:

- déficit 21alfa-hidroxilasa
- déficit 11beta-hidroxilasa
- déficit 3beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa

→ virilización = expresión máxima hiperandrogenismo → si NO andrógenos = NO virilización

*creo que esta pregunta no es de Sampayo

*correcta: a

. Una mujer de 23 años con diagnóstico de pseudohermafroditismo femenino con virilización: (2015 enero)

- Presenta ovario y ovoteste contralateral.

- b) Es causada por déficit del enzima 17alfa-hidroxilasa.
- c) Puede ser debido a déficit de 3beta-ol-deshidrogenasa.
- d) Se origina por anomalías en la célula diana androgénica.
- e) No presenta vello púbico.

*correcta: c

. Si tenemos aument9 de DEA-S e hipertensión, ¿de qué déficit enzimático sospechamos? (Vista en clase)

=> 11beta-OH

- > hirsutismo - origen suprarrenal = hiperplasia suprarrenal congénita -> déficit enzimáticos
- 21alfa-hidroxilasa = hirsutismo
- 11beta-hidroxilasa = hirsutismo + HTA (x acúmulo 11-desoxicortisol + 11-desoxicorticoesterona)
- 3beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa = muertes prematuras

. ¿Cuál de los siguientes datos es patognomónico del síndrome de ovario poliquístico?: (2017 enero) (2013 febrero)

- a) Ovarios de aspecto poliquístico.
- b) Obesidad androgénica con hiperinsulinismo.
- c) Cociente LH/FSH superior a 2.
- d) Ninguno de los anteriores.
- e) Todos los anteriores.

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes datos clínicos es imprescindible que este presente para diagnosticar un Síndrome de Ovario Poliquístico? (2014 mayo;

- a) Amenorrea.
- b) Hirsutismo.
- c) Obesidad.
- d) Los 3 anteriores.
- e) Ninguno.

-> SOP = ningún dato clínico p/hormonal es patognomónico - cualquiera de ellos puede estar ausente

*correcta: e

. En el diagnóstico de Síndrome de Ovario poliquístico (SOP) ¿cuál de lo siguientes no es un Criterio de Rotterdam?: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Ovarios con más de doce folículos en cada uno de ellos.
- b) Datos clínicos o analíticos de hiperandrogenismo.
- c) Hiperinsulinismo.
- d) Oligoovulación o anovulación.

-> criterios Rotterdam = 2/3 (en ausencia otra enfermedad: HSC + Cushing + ...)

1. oligo-anovulación
2. clínica/bioquímica hiperandrogenismo
3. ovario poliquístico ecográfico

*correcta: c

. Cual de las siguientes afirmaciones sobre el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es cierta. (2020 junio)

- a) La elevación de testosterona esta presente en mas del 60% de los casos.
- b) El cociente LH / FSH esta elevado por enzima de 1/2c.
- c) Pocas veces se asocia con esterilidad.
- d) Puede cursar con amenorrea u polimenorrea.
- e) El sobrepeso e hirsutismo son constantes.

-> grado de acción androgénica - depende = testosterona plasmática libre (no unida SHBG)

- 50% mujeres con hirsutismo = niveles testosterona normales

-> SOP

- clínica
 - hirsutismo 70% -> virilismo 20% (*entiendo que queda un 10% de que no tienen ni una ni otra)
 - alteraciones menstruales = aneórrealismos 50%
 - Sd metabólico = obesidad tipo androgénico 40%

- esterilidad 75% -> 25% pueden tener embarazos espontáneos x ciclos ovulatorios ocasionales (advertir paciente)
- datos hormonales
- gonadotropinas = cociente LH/FSH > 2 sugestivo SOP (NO siempre se encuentra)
- andrógenos = aumenta testosterona (en pocos casos se acerca a rango masculino, st hipertecosis)
- *chatGPT: La testosterona total o libre está elevada en un 60-80% de los casos, aunque a veces los niveles son normales y el problema es la testosterona libre elevada (por baja SHBG)
- *correcta: d (según corrección pero yo la Vd que solo he entendido que en una paciente con SOP tendrá oligo/amenorrea o ciclos largos/cortos, NO polimenorrea)

.Cuál de las siguientes hormonas está disminuida en el Síndrome de Ovario Poliquístico: (2016 mayo) (2015 enero)

- LH.
- Estradiol total.
- Estradiol libre.
- Dehidroepiandrosterona.
- Estrona.

-> SOP - datos hormonales

- gonadotropinas = (>)LH + (<)FSH + LH/FSH > 2
- estrógenos:
 - (</N) estradiol = producido x folículo ovárico maduro (en SOP ausente/detenido)
 - (>) estradiol libre = x (-)SHBG
 - (>) estrona = ppl fuente grasa corporal: androstenediona -> estrona (SOP estrecha relación con obesidad)
- andrógenos = (>): testosterona + androstenediona + DEA + DEA-S
- progesterona = (<) / inexistente
- *correcta: b

.¿Cuál de los siguientes datos analíticos suele estar elevado en el plasma de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico?: (2013 febrero) (2012 mayo)

- Cociente glucosa/insulina.
- FSH.
- Estradiol.
- SHBG.
- Estradiol libre.

*correcta: e

*.¿Cuál análisis hormonal es innecesario en un estudio diagnóstico inicial de un hirsutismo? (2019 abril)

- FSH.
- LH.
- Prolactina.
- TSH.
- Testosterona libre.

*—> prácticamente el 50% de las mujeres con hirsutismo tienen niveles de testosterona normales en sangre.

*chatGPT correcta: a (FSH sola no sirve de na)

.Cuál de las siguientes determinaciones hormonales NO es necesaria para el estudio clínico de un caso de hirsutismo: (2016 mayo)

- Testosterona libre.
- Dehidroepiandrosterona-sulfato.
- LH y FSH.
- Prolactina.
- TSH.

*correcta: a

.Todas las siguientes determinaciones hormonales plasmáticas son básicas para el diagnóstico diferencial de los hiperandrogenismos EXCEPTO. (2012 mayo)

- Testosterona total.
- Dehidroepiandrosterona.

- c) FSH y LH.
 - d) Prolactina.
 - e) TSH.
- *correcta: b

[a estas tres últimas preguntas no les voy a hacer caso]

33. HEMORRAGIAS UTERINAS

. La duración de un ciclo menstrual normal oscila entre: (2019 enero)

- a) 24-34 días.
- b) 24-38 días.
- c) 25-35 días.
- d) 21-35 días.
- e) 25-38 días.

*correcta: d

. En lo relativo a las hemorragias funcionales. El término "estímulo estrogénico sin oposición" se refiere a: (2023 abril)

- a) El estímulo proliferativo sobre el endometrio que ejercen los estrógenos mantenidos, sin oposición de la progesterona, p. ej. en ciclos anovulatorios.
- b) El estímulo antiproliferativo sobre el endometrio que ejercen los anticonceptivos hormonales.
- c) El estado hormonal durante la gestación, condicionado por niveles elevados de estrógenos.
- d) El estado hormonal durante la menopausia, caracterizado por niveles bajos de estrógenos.

→ hemorragia endometrial x saturación estrógenos

- ciclos anovulatorios = saturación estrógenos (el folículo no saca el óvulo, por lo que no se forma el cuerpo lúteo que producen progesterona)

- estrógenos → endometrio = proliferación / NO progesterona = NO diferenciación endometrio ⇒ influencia estrogénica sin oposición

!Recuerda!

→ progestágenos ⇒ efecto oposición x estimular diferenciación endometrial = dificulta transformación [vs] efecto

estrogénico proliferación endometrial = facilita desarrollo neoplásico

*correcta: a

. Causas de hemorragia disfuncional. Indique la INCORRECTA: (2022 abril)

- a) Quiste endometriósico.
- b) Pólipo endometrial.
- c) Anovulación.
- d) Coagulopatía.

→ sangrado menstrual anormal - causas (PALMA I CEO)

1. Polipos endometriales
2. Adenomiomiosis
3. Leiomiomas
4. Malignidad/ hiperplasia endometrial
5. Anovulación
6. Iatrogénica
7. Coagulopatía
8. Endometritis
9. Otras

*correcta: a

. Ante una mujer de 40 años con un sangrado uterino intermenstrual desde hace 2 meses. Ecográficamente muestra un endometrio de 9 mm, sin lesiones miometriales ni endometriales. Indique la verdadera: (2023 abril)

- a) Requiere biopsia endometrial que se realizaría con cánula de biopsia, histeroscopia o legrado.
- b) Actitud expectante, dado que no presenta lesiones y el grosor endometrial es normal para una mujer en edad fértil.
- c) Si no desea tener más hijos, realizaría histerectomía conservando ovarios.
- d) Administraría análogos de GnRH para que cese el sangrado.

→ sangrado menstrual(uterino) anormal - Dx = 3. pruebas complementarias:

- determinación analítica

- eco = grosor endometrial <5mm = poco probable presente proceso proliferativo

- biopsia endometrial = descartar hiperplasia/malignidad → procesos proliferativos = causa (+) grave metrorragia → ISEMPRE! biopsia → excepto: mujeres 35-40a sin FR (SOP + obesidad + Lynch)

*en clase dijo: que en el examen si pregunta por hacer biopsia va a ser que si

*correcta: a

. Mujer de 38 años, sin antecedentes de interés, no hábitos tóxicos. Hemorragia uterina anormal tipo hipermenorrea y anemia que no se compensa con ferroterapia oral. No presenta deseo gestacional futuro. En el estudio diagnóstico completo no se evidencia ninguna patología causante del sangrado. De las siguientes opciones, ¿cuál considera como MENOS adecuada para el tratamiento inicial? (2022 abril)

- a) Indicaría histerectomía.
- b) Tratamiento con estrógenos e progestágenos (píldora anticonceptiva).
- c) Propondría DIU levonorgestrel.
- d) Propondría ablación endometrial.

→ sangrado abundante de causa NO específica (hipermenorrea idiopática) - tto

- 1. Ácido tranexámico
- 2. AINEs
- 3. ACHO/progestagenos
- 4. DIU LNG (progestágenos)
- 5. Análogos GnRH (menos uso x efectos 2º)
- 6. Moduladores selectivos del receptor progestágenos (NO uso x hepatotóxico)
- 7. Ablación endometrial (mejora sangrado abundante en 70-90%)
- 8. Histerectomía = reservada para casos refractarios / contraindicación otros tto → ÚLTIMO recurso x hipermenorrea

*correcta: a

[las preguntas de los anteriores me cuadran poco con Arias, dejo las que pueden ayudar a entender los conceptos]

. Una mujer de 70 años consulta por haber tenido el día anterior un sangrado vaginal escaso después de orinar. La exploración ginecológica es normal, conforme con su edad, y actualmente no se observa sangrado genital. Por ecografía el útero mide 5 cm, el endometrio es de 1-2 mm de grosor y los ovarios parecen normales atroficos. El análisis sistemático de orina con tira reactiva es normal. Conducta a seguir: (2019 abril)

- a) No hacer nada si no repite el sangrado.
- b) Biopsia de endometrio por aspiración.
- c) Cistoscopia.
- d) Histeroscopia.
- e) Cultivo de orina.

*correcta: a

. Una mujer de 60 años postmenopáusica tuvo el mes anterior una hemorragia de origen uterino escasa durante dos días. La exploración ginecológica es por lo demás normal. Por ecografía se ve un útero con un endometrio de 14mm de espesor. Una biopsia endometrial por aspiración es informada como escaso endometrio tipo atrofico. Que le recomendaría: (2015 enero)

- a) Repetir la biopsia de aspiración.
- b) Legrado uterino.
- c) Histeroscopia.
- d) Histerectomía.
- e) No hacer nada si no vuelve a sangrar.

→ eco = endometrio <5mm poco sospechosos proceso proliferativo

→ Histeroscopia-legrado - indicada = NO pudo hacerse muestreo endometrial con cánula / existen dudas etiología sangrado / persiste sangrado post-tto

*correcta: c

. Una mujer de 52 años consulta por metrorragias. La exploración ginecológica es normal y el sangrado procede de la cavidad uterina. La ecografía muestra un endometrio de 11 mm de espesor y .. homogéneo. La biopsia endometrial por aspiración informa de endometrio proliferativo. Tras un tratamiento de hemostasia hormonal se administra tratamiento de mantenimiento con progestágenos cíclicos, pero las metrorragias repiten en los ciclos siguientes ¿Qué actitud tomaría? (2014 mayo)

- a) Histerectomía.
- b) Histeroscopia y/o legrado total bajo anestesia.
- c) Repetir la biopsia y si sigue igual continuar con el tratamiento.

d) Repetir la hemostasia hormonal y después continuar con el tratamiento de mantenimiento.

e) Ablación endometrial.

*correcta: b

. ¿Cuál es el tratamiento más recomendable para una mujer de 60 años diagnosticada de hiperplasia endometrial compleja sin atipias?: (2019 abril)

a) Progestágenos cíclicos.

b) Progestágenos continuos a altas dosis.

c) DIU liberador de progestágenos.

d) Ablación endometrial.

e) Histerectomía.

→ [chatGPT] DIU levonorgestrel = libera el fármaco directamente al endometrio, con pocos efectos sistémicos. Es considerado tratamiento de elección, incluso en casos complejos sin atipias.

*correcta: c

34. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

. Paciente de 43 años que presenta amenorrea de un año de evolución e hipergonadotropismo: (2016 mayo)

- a) Puede tratarse de una mujer con cariotipo alterado.
- b) Presenta una menopausia precoz.
- c) Se diagnosticará de menopausia precoz si presenta clínica climacterica.
- d) No se comenzará con tratamiento hasta la edad de la menopausia normal.
- e) Presenta test de progesterona positivo.

→ menopausia = cese permanente menstruación >12 meses amenorrea

- normal: <50a
- prematura: <40a
- precoz: <45a
- tardía: >55a

*correcta: b

. Entre las causas de menopausia precoz NO se incluye: (2023 abril)

- a) Radioterapia extrapélvica.
- b) Quimioterapia.
- c) Ovariectomía bilateral.
- d) Tabaquismo.

→ causas menopausia precoz

- agentes destructores de células germinales = radiaciones pélvicas + quimioterapia + infecciones
- Cx ovárica = ovariectomía bilateral +/- histerectomía
- tóxicos = tabaco

(!) radiaciones EXTRApelvicas NO pélvicas (gracias Baleriola y María Abal)

*correcto: a (aunque creo que en la corrección del examen pone c)

. Mujer de 38 años, con dos gestaciones previas, a la que se le realizó una ooforectomía bilateral: (2017 enero)

- a) Nunca podrá tener otra gestación.
- b) Presentará una menopausia precoz quirúrgica.
- c) No deberá de recibir tratamiento hormonal por ser secundaria a una cirugía.
- d) No es necesario que realice controles periódicos de citología del cuello uterino.
- e) Generalmente no presentará sintomatología climacterica.

*correcta: b

. Indica cual de los siguientes cambios hormonales es propio de la menopausia (MP): (2024)

- a) Estradiol bajo y progesterona alta.
- b) FSH normal y estradiol alto.
- c) FSH elevada y estradiol bajo.
- d) FSH y LH bajas.

→ nos quedamos sin huevos (ovulos) = llega FSH y no se estimula nada = (-) estrógenos (estradiol es el potente) = JO
feedback negativo = (+) FSH intentado estimular algo que no hay

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes cambios es característico de la menopausia?: (2019 abril)

- a) Aumento de los andrógenos.
- b) Disminución de las gonadotropinas.
- c) Incremento de la prolactina.
- d) Aumento del cociente andrógeno/estrógeno.
- e) Aumento del estríol.

→ no lo encuentro y me he mirado sus diapos, que baje el señor y lo vea. Bueno vamos a entenderlo - menopausia:

- agotamiento reserva ovárica = (-) estrógenos (estradiol E2 + estríol E3) = (+) FSH/LH
- fallo ovárico = no responden FSH/LH = (-) producción andrógenos => ¡pero! caída estrógenos > andrógenos = andrógenos/estrógenos (+)

(andrógenos producidos en Gl suprarrenal + ovarios)

*correcto: d

.Cuál de los siguientes cambios hormonales es propio de la Menopausia: (2020 junio)

- a) Aumento del nivel de estrógenos.
- b) Aumento de la progesterona.
- c) Disminución de los andrógenos.
- d) Aumento del cociente Andrógeno/ estrógeno.
- e) El Estradiol es el estrógeno predominante.

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes cambios es propio de la menopausia?: (2013 febrero)

- a) Aumento de nivel de andrógenos.
- b) Aumento del nivel de estradiol circulante.
- c) Disminución de las gonadotropinas.
- d) Elevación del cociente Andrógenos/estrógenos.
- e) Elevación de los niveles de prolactina.

*correcta: d

. Sobre el síndrome climatérico es cierto que: (2023 abril)

- a) Se manifiesta clínicamente con más intensidad en la postmenopausia tardía.
- b) No suele requerir tratamiento ya que los síntomas persisten poco tiempo.
- c) Los síntomas preponderantes suelen ser los sofocos y/o sudoraciones nocturnas.
- d) Suele acompañarse de síntomas genitourinarios como prolapso genital o infecciones urinarias de repetición.

. Sobre el síndrome climatérico es cierto que: (2023 abril)

- a) Se manifiesta clínicamente con más intensidad en la postmenopausia tardía.
→ menopausia - clínica largo plazo = disminución mantenidas niveles estrógenos puede dar lugar a alteraciones otros tejidos estrógeno-dependientes
*(+)+ sin estrógenos = (+) efectos negativos
- b) No suele requerir tratamiento ya que los síntomas persisten poco tiempo.
→ cambios fisiológicos climaterio(sistema reproductor + funciones estrógenos) = todos estos cambios pueden prevenirse aplicando tto preventivos (preferiblemente antes de que se instaure)
- c) Los síntomas preponderantes suelen ser los sofocos y/o sudoraciones nocturnas.
→ cambios fisiológicos - climaterio = funciones fisiopatológicas => estrógenos intervienen en centro termo regulador (SNC) = sofocos (1er síntoma)
*me confunde que en la tabla de la clínica menopáusica pone sofocos en incremento sudoración como postmenopausia
- d) Suele acompañarse de síntomas genitourinarios como prolapso genital o infecciones urinarias de repetición.
→ cambios fisiológicos climaterio - sistema reproductor =
 - vejiga y retra = atrofia epitelio + meato uretral -> infecciones urinarias
 - suelo pélvico =disminuye soporte pélvico c pérdida elasticidad (x afectación metabolismo colágeno) = prolapso
*para mi esta tb sería correcta => me acabo de dar cuenta que lo asocia más a la clínica de medio plazo

*correcto: c

. En el climaterio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2016 mayo)

- a) Es aconsejable tratamiento hormonal sustitutivo, si no existe contraindicación.
- b) Siempre existe clínica vasomotora (sofocos).
- c) Se tratara con estrógenos y progestágenos.
- d) Existen síntomas en diferentes periodos de la menopausia.
- e) La incontinencia de orina de urgencia es frecuente en esta situación.

*correcta: b

. Climaterio: (2018 mayo)

- a) Los "síntomas" precoces los padecen el 100% de las mujeres.
- b) Existe un incremento de la patología cardiovascular a partir de ella.
- c) Los síntomas son secundarios a los niveles bajos de hormonas suprarrenales.
- d) Las mujeres jóvenes que presentan menopausia por ooforectomía bilateral no suelen tener síntomas neurovegetativos.
- e) Su aparición está relacionada con los niveles de melatonina.

*correcta: b

. El mayor riesgo cardiovascular asociado a la menopausia está relacionado con: (2022 abril)

- a) Deterioro del endotelio de las arteriolas que aumenta el riesgo de HTA.
- b) Aumento de colesterol HDL
- c) Disminución de colesterol LDL
- d) Distribución corporal de grasa tipo estrogénico.

→ menopausia - clínica largo plazo = RCV - causas:

- (+): colesterol + LDL + VDL + triglicéridos
- (-): HDL = (+) riesgo formación placas ateroma
- aumento peso = hábito andrógeno ido (distribución grasa - abdominal)
- (+) TA
- (+) resist insulina = (+) glucemia = (+) DMII
- deterioro pared endotelial arteriolas x déficit estrógenos = alteran mecanismo relajación mio epitelial dependientes de NO = (+) riesgo HTA

*correcta: a

. Entre los factores de riesgo de la osteoporosis en la menopausia se incluye: (2022 abril)

- a) Menopausia tardía.
- b) IMC alto (obesidad).
- c) Dieta muy restrictiva o pobre en calcio.
- d) Todos ellos.

→ menopausia - clínica largo plazo = osteoporosis - FR

- menopausia temprana + ooforectomía bilateral + ha amenorrea prolongada >1a = hipoestrogenismo
- IMC < 19 kg/k
- dieta pobre calcio
- tto prolongado corticoides

*a ver esta es un poco de cajón

*correcta: d

. Mujer de 27 años, oligomenorreica que consulta por sofocos básicamente nocturnos en hemicuerpo superior, sudoración y enrojecimiento facial: (2015 enero)

- a) La patología de sospecha es de TB genital.
- b) Imprescindible prueba de embarazo.
- c) Se determinarán niveles de gonadotropinas, estradiol y cariotipo por sospecha de fallo ovárico precoz (menopausia precoz). *
- d) Es de sospechar alguna patología infecciosa por ser tan joven.
- e) No se administrará tratamiento por tratarse de sintomatología leve.

→ estrategia dx => mujer <40a con menstruaciones irregulares + síntomas menopausia = evolución completa de insuficiencia ovárica prematura

*correcta: c

. En cuanto a la THS en la menopausia es cierto que: (2024)

- a) En pacientes histerectomizadas se administran solo estrógenos.
- b) No está indicado en mujeres con menopausia precoz.
- c) En pacientes asintomáticas resulta útil para prevenir trastornos de la MP.
- d) No se debe empezar la THS cuando ha pasado más de 1 año desde la MP

→ menopausia - tto = THS

- indicada en mujeres con sintomatología evidente
- histerectomizadas = [only] estrógenos
- NO aconsejable [start] >10a menopausia

*correcta: a

. ¿Ante una paciente de 51 años con su fecha de última regla hace seis meses que presente una síndrome climaterio intenso que la despierta dos o tres veces por la noche el tratamiento recomendado en primera línea sería?: (2013 febrero)

- a) Isoflavonas de soja dada su alta eficacia en la corrección de los síntomas.
- b) Ansiolítico y/o Hipnótico para corregir el trastorno del sueño.

- c) Estrógenos a baja dosis.
- d) Estrógeno y progestágeno ajustando dosis en función de la clínica. *
- e) Psicoterapia.

→ menopausia - tto = único ha demostrado eficacia probada para síntomas vasomotores y neurovegetativos = THS basado en estrógenos y/o gestágenos

- uso = menor dosis podamos

→ menopausia - tto = 1ª elección: THS (estrógenos +/- gestágenos) - indicaciones = sintomatología evidente + paciente quiera

*correcta: d

. Respecto a la terapia hormonal sustitutiva (THS) sistémica en la menopausia es cierto que: (2020 junio)

- a) Ha demostrado su poder preventivo sobre la patología cardiovascular.
- b) A día de hoy carece de indicaciones salvo en menopausia precoz.
- c) Es eficaz al 100% en la supresión de los síntomas vasomotores.
- d) Siempre debe asociar estrógenos y progesterona.
- e) No tiene ventajas sobre la fitoterapia.

→ tto hormonal sustitutivo

- único ha demostrado eficacia probada para síntomas vasomotores y neurovegetativos

- mujeres con riesgo óseo = reduce

- mujeres sintomáticas y jóvenes puede disminuir RCV

- THS eficaz pero controvertido x riesgos cáncer mama y problemas CV

- indicaciones = sintomatología evidente y la paciente lo quiere

- histerectomizadas = solo estrógenos

*correcta: c

. En la menopausia precoz: (2015 enero)

- a) Nunca se administrará tratamiento que contenga estrógenos por riesgo de cáncer de endometrio.
- b) Tratamiento con andrógenos aunque no tenga sintomatología.
- c) El tratamiento de elección son los estrógenos y progesterona. *
- d) El tratamiento farmacológico no es aconsejable.
- e) Este estado carencial no afecta al organismo de la mujer, ni a corto ni a largo plazo.

*correcta: c

. Una paciente de 40 años con un IMC de 40 y diabetes tipo II es sometida a una histerectomía total con doble anexectomía por una endometriosis. Acude a consulta a los seis meses de la misma refiriendo un síndrome climatérico intenso y sequedad vaginal con dispareunia inicial: (2019 abril)

- a) Dada la contraindicación para terapia hormonal sustitutiva le daría un preparado con Fitoestrógenos y tratamiento local.
- b) Le propondría THS con estrógenos y progesterona.
- c) Le recomendaría tratamiento con estrógenos solos.
- d) Progestágenos a dosis altas dado su antecedente de endometriosis.
- e) Explicarle que son secuelas de la cirugía.

→ tto síntomas urogenitales = terapia hormonal con estrógeno tópico x vía vaginal

- efectiva tratar síntomas atrofia genitourinaria

- restablecen pH + restituyen microbiota habitual de lactobacillus

- (+) trasudado vaginal

- previenen recurrencias infecciones

→ me he liado, es xq mujeres histerectomizadas = tto solo con estrógenos (en terapia continuada)

*correcto: c

35. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ESTERILIDAD

. Cuando existe una movilidad alterada de los espermatozoides hablamos de: (2024)

- a) Tertospermia.
- b) Azoospermia.
- c) Astenospermia.
- d) Oligospermia.

→ alteraciones producción espermatozoides

- azoospermia = NO espermatozoides
- oligospermia = oligo-: pocos
- astenospermia = asteno-: débil → movilidad alterada
- teratospermia = terato-: monstruo → espermatozoides morfología anormal

*correcta: c

. Ante un seminograma que muestra oligoastenospermia severa la actitud recomendable sería. Valoración por urólogo para descartar patología: (2020 junio)

- a) Inseminación artificial con semen de la pareja (IAC).
- b) Inseminación con semen de donante.
- c) Repetir el seminograma en 8 a 12 semanas.
- d) FIV con microinyección espermática.

→ esterilidad masculina = 1er estudio → seminograma: estudio espermatozoides en semen eyaculado

- alteraciones producción espermatozoides = NO dx con 1 unción análisis → espaciados >3 meses (espermatozoides expulsan eyaculación son los formados en testículos 3 meses antes)

*correcta: c

. La causa más frecuente de esterilidad femenina es: (2024)

- a) Uterina.
- b) Cervical.
- c) Disfunción ovulatoria.
- d) Tubárica.

→ esterilidad - causas femeninas = (+) frec → ovárica (disfunciones ovulatorias)

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes datos es más frecuente en la esterilidad de origen femenino?: (2013 febrero)

- a) Miomatosis uterina.
- b) Obstrucción tubárica.
- c) Anomalías uterinas.
- d) Endometriosis pélvica.
- e) Anovulación crónica.

*correcta: e

. Una paciente de 38 años acude a consulta porque lleva 9 meses con relaciones sin anticoncepción y no logra gestación. Cuál debe ser nuestra actitud: (2019 abril)

- a) Tranquilizarla dado que hasta el año o año y medio de relaciones sin protección no se considera que pueda haber patología.
- b) Recomendarle coito dirigido en función de test de ovulación.
- c) Hacer un estudio básico de infertilidad.
- d) Darle un inductor de la ovulación como el clomifeno
- e) Recomendarle la toma de ácido fólico y yodo preconcepcional.

→ esterilidad dx - ¿cuando iniciar estudio esterilidad? = 1a de relaciones sexuales sin fruto lpero! iniciar a los 6 meses si: mujer >35a + enf genéticas + abortos repes + Cx pélvica previa + varones patología genital previa.

*correcta: c

. Una mujer de 24 años que acude a consulta por esterilidad de 6 meses y que en su historia clínica figura haber padecido una Tb genital: (2017 enero)

- a) Debe aconsejarle que han de transcurrir 2 años para que comience a realizar pruebas.

- b) Si ha recibido tratamiento adecuado, no debe tener patología ginecológica.
- c) Debe de realizarse las pruebas básicas del estudio de fertilidad porque frecuentemente en le TB genital están afectadas las trompas de Falopio.
- d) Acudirá a la fertilización in vitro directamente sin ninguna otra prueba.
- e) La Tb solamente afecta al útero.

→ dx esterilidad = inicio estudio básico pareja estéril → >6 meses sí:

- mujeres >35a
- enfermedades genéticas
- abortos repetición
- mujeres Cx previa
- varones patología genital previa

(Esta pregunta no creo que sea de Sampayo, yo me voy a quedar con sus criterios y chimpón)

*correcta: c

. En cuanto al diagnóstico de la esterilidad de una pareja, cuál de las siguientes afirmaciones es cierta: (2019 abril)

- a) Es imprescindible la realización de un seminograma y una histerosalpingografía en el estudio básico de la misma.
- b) Una historia clínica dirigida es un elemento fundamental, en la orientación del caso.
- c) El estudio del endometrio en segunda fase del ciclo es imprescindible para confirmar la existencia de ovulación.
- d) El cariotipo a ambos miembros de la pareja forma parte del estudio básico.
- e) La determinación de los niveles de PRL y TSH es un elemento importante para orientar el caso.

→ pareja estéril - estudio inicial =

- historia clínica
- pruebas complementarias: 1. ovulación + 2. permeabilidad tubárica + 3. seminograma (nº espermatozoides móviles y normales son adecuados para lograr un embarazo).

*correcta: b

. En cuanto al estudio de esterilidad es falso que: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Debería realizarse a todas las parejas que deseen embarazo.
- b) Debe incluir estudio de calidad seminal.
- c) Debe valorar la permeabilidad tubárica.
- d) Debe incluir un estudio serológico y hormonal de la mujer.

→ ¿cuándo iniciar estudio básico pareja esteril?

- esterilidad 1ª => >1a sex = NO gestación
- esterilidad 2ª => >2a sex = NO gestación
- 6 meses si: >35a mujere + enfermedades gen + abortos repes + Cx pélvica mujer + patología genital varones

→ estudio inicial pareja esteril

1. Hª clínica + familiar + personal + ginecológica (menarquia) + ocupación laboral
2. EF
3. Pruebas complementarias = eco vaginal + serología

→ pareja esteril - 3 estudios imprescindibles = 1. ovulación (estudio hormonal) + 2. permeabilidad tubárica (histerosalpingografía) + 3. seminograma (estudio calidad seminal)

*correcta: a

. El estudio básico en una pareja infértil incluye los siguientes parámetros Excepto: (2020 junio)

- a) Cariotipo de ambos miembros de la pareja.
- b) Historia clínica y antecedentes reproductivos.
- c) Estudio hormonal.
- d) Seminograma.
- e) Histerosalpingografía.

*correcta: a

. Pareja que presenta esterilidad por factor masculino (Azoospermia): (2016 mayo)

- a) Se determinarán los valores de gonadotropina al varón antes de realizar tratamiento farmacológico.
- b) En azoospermia, siempre se utilizará semen de banco.
- c) Se tratará mediante antiestrógenos o gonadotropina.
- d) Se realizará una biopsia testicular.

e) Siempre existe un cariotipo alterado.

→ tto esterilidad masculina

- azoospermia + FSH normal (NO hipogonadismo = causa obstructiva) → Cx (recanalización) + ICSI + IAD
- hipogonadismo hipogonadotrófico (azoospermia FSH disminuida) → gonadotropinas (para estimular testículo)

*correcta: a

. Una mujer de 23 años, que presenta en el estudio histerosalpingográfico patología obstructiva tubárica, ¿cuál es el tratamiento de elección?: (2013 febrero)

- a) Microcirugía tubárica.
- b) Inseminaciones artificiales.
- c) Recomendación de 2 años intentando gestación espontánea.
- d) Técnicas de fertilización in vitro.

→ tto esterilidad femenina - factor tubárico = FIV

*correcta: d

. En una pareja con esterilidad se diagnostica que la mujer de 30 años presenta una anovulación crónica con niveles estrogénicos dentro de la normalidad, trompas permeables y seminograma normal: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Se deben indicar gonadotropinas para inducir la ovulación.
- b) Se puede inducir la ovulación con clomifeno como primer abordaje.
- c) Se indicaría una inseminación con semen mejorado en ciclo inducido con clomifeno.
- d) FIV.

*correcta: b

(No lo hemos dado)

[Preguntas repaso vistas en clase]

1. Espermatozoides

- pocos = oligospermia
- se mueven poco = astenozoospermia (<40% móviles + <32% tipo A/B)
- muchas alteraciones = teratozoospermia
- ninguno = azoospermia

2. ¿Cómo se realiza la evaluación de la reserva ovárica?

- Eco folículos antrales
- FSH
- AMH

3.

- Incapacidad embarazo tras 1 año relaciones = esterilidad
- Incapacidad embarazo a término en 1 año = infertilidad

36. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. REPRODUCCIÓN ASISTIDA

. Entre las causas más frecuentes de inseminación artificial con semen de donantes (IAD) no se encuentra: (2024)

- a) Ausencia de pareja masculina.
- b) Obstrucción tubárica.
- c) Factor masculino severo.
- d) Enfermedad genética del padre que se quiere evitar.

→ IAD - causas (+) frec:

- ausencia pareja masculina
- factor masculino severo
- enfermedad genética del padre

→ IA = [need] permeabilidad tubárica (comprobaríamos x HSG)

*correcta: b

. La inseminación artificial con semen de donante estaría indicada en: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Prevención de enfermedades genéticas.
- b) Azoospermia.
- c) Oligoteratoastenospermia severa.
- d) Todas las anteriores.

*correcta: d

. Una mujer de 39 años acude a consulta acompañada por su pareja refiriendo esterilidad de seis meses de evolución aportan estudio que habla de esterilidad de origen desconocido. Lo indicado sería: (2023 abril) (2022 abril)

- a) Recomendarle que esperen seis meses más antes de iniciar tratamiento.
- b) Inducción de ovulación.
- c) Inducción de ovulación e inseminación con semen conyugal mejorado.
- d) Recomendarle FIV.

→ fecundación in vitro - indicaciones:

- baja reserva ovárica (NO anula → ovocito donante) = >35a reserva ovárica desciende bruscamente → intentar de entrada FIV (aunque se hace alguna inseminación antes porque FIV largas listas espera)

*correcta: d

. ¿Qué técnica de reproducción asistida indicarías a una pareja en la cual la mujer tiene 28 años, analítica hormonal normal trompas obstruidas y su pareja seminograma normal? (2024)

- a) Inseminación artificial con semen conyugal.
- b) Inseminación artificial con semen de donante.
- c) Fecundación in vitro con óvulos de donante.
- d) Fecundación in vitro con óvulos propios.

*correcta: d

. Una mujer de 23 años, que presenta en el estudio histerosalpingográfico patología obstructiva tubárica, ¿cuál es el tratamiento de elección?: (2013 febrero)

- a) Microcirugía tubárica.
- b) Inseminaciones artificiales.
- c) Recomendación de 2 años intentando gestación espontánea.
- d) Técnicas de fertilización in vitro.

→ fecundación in vitro - indicaciones = obstrucción trompas Falopio

*correcta: d

. En cuanto a la fertilización in Vitro (FIV / ICSI) cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA: (2019 abril)

- a) Es la indicación más frecuente en la esterilidad por obstrucción tubárica.
- b) El factor masculino es indicación habitual.
- c) La tasa de éxito es superior al 50%.
- d) No está permitida legalmente en mujeres mayores de 50 años.
- e) Se suelen transferir tres embriones por ciclo.

→ fecundación in vitro

- se transfieren 1/2 embriones al interior útero
- indicaciones = baja reserva pvárica (NO nula) + obstrucción trompas Falopio + presencia factor masculino severo
- tasa éxitos 30%

*correcta: b

[Casos clínicos vistos en clase]

1. Paciente de 45 años con trompas permeables, seminograma normal:

- a) Inseminación conyugal.
- b) FIV.
- c) Coitos programados.
- d) FIV con donación de ovocitos.

→ con 45 años no tienes ni óvulos ni na = reserva ovárica escasa

*correcta: d

2. Paciente de 25 años, oligospermia grave, histerosalpingografía en la que vemos que el contraste se queda en la cavidad peritoneal, es decir que sus trompas están obstruidas.

=> Hacemos una fecundación de tipo ICSI.

3. Paciente con vaginismo (reacción de contracción que impide tener relaciones sexuales completas) y el resto de las pruebas son normales.

=> Nos planteamos en este caso una inseminación artificial; sabiendo siempre de antemano si las trompas son permeables.

37. CONTROL DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA

. Sobre el perfil de los distintos MAC es FALSO que: (2019 abril)

- a) Los que tienen mayor índice de Pearl son los más eficaces.
- b) Algunos MAC no tienen contraindicaciones ni efectos secundarios.
- c) Debemos prescribir el MAC que más convenga en cada caso, y reevaluar su aplicación periódicamente.
- d) Los MAC reversibles permiten recuperar la fertilidad cuando se interrumpe su uso.
- e) En ocasiones podemos aconsejar el uso de varios MAC simultáneamente.

. Sobre el perfil de los distintos MAC es FALSO que: (2019 abril)

- a) Los que tienen mayor índice de Pearl son los más eficaces.
→ índice Pearl = tasa fracaso MAC = nº embarazos NO planificados por cada 100 mujeres + por año utilizando MAC correctamente
→ anticonceptivo (+) índice Pearl = (-) eficaz
- b) Algunos MAC no tienen contraindicaciones ni efectos secundarios.
→
- c) Debemos prescribir el MAC que más convenga en cada caso, y reevaluar su aplicación periódicamente.
→ no hay NAC perfecto sino MAC idóneo para cada mujer en cada momento de su vida
- d) Los MAC reversibles permiten recuperar la fertilidad cuando se interrumpe su uso.
→ reversibilidad método = recuperación capacidad reproductora al interrumpirlo (/ probabilidad comprometer fertilidad futura)
- e) En ocasiones podemos aconsejar el uso de varios MAC simultáneamente.
→

*correcta: a

. El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales se basa en: (2016 mayo) (2014 mayo)

- a) Inhibición de la ovulación.
- b) Aumento de la cantidad y filancia del moco cervical.
- c) Aumento del grosor endometrial.
- d) Incremento del peristaltismo tubárico.
- e) A y B son ciertas.

*correcta: a

. De los siguientes mecanismos de actuación de los anticonceptivos hormonales orales, cual es el más importante: (2012 mayo)

- a) Atrofia endometrial que dificulta la implantación.
- b) Inhibición de la ovulación.
- c) Alteración de la motilidad tubárica.
- d) Alteración del moco.
- e) Anti implantatorio.

→ ACH = mecanismo acción ppl → inhibidor ovulación

(ACH = estrógenos + progestágenos ⇒ [OFF] secreción/liberación LH/FSH = ciclo menstrual artificial)

→ ACH - mecanismo acción = inhibición ovulación + modificación moco cervical + modificación endometrio + modificación trompas Falopio

*correcta: b

. Señale cuál de los siguientes requisitos es imprescindible antes de prescribir anticonceptivos hormonales: (2020 junio)

- a) Exploración genital.
- b) Citología.
- c) Anamnesis orientada.
- d) Analítica.
- e) Todos ellos.

*correcta: c

. Señala cuál de los siguientes requisitos es imprescindible antes de prescribir anticonceptivos hormonales: (2019 abril)

- a) Exploración genital.
- b) Citología.

- c) Toma de tensión arterial.
- d) Exploración mamaria.
- e) Analítica.

→ anticonceptivos hormonales - requisitos prescripción

- imprescindibles (sin ellos NO se puede recetar ACH)
 - anamnesis => orientada descartar patología de base = st cardíaca + tumoral + ginecológica -> pueda agravarse x tto)
 - toma TA = descartar patología CV + HTA no dx/mal tratada -> contraindicación absoluta (ppl efectos secundarios ACH - alteraciones CV)
 - información = eficacia práctica depende buen uso-> explicar bien como se utilizan, perfil seguridad y eficacia anticonceptiva
- recomendables
 - exploración genital + mamaria = descartar patología ginecológicas/mamaria
 - citologías = descartar patología ginecológica cérvix NO filiada
 - analítica = perfil lipídico, colesterol, ... (FRCV)

*correcta: c

. A la hora de prescribir un anticonceptivo hormonal NO es imprescindible: (2015 enero)

- a) Anamnesis orientada.
- b) Toma de la tensión arterial.
- c) Información sobre una correcta efectividad, efectos secundarios.
- d) Citología.
- e) Todas ellas son imprescindibles.

*correcta: d

. Antes de la prescripción de toma de anticonceptivos orales es imprescindible: (2012 mayo)

- a) Hacer un estudio de trombofilias.
- b) Hacer una exploración mamaria.
- c) Bioquímica completa con estudio de colesterol fraccionado.
- d) Historia clínica detallada y toma de tensión arterial.
- e) Exploración ginecológica con ecografía y toma citológica.

*correcta: d

. Sobre las formas de administración de los anticonceptivos hormonales es cierto que: (2018 mayo) (2017 enero)

- a) Los preparados combinados contienen 2 tipos de estrógenos.
- b) Los monofásicos solo contienen estrógenos.
- c) Los preparados únicos solo contiene gestágenos a dosis bajas.
- d) Los bifásicos tienen más cantidad de estrógenos la primera mitad del ciclo.
- e) Todas son ciertas.

→ ACH - clasificación según composición

- preparados combinados (estrógenos/gestágenos)
 - monofásicos = misma cantidad estrógenos/gestágenos
 - bifásicos = durante primeros días dosis gestágenos es menor
 - trifásicos = más estrógenos 5 días centrales ciclo
- preparados únicos (gestágenos) = "minipildora" = gestágenos dosis bajas

*correcta: c

. Sobre los ACHO de sólo gestágeno (minipildora) es cierto que: (2024)

- a) Son los indicados durante la lactancia.
- b) Solo pueden administrarse por vía oral.
- c) Tienen un índice de Pearl más bajo que los combinados.
- d) Están contraindicados en mujeres obesas, fumadoras o hipertensas.

→ ACH - preparados únicos (gestágenos) = "minipildora"

- indicada = casos intolerancia/contraindicación estrógenos (cáncer mama / hipertensión no controlada / ...) + lactancia (xq estrógenos pasan a leche materna)
- ventajas
 - eficacia teórica similar a píldora combinada pero NO tan alta (ronda 99%)

- única píldora indicada en periodo lactancia/postparto
- preferible en mujeres con: RCV (>35a, fumadoras) + DM + hipertensas (FRCV)

*correcta: a

. Sobre los ACHO cuya formulación incluye solo gestágenos (minipildora) es cierto que: (2020 junio)

- Su índice de Pearl es algo mayor que el de los preparados combinados.
 - No son los indicados en el periodo de lactancia.
 - Están absolutamente contraindicados en mujeres con riesgo cardiovascular.
 - Son de primera elección para el control del ciclo.
 - Su mecanismo de acción principal es la inhibición de la ovulación.
- ACH - preparados únicos (gestágenos) = minipildora ⇒ eficacia <combinados = > índice Pearl (recuerda: a más Pearl menos eficacia AC).
- mecanismo acción = modifican moco cervical > inhibición ovulación (40-50%)

*correcta: a

. Sobre los ACHO cuya formulación incluye solo gestágenos (minipildora) es cierto que: (2019 abril)

- Su eficacia anticonceptiva es algo mayor que la de los preparados combinados.
 - Son los indicados en periodo de lactancia.
 - Están absolutamente contraindicados en mujeres con riesgo cardiovascular.
 - Son de primera elección para control del ciclo.
 - Su mecanismo de acción principal es la inhibición de la ovulación.
- ACH - preparados únicos (gestágenos) = minipildora
- [only] progestágenos = inhibe pico LH + espesa moco cervical + atrofia endometrio
- ventajas = (-) eficacia anticonceptiva < píldora anticonceptiva + única píldora indicada en lactancia/postparto + preferible en mujeres con RCV

*correcta: b

. En cuanto a las formas de administración de los anticonceptivos hormonales es CIERTO que: (2015 enero)

- La forma más eficaz es la oral.
 - La que tiene menos efectos secundarios es el anillo vaginal.
 - El implante subdérmico tienen efecto anticonceptivo de larga duración (3-4años).
 - El parche transdérmico suele tener mala tolerancia.
 - Las inyecciones subcutáneas pueden ser semestrales o anuales.
- ACH - formas administración
- ACH oral = píldora
- parches transdérmicos
- ACH inyectables = mensuales / trimestrales
- anillo vaginal = eficacia muy alta - quizás un poco mayor que oral x NO estar pendiente ventana administración diaria
- implante subdérmico = ACH larga duración

*correcta: c

. Respecto a la asociación de anticonceptivos orales combinados de estrógenos-gestágenos y cáncer, señala la opción FALSA: (2023 abril)

- Tienen un efecto protector contra el carcinoma de mama.
 - Tienen un efecto protector contra el carcinoma de endometrio.
 - Tienen un efecto protector contra el carcinoma de ovario.
 - No se ha demostrado riesgo aumentado de patología tumoral asociado a toma de ACHO combinados.
- ACH (anticonceptivos hormonales) - efectos colaterales
- beneficiosos
- (-) incidencia patología benigna mama
 - (-) incidencia cáncer endometrio
 - (-) incidencia cáncer ovario
- efectos adversos mayores
- cáncer mama (mujeres propensas)
 - cáncer endometrio (mujeres propensas)

*correcta: anulada (a + d)

. Son contraindicaciones absolutas de los anticonceptivos hormonales: (2018 mayo) (2017 enero) (2016 mayo) (2014 mayo)

- a) Hipertensión arterial no controlada.
- b) Trastornos menstruales sin diagnóstico etiológico.
- c) Antecedentes de enfermedad tromboembólica.
- d) Ninguna de ellas.
- e) Todas ellas.

*correcta: e

. Son contraindicaciones absolutas de los anticonceptivos hormonales: (2017 enero)

- a) Hipertensión arterial controlada.
- b) Trastornos menstruales sin diagnóstico etiológico.
- c) Historia anterior de cáncer de mama.
- d) Ictus hemorrágico.
- e) Ninguna de ellas.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes sería una contraindicación más importante para la utilización de anticonceptivos hormonales?: (2013 febrero)

- a) Paciente con CIN III tratado mediante conización.
- b) Diabetes tipo II controlada con dieta.
- c) Edad mayor de 38 años.
- d) Antecedentes familiares y personales de tromboflebitis.
- e) Amenorrea hipogonadotropa.

*correcta: d

. En la utilización de anticonceptivos hormonales orales cual de las siguientes situaciones es una contraindicación relativa: (2012 mayo)

- a) Antecedente de trombofilia familiar.
- b) Antecedente personal de un embolismo pulmonar.
- c) Hipertensión arterial controlada.
- d) Migrañas con aureas.
- e) ACVA isquémico.

→ ACH - contraindicaciones

- absolutas

- antecedentes tromboflebitis / enfermedad tromboembólica
- trombofilia familiar
- HTA no controlada
- RCV mayor
- obesidad
- tabaquismo mujeres >35a
- migrañas con aura
- trastornos menstruales sin dx etiológico
- Cx mayor x riesgo tromboembólico
- ictus isquémico

- relativas

- HTA controlada
- ictus hemorrágico
- migraña sin aura

*correcta: c

. En cuanto a la anticoncepción de emergencia es FALSO que: (2024)

- a) El levonorgestrel actúa principalmente inhibiendo la ovulación.
- b) El acetato de ulipristal es más eficaz en mujeres que están tomando ACO hormonal.
- c) El DIU de cobre es la opción que tiene eficacia anticonceptiva más prolongada.
- d) Todos ellos pierden eficacia anticonceptiva cuanto más tiempo pase desde la RS de riesgo.

→ MAC emergencia

- PDD - levonorgestrel = ppl mecanismo acción es inhibición/retardo ovulación al suprimir/aplanar/retrasar pico LH
- PDD - acetato de ulipristal = reduce efecto anticonceptivo de los anticonceptivos hormonales que tomaba (x interferir en progesterona) → [need] metodo refuerzo
- (+) tiempo pase = (-) eficacia anticonceptiva
- eficacia = levonorgestrel < acetato de ulipristal < DIU cobre

*correcta: b

. Respecto a los MAC de emergencia es cierto que: (2022 abril)

- a) Su eficacia anticonceptiva es mayor que la de los MAC hormonales de uso habitual.
- b) El DIU de cobre es menos eficaz que los tratamientos hormonales.
- c) El levonorgestrel (LNG) tiene más contraindicaciones que el acetato de ulipristal (AUP).
- d) La eficacia de estos tratamientos depende en gran medida de su rápida aplicación tras la relación sexual de riesgo.

→ MAC emergencia

- DIU cobre = (+) eficacia > PDD + eficaz durante 120h post relación NO protegida
- píldora día después (PDD)
 - (+) tiempo pase = (-) eficacia AC
 - NO uso habitual = (-) eficacia anti conceptual + interrumpe ciclo menstrual manera seria + alto riesgo embarazo
 - incluso toma condiciones ideales = 95% eficacia → primera toma lo (+) rápido posible → >48h = eficacia 58%
 - levonorgestrel (1ºop) ⇒ riesgos + efectos 2º = intensos + molestos + breves (x vida media corta)
 - acetato de ulipristal ⇒ manejo clínico (+) difícil ya que no se puede aplicar en todas circunstancias
- eficacia: levonorgestrel < acetato de ulipristal < diu cobre

*correcta: d

. Sobre el DIU de cobre, es cierto que: (2023 abril)

- a) Su eficacia anticonceptiva es algo mayor que la del DIU liberador de hormonas.
- b) No requiere supervisión médica una vez que está correctamente insertado.
- c) Puede aumentar la cantidad de sangrado menstrual y empeorar la dismenorrea.
- d) Está contraindicado en mujeres con cáncer de mama.

→ MAC de barrera químicos - DIU = inserción realizada x especialista - comprueba periódicamente su correcta colocación

- DIU cobre = eficacia 997% + NO hormonas (no contraindicado Ca mama) + (>): duración/cantidad regla + sangrados intermenstruales + dolor abdominal
- DIU medicalizado = eficacia 999%

*correcta: c

. Sobre el DIU liberador de hormonas, es cierto que: (2022 abril)

- a) Su eficacia teórica y práctica suelen ser significativamente diferentes.
- b) No requiere supervisión médica una vez que está correctamente insertado.
- c) Puede reducir la cantidad de sangrado menstrual y mejorar dismenorrea.
- d) Libera dosis bajas de estrógenos y gestágenos.

→ MAC barrera química - DIU liberador hormonas

- dosis bajas progestágenos
- eficacia 99,9%
- ventajas = reduce cantidad sangrado menstrual + mejora dismenorrea
- [need] comprobación periódica de correcta colocación

*correcta: c

. Sobre el DIU liberador de hormonas, es cierto que: (2020 junio)

- a) Su eficacia teórica y práctica suele ser significativamente diferentes.
- b) No requiere supervisión médica una vez esta correctamente insertado.
- c) Está contraindicado en multíparas.
- d) Pueden disminuir la cuantía del sangrado menstrual y mejorar la dismenorrea.
- e) Libera dosis bajas de estrógenos y gestágenos.

*correcta: d

. Sobre el DIU, es cierto que: (2019 abril)

- a) Su eficacia teórica y práctica suelen ser significativamente diferentes.
- b) No requiere supervisión médica una vez que está correctamente insertado.
- c) Está contraindicado en multiparas.
- d) Su inserción requiere anestesia local.
- e) El DIU de cobre puede producir alteraciones menstruales.

*correcta: e

[preguntas potenciales de mi amiga 🦋]

. Factor más importante a la hora de elegir MAC:

- a) Eficacia.
- b) Seguridad
- c) Reversibilidad.
- d) Facilidad y comodidad de uso.
- e) Relación con coito.

*correcta: a

. MAC que más falla y por tanto no se debe recomendar utilizarlo solo:

- a) Píldora.
- b) Ligadura de trompas.
- c) Vasectomía.
- d) DIU.
- e) Espermicida.

*correcta: e

→ Si preguntan por el infalible = NINGUNO

38. INFECCIÓN GENITAL POR VPH + 39. DISPLASIAS CERVICALES I

. Respecto a la infección de HPV. A continuación se realizan una serie de afirmaciones, indique el enunciado MÁS correcto: (2024)

- a) La infección se adquiere mediante contacto sexual no protegido con penetración.
- b) El contagio de condilomas se produce a partir de individuos con lesiones.
- c) La primoinfección da lugar a una viremia través de la que se desarrolla la respuesta inmune.
- d) La infección epitelio se inicia en las capas basales del epitelio a través de microabrasiones.

. Respecto a la infección de HPV. A continuación se realizan una serie de afirmaciones, indique el enunciado MÁS correcto: (2024)

- a) La infección se adquiere mediante contacto sexual no protegido con penetración.
 - VHP => preservativo disminuye tasa transmisión = protección 60% (no completa)
 - *incluso con contacto sexual protegido puede transmitirse
 - probabilidad mujer entre en contacto con HPV cepas alto riesgo = 70-80% (incluso vacunadas / uso siempre preservativo)
- b) El contagio de condilomas se produce a partir de individuos con lesiones.
 - condilomas (VPH 6+11) = personas con lesiones (>) infectuavs - infección x personas sin lesión - incluso con uso preservativo
- c) La primoinfección da lugar a una viremia través de la que se desarrolla la respuesta inmune.
 - infección VPH = intraepitelial → a penas pasa virus a torrente sanguíneo (viremia)
- d) La infección epitelio se inicia en las capas basales del epitelio a través de microabrasiones.
 - virus (VPH) aprovecha discontinuidades epitelio - como microabrasiones = alcanza células basales epitelio (infección x endocitosis)

*correcta: d

. En cuanto al HPV y el tracto genital inferior es cierto que: (2023 abril)

- a) La tasa de eliminación/ "lavado" del virus es baja una vez que se ha producido el contacto.
 - b) El tiempo desde el contacto a la aparición de lesiones suele ser menor de un año.
 - c) La presencia del virus se demuestra en más del 95% de los casos.
 - d) Los serotipos 6 y 11 se relacionan preferentemente con lesiones vulvares.
- VHP
- infección latente = NO detectable
 - tiempo medio eliminación → 8 meses (1a)
- VHP 6+11 = condilomas = verrugas de superficie chuminada en introito + labios menores + vagina + perianal
- VPH - Hª natural
- desenlace (+) frecuente = infección virus afecta 1/3 inf epitelio (CIN1) → tasa resolución 90%

*correcta: d

. En cuanto al HPV y el tracto genital inferior es cierto que: (2022 abril)

- a) La tasa de eliminación/ "lavado" del virus es baja, una vez que se ha producido el contacto.
- b) El tiempo desde el contacto a la aparición de lesiones suele ser menor de un año.
- c) La presencia del virus se demuestra en más del 95% de los casos.
- d) Los serotipos 6 y 11 se relacionan preferentemente con lesiones vulvares.

*correcta: d

. ¿Cal das seguintes afirmación é verdadeira respecto á infección polo virus do papiloma humano?

- a) Só o 20% das mulleres sexualmente activas se infectará por este virus.
- b) A maioría das mulleres infectadas desenvolverá displasia cervical ou cancro.
- c) Non se demostrou que outros cofactores, coma o tabaco e a resposta inmunitaria alterada estean relacionadas co desenvolvemento da displasia.
- d) O virus é transitorio na maioría das mulleres.

→ VPH

- favorecedores persistencia viral = tabaco (vasoconstricción) + inmunosupresión (VIH) + factores individuais
- 70% entra en contacto con cepas alto riesgo → cánceres pouco frecuentes
- prevalencia mulleres jóvenes 30% + >40a 10%

- desenlace (+) frecuente de la infección x HPV es una infección del 1/3 inf epitelio cervical (CIN1) = tasa resolución 90% (sistema inmune elimina virus en 8 meses)

*correcta: d

. La vacuna nonavalente contra el virus del papiloma humano (HPV): (2024)

- a) Incluye antígenos de los serotipos 6 y 11, por su riesgo de causar lesiones precancerosas.
- b) Su eficacia es del 98% para lesiones CIN1.
- c) Su administración en personas con CIN1 favorece la desaparición de las lesiones.
- d) La eficacia es mayor en cohortes de 9-12 años que de 17-24 años.

→ VPH - vacuna

- nonavalente = condilomas NO oncogénicos (cepas 6+11) + alto riesgo (16+18+...)
- 8-12a = máxima eficacia vacunación en adolescentes nunca tuvieron contacto con virus
- eficacia = 100% CIN2 → NO eficaz = CIN1

*correcta: d

. En cuanto a las vacunas frente al HPV es cierto que: (2023 abril)

- a) Son altamente eficaces aún después del contacto con el virus.
- b) Se han desarrollado vacunas terapéuticas para control de las lesiones originadas.
- c) Los resultados están probados en la prevención de lesiones CIN II y más.
- d) No se ha demostrado su eficacia en varones.

→ HPV - vacuna

- indicada = hombres [sex] hombres
- infección activa = vacuna NO modifica curso infección
- eficaz 100% CIN II + (CIN II + CIN III + Ca invasivo)

*correcta: c

. En cuanto a las vacunas frente al HPV es cierto que: (2022 abril)

- a) Son altamente eficaces aun después del contacto con el virus.
- b) Se han desarrollado vacunas terapéuticas para control de las lesiones originadas.
- c) Los resultados están probados en la prevención de lesiones CIN II y más.
- d) No se ha demostrado su eficacia en varones.

→ HPV - vacuna

- protección máxima en adolescentes que nunca tuvieron contacto con virus
- indicada = hombres [sex] hombres
- eficacia CIN II +

*correcta: c

. Unha muller de 45 anos, nai de 3 fillos acode á consulta de diagnóstico precoz. A citoloxía cervical é compatible con lesión escamosa intraepitelial de alto grao. ¿Cal das seguintes opcións elixiría?

- a) Repetir a citoloxía en un mes.
- b) Colposcopia e eventual biopsia.
- c) Histerectomía con salpinguectomía bilateal e conservación dos ovários.
- d) Legrado uterino fraccionado.

→ screening HPV - citología = HSIL / HPV alto riesgo/grado = colposcopia

*correcta: b

. Unha muller de 35 anos realiza una citoloxía cervical tras 5 anos sen control previo e o diagnóstico é HSIL (lesión intraepitelial de alto grao). A conducta a seguir é:

- a) Facer colposcopia. Se é normal facer unha conización.
- b) Confirmar a citoloxía con unha biopsia de cérviz baixo control colposcópico.
- c) Repetir citoloxía para confirmar diagnóstico.
- d) Facer tipaxe para virus HPV. Realizar conización se o test de HPV é positivo para virus de alto risco.

*correcta: b

. Una mujer de 40 años, fumadora de 10 cigarros/día. Tuvo dos partos normales. Acude a consulta para revisión rutinaria. Exploración física normal. Se le realiza una citología que se informa como HSIL. O SEGUINTE PASO SERÍA: (2022 abril)

- a) Realizaría unha conización cervical.
- b) Realizaría unha histerectomía.
- c) Realizaría unha determinación de HPV e actuación según el subtipo viral.
- d) Realizaría unha colposcopia.

*correcta: d

. Muller de 26 anos, nulíxesta, vacunada contra o virus do papiloma humano, que acode á consulta por alteración de baixo grao (LSIL) na citoloxía de cribado. Realizouse colposcopia e biopsia con resultado de CIN I. ¿Cal é a actitude a seguir nesta doente?

- a) Solicitar detección do virus do papiloma humano.
- b) Conización cervical.
- c) Non tratar e programar nova revisión en 6-12 meses.
- d) Tratamento con Aciclovir 16 semanas.

→ colposcopia = CIN 1 → seguimento (98% regresión)

*correcta: c

. Indique el enunciado VERDADERO: (2022 abril)

- a) La mayor utilidad de la determinación de HPV en el screening de cáncer de cérvix es en mujeres menores de 30 años.
- b) El preservativo confiere una protección para HPV del 95%.
- c) La vacunación protege eficazmente contra CIN1.
- d) La OMS tiene como objetivo eliminar el cáncer de cérvix en 2050 mediante cobertura adecuada del screening, vacunación y tratamiento.

→ HPV

- preservativo disminuye tasa transmisión HPV = protección 60%
- vacuna eficaz a CIN II +

→ eliminación cáncer cérvix mundo (OMS)

- objetivo: incidencia <4/100.000 mujeres
- 3 pilares

1. vacunación = 90% niñas 15a
2. screening = 70% mujeres 35a + 45a (high performance test)
3. tto = 90% mujeres con pre-cancer tratadas + 90% mujeres con cáncer invasivo manejadas

- para 2030 cada país debe conseguir 90-70-90 para erradicar el cáncer

→ prueba determinación HPV - screening mujeres 35-65años cada 5a

→ OMS tiene como objetivo eliminar el cáncer de cérvix en el mundo a partir 2050

*correcta: d

. Indique la opción verdadera: (2024)

- a) El tabaco incrementa, levemente, el riesgo de cáncer de cérvix.
- b) Las displasias cervicales se desarrollan en un porcentaje significativo de mujeres que entran en contacto con HPV de alto riesgo.
- c) Las mujeres que desarrollan lesiones preinvasivas por HPV presentan una reacción inmune que permite al virus causar una infección persistente.
- d) Las personas con cáncer de cérvix suelen tener comportamientos sexuales promiscuos.

→ factores influyen en el desarrollo de displasias cervicales => tabaco = vasconstricción tisular dificultala células inmunitarias accedan tejido

→ desenlace (+)frec infección HPV = displasia 1/3inf epitelio cérvix (CIN1) = resolución 90%

→ HPV infección = respuesta inmune NO correcta = persistencia viral = integración genoma viral en célula hospedadora = disregulación proliferación celular = preneoplásicos

*correcta: c

. Una mujer presenta una citología de displasia epitelial de alto grado (HSIL). Realizamos colposcopia. ¿Qué hallazgos son más compatibles con una lesión CIN3 de las siguientes? (2024)

- a) Punteado fino.
- b) Mosaico grueso.
- c) Epitelio acetoblanco tenue
- d) A y C.

→ displasias cervicales - biopsia

- bajo grado

• mosaico fino

• punteado fino

• acetoblanco tenue

• reactividad iodo = media/(-)

- alto grado

• mosaico grueso

• punteado grueso

• acetoblanco denso = blanco sobre blanco

• vasos atípicos

• iodonegativa

*correcta: b

. Ante un LSIL (displasia escamosa intraepitelial de bajo grado) en la citología de una mujer de 27 años, vacunada ante HPV. Indique la opción verdadera:

a) La presencia de HPV 16 indica que la vacuna no fue eficaz en este caso.

b) La presencia de HPV 16 es indicador de displasia de alto grado.

c) Si realizamos colposcopia, la presencia de un mosaico grueso reafirma la sospecha de displasia de bajo grado.

d) Todas las anteriores son falsas.

→ mujeres vacunadas pueden presentar infecciones (y displasias de bajo grado) por HPV AR → vacuna NO protege contra infección - Sí contra desarrollo displasia

→ LSIL = CIN1 = seguimiento

*correcta: d

. Mujer de 50 años. Tuvo dos partos. Su última regla fue a los 48 años. Presenta un hallazgo en la citología de cérvix de displasia escamosa de alto grado (HSIL). Indique la conducta más adecuada: (2023 abril)

a) Conización.

b) Histerectomía.

c) Colposcopia.

d) Determinación HPV.

→ citología HSIL (CIN2/3) ⇒ colposcopia

→ cuando tenemos un dx citológico la correlación con la lesión histológica NO es perfecta → confirmar/descartar displasias cervicales puede ser necesario realizar una biopsia cervical → toma de muestra NO a ciegas → colposcopia: biopsia dirigida

*correcta: c

40. CANCER CÉRVIX

. Factores de riesgo de cáncer epidermoide de cérvix: indique la incorrecta. (2023 abril)

- a) Fumar.
- b) Inmunosupresión.
- c) Nuliparidad.
- d) Displasias previas.

→ cáncer cérvix - FR

- infección HPV AR
- promiscuidad sexual *
- múltiples parejas sexuales de la pareja
- circuncisión varón factor protector
- paridad (>3 partos = aumenta riesgo)
- tabaquismo = mujeres infectadas HPV RR cáncer cérvix (displasia) x20 → tiempo eliminación virus 25a
- anticoncepción estrógenos-progesterona
- lesiones preinvasivas
- screening deficiente
- inmunosupresión (VIH)
- factores genéticos (desconocidos)
- coitargia precoz

*correcta: c

. Una mujer sometida a una conización cervical por displasia de cérvix. El análisis definitivo de la muestra informa de un carcinoma epidermoide de 3mm con invasión en profundidad de 2mm, sin invasión linfovascular (estadio IA1). La paciente tiene 26 años y no tiene descendencia. Indique la afirmación correcta: (2024)

- a) Puede mantener la fertilidad, la conización cervical es suficiente en este caso.
- b) Realizaría una histerectomía simple, no es seguro conservar el útero.
- c) Realizaría una histerectomía simple radical tipo Wertheim Meigs, no es seguro conservar el útero.
- d) Puede conservar fertilidad aplicando radioterapia.

→ cáncer cérvix - tto ⇒ IA1 = histerectomía simple → lperol deseo genésico = conización

- conización tto suficiente en mujeres con tumores microinvasivos (IA) y deseo conservar fertilidad

*correcta: a

. Ante una masa cervical sospechosa. Indique la verdadera: (2024)

- a) La edad media de presentación del cáncer de cérvix es de 70 años.
- b) Es más probable que se trate de un adenocarcinoma.
- c) Si tras confirmación histológica en el estudio de extensión de esta mujer, se encuentra un ganglio ilíaco sospechoso, el tratamiento de elección es histerectomía radical y linfadenectomía pélvica.
- d) El cisplatino tiene efecto radiosensibilizante en el tratamiento del cáncer de cérvix.

→ cáncer cérvix

- cancer epidermoide (+)frec (80%)

- ganglio afectado = estadio avanzado → tto: RT-QT

*es de esas preguntas que le gusta a Arias descartar = sabes que la edad media no es de 70a por su relación con HPV, sabes que el más frecuente es el epidermoide y que el tto en un estadio avanzado es RT-QT, te queda una máquina.

*correcta: d

. Ante una masa cervical sospechosa. Indique la verdadera: (2023 abril)

- a) La edad media de presentación del cáncer de cérvix es de 70 años.
- b) El más probable es que se trate de un adenocarcinoma.
- c) Si tras confirmación histológica en el estudio de extensión de esta mujer, se encuentra un ganglio ilíaco sospechoso, el tratamiento de elección es histerectomía radical y linfadenectomía pélvica.
- d) La afectación de la mucosa rectal tiene muy mal pronóstico, representa un estadio similar a enfermedad a distancia.

→ cáncer cérvix

- edad media 40a

- (+)frec = epidermoide

- afectación rectal/vaginal = estadio IV = mal pronox

- afectación ganglionar = estadio avanzado -> tto: RT-QT

*correcta: d

. Respecto al cáncer de cérvix. Indique la opción INCORRECTA: (2022 abril)

- a) En tumores macroscópicos siempre presentan alteraciones a la inspección cervical.
- b) Los tumores microinvasores habitualmente se diagnostican en conizaciones cervicales realizadas por diagnóstico en la biopsia cervical de CIN3.
- c) La afectación parametrial en el cáncer de cérvix contraindica el tratamiento quirúrgico.
- d) La afectación rectal en el cáncer de cérvix tiene mal pronóstico.

-> cáncer cérvix

- extensión parametrial = NO Qx
- extensión vejiga/recto = mal pronox
- clínica asintomática = incidental en conización
- EF = algo)so tumores NO presentan alteraciones x crecimiento endocervical -> se palpa (+)V cervical (cérvix tone)
- tto - Cx = uso si estadio IA/IB/IIA -> NO: invasión parametrial / afectación ganglionar

*correcta: a

. Carcinoma de cérvix microscópico de 2 mm de tamaño, 1 mm de invasión en profundidad (estadio IA1), ausencia de invasión linfocascular, estadije por imagen sin datos de diseminación, en una paciente que desea preservar su fertilidad. Indique el tratamiento más adecuado en este caso: (2022 abril)

- a) Intervención de Wertheim-Meigs o Schauta y gestación subrogada ("vientre de alquiler").
- b) Conización.
- c) Traquelectomía.
- d) Histerectomía y trasplante uterino.

-> cáncer cérvix - tto - IA1 + deseo genésico = conización

*correcta: b

41. PATOLOGÍA VULVOVAGINAL I: BENIGNA Y PRENEOPLÁSICA

. Indique el enunciado verdadero: (2024)

- a) Las fístulas vésico vaginales pequeñas se manejan quirúrgicamente de un modo relativamente sencillo.
- b) En países desarrollados las fístulas de causa neoplásica son infrecuentes.
- c) Las fístulas obstétricas son más frecuentes en países subdesarrollados.
- d) Las fístulas rectales empeoran sus manifestaciones clínicas cuando las heces son más consistentes.

→ fístulas vaginales

- etiología

- obstétrica = (+)frec en medios con deficiente acceso a atención sanitaria del parto / atención obstétrica urgente => (+) frec en 3º mundo
- tumoral = frecuentes

- causa (+) frec

- países subdesarrollados = obstétrica
- nuestro medio = antecedentes RT/Cx x neoplasia -> recidiva tumoral causa fístula

- fístulas urinarias - tto = Qx -> fístulas muy pequeñas pueden cerrarse solas con sondaje temporal (muy pocos casos se resuelven sin intervención Qx) => derivación urinaria

- fístulas digestiva => estreñidas mejor xq pierden (-) heces x vagina -> clínica incontinencia fecal (+) frecuente en heces líquidas (diarrea)

- tto = Qx -> Cx con alta tasa recidiva (en forma de fístulas mayores)

*correcta: c

. Indique el enunciado verdadero: (2023 abril)

- a) Las fístulas vésico vaginales presentan un sencillo manejo quirúrgico.
- b) La exanteración pélvica es un tratamiento de primera línea de cáncer de cérvix.
- c) Las fístulas obstétricas son más frecuentes en países subdesarrollados.
- d) Las fístulas rectales empeoran sus manifestaciones clínicas cuando las heces son más consistentes.

→ fístulas

- etiología obstétrica = (+)frec en medios con deficiente acceso a atención sanitaria del parto / atención obstétrica urgente => (+) frec en 3º mundo

- causa (+) frec

- países subdesarrollados = obstétrica
- nuestro medio = antecedentes RT/Cx x neoplasia -> recidiva tumoral causa fístula

- fístulas urinarias - tto = Qx

- fístulas digestiva => estreñidas mejor xq pierden (-) heces x vagina -> clínica incontinencia fecal (+) frecuente en heces líquidas (diarrea)

- tto = Qx => Cx con alta tasa recidiva

*correcta: c

. En cuanto a las fistulas vaginales es cierto que: (2020 junio)

- a) Las obstétricas están aumentando en frecuencia.
- b) El tratamiento es siempre por vía vaginal.
- c) Las iatrogénicas son poco frecuentes.
- d) La asociación de tratamientos quirúrgicos y radioterápicos aumenta el riesgo de aparición.
- e) Las complicaciones postratamiento son excepcionales.

*correcta: d

. Indique el enunciado falso: (2024)

- a) EL VIN (neoplasia vulvar intraepitelial) diferenciado tiene una baja tasa de progresión a carcinoma respecto a otras lesiones vulvares preneoplásicas.
- b) El tabaquismo es un factor de riesgo para las lesiones de HSIL vulvar.
- c) El liquen escleroatrófico se asocia a prurito y fibrosis vulvar.
- d) Un tratamiento de primera línea de los condilomas es imiquimod.

→ patología vulvar

- dermatitis vulvar - liquen escleroatrófico => clínica = prurito vulvar-perianal + dispareunia x: pérdida elasticidad + fibrosis

- HSIL vulgar - FR = tabaco + VPH + inmunosupresión (VIH)

- VIN (neoplasia intraepitelial vulvar) diferenciado = riesgo progresión cáncer vulgar 33% (+tasa progresión cáncer vulvar)

*correcta: a

. Indique el enunciado falso: (2023 abril)

- a) EL VIN (neoplasia vulvar intraepitelial) diferenciado tiene una baja tasa de progresión a carcinoma respecto a otras lesiones vulvares preneoplásicas.
- b) El tabaquismo es un factor de riesgo para las lesiones de HSIL vulvar.
- c) El liquen escleroatrófico se asocia a prurito y fibrosis vulvar.
- d) El tratamiento de elección del liquen escleroatrófico son los corticoides de alta potencia.

→ patología vulvar

- dermatitis vulvar - liquen escleroatrófico => clínica = prurito vulvar-perianal + dispareunia x: pérdida elasticidad + fibrosis
=> tto = corticoides

- HSIL vulgar - FR = tabaco + VPH + inmunosupresión (VIH)

- VIN (neoplasia intraepitelial vulvar) diferenciado = riesgo progresión cáncer vulgar 33% (+tasa progresión cáncer vulvar)

*correcta: a

. Una mujer de 80 años, diagnosticada de liquen escleroatrófico vulvar, a tratamiento con corticoides tópicos de media potencia. Relata empeoramiento de los síntomas. En la exploración física presenta desaparición de labios menores, epitelio blanquecino, con pérdida de elasticidad. Abarca labios mayores hasta introito con estenosis parcial del mismo y una placa de aspecto hiperqueratósico paraclitorideo. Indique la actitud MAS adecuada: (2022 abril)

- a) Cirugía de la estenosis de introito.
- b) Indicarle que aplique un corticoide de mayor potencia.
- c) Resecar todas las lesiones.
- d) Biopsia punch paraclitoridea.

→ cualquier liquen escleroatrófico que no mejora con tto => biopsia

*correcta: d

. En cuanto a las displasias vulvares: (2022 abril)

- a) EL VIN diferenciado se asocia a bajo riesgo de transformación neoplásica.
- b) El HSIL vulvar se asocia a infección por HPV.
- c) El HSIL vulvar se asocia a tabaquismo.
- d) El tratamiento de elección es la exéresis con márgenes.

→ patología vulvar

- HSIL vulgar - FR (= CIN2/3) = tabaco + VPH + inmunosupresión (VIH)

- VIN (neoplasia intraepitelial vulvar) diferenciado = riesgo progresión cáncer vulgar 33% (+tasa progresión cáncer vulvar)

*correcta: b y c

[preguntas apuntes]

. Paciente de 76 años de edad, paridad 3-0-1-3, con menopausia a los 52 años. Relata que desde hace al menos 4-5 años presenta prurito vulvar de intensidad variable que ha sido tratado algunas veces mediante automedicación y otras por indicación de su médico generalista con preparados tópicos (cremas y lavados). El prurito ha evolucionado así con intermitencias, pero desde hace 3-4 meses nota además una pequeña tumoración en el labio mayor izquierdo de la vulva y de la que se producen pérdidas serohemáticas al roce desde hace unos días; por ello consulta al ginecólogo. Al interrogatorio refiere disuria ocasional y el estado general es bueno. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta paciente?

- a) Herpes genital.
- b) Enfermedad de Paget de la vulva.
- c) Carúncula uretral.
- d) Granuloma crónico de la vulva.
- e) Carcinoma vulvar escamoso.

→ La paciente tenía un liquen escleroatrófico y desarrolló un carcinoma de células escamosas de la vulva.

Correcta: e

42. PATOLOGÍA VULVOVAGINAL II: NEOPLASIAS DE VULVA Y DE VAGINA

. Una mujer de 73 años presenta una lesión de 2 cm en labio mayor derecho, se trata de una placa de superficie ulcerada. La exploración muestra un ganglio inguinal ipsilateral incrementado de tamaño, de unos 2cm. La biopsia de la lesión se informa como carcinoma epidermoide y la biopsia con aguja gruesa de la adenopatía informa infiltración por carcinoma epidermoide. El estudio de extensión TAC toraco abdomina pelvico es negativo para enfermedad intraabdominal o torácica: indique el tratamiento indicado: (2024)

- a) Exéresis de la lesión vulvar con márgenes y biopsia selectiva de ganglio centinela inguinal.
- b) Exéresis de la lesión vulvar y linfadenectomía inguinal.
- c) Exéresis de la lesión vulvar y linfadenectomía iliaca.
- d) Exéresis radical de la lesión vulvar.

→ cáncer vulva - tto =

- vulva = exéresis lesion vulvar (extirpar tumor con margen tejido sano)
- ganglios = metas (+) = linfadenectomía inguinal uni/bilat (extirpan ganglio ílicos superficiales + profundos)

*correcta: b

. Indique la opción correcta respecto al cáncer de vulva: (2023 abril)

- a) El subtipo histológico de cáncer de vulva más frecuente es epidermoide.
- b) Las principales vías de diseminación son extensión directa y linfática.
- c) La principal vía de diseminación es extensión peritoneal.
- d) La A y B son correctas.

→ cáncer vulva

- (+)frec: carcinoma epidermoide
- diseminación = linfática (ganglios inguinales) + hematógena (pulmón/hígado/hueso)

*correcta: d

. Cáncer de vulva. Indique la opción correcta: (2022 abril)

- a) Una mujer con carcinoma vulvar unifocal de 3 cm y metástasis inguinales, el tratamiento de elección sería: exéresis radical de la tumoración vulvar (con margen de seguridad) y biosia selectiva de ganglio centinela.
- b) La presencia de metástasis linfáticas iliacas tiene muy mal pronóstico.
- c) El marcador serológico más empleado en el seguimiento del cáncer de vulva es el Ca-125.
- d) La presentación clínica con tumores grandes o multifocales que requieran vulvectomía es excepcional.

. Cáncer de vulva. Indique la opción correcta: (2022 abril)

- a) Una mujer con carcinoma vulvar unifocal de 3 cm y metástasis inguinales, el tratamiento de elección sería: exéresis radical de la tumoración vulvar (con margen de seguridad) y biosia selectiva de ganglio centinela.
→ metas ganglionares (+) = linfadenectomía inguinal (no te vas a poner a biopsiar un ganglio que ya sabes que está afectado)
- b) La presencia de metástasis linfáticas iliacas tiene muy mal pronóstico.
→ cáncer vulva = filtran ganglios inguinales → siguiente estación: ganglios ílicos
→ cáncer vulva = metas iliacas = muy mal pronox
- c) El marcador serológico más empleado en el seguimiento del cáncer de vulva es el Ca-125.
→ cáncer vulva = carcinoma epidermoide = marcador serológico: SCC (antígeno carcinoma células escamosas)
- d) La presentación clínica con tumores grandes o multifocales que requieran vulvectomía es excepcional.
→ cáncer vulva- presentación clínica:
 1. 30% estadio I (mujeres edad avanzada difícil exploración física)
 2. 70% lesión >2cm +/- metas ganglionares

*correcta: b

. La forma más frecuente del cáncer de vulva es: (2020 junio)

- a) Enfermedad de Paget de la Vulva.
- b) Carcinoma basocelular de la vulva.
- c) Carcinoma verrucoso de la vulva.
- d) Melanoma de la vulva.
- e) Carcinoma epidermoide de la vulva.

*correcta: e

. En cuanto al tratamiento del Cancer de Vulva es cierto que: (2020 junio)

- a) La radioterapia es el tratamiento de elección por sus resultados y menor agresividad.
- b) La quimioterapia neoadyuvante forma parte del tratamiento habitual.
- c) La vulvectomy con linfadenectomía / ganglio centinela es la forma habitual de tratamiento.
- d) La quimioterapia post cirugía es la práctica habitual.
- e) La resección de la lesión con margen de seguridad es la cirugía habitual.

*correcta: c

.Cuál de los siguientes es el factor pronóstico más importante del cáncer de vulva: (2015 enero)

- a) El tamaño del tumor.
- b) La afectación de los ganglios linfáticos inguinales.
- c) El tipo histológico.
- d) El grado de diferenciación.
- e) La intencionalidad curativa del tratamiento

*correcta: b

. Respecto a los tumores de vagina: (2022 abril)

- a) El adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente.
- b) El carcinoma epidermoide se asocia a exposición intraútero a dietilestilbestrol.
- c) El sarcoma botrioides es un tumor poco frecuente, con edad media de presentación de 70 años.
- d) Los tumores del tercio superior de vagina tienden a metastatizar a ganglios linfáticos pélvicos.

→ cáncer vagina

- (+)frec: epidermoide (extensión cáncer cérvix/vulva)
- epidermoide 1/3 sup = carcinoma cervix → metas ganglios linfáticos pélvicos // 1/3 inf = carcinoma vulva = metas ganglios linfáticos inguinales
- adenocarcinoma vagina = x tto intraútero dietilestilbestrol (DES) [tto hiperemesis gravídicas usaba 40-50s]
- sarcoma botrioides = edad pediátrica

(Este año creo que no lo dimos en clase)

*correcta: d

. ¿Qué es el sarcoma botrioides? Indique la opción más idónea: (2023 abril)

- a) Un tumor maligno de ovario.
- b) Un tumor maligno de vagina.
- c) Un tumor maligno de mama.
- d) Un tumor maligno placentario.

*correcta: b

43. MIOMAS

. Respecto al mioma señala la opción correcta: (2024)

- a) Su frecuencia disminuye con la edad y aumenta con la paridad.
- b) Entre un 10-15% pueden malignizarse (variante sarcomatosa).
- c) La variante intramural es la más frecuente.
- d) Los subserosos son los más sintomáticos.

→ mioma:

- riesgo malignización = sarcoma → 0,5%
- clasificación/tipos = subseroso (40%) + intramural (50%) + submucoso (10%)
- subserosos = superficie uterina (contacto serosa) + pueden ser muy grandes + poco sintomáticos
- frecuencia (>) con edad
- factores predisponentes = nuliparidad
- factores protectores = multiparidad

*correcta: c

. Respecto al mioma, cual de las siguientes afirmaciones es cierta: (2017 enero)

- a) La tasa de degeneración sarcomatosa es superior al 1%.
- b) Siempre debemos tratarlos ya sea médica o quirúrgicamente.
- c) Son causas frecuentes de esterilidad.
- d) Con frecuencia son asintomáticos.
- e) Son frecuentemente durante la menopausia.

→ miomas:

- riesgo malignización = sarcoma → 0,5%
- factor protector = >50a (menopausia) [son tumores hormono dependientes]
- muchos miomas NO producen síntomas (hallazgo causal durante exploración ginecológica de rutina)
- complicaciones = esterilidad (en algunos casos poco frec)
- miomas sintomáticos => tratamos

*correcta:

. Los miomas son tumoraciones benignas del útero: (2015 enero)

- a) Deben extirparse por la moderada frecuencia de malignización.
- b) El tratamiento más eficaz es el tratamiento médico con acetato de ulipristal.
- c) El tamaño es el elemento fundamental para decidir el tratamiento.
- d) La clínica va a definir la necesidad de tratamiento.
- e) La miomectomía va a definir la necesidad de tratamiento.

→ mioma - tto

- NO todos los miomas requieren tto - x alta frecuencia miomas asintomáticos = muchos benefician tto expectante
- miomas sintomáticos => TRATADOS

*correcta: d

. En cuanto al tratamiento de mioma es cierto que: (2020 junio)

- a) La miomectomía es el tratamiento más habitual.
- b) La miomectomía se asocia con una tasa significativa de reaparición de miomas.
- c) La embolización se ha relacionado con fallo ovárico.
- d) La edad, deseo reproductivo y características del mioma han de ser tenidos en cuenta.
- e) La vía histeroscópica está indicada en lo miomas intramurales.

→ miomas - tto - factores a considerar:

- edad
- paridad
- maternidad satisfecha / deseos fertilidad futura
- tamaño y número de miomas
- localización miomas
- manifestaciones clínicas

*correcta: d

. El tratamiento médico del mioma: (2014 mayo)

- a) Es la primera elección en caso de mioma en el embarazo.
- b) Permite una remisión temporal de los síntomas y puede favorecer la práctica quirúrgica o evitarla.
- c) Se debe emplear siempre antes de la cirugía conservadora.
- d) Los antagonistas de la LH-RH son los más utilizados.
- e) Se debe utilizar previo a la embolización.

→ miomas - tto médico

- objetivo = reducir tamaño miomas + mejorar síntomas + retrasar/evitar Cx

*correcta: b

. Indica cual sería la mejor opción de tratamiento en una paciente de 32 años, nulípara, con 3 miomas submucosos de <6 cm. que acude a consulta por menorragias: (2024)

- a) Embolización de arterias uterinas.
- b) Ablación por radiofrecuencia histeroscópica.
- c) Histerectomía.
- d) Miomectomía laparoscópica.

→ miomas - tto Qx

ablación transvaginal por radiofrecuencia → candidatas:

- fracaso tto médico
- alto riesgo Qx
- contraindicación Anastasia
- miomas <6cm submucosos

embolización arterias uterinas

- criterios exclusión = miomas subserosos pediculado

*correcta: b

. Una paciente Go Po de 35 años es diagnosticada en una consulta de salud de un mioma de 7 cms, la paciente muestra sus deseos de tener familia en el corto espacio de tiempo, nuestra recomendación sería: (2023 abril)

- a) Hacer una miomectomía porque dado el tamaño de mioma sería difícil lograr una gestación y llevarla a término.
- b) Proponerle una destrucción de mioma mediante embolización.
- c) Que intente la gestación espontáneamente y si no ocurre reevaluar.
- d) Análogos para reducir el mioma y después intentar la gestación.

→ miomas - tto

- embolización arterias uterinas = uso controvertido en mujeres con deseo genésico

*correcta: c

. Una paciente Go Po de 35 años es diagnosticada en una consulta de salud de un mioma de 7 cms, la paciente muestra sus deseos de tener familia en el corto espacio de tiempo, nuestra recomendación sería: (2022 abril)

- a) Hacer una miomectomía porque dado el tamaño de mioma sería difícil lograr una gestación y llevarla a término.
- b) Proponerle una destrucción de mioma mediante embolización.
- c) Que intente la gestación espontáneamente y si no ocurre reevaluar.
- d) Análogos para reducir el mioma y después intentar la gestación.

→ embolización = NO mujeres deseos genésicos

*correcta: c

. Mujer de 30 años diagnosticada de un mioma intramural de 6 cms acude para consultar sobre su futuro reproductivo la actitud a recomendar sería: (2016 mayo)

- a) Recomendarle el que se realice una miectomia para favorecer la gestación y evitar complicaciones de mioma.
- b) Hacer embolización selectiva del mioma para evitar su crecimiento y complicaciones.
- c) Realizar una histerosalpingografía para ver la permeabilidad tubárica y eventual distorsión de la cavidad.
- d) Tratamiento médico con acetato de ulipristal o análogos.
- e) Que intente la gestación a pesar de las posibles complicaciones del mioma.

*correcta: e

. Una paciente de 45 años con deseos genésicos cumplidos, útero poliomomatoso y menorragias anemizantes cual de los siguientes abordajes te parece menos adecuado. (2023 abril)

- a) Reposición de hierro y actitud expectante.
- b) Miomectomias múltiples.
- c) Histerectomía total conservando ovarios.
- d) Embolización de los miomas.

→

*correcta: b (yo pondría la a, como vas a mirar como sigue creciendo el Mioma y la muchacha se queda sin sangre)

. Una paciente de 45 años con deseos genésicos cumplidos, útero polimiomatoso y menorragias anemizantes

¿Contraindicarías alguna de estas actitudes? (2022 abril)

- a) Reposición de hierro y actitud expectante.
- b) Miomectomias múltiples.
- c) Histerectomía total conservando ovarios.
- d) Embolización de los miomas.

→ yo no lo sé así que te lo explica chatGPT:

Entonces, aunque varias opciones no sean ideales, la única que podría considerarse formalmente inadecuada o próxima a contraindicación es: Miomectomías múltiples.

¿Por qué? Porque en una mujer con deseo genésico cumplido y múltiples miomas, someterla a múltiples miomectomías implica una cirugía compleja, con alto riesgo de sangrado y recidiva, sin ningún beneficio sobre la histerectomía. No es una contraindicación absoluta, pero sí la opción menos razonable clínicamente

*correcta: b

44 + 45. PÓLIPO, HIPERPLASIA, CÁNCER ENDOMETRIO

. Una mujer de 70 años consulta por sangrado postmenopáusico: (2024)

- a) Un grosor endometrial de 2 mm en este contexto sugiere patología proliferativa endometrial, realizaría una biopsia endometrial.
- b) Un grosor endometrial de 1 mm sugiere atrofia endometrial. No requiere más estudios salvo si volviese a presentar síntomas.
- c) Un grosor endometrial de 10 mm en todo el endometrio es indicación de toma de biopsia.
- d) No requiere valoración, dado que la probabilidad de que presente una patología grave es muy baja.

→ metrorragia postmenopausica - Dx = 1. Eco =

- <5cm endometrio = atrofia endometrial -> seguimiento
- >5cm endometrio = biopsia

*correcta: c

. La hiperplasia atípica. Indique la opción incorrecta: (2024)

- a) Es una lesión proliferativa de endometrio.
- b) Puede progresar a cáncer de endometrio.
- c) Su tratamiento de elección son progestágenos.
- d) Ninguna es incorrecta, todas son ciertas.

→ hiperplasia endometrio (lesiones proliferativas a nivel endometrial) = hiperplasia endometrial atípica = cáncer endometrio hasta 40%

→ manejo terapéutico patología benigna y lesiones paraneoplásicas

- atrofia = observación
- pólipo = resección histeroscópica (85% se hacen sin Anastasia de manera ambulatoria)
- endometrio proliferativo = progestágenos (si anovulación) x DIU
- hiperplasia endometrial = progestágenos
- hiperplasia endometrial atípica / EIN (neoplasia intraepitelial endometrial) = histerectomía

*correcta: c

. Factores de riesgo de cáncer de endometrio. Indique a opción falsa: (2024)

- a) Nuliparidad.
- b) Obesidad.
- c) Síndrome de Lynch.
- d) Ninguna es falsa, todas las opciones son correctas.

→ cáncer endometrio - FR

1. menarquia precoz / menopausia tardía
2. nuliparidad
3. obesidad / DM II
4. anovulación crónica
5. tto estrógenos sin oposición (progestágenos)
6. tamoxifeno
7. lesiones preinvasivas
8. RT
9. sd Lynch / sd Cowden (PTEN)

*correcta: d

. Señale el tratamiento de elección indicado en estadios iniciales de cáncer de endometrio: (2024)

- a) Histerectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela.
- b) Quimioterapia y radioterapia.
- c) Resección histeroscópica y hormonoterapia.
- d) Radioterapia externa y braquiterapia.

→ cáncer endometrio - tto = Cx (tto inicial + estadije cáncer

- lavado peritoneal
- histerectomía (+ doble anexectomía)
- linfadenectomía (pélvica + paraaórtica *si metas ganglionares*)

- biopsia selectiva de ganglio centinela

*correcta: a

. Una mujer es intervenida por un cáncer de endometrio. El tumor afecta a más del 50% del miometrio e invade canal cervical. De las siguientes opciones, en qué caso NO administraría tratamiento adyuvante: (2024)

- a) Carcinoma endometriode POLE mutado.
- b) Carcinoma seroso de alto grado.
- c) Carcinoma endometriode P53 mutado.
- d) Carcinosarcoma.

→ cáncer endometrio - tto adyuvante NO:

- grado 1/2 + estadio IA (excepto: P53mut)
- estadio I/II POLE mut

*correcta: a

. Una mujer de 62 años presenta una metrorragia postmenopáusica. Indique la opción INCORRECTA: (2023 abril)

- a) Si es el primer episodio de metrorragia, exploración física sin hallazgos, endometrio 1 mm y ausencia ecográfica de lesiones: actitud expectante.
- b) Ante endometrio de 6 mm de grosor: biopsia endometrial.
- c) Ante endometrio de 5 mm de grosor: histeroscopia.
- d) El tabaquismo se asocia la mayor tasa de progresión de lesiones proliferativas de endometrio.

→ metrorragia postmenopáusica - estudio Dx - eco = grosor endometrio:

- 1. <5cm = atrofia endometrial → seguimiento
- 2. polipos = resección histeroscópica
- 3. >5cm = biopsia / histeroscopia / legrado

*correcta: d

. Una mujer postmenopáusica de 58 años presenta una hiperplasia endometrial atípica: (2023 abril)

- a) Realizaría tratamiento con progestágenos y seguimiento.
- b) Realizaría seguimiento sin tratamiento.
- c) Realizaría histerectomía y doble anexectomía.
- d) Realizaría tratamiento con estrógenos.

→ hiperplasia atípica / EIN = histerectomía

*correcta: c

. Dentro de los siguientes, cual se considera factor de pronóstico favorable del cáncer de endometrio: (2023 abril)

- a) POLE mutado.
- b) Déficit de proteínas reparadoras de ADN.
- c) Subtipo histológico de células claras.
- d) P53 mutado.

→ cáncer endometrio - subtipos moleculares

- 1. POLE mutado = buen pronóstico
- 2. déficit proteínas reparadoras ADN = pronóstico intermedio
- 3. subtipo no específico (+frec)
- 4. P53 mutado = mal pronóstico

*correcta: a

. Señale el enunciado verdadero: (2023 abril)

- a) La multiparidad incrementa el riesgo de cáncer de endometrio.
- b) La vía de abordaje del cáncer de endometrio es preferentemente laparotómica.
- c) Un cáncer de endometrio con RMN (resonancia magnética nuclear) con infiltración menor al 50% del miometrio, y una adenopatía sospechosa, realizaría histerectomía, doble anexectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela.
- d) El carcinoma de endometrio endometriode se asocia a subtipo I de la clasificación de Brockman, de pronóstico más favorable.

. Señale el enunciado verdadero: (2023 abril)

- a) La multiparidad incrementa el riesgo de cáncer de endometrio.

→ cáncer endometrio - FR = nuliparidad

- b) La vía de abordaje del cáncer de endometrio es preferentemente laparotómica.
→ cáncer endometrio - tto Qx = abordaje laparoscópico
 - c) Un cáncer de endometrio con RMN (resonancia magnética nuclear) con infiltración menor al 50% del miometrio, y una adenopatía sospechosa, realizaría histerectomía, doble anexectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela.
→ cáncer endometrio - Cx = tto inicial + estadiaje => histerectomía con doble anexectomía + linfadenectomía (si metas) / biopsia selectiva ganglio centinela (no metas)
 - d) El carcinoma de endometrio endometrioide se asocia a subtipo I de la clasificación de Brockman, de pronóstico más favorable.
→ tipos carcinoma endometrio
 - tipos I = endometrioide => lesiones preneoplásicas + crecimiento controlado
 - tipos II = carcinoma NO endometrioide => (+) agresivos = crecimiento rápido
- *correcta: d

. Una paciente de 67 años, G2 P2, menopáusica hace 20 años, acude a su médico por un sangrado vaginal escaso de cinco días e evolución, en la exploración se visualiza un cérvix limpio con sangrado moderado de cavidad, ecográficamente endometrio de 8 mms de espesor, ¿cuál sería la actitud frente a esta paciente? (2022 abril)

- a) Darle un hemostático y recomendarle que acudiese si vuelve a sangrar.
- b) Proponerle un legrado con fines hemostáticos y diagnósticos.
- c) Recomendar una RMN para evaluación más precisa del endometrio e invasión miometrial.
- d) Realizar una histerocopia y /o biopsia de endometrio.

→ >5mm = biopsia

*correcta: d

. La paciente del caso anterior vuelve a las dos semanas con un nuevo sangrado se hace una biopsia endometrial y RMN que demuestran un Adenocarcinoma de endometrio grado III con infiltración de más de la mitad de miometrio. La actitud recomendable sería: (2022 abril)

- a) Histerectomía total con doble anexectomía, linfadenectomía pélvica y paraórtica.
- b) Histerectomía total con doble anexectomía.
- c) Histerectomía total con doble anexectomía y radioterapia pélvica.
- d) Quimioterapia neoadyuvante seguida de histerectomía con doble anexectomía y ganglio centinela.

*correcta: a

46 + 47. MASAS ANEXIALES Y CÁNCER OVARIO

. ¿Qué significa Síndrome de Meigs? (2024)

- a) Derrame pleural asociado a una tumoración ovárica maligna.
- b) Nódulo umbilical maligno asociado a diseminación de un cáncer de ovario.
- c) Presencia de ascitis asociada a carcinomatosis peritoneal.
- d) Ninguna das anteriores.

→ masas anexiales + ascitis = maligno → excepción! Sd Meigs = ascitis + derrame pleural + tumoración anexial benigna

*correcta: d

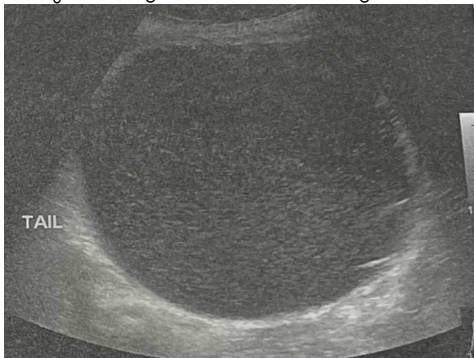
. Indique la verdadera respecto a los tumores borderline de ovario: (2024)

- a) El diagnóstico se realiza a través de biopsia percutánea (BAG), siendo la PAAF menos específica.
 - b) La diseminación de estos tumores ocurre a través de la cavidad abdominal por contigüidad y por vía linfática.
 - c) En casos de diseminación está indicada la administración de quimioterapia.
 - d) Son tumores con mayor tasa de recidiva que los tumores benignos pero elevada supervivencia a largo plazo.
- masas anexiales = NO biopsia = NUNCA pinchar masa anexial → cambiamos su estadio (*solo pinchamos cuando hay una gran diseminación y necesitamos saber tipo histológico para tto QT)
- tumores borderline = entre maligno-benigno → proliferaciones células atípicas intraepiteliales NO invaden MB
- ocasionalmente presenta implantes peritoneales
 - tasa recidiva = prácticamente nula
 - NO responden QT (les hace cosquillas) x poca proliferación (está muy diferenciado)

*correcta: d

. Una mujer de 43 años presenta una masa anexial de 9 cm ca 125: 80 UI/mL(normal hasta 76) HE4: 56 (normal hasta 300).

Indique la mejor actitud de manejo inicial según los hallazgos de la imagen: (2024)



- a) Seguimiento sin tratamiento, control en 2-3 meses.
 - b) Anexectomía laparoscópica.
 - c) Anexectomía laparotómica.
 - d) Biopsia percutánea e actitud según hallazgos.
- masas anexiales - tto
- quistes funcionales / quistes simples <6cm => manejo conservador = seguimiento eco 2-3 meses.
 - tumoración benigna = anexectomía laparoscópica

*correcta: b

. Indique el diagnóstico más probable según los hallazgos de imagen: (2024)



- a) Cistadenoma seroso.

- b) Cistadenoma mucinoso.
- c) Cistadenocarcinoma seroso.
- d) Cistadenocarcinoma mucinoso.

→ cistoadenoma x aspecto benigno + mucinoso x multiloculado

*correcta: b

. Una mujer de 19 años acude a urgencias por dolor abdominal de 24 h de evolución y de inicio a mitad del ciclo menstrual. Presenta un quiste anexial de aspecto ecográfico hojaldrado de 4 cm y marcadores negativos. Indique a más correcta: (2023 abril)

- a) Seguimiento sin tratamiento y control en 2 meses.
- b) Laparoscopia y anexectomía.
- c) Laparotomía y anexectomía.
- d) Laparoscopia y quistectomía.

→ masas anexiales - eco - características:

- benignidad = quiste: simple + multilocular + hemorrágico/hojaldrado
- malignidad = sólida + uni/multilocular con proyecciones sólidas + tabiques gruesos + nódulos sólidos + ascitis

→ masas anexiales - tto

- maligna = laparotomía
- benigna = anexectomía laparoscópica
- manejo conservador = quistes funcionales + quistes simples <6cm

→ tumoraciones ovárica funcionales

- mujeres con actividad ovárica (edad fértil)
- clínica = dolor
- imagen ecográfica = folículo grande + con hemorragia (hojaldrado)
- NO malignizar → tto conservador = analgesia + vigilancia eco en 2-3m + valorar ACHO

*correcta: a

. Indique el origen de un tumor de células de granulosa: (2023 abril)

- a) Células epiteliales del ovario.
- b) Células germinales del ovario.
- c) Células del estroma-cordones sexuales.
- d) Ninguna de las anteriores.

→ tumoraciones ovario ⇒ estroma + cordones sexuales = células granulosa-teca

*correcta: c

. Ante una mujer de 48 años con una masa anexial compleja, solidoquística, con nódulos sólidos dentro del quiste y marcadores elevados: Ca 125 980 (normal hasta 76). Indique la actitud más adecuada: (2023 abril)

- a) Realizaría una biopsia guiada por ecografía de la zona sólida dentro del quiste para así orientar el tratamiento más adecuado.
- b) La prueba diagnóstica de imagen con mayor rentabilidad para el estudio de masas anexiales es el TAC, por lo que realizaría esta prueba establecer sospecha diagnóstica.
- c) Realizaría laparoscopia y quistectomía, vaciando el quiste en la cavidad abdominal para su extracción.
- d) Realizaría laparotomía y anexectomía con estudio intraoperatorio.

→ masas anexiales

- eco -malignidad = formación sólida
- marcadores tumorales - epiteliales → Ca125
- biopsia NUNCA = NO pinchar masa anexial - cambiamos estadio
- tto - sospecha tumor maligno = laparotomía

*correcta: d

. Una mujer de 42 años presenta una masa anexial quística de 9 cm, bien delimitada, anecoica de paredes finas y vascularización escasa. La determinación de que 125 resulta ser 130 (normal hasta 76), CEA normal y que 19.9 normal. ¿cuál le parece la actitud más idónea? (2023 abril)

- a) Determinar HE4.
- b) Anexectomía laparoscópica.
- c) Anexectomía vía laparotómica.

d) Histerectomía y doble anexectomía laparotómica.

→ masas anexiales - marcadores tumorales:

- Ca125 = se eleva fácilmente con GI/neumonía/tabaco/endometriosis

- HE-4 = descarta elevaciones inespecíficas Ca125 x elevado valor predictivo negativo => si es normal = descartamos malignidad

*correcta: a

. Mujer de 21 años, nuligesta, sin antecedentes personales de interés, consulta al servicio de urgencias por dolor abdominal. El dolor es de tipo cólico, intermitente, con episodios de dolor muy intenso, que cede espontáneamente llegando a estar casi asintomática e reagudización posterior. Análisis sanguíneo normal. Se realiza una radiografía simple de abdomen que muestra la presencia de una formación calcificada en fosa iliaca izquierda. Ecográficamente presenta una masa anexial izquierda de 6 cm, de características ecográficas características: heterogénea, con múltiples densidades (grasa, calcificaciones...) y flujos vasculares intraováricos ausentes. Con la sospecha clínica que le sugiere este cuadro clínico, indique la opción MENOS correcta: (2022 abril)

a) Estudio con marcadores tumorales, RMN y TAC, actuación según hallazgos.

b) Realizar una laparoscopia inmediatamente.

c) Quiste dermoide.

d) Puede elevar hormonas tiroideas.

*correcta: a

. Mujer de 55 años, con dos embarazos y dos partos normales, hipertensa, con molestias inespecíficas en fosa iliaca derecha desde hace 6 meses. Presenta una formación quística simple de 7 cm en ovario derecho. Se realizó una determinación de marcadores tumorales, resultando ca 125 90 UI/ml (normal hasta 75) CEA: 3 UI/ml (normal hasta 6), Ca 19.9: 40 UI/ml (normal hasta 60 UI/ml). Indique la MEJOR actitud: (2022 abril)

a) Laparoscopia y anexectomía.

b) Laparotomía y anexectomía.

c) Determinación de HE4.

d) Realizar RMN pélvica.

*correcta: c

. Una mujer de 48 años presenta una masa anexial de 17 cm con una proyección sólida interna, Ca 125 de 300 UI/ml (normal hasta 75). Se le realiza una laparotomía, anexectomía izquierda (con quiste anexial). En el estudio intraoperatorio informan: carcinoma seroso borderline de ovario. Indique la opción más adecuada: (2022 abril)

a) Realizaría exploración de toda la cavidad abdominal y biopsia/extirpación de zonas sospechosas.

b) Realizaría exploración de la cavidad abdominal biopsia/extirpación de zonas sospechosas, histerectomía y anexectomía (del anejo sano) y omentectomía.

c) Realizaría exploración de la cavidad abdominal biopsia/extirpación de zonas sospechosas, histerectomía y anexectomía (del anejo sano) omentectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela.

d) Realizaría exploración de la cavidad abdominal biopsia/extirpación de zonas sospechosas, histerectomía y anexectomía (del anejo sano) omentectomía y linfadenectomía pélvica e paraórtica.

→ borderline = NO linfadenectomía

*correcta: b

. Cáncer de ovario. Indique la opción CORRECTA: (2022 abril)

a) Los cánceres de ovario que se presentan en mujeres portadoras de mutación de BRCA 1 tienen mejor pronóstico respecto de las mujeres sin mutación.

b) El uso prolongado de anticoncepción hormonal combinada es un factor de riesgo para cáncer de ovario.

c) La presencia de carcinomatosis peritoneal con tumor voluminoso en hilio hepático es uno de los criterios para administrar tratamiento radioterápico.

d) El screening ecográfico demostró utilidad para diagnosticar precozmente los cánceres de ovario.

→ no se por qué → lo pone como factores de riesgo

→ cáncer ovario

- FR = nuliparidad + talco + mutBRCA1/2 + sd Lync

- FP = ACHO + multiparidad + lactancia materna + salpinguectomía + ligadura tubárica + salpingooferectomía bilat

- NO screening

*correcta: a

48. PATOLOGÍA BENIGNA MAMÁ

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la telarquia es falsa? (2022 abril)

- a) Suele producirse entre los 8 y 14 años de edad.
- b) Marca el inicio de la pubertad.
- c) Suele preceder 6 meses a la menarquia.
- d) En este período comienza la ramificación de los lobulillos mamarios.

→ desarrollo mama - telarquia

- crecimiento tejido mamario
- marca inicio pubertad
- suele producirse 8-14a
- precede 2a menarquia
- comienza con ramificación lobulillos (se completa en el embarazo)

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes factores no estimula la lactancia? (2023 abril)

- a) Progesterona.
- b) Prolactina
- c) Oxitocina.
- d) Estimulación del pezón.

→ lactancia - fisiopatología

- progesterona = [OFF] lactogenesis => mujeres embarazadas no producen leche
- prolactina (adenohipófisis) = secreción leche
- oxitocina (neurohipófisis) = contracción ML glándula = favorece eyección
- bebe estimula pezón con succión = picos oxitocina (neurohipófisis) = favorece eyección leche

*correcta: a

. ¿Cómo clasificarías radiológicamente los quistes de mama? (2024)

- a) BIRADS 0.
- b) BIRADS 2.
- c) BIRADS 4.
- d) BIRADS 5

→ nódulos benignos = BIRAD 1+2

*correcta: b

. Indicación para exéresis de fibroadenomas: (2024)

- a) Crecimiento brusco.
- b) Dolor o molestia estética en la paciente.
- c) Forma irregular.
- d) Todas son correctas.

→ nódulos benignos = fibroadenoma

- tto = seguimiento (eco)
- exéresis Qx = crecimiento brusco + dolor + molestia estética

*correcta: d

. Paciente 45 años. Nódulo sólido lobulado de reciente aparición. En prueba radiológica impresiona fibroadenoma, ¿cuál sería la actitud correcta?: (2023 abril)

- a) PAAF.
- b) ECOGRAFÍA EN 6 MESES.
- c) BAG.
- d) CONTROLES HABITUALES.

→ fibroadenoma

- Dx = eco + biopsia (BAG -> si atípicos = >35a + mal definidos bordes + eje mayor NO paralelo piel)
- tto = seguimiento con eco => exéresis Qx si = crecimiento brusco + dolor + molestia estética

*correcta: c

49. CÁNCER DE MAMA

. ¿Cómo clasificarías una mamografía con el siguiente informe "Mamas densas, sin hallazgos anormales. Estudio no concluyente. Recomendamos ecografía complementaria o comparar con estudios previos"? (2023 abril)

- a) BIRADS 0.
- b) BIRADS 1.
- c) BIRADS 2.
- d) BIRADS 3.

→ BIRADS 0 = insuficiente

*correcta: a

. ¿Qué tipo de tumor es un CDI que presenta receptores hormonales positivos, HER2 negativo e índice de proliferación alto? (2024)

- a) LUMINAL A.
- b) LUMINAL B.
- c) HER2 puro.
- d) TRIPLE NEGATIVO.

→ receptores hormonales (+) = luminal

→ HER2/IP (+) = B

*correcta: b

. ¿Qué tipo inmunohistoquímico tiene un cáncer de mama con RE+,HER2+, IP bajo? (2023 abril)

- a) LUMINAL A.
- b) LUMINAL B.
- c) HER2 PURO.
- d) TRIPLE NEGATIVO.

*correcta: b

. ¿Qué pruebas pedirías para estudio de extensión en un cáncer de mama? (2024)

- a) Eco craneal y gammagrafía ósea.
- b) Eco abdominal y cerebral.
- c) TAC tóraco-abdomino-pélvico y Gammagrafía ósea.
- d) Gammagrafía ósea y mamografía.

→ cáncer mama - estadio extensión → metas frec = pulmón + hígado + huesos

1. TAC torácico
2. TAC abdominal-pélvico
3. Gammagrafía ósea

*correcta: c

. La cresta mamaria primitiva: (2022 abril)

- a) Comienza a formarse en la semana 10 de gestación.
- b) Es unilateral.
- c) Se sitúa únicamente en la zona central del embrión.
- d) Está compuesta por tejido ectodérmico.

→ desarrollo mama = [start] 5a sem gestación → cresta mamaria primitiva (línea tejido ectodérmico)

*correcta: d

. ¿Cuál es la técnica más utilizada para biopsiar adenopatías axilares sospechosas en cáncer de mama? (2022 abril)

- a) PAAF (punción y aspiración con aguja fina).
- b) BAG (biopsia con aguja gruesa).
- c) BAV (biopsia aspiración asistida por vacío).
- d) Biopsia escisional quirúrgica.

→ cáncer mama - Dx = biopsia

1. BAG

2. BAV

3. PAAF = adenopatías axilares (+ mujeres anti coaguladas)

*correcta: a

. De qué subtipo inmunohistoquímico sería un tumor de mama con las siguientes características: Receptores hormonales +, HER 2 -, índice de proliferación alto (50%)? (2022 abril)

a) LUMINAL A.

b) LUMINAL B.

c) HER2 PURO.

d) TRIPLE NEGATIVO.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes no es una contraindicación para cirugía conservadora en el cáncer de mama? (2022 abril)

a) Tumores multicéntricos.

b) Tumores muy grandes respecto al tamaño de la mama (mala relación mama-tumor).

c) Imposibilidad para recibir RT adyuvante.

d) Pacientes postmenopáusicas.

→ cáncer mama - tto = Cx conservadora - contraindicaciones

1. Tumores multicéntricos en distintos cuadrantes (*mismo cuadrante = se puede plantea Cx conservadora)

2. Tumores afectación extensa (mala relación mama-tumor)

3. Imposibilidad recibir RT adyuvante = embarazo + patología cutánea (lupus)

*correcta: d