

OSAKIDETZA

**2011ko urriaren 28ko 1699/2011
Erabakiaren bidez, egindako
Oposaketa-Lehiaketarako deia
(EHAA 216 Zkia. 2011ko
azaroaren 15ekoa)**

Concurso-Oposición convocado por
Resolución nº 1699/2011, de 28 de
octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216,
de 15 de noviembre de 2011)

**KATEGORIA:
F.E. ERRADIOTERAPIA
ONKOLOGIKOKO MEDIKUA**

**CATEGORIA: F.E. MÉDICO
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA**

**Proba eguna:
2012ko marzoaren 25ean**

**Fecha prueba:
25 de marzo de 2012**

**BIGARREN ARIKETA
SEGUNDO EJERCICIO**

CASO CLÍNICO 1

Paciente mujer, 54 años, nunca fumadora. HTA. Depresión en tratamiento con Ciprex. Hemiorrafia inguinal derecha. VIH + en tratamiento antiretroviral y con carga indetectable. DMNID. Nefroangiopatía diabética con $Cr\pm 1,8$. Siguió tratamiento con ACO durante más de 5 años. A raíz de cuadro pseudogripal con fiebre elevada e intensa astenia acude a su MAP practicándose Rx tórax donde se detecta un engrosamiento hilar izq. TAC Torácico: múltiples adenopatías mediastínicas de tamaño patológico a nivel de hilio izquierdo, ventana AP, paratraqueales bilaterales y subcarinal. Pequeño derrame pleural izquierdo. Citologías seriadas de esputo negativas. Broncoscopia normal. Citología y cultivos negativos. PFR en rango.

Entidades entre las que habría que realizar un diagnóstico diferencial.

Estudio diagnóstico y de extensión:

Se practica PAAF a ciegas a nivel subcarinal: adenocarcinoma de probable origen pulmonar. El estudio de extensión confirma los hallazgos del TAC, con captaciones patológicas por PET/TAC a nivel de los territorios mencionados con un SUV (5 – 7). No enfermedad a distancia.

Estadio y Esquema de tratamiento más adecuado:

Delimitación de volúmenes, técnica y tolerancia de los órganos a riesgo.

CASO CLÍNICO 2

Paciente varón de 45 años de edad, que consulta con el Servicio de Cirugía por molestias anales inespecíficas y rectorragia ocasional.

Antecedentes personales:

- No alergias conocidas.
- Fumador activo de 20 cigarrillos / día.
- Habito enólico moderado.
- Intervenido de hemorroides a los 35 años.
- No tratamiento medico habitual.

Enfermedad actual:

Desde hace 1 año nota molestias anales inespecíficas, que han ido progresando hasta hace 1 mes que es valorado por el Servicio de Cirugía, por dolor intenso en zonal anal que dificulta la deposición con rectorragia ocasional.

Exploración física:

ECOG 0-1

Lesión ulcerada perianal, muy dolorosa al tacto, haciendo imposible realizar tacto rectal.

Abdomen: blando y depresible. No se palpan masas ni visceromegalias.

Adenopatías inguinales izquierdas de pequeño tamaño (<1 cm) de consistencia fibroelástica no adheridas a planos profundos.

Resto de la exploración dentro de la normalidad.

Biopsia de la lesión: Carcinoma escamoso queratinizante pobremente diferenciado. Condiloma acuminado.

TAC Torax-Abd-Pelvis: Sin evidencia de diseminación metastásica linfática ni hematogena. Imagen indeterminada en segmento hepático IV no sugestiva de metástasis.

RMN Pelvis: Lesión tumoral de 27 x 9 mm que se extiende por la cara lateral derecha del ano desde el margen inferior, con extensión interesfinteriana y contacto con posible repercusión sobre la cara posterior del esfínter interno en su margen inferior.

Impresión Diagnostica:

Carcinoma escamoso pobremente diferenciado de canal anal.

Preguntas:

1. ¿Completaría el estudio de extensión? Estadiaje clínico del tumor.
2. Describa cual seria su plan de tratamiento y las características técnicas del tratamiento de radioterapia
3. Evaluación de respuesta al tratamiento y plan de seguimiento.

CASO CLÍNICO 3

Paciente de 34 años, sin antecedentes personales de interés, presenta tras la lactancia un nódulo de 5 cm. A nivel de C.S.E de Mama izquierda ,consulta con el M-A.P., etiquetándolo de Mastitis, pautan tratamiento con antibióticos, sin mejoría clínica,-

Exploración: mama dcha. normal, mama izquierda: nódulo de 3 cm. Consistencia pétre a nivel de C.S.E., piel y pezón normal; axila izquierda adenopatía rodadera; resto sin datos patológicos.

Mamografía: nódulo espiculado de 4 cm. a nivel de C.S.E. De mama izquierda, con microcalcificaciones en su interior: ECO: nódulo hipoecoico de 38x45 cm. con sombra posterior.

RNM de mama: nódulo de 4x4,5 cm en mama izqda.en C:S:E; adenopatias < 1 cm inespecíficas en axila izqda.,resto normal.

TAC-T-Abd-Pv: nódulo de 4 cm. en mama izqda, adenopatias inespecíficas en axila izqda;resto negativo

G.grafía-ósea: normal

Biopsia: Ca. Ductal infiltrante G III

Inmunohistoquímica: RE-RP-C-erb_B2 +++; P-53 ++, E-Cadherina ++,

Analítica y marcadores tumorales normales

Preguntas

1ª plantearías tratamiento neoadyuvante

2ª qué objetivos tiene el tratamiento neoadyuvante

3ª si se produce una respuesta completa tras el tratamiento neoadyuvante qué planteamiento Radioterápico realizarías.

CASO CLÍNICO 4

Mujer de 53 años sin antecedentes de interés. Disminución de agudeza visual de varios meses de evolución con diagnóstico de uveítis bilateral con opacidades de vítreo en el examen oftalmológico. Tratada con corticoides con clara mejoría sintomática y empeoramiento tras suspensión de la medicación. Posteriormente, cambios en el comportamiento y cefaleas. RMN con lesión hemisférica derecha. Otras lesiones en cuerpo caloso y región periventricular. Lesiones captantes de contraste. Edema perilesional. Ausencia de necrosis. Signos de edema intersticial en difusión. Biopsia cerebral positiva para linfoma no Hodgkin. Completar estudio y plantear posibilidades terapéuticas.

CASO CLÍNICO 5

Mujer de 54 años de edad. Dudosa alergia a PENICILINA. Dislipemia. Cirugía de hallux valgus docho. Migraña probable que trata con AINES de forma intermitente. Miopía.

ENFERMEDAD ACTUAL

Refería hipoacusia de OD de un año de evolución con epistaxis de FND de repetición desde hace 4 meses. Requiere ingreso para taponamiento antero-posterior.

TC CAVUM: lesión de partes blandas bien delimitada, situada en el cavum izdo de 3,6x3x2,7cms. de diámetro. Desciende por la rinofaringe izda, provocando una asimetría en el lumenograma, colapsa completamente la trompa de Eustaquio, se introduce hacia la fosa nasal izda. y se extiende caudalmente hasta paladar blando contactando con la amígdala palatina izda. En profundidad colapsa prácticamente por completo el espacio parafaríngeo ipsilateral, posteriormente no se aprecia línea de separación con respecto a la musculatura prevertebral ipsilateral, posteriormente no se aprecia línea de separación con respecto a la musculatura prevertebral ipsilateral y aunque está en íntima relación con la carótida interna no parece invadirla. Las estructuras óseas adyacentes a la masa (cuerpo esfenoidal, ala menor del esfenoides, apófisis pterigoides, vertiente anterior del borde anterior del agujero magno y margen anterior del atlas). No presentan signos sugestivos de invasión tumoral. Se aprecian varios ganglios subcentimétricos en las cadenas laterocervicales posteriores suprahioides izdas., sin teórica trascendencia patológica.

Ingresa para estudio con epistaxis de fosa nasal derecha tras biopsia de masa de cavum, que precisa taponamiento posterior. Resultado de la biopsia: carcinoma nasofaríngeo no queratinizante, bien diferenciado (linfopitelioma).

Angio TAC: gran tumoración en la vertiente izda. del cavum y un taponamiento sobre la tumoración que se encuentra intensamente vascularizada a expensas de ramas de la arteria maxilar interna que procede de AC externa.

A la exploración física destaca PS0 adenopatías palpables a nivel cervical. Edéntula parcial, resto de exploración sin interés.

TAC torácico: sin hallazgos significativos.

RMN de cavum: tumoración en nasofaringe de 3,5x2 cms. con extensión a fosa nasal derecha.

Plantear opciones terapéuticas convencionales y con nuevas tecnologías

CASO CLÍNICO 6

Paciente de 62 años de edad

Antecedentes personales:

HTA

Fibrilación auricular en tratamiento antiagregante

Fumador de 15 cigarrillos/día

Enfermedad actual

Paciente asintomático, se objetiva en analítica rutinaria PSA: 12 ng/ml.

Tacto rectal: anodino

Se realiza Biopsia transrectal ecodirigida, que muestra un volumen prostático de 32cc, cápsula conservadas y vesículas seminales sin signos de infiltración.

Se obtienen 12 cilindros: 6 de ellos positivos

Lóbulo izquierdo: 2/6 cilindros positivos, de 5 mm (30%) y 10 mm (20%)

Lóbulo derecho: 4/6 cilindros positivos, de 7 mm (40%), 11 mm (90%), 10 mm (100%), 10 mm (100%)

Adenocarcinoma Gleason 7 (4+3), con imágenes de infiltración perineural.

El paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista urinario, salvo nicturia 2-3 veces. Tiene un IPSS de 6/35.

Se solicitan estudios de extensión, TAC abdomino-pélvico y Gammagrafía ósea, ambos negativos para enfermedad a distancia.

1. Discuta brevemente cada una de las opciones terapéuticas que usted considere adecuadas.
2. Finalmente se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza prostatectomía radical abierta.

Informe AP: Adenocarcinoma Gleason 7 (3+4) bilateral, afectación capsular en región periférica izquierda (pT3a), borde quirúrgico positivo focal en región apical. En las siguientes semanas el paciente presenta incontinencia de esfuerzos, e impotencia completa que no responde a inhibidores de fosfodiesterasa-5.

A las 6 semanas post cirugía el valor del PSA 0.02 ng/ml.

Discuta la actitud terapéutica a seguir y la evidencia científica que apoya su decisión