PREGUNTAS 1ª PRUEBA EXAMEN ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

TIEMPO MAXIMO DE REALIZACION : 1H30

1.-Factores pronósticos en el carcinoma de próstata localizado.

2.- Factores pronósticos en los gliomas de alto grado.

3.- Carcinoma canal anal.

4.- Braquiterapia en los sarcomas de partes blandas

5.- Tratamiento del carcinoma de cervix localmente avanzado

6.- Fraccionamientos alterados en tumores de cabeza y cuello

Pamplona, a 19 de Noviembre de 2009

RESPUESTAS 1ª PRUEBA EXAMEN ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

1.-Factores pronósticos en el carcinoma de próstata localizado

- Definición de carcinoma de próstata localizado.
- Factores pronósticos. Enumeración, descripción de cada uno de ellos y de las evidencias que los sustentan.
- Grupos de riesgo predictivos.
- Nomogramas.

2.- Factores pronósticos en los gliomas de alto grado.

- Astrocitomas anaplásicos y Glioblastomas multiformes.
- Otros factores pronósticos dependientes del tumor.
- Factores pronósticos dependientes del paciente.
- Grupos pronósticos.

3.- Carcinoma canal anal.

Estadíos y pronóstico
Tratamiento radioquimioterápico
Cirugía de rescate ¿Cuándo?
Toxicidad del tratamiento y nuevas técnicas para minimizar dicha toxicidad

4.- BRAQUITERAPIA EN LOS SARCOMAS DE PARTES BLANDAS

El examinando obtendrá la puntuación máxima si responde de manera correcta a los siguientes items:

a. Pacientes candidatos
   Extremidades/Tronco Superficial; Alto Grado
b. Metodología
   LDR 42-45Gy; Intraoperatoria; Carga Diferida;
c. Ensayos randomizados
   MSKCC Harrison; LDR vs. Obs;
d. Patrones de Fallo / Supervivencia
   MSKCC trial: positivo para LC sólo en Alto Grado; SPV inalterada;
e. Toxicidad
   Dehiscencia de Herida; Time to Loading;

5.- TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉRVIX LOCALMENTE AVANZADO

a. Pacientes candidatos
   IB2-IVa; Cualquier T con N+
b. Metodología
   EBRT 45-54Gy + Braquiterapia LDR/HDR 85-90Gy pA; CDDP +/- 5FU
c. Ensayos randomizados
   RTOG Morris/Eifel; GOG Rose
d. Patrones de Fallo / Supervivencia
   Positivo QTRT para LC, DFS y OS
e. Toxicidad
   QTRT aumenta toxicidad aguda; Toxicidad Crónica inalterada; Eventos tardíos G3 ó mayor: 5-10%;

6.- Fraccionamientos alterados en tumores de cabeza y cuello

Justificación
Evidencia científica
Tipos de fraccionamientos alterados usados en TCC

Pamplona, a 19 de Noviembre de 2009

PREGUNTAS 2ª PRUEBA EXAMEN ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

TIEMPO MAXIMO DE REALIZACION: 1 HORA

CASO 1:

Paciente de 59 años a quien se detecta en una analítica ocasional un PSA de 8,3 ug/ml. Como única clínica urinaria refirió, en la posterior anamnesis dirigida, micción entrecortada. Dos meses después se le realizó biopsia transrectal, con el siguiente resultado:

Lóbulo derecho con adenocarcinoma Gleason 6 (3 + 3) en el 50% del de los 3 cilindros, en el 20% de todo el material.

Lóbulo izquierdo sin tumor (3 cilindros).

A.P.: Meningitis en la infancia. Crisis parcial en 1952. Posible crisis generalizada en 2002. Tratamiento anticomicial. Extirpación de adenoma de paratiroides en el 2005.
E.F.: BEG. IK 80-90%. AP: Murmullo vesicular normal. AC: Rítmica, sin soplos, a 70 lpm. Abdomen normal. TR: Próstata lisa sin nódulos. Surco conservado.

1ª pregunta: Consideras necesaria/s alguna/s pruebas para completar el estudio.

2ª pregunta: En el supuesto de realizar estudios adicionales, si fueran oncológicamente negativos que tratamiento/s propondrías al paciente.

3ª pregunta: Si se cumple el supuesto de la pregunta 2ª, que características del tratamiento radioterápico consideras destacables.

PREGUNTAS 1ª PRUEBA EXAMEN ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

TIEMPO MAXIMO DE REALIZACION : 1H30

1.-Factores pronósticos en el carcinoma de próstata localizado.

2.- Factores pronósticos en los gliomas de alto grado.

3.- Carcinoma canal anal.

4.- Braquiterapia en los sarcomas de partes blandas

5.- Tratamiento del carcinoma de cervix localmente avanzado

6.- Fraccionamientos alterados en tumores de cabeza y cuello

Pamplona, a 19 de Noviembre de 2009

CASO 2:

Paciente mujer de 39 años que acude a Urgencias en febrero'09 refiriendo cefalea de varias semanas de evolución y desde el día anterior vómito, anosmia y cierto grado de amnesia

Antecedentes personales: Asma ocupacional, hipotiroidismo primario autoinmune
IQ: Cirugía correctiva de escoliosis con instrumentación de CV dorsal (Harrington) en la infancia

Exploración física: Normal, excepto leve desorientación.
Exploraciones realizadas:

TC craneal : Masa tabicada y quística en lóbulo frontal derecho de 6 x 6 cm que asocia edema y comprime ventrículos ipsilaterales, desplazando línea media 1,5 cm

RM craneal: Voluminosa neoplasia intra y extracraneal, ± centrada en la fosa anterior, con componente sólido (4,9 x 4,5 x 3,8 cm) cuyos dos tercios inferiores ocupan las celdillas etmoidales y la porción superior de las fosas nasales y formaciones quísticas septadas intracraneales a ambos lados de la línea media. El quiste de mayores proporciones (6,5 x 3,8 cm. en el plano axial) está situado a la derecha de la línea media y es el principal responsable de un efecto de masa de vector posterolateral izquierdo. Destrucción del piso de la fosa anterior y de las paredes sinusales afectadas con edema vasogénico en ambos lóbulos frontales. Hidrocefalia obstructiva activa de predominio supratentorial lateral izquierdo. Sinupatía inflamatoria paranasal obstructiva. Primera opción diagnóstica: NEUROBLASTOMA OLFATORIO

Evolución: la paciente es dada de alta en espera de intervención quirúrgica, reingresando a los pocos días (11-02-09) con disminución del nivel de conciencia con trastorno de ritmo respiratorio asociado por lo que ingresa en UCI tras intubación orotraqueal de urgencia. En el TC e apreció importante edema perilesional, siendo intervenida de urgencia: craniectomía frontal bilateral con resección parcial de proceso expansivo de base de cráneo anterior con afectación etmoidal y craneal
El día siguiente es reintervenida por nuevo cuadro de alteración consciencia y aumento del edema, retirando el colgajo óseo dejando craniectomía descompresiva

Diagnóstico anatomopatológico: NEUROBLASTOMA OLFATORIO (ESTESIONEUROBLASTOMA)

- Grado III de Hyams
- Grupo C de Kadish
- Ki-67 >20%

La paciente fue enviada al servicio de Oncología Radioterápica para valorar tratamiento. En la RM se apreciaba gran crecimiento de la lesión con afectación de vías ópticas. Clínicamente se apreciaban : alteraciones visuales incipientes y edema palpebral izq junto a la amnesia lacunar, apatía y cambios de comportamiento

Se considera irresecable en una sesión multidisciplinar (NeuroCir, Cir Maxilo-Facial, OM y ORT).

Cuáles son las alternativas terapéuticas en este momento? Razónelas

¿Cuál sería a su juicio la mejor secuencia de dichas alternativas?

Profundice en el tratamiento radioterápico de este paciente.