

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
FEA EN ONCOLOGÍA
RADIOTERÁPICA**

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

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

22 de octubre de 2021

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

CASO CLÍNICO Nº 1 (11 puntos)

Paciente de 63 años con los siguientes antecedentes patológicos:

- Hipertensión arterial en tratamiento médico desde hace 10 años.
- Diabetes mellitus no insulino dependiente en tratamiento médico.
- ACV con recuperación ad íntegram en 2012.
- Hipoacusia bilateral con predominio de las altas frecuencias desde hace 5 años.
- Antecedentes de enolismo severo.
- Historia de fístula perianal.
- Fumador de 20 cigarrillos/día desde los 13 años.

ECOG 1

Historia Oncológica:

- Diciembre 2019: RTU vesical tras hematuria por una tumoración de 28 mm en la pared vesical derecha.

AP: Carcinoma transicional urotelial pT2, alto grado.

TC: T3N1.

- 6 de febrero 2020: Inicia quimioterapia neoadyuvante con cisplatino/gemcitabina.
- En el ciclo 3 día 8 presenta un cuadro de neuropatía periférica con letargia. La RM es compatible con infartos crónicos en el territorio de vascularización de la arteria cerebral media izquierda y un pequeño infarto en territorio de la arteria perforante izquierda.

Durante el ingreso se realiza un TC informando de una tumoración T3N0 en la pared vesical lateral derecha.

- Marzo de 2020: Inicia la pandemia por Sars_Cov-2 y el estado de alarma en España.

Tras discusión del caso en el comité de tumores Uroncológicos se decide realizar el manejo con radioterapia.

- El paciente recupera estado funcional de forma lenta, siendo dependiente para las actividades de la vida diaria en ese momento. Bradipsiquia leve. ECOG 1-2. El 4 de mayo de 2020 inicia el tratamiento de radioterapia.

- El CT de julio de 2020 informa de una ligera mejora en el engrosamiento de la pared vesical derecha y ausencia de componente adenopático.
- El CT de diciembre de 2020, no presenta cambios, pero una citología informa de celularidad positiva para carcinoma urotelial de alto grado.
- Enero de 2021: Buena recuperación funcional. ECOG 1. No sintomatología urinaria.
- Febrero de 2021: RTU. AP: carcinoma urotelial papilar de alto grado pTa, patrón invertido, con permeación linfo vascular y carcinoma in situ presente.

En referencia al caso expuesto, conteste a las siguientes preguntas:

- 1º- ¿Emplearía una escala de fragilidad o de comorbilidad en este paciente? ¿Cuál o cuáles emplearía y por qué? (1 punto)
- 2º- ¿Le parece correcta la estadificación inicial? ¿La complementarías con alguna prueba adicional? ¿Le parece correcta la información de la AP? (1 punto)
- 3º- ¿Le parece correcto que se le ofreciera quimioterapia neoadyuvante con cisplatino y gemcitabina? ¿Cuáles son sus límites? ¿Le ofrecería inmunoterapia en combinación con radioterapia? (1 punto)
- 4º- ¿Le ofrecería un tratamiento trimodal a este paciente? Justifique su respuesta. (2 puntos)
- 5º- ¿Qué esquemas de radiosensibilización conoce y en que estudios se basan? (1 punto)
- 6º- Describa los volúmenes de planificación y proponga esquemas de dosis de radioterapia en este paciente basados en los estudios publicados. (1 punto)
- 7º- Describa los factores predictores de respuesta a la quimioradioterapia en tumores vesicales infiltrantes. (1 punto)
- 8º- Si no hubiera existido la pandemia Sars_Cov-2, ¿habría cambiado el manejo del paciente? Justifique su respuesta basándose en las recomendaciones de SEOR. (1 punto)
- 9º- ¿Le parece correcto el seguimiento del paciente? ¿Añadiría alguna prueba? (1 punto)
- 10º- ¿Qué tratamiento propondría tras la información de la RTU de febrero de 2021? (1 punto)

CASO CLÍNICO Nº 2 (11 puntos)

Varón de 65 años sin antecedentes familiares destacables, que consultó hace 1 año por cefalea, debilidad generalizada y disfunción sexual. Se le detectó una tumoración selar compatible con macroadenoma hipofisario y tras finalizar los estudios que se le indicaron se le intervino por vía transnasal-transesfenoidal realizándole una extirpación subtotal de un "null cell adenoma" (según figura en informe anatomopatológico). Las determinaciones analíticas previas habían mostrado una disminución de todas las líneas hormonales hipofisarias, y una batería de marcadores tumorales, incluyendo betaHCG, alfaFP y LDH, no superaron los valores normales.

Recibió tratamiento hormonal sustitutivo y tras un periodo de mejoría sintomática de 11 meses, consulta de nuevo por incremento paulatino de la cefalea en los últimos 3 meses, que llega a hacerse refractaria a la analgesia pautada por médico de Atención Primaria. Coincidentemente, nota pérdida del campo visual temporal bilateral, y finalmente acude a Urgencias por aparición de diplopía y mareo, así como progresiva pérdida visual en ojo derecho.

En Urgencias se describe su estado como "afectado por el dolor". Se le detecta hemianopsia bilateral (por confrontación) y parálisis del VI par derecho. Se le realiza una TAC craneal sin/con contraste e.v., en la que se aprecia un importante crecimiento tumoral supra y paraselar con comportamiento invasivo. Una TAC toracoabdominal no mostró alteraciones destacables, ni cambios con respecto a previas.

Se decide ingreso hospitalario.

Conteste a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:

- 1º- ¿Qué exploraciones diagnósticas considera necesarias? Explique brevemente, al lado de cada una, cual es el objetivo(s). (1 punto)
- 2º- Con los datos clínicos que le hemos proporcionado y el resultado más probable de las pruebas que ha solicitado, el diagnóstico diferencial que Vd. propone es: (escriba al menos 3 opciones). (2 puntos)
- 3º- Atendiendo al diagnóstico(s) que haya propuesto, ¿cuál es para Vd. la primera opción terapéutica. Explique brevemente las razones que le llevan a esa elección. (0,5 punto)
- 4º- En un caso como éste, ¿Estima indispensable un nuevo análisis anatomopatológico detallado? Explique con brevedad que razones le llevan a considerarlo innecesario o si por el contrario, considera indispensable alguna(s) determinación(es). (1 punto)

- 5º**- ¿En qué datos se basaría para discernir la agresividad de un tumor hipofisario?
(1 punto)
- 6º**- Tanto si se ha referido antes a la radioterapia, como si no ha sido así, ¿Considera que en este caso hay algún papel definido para dicho tratamiento? Exponga los motivos, tanto en caso negativo, como afirmativo. (1 punto)
- 7º**- En un caso como el que nos ocupa, ¿Vd. indicaría la radiocirugía estereotáxica como primera opción técnica de radioterapia o utilizaría otras? Exponga las razones. (1,5 puntos)
- 8º**- Si utiliza la radiocirugía estereotáxica, ¿Qué OARs considera necesario delimitar? (1 punto)
- 9º**- ¿Qué constraints indicaría para esos OARs utilizando radiocirugía estereotáxica? (1 punto)
- 10º**- Indique los efectos tóxicos, a largo plazo, más frecuentes de la radioterapia hipofisaria. Comience por el más frecuente y continúe con el resto de los que conozca. (1 punto)

CASO CLÍNICO Nº 3 (11 puntos)

Parte 1

Paciente de 72 años.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril, hiperuricemia en tratamiento con alopurinol. No otros antecedentes quirúrgicos. Antecedentes obstétricos: G2P2A0, última revisión ginecológica hace 21 años coincidiendo con el inicio de la menopausia.

Acude a ginecología por sangrado vaginal de 3 semanas de evolución, junto con leucorrea. A la exploración presenta lesión friable en cara anterior, lateral derecha e izquierda de vagina que ocupa de las 10 a las 3 horarias de unos 4 cm de longitud, 1.5 cm antero-posterior y 3.5 cm lateral que ocupa vagina media e inferior y se extiende a ambos paracolpos. ECOG 1.

Los estudios de imagen muestran tumoración que infiltra mucosa, submucosa y ambos paracolpos sin extenderse a pared pélvica u órganos adyacentes, con una adenopatía iliaca externa derecha. En las pruebas analíticas muestra aclaramiento de creatinina de 65 ml/min/1,73 m² y hemoglobina de 12 gr/dl

Responda a las siguientes cuestiones en relación con lo expuesto:

- 1º- Indique los estudios que deben realizarse y con los datos facilitados indique el estadio del tumor de acuerdo a las últimas clasificaciones. (1 punto)
- 2º- Traslade la exploración ginecológica a los clinical drawings con los datos facilitados (se adjunta anexo I). (1 punto)
- 3º- Indique las localizaciones del riesgo de afectación ganglionar de esta paciente y la localización del mismo. (1 punto)

Parte 2

La paciente fue valorada por la Unidad Multidisciplinar de tumores ginecológicos, decidiéndose el tratamiento combinado de Radioterapia-quimioterapia.

Responda a las siguientes cuestiones relacionadas con lo expuesto:

- 4º- Explique el tratamiento indicado de radioterapia externa y quimioterapia de forma esquemática, de acuerdo a las guías GEC/ESTRO-ACROP de vagina volúmenes a tratar, órganos de riesgo, técnica de tratamiento e IGRT de elección, esquema de quimioterapia. (1 punto)

- 5º- Dado que las guías GEC/ESTRO-ACROP de vagina no indican específicamente las dosis y restricciones de radioterapia externa, e indican que se sigan las recomendadas para cáncer de cérvix, indique estas. (1 punto)

Parte 3

En el estudio de RM en la última semana de RTE-QT se observa respuesta parcial de la tumoración persistiendo tumor en vagina anterior y laterales que afecta a mucosa y submucosa y tejido paravaginal bilateral de unos 2.5 cm extensión craneocaudal, 5 mm de espesor anterior y 8mm espesor lateral derecho y 6 mm lateral izquierdo, afectando a tercio medio.

Responda a las siguientes cuestiones relacionadas con lo expuesto:

- 6º- Elija el tipo de aplicador de braquiterapia más recomendables para esta paciente. (1 punto)
- 7º- De acuerdo a las Guías GEC-ESTRO e ICRU-89 describa los volúmenes de target para braquiterapia guiada por imagen de RM. (2 puntos)
- 8º- De acuerdo a las Guías GEC-ESTRO nombre los volúmenes de órganos de riesgo para braquiterapia guiada por imagen de RM. (1 punto)
- 9º- Debido a que las recomendaciones de dosis todavía no han sido publicadas y que la guía recoge que se sigan las mismas que en el cáncer de cérvix, indique las recomendaciones de dosis más importantes para los targets indicando las dosis optimas (no los limites). (1 punto)
- 10º- Debido a que las recomendaciones de dosis todavía no han sido publicadas y que la guía recoge que se sigan las mismas que en el cáncer de cérvix, indique las recomendaciones de dosis más importantes para los órganos de riesgo, únicamente de recto, vejiga y sigma. Indicando las dosis optimas (no los limites). (1 punto)

Anexo I: CASO CLÍNICO 3

Clinical Drawing: Vagina + intact uterus

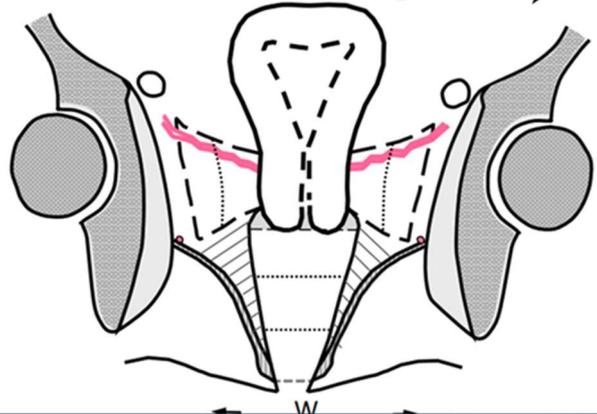
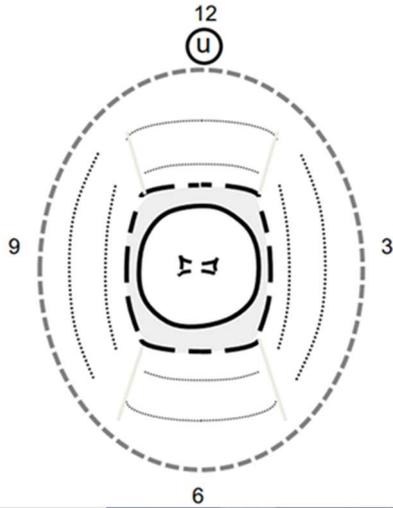
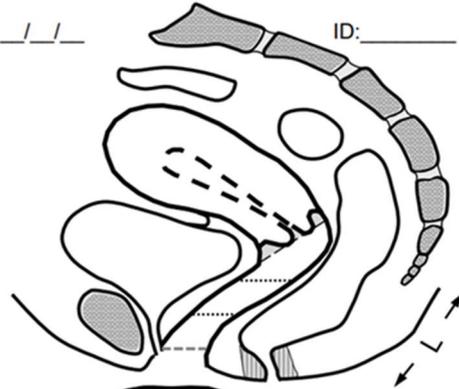
Date / /

ID:

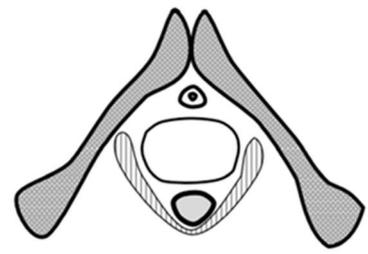
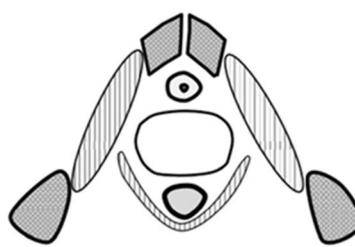
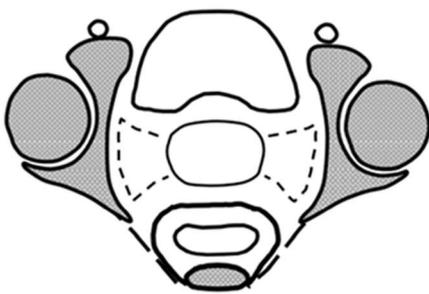
At Diagnosis At Brachytherapy EBRT Gy

Maximal tumour dimensions

Clockwise involvement to o'clock
 Thickness = cm (perpendicular to vaginal axis)
 Width = cm (incl. paravaginal extension)
 Length = cm (along vaginal axis)
 Proximal tumour free distance (length) = cm
 Distal tumour free distance (length) = cm



Clinical Drawing: Vagina + intact uterus



Upper 1/3 vagina

Middle 1/3 vagina

Lower 1/3 vagina