Junta de Andalucía | Consejería de Salud y Consumo

Servicio Andaluz de Salud

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO **2ª PRUEBA:** CUESTIONARIO PRÁCTICO	**ACCESO: LIBRE**

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA - PRUEBA APLAZADA

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO**.

- Compruebe que en su ‹‹**Hoja de Respuestas**›› están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- **El tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la ‹‹**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**›› y ‹‹**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**››.

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
  - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la ‹‹Hoja de Respuestas››, numeradas de la 1 a la 100.
  - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a ‹‹Reserva›› de la ‹‹Hoja de Respuestas››, numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con ¼ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
  - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la ‹‹Hoja de Respuestas››, numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con ¼ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su ‹‹Hoja de Respuestas››.
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su ‹‹Hoja de Respuestas›› es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU ‹‹HOJA DE RESPUESTAS››, LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA

SAS_FEA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA 2023 / TURNO LIBRE / PRUEBA APLAZADA

CUESTIONARIO TEÓRICO

---

1 La Constitución Española señala que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, en su artículo:

A) 50.
B) 51.
C) 52.
D) 53.

2 La Junta de Andalucía es la institución en que se organiza políticamente el autogobierno de la Comunidad Autónoma, y está integrada por el Parlamento de Andalucía, la Presidencia de la Junta y el Consejo de Gobierno. Además, el Estatuto de Autonomía de nuestra Comunidad (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo) establece que otras instituciones y órganos regulados en el mismo texto legal forman parte también de la organización de la Junta de Andalucía, y entre estos se encuentra:

A) Defensor del Pueblo Andaluz.
B) Consejo de Trasparencia.
C) Cámara de Comercio de Andalucía.
D) Consejo de Radiotelevisión Pública de Andalucía.

3 Los pinchazos accidentales constituyen un importante problema de salud laboral por su relativa alta frecuencia (son el accidente con riesgo biológico más corriente) y por las consecuencias que pueden comportar desde el punto de vista de contagio. Todas las siguientes son recomendaciones básicas que deben seguirse para evitar accidentes de este tipo, EXCEPTO:

A) Desechar las pipetas de vidrio con el borde roto.
B) No manipular residuos en el interior de los contenedores, ya que estos pueden contener en su interior agujas y material punzante o cortante.
C) No volver a encapsular las agujas ya usadas.
D) Usar guantes desechables para cualquier manipulación de material sanitario.

4 El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003), señala en su artículo 10, como principal instrumento de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), y que conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del SNS:

A) A la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
B) Al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
C) Al Ministerio de Sanidad.
D) Al Foro Marco para el Diálogo Social.

5 Referido a la obtención por primera vez de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía, todas las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:

A) Supone el registro del solicitante en la Base de Datos de personas usuarias (BDU).
B) Al solicitar la tarjeta es imprescindible que el/la ciudadano/a señale el centro de atención primaria y profesional de medicina de familia o pediatría que desea.
C) Requiere la acreditación de la residencia en Andalucía mediante certificado de empadronamiento.
D) Es necesario presentar el modelo de solicitud, cumplimentado, en un centro de atención primaria.

6 Los profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) están asegurados mediante un contrato de seguro de responsabilidad que garantiza las consecuencias económicas a las que vendría obligado a indemnizar por haber causado daños y perjuicios a un tercero en la actividad prestada para el SAS. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta cobertura es cierta?

A) Si un profesional del SAS es considerado responsable por cualquier actuación amparada por el contrato de seguro de responsabilidad, que no sea causada por una intención de producir voluntariamente un daño a un tercero, no tendrá que abonar cantidad alguna.
B) Los profesionales del SAS están siempre asegurados, ya que ante cualquier situación, tanto la responsabilidad civil profesional como la responsabilidad patrimonial está cubierta por la empresa de seguros que tenga contratada el Organismo.
C) En caso de recibir una reclamación, hay que comunicar la misma directamente al Servicio de Gerencia de Riesgos del SAS.
D) Todos los profesionales del SAS cuentan con la defensa de los letrados del Servicio Andaluz de Salud, por lo que no está previsto que el profesional elija a su propio abogado.

7 Referido a los indicadores de salud, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) Un indicador puede ser algo tan simple como un número absoluto de eventos, o un cálculo complejo, como la esperanza de vida al nacer o la tasa de fecundidad.
B) Los indicadores de salud deben ser mediciones relativas, que están compuestos por un numerador y un denominador que, por lo general, se refieren al mismo período y el mismo lugar.
C) Son mediciones absolutas: la razón, la proporción, la tasa y los llamados odds.
D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

8 La tasa de fecundidad es un buen indicador de la conducta reproductiva de la población, que además no se ve afectado por la estructura etaria. ¿Cómo se calcula?

A) Numero de nacidos vivos en un año / número de mujeres a mitad de ese año.
B) Número de embarazos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
C) Número de nacidos vivos en un año / número de mujeres entre 15 y 49 años a mitad de ese año.
D) Promedio de hijos que cada mujer dejaría al cumplir los 50 años.

9 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la desviación estándar es correcta?

A) La desviación estándar es la medida de dispersión más común, que indica cuán dispersos están los datos con respecto a la media.
B) En una muestra de valores, mientras mayor sea la desviación estándar de una variable, menor será la dispersión de los datos de dicha variable.
C) El símbolo σ (sigma) se utiliza frecuentemente para representar la desviación estándar de una muestra.
D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

10 ¿Qué prueba de las siguientes emplearía para evaluar una posible asociación o relación entre dos variables cuantitativas?

A) T de Student.
B) Chi cuadrado.
C) Regresión lineal simple.
D) ANOVA.

11 Usted está llevando a cabo un análisis de la casuística de su unidad en el último año, con los datos que le han proporcionado desde el Servicio de Información y Calidad, y quiere comprobar si la mortalidad hospitalaria está relacionada con los días de la semana. En concreto, teniendo datos de los pacientes hospitalizados y de los éxitus habidos durante el ingreso hospitalario, así como de la fecha y hora de fallecimiento en cada caso, se plantea responder a la siguiente pregunta operativa: ¿es diferente la proporción de mortalidad (razón de Nº de pacientes fallecidos/Nº de pacientes ingresados) si se comparan fines de semana (desde las 00 horas del sábado hasta las 8 horas del lunes) con resto de los días de la semana (desde las 8.01 horas del lunes a las 23.59 horas del viernes)?. Para llevar a cabo esta comparación entre las dos variables así definidas, recurrirá a ¿qué test de contraste de hipótesis?

A) Test T de Student.
B) Test Chi cuadrado.
C) Regresión lineal simple.
D) Regresión logística multivariante.

12 Plantea hacer un estudio de investigación sobre una de las patologías que con más frecuencia se atiende en las consultas generales de su unidad clínica, partiendo de la premisa de que "seguro que dispondrá de una muestra grande en la que podrá hacer múltiples análisis y comparaciones". Al final, después de un trabajo recopilatorio que le ha supuesto un gran esfuerzo a usted y a sus residentes, ha conseguido identificar a 364 pacientes que cumplirían con el diagnóstico de la patología concreta que pretenden analizar, y ahora se disponen a recoger múltiples variables demográficas, clínicas y evolutivas (en total 74 variables) en una Hoja de Recogida de Datos que ha diseñado para ello. Sobre este estudio de investigación y su diseño, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) Es un estudio que, aunque no demasiado bien planificado, tiene un diseño de cohorte retrospectiva, y se podrán hacer análisis de factores etiológicos y pronósticos de la enfermedad en cuestión.
B) Como se conoce qué pacientes de la muestra han fallecido, se hará un diseño de casos y controles para evaluar los factores relacionados con la mortalidad en esta enfermedad.
C) En principio es un diseño de tipo descriptivo, y cualquier comparación entre variables recogidas en esta serie de pacientes debe, además de minimizarse, tener sentido a la luz de los conocimientos actualizados en dicha enfermedad y someterse a la máxima prudencia a la hora de sacar conclusiones.
D) Por la cantidad de variables recogidas, seguro que habrá de recurrirse a los análisis multivariantes al hacer comparaciones estadísticas.

13 Está evaluando un brote epidémico con 60 afectados (vómitos y diarreas), y tiene datos de las 300 personas que estuvieron a riesgo, pues fue una celebración a puerta cerrada en un restaurante. De 70 personas que recuerdan haber tomado unas tartaletas con ensaladilla, 50 tienen síntomas de gastroenteritis aguda (GEA); mientras que en los restantes 230 invitados, que no tomaron dichos canapés (o no lo recuerdan bien) hay 10 con GEA. Con estos datos se pueden calcular diferentes indicadores; pero, ¿cuál de los siguientes es la odds ratio de GEA asociada al consumo de tartaletas de ensaladilla?

A) OR = (50 x 220) / (10 x 20) = 55.
B) OR = 50 / 10 = 5.
C) OR = (50 / 70) / (10 / 230) = 16.4.
D) Ninguno de los anteriores.

14 En la metodología de diseño de los PAIs (Procesos Asistenciales Integrados), ¿qué es cierto referido al "limite final"?

A) La salida del proceso puede producirse en cualquiera de los niveles asistenciales.
B) En los procesos crónicos, el límite final es siempre el fallecimiento del paciente.
C) En los procesos agudos, suele ser difícil establecer con precisión el límite final.
D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

15 La precisión de las pruebas diagnósticas se define en relación con un "método ideal" (o gold estándar) aceptado, que define el presunto estado real del paciente, y la exactitud de la nueva prueba para distinguir entre la enfermedad y la salud se determina en relación con los resultados del estándar de referencia y se resume en cuatro estimaciones. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre estas estimaciones, es INCORRECTA?

A) La sensibilidad -o tasa de resultados positivos verdaderos de una nueva prueba- es la proporción de pacientes con la enfermedad (definida por el gold estándar) que tienen un resultado positivo en la nueva prueba.
B) La proporción de pacientes con enfermedad que tienen una prueba negativa, es la tasa de resultados negativos falsos, que se calcula como (1 - especificidad).
C) Entre los pacientes sin enfermedad, la proporción de casos con pruebas negativas corresponde a la especificidad, o tasa de resultados negativos verdaderos.
D) La especificidad, o tasa de negativos verdaderos, refleja qué tan bien la prueba nueva identifica en forma correcta a los pacientes sin la enfermedad.

16 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el “sesgo de tiempo inmortal” en estudios observacionales es cierta?

A) Puede surgir al comparar poblaciones de edades muy diferentes.
B) Se refiere a un periodo de seguimiento de una cohorte o un periodo de observación, durante el cual el evento no puede ocurrir.
C) Se obvia definiendo el mismo “tiempo cero” (comienzo de seguimiento) para las cohortes a comparar.
D) Suele conducir a una infraestimación del efecto de una intervención.

17 En referencia a los condrosarcomas, ¿cuál de estas premisas es FALSA?

A) El tratamiento de elección es la cirugía de entrada.
B) Se consideran factores adversos: márgenes positivos, alto grado tumoral y edad avanzada.
C) La quimioterapia neoadyuvante mejora las tasas de cirugía R0.
D) La radioterapia adyuvante a dosis de 65-70 Gy mejora las tasas de control local.

18 ¿Qué tipo de información proporciona la tomografía por emisión de positrones en comparación con la tomografía computarizada y la resonancia magnética, en el contexto del cáncer?

A) Proporciona únicamente información anatómica de las estructuras internas corporales.
B) Sólo evalúa el flujo sanguíneo y la perfusión en los tejidos.
C) Combina información anatómica y funcional, mostrando áreas con mayor actividad metabólica.
D) Sólo es útil para la visualización de tejidos blandos.

19 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta, acerca de la epigenética?

A) Se distingue de la epigenómica por el tipo de modificaciones en el material genético.
B) Es un campo de estudio centrado en los cambios del ADN que no implican alteraciones de la secuencia.
C) Se refiere a los procesos de reparación del ADN.
D) Las modificaciones epigenéticas no se transmiten a las células hijas desde las progenitoras.

20 ¿Qué representa la inestabilidad de microsatélites (IMS) en relación con el ADN?

A) Daños en el ADN por envejecimiento celular.
B) Exposición a radiaciones ionizantes.
C) Deficiencia de reparación del ADN.
D) Deficiencia de proteínas estructurales en la célula.

21 En relación a la prevención y diagnóstico precoz del cáncer es cierto todo lo que se enumera, SALVO:

A) Dentro de los objetivos de la prevención secundaria están disminuir la prevalencia del cáncer y mejorar el pronóstico de la enfermedad.
B) El principal objetivo de la prevención primaria en la educación sanitaria es la sensibilización de la población.
C) Como técnica de prevención secundaria se encuentran los estudios de detección selectiva en la población como el cribado poblacional.
D) La prevención primaria consiste en reducir la exposición a los factores relacionados con la aparición del cáncer.

22 En el cribado poblacional, es cierto que:

A) Para que una enfermedad pueda considerarse objeto de cribado debe cumplir como requisito que exista un tratamiento eficaz en relación a la enfermedad.
B) La autoexploración mamaria en la detección del cáncer de mama ha sido propuesta como prueba de cribado por las evidencias de reducir la mortalidad.
C) La mamografía como prevención secundaria se recomienda en mujeres mayores de 70 años por su efecto protector.
D) El test de sangre oculta en heces reduce la mortalidad por cáncer colorectal en un 65% en el riesgo relativo de muerte anual y en un 10% en la muerte total por cáncer de colon.

23 En relación al Test del DNA del virus del papiloma humano (HPV), NO es cierto que:

A) En Europa se recomienda que en las mujeres asintomáticas se realice a partir de los 25 años.
B) Es más sensible y menos específico que la citología en mujeres jóvenes.
C) La incorporación de la vacuna frente al HPV como prevención primaria del cáncer de cérvix ha desplazado al cribado citológico.
D) Tras 2 citologías negativas se recomienda la realización del test cada 3 años en mujeres entre 25-39 años.

24 ¿Cuál de los siguientes tumores está más frecuentemente asociado con el síndrome de Cushing, como síndrome paraneoplásico?

A) Cáncer de mama.
B) Cáncer de pulmón de células pequeñas.
C) Cáncer colorrectal.
D) Melanoma.

25 De las siguientes afirmaciones, NO es cierto que:

A) Los timomas presentan síndromes paraneoplásicos asintomáticos en el 45% de los pacientes.
B) Los carcinoides tímicos pueden estar asociados con el síndrome de Cushing y Eaton-Lambert.
C) El patrón predominante de diseminación de los timomas es por invasión directa en órganos adyacentes.
D) Los timomas pueden metastizar raramente en áreas extrapulmonares.

26 En relación a los tumores de origen desconocido podemos afirmar todo lo sigueinte, SALVO:

A) Suponen el 5-10% de todos los tumores, siendo más frecuente en el varón que en la mujer.
B) Tienen una mortalidad en torno al 90%, con una mediana de supervivencia cercana a los 4 meses, aunque varía entre los distintos grupos de pacientes.
C) Suelen dar metástasis típicas en relación a la historia natural habitual de un primario de la misma localización.
D) Parece que la supervivencia no es mejor en los pacientes en los que se logra identificar el tumor primario.

27 Las siguientes afirmaciones del tratamiento del cáncer de mama en gestantes son ciertas, SALVO:

A) Los cánceres de mama durante el embarazo tienen características biológicas diferentes a cánceres de mama fuera del embarazo pero no tiene impacto importante en el manejo de la paciente.
B) El pronóstico del cáncer de mama diagnosticado durante el embarazo es similar al de las pacientes no gestantes con el mismo estadio y subtipo de enfermedad proporcionando un tratamiento adecuado.
C) Las pruebas prenatales no invasivas son tan fiables en pacientes con cáncer de mama embarazadas que en pacientes con cáncer de mama no embarazadas.
D) La administración del tratamiento radioterápico en pacientes gestantes no está contraindicado per se.

28 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación al síndrome de compresión medular de etiología maligna?

A) La radioterapia será el tratamiento de primera elección, siempre que no exista necesidad de obtener un diagnóstico histológico.
B) La cirugía proporciona un alivio sintomático más rápido que la radioterapia.
C) Los corticoides no están indicados.
D) Todas las anteriores son ciertas.

29 En relación al esquema de tratamiento de las metástasis óseas, NO es correcto que:

A) El esquema de una sola fracción y el de fracción múltiple, para el tratamiento de metástasis óseas no complicadas, son equivalentes.
B) Para el dolor neuropático, una sola fracción es tan efectiva como la fracción múltiple.
C) Las tasas de retratamiento con una sola fracción parecen ser más altas en un 20% en comparación con el 8% después de fracción múltiple.
D) No se observa ningún beneficio adicional con dosis totales más altas de radioterapia, independientemente del tipo de tumor, la supervivencia esperada o el sitio de metástasis.

30 Hay pocas condiciones en el manejo de enfermedades oncológicas con radioterapia que sean verdaderas emergencias, pero hay situaciones que requieren un manejo urgente por el oncólogo radioterápico, entre las que se encuentran todas las enumeradas, SALVO:

A) Compresión medular cervical con una evolución clínica de < 72h.
B) Metástasis cerebrales múltiples de primario pulmonar.
C) Compresión del canal radicular con masa de partes blandas.
D) Síndrome de vena cava superior previa colocación de stent endovascular.

31 ¿Cuál de los siguientes enunciados es cierto en la compresión de la médula espinal y la cola de caballo?

A) La mayoría de los casos tienen una aparición repentina de alteración neurológica.
B) La hemiplejía es el déficit motor más común.
C) La recuperación está relacionada con la velocidad de inicio del tratamiento.
D) Normalmente el dolor de espalda está ausente.

32 En la compresión medular, NO es cierto que:

A) Más del 95% de las compresiones medulares son secundarias a la afectación de la columna vertebral anterior a la médula espinal.
B) Ocasionalmente están provocadas por invasión del espacio epidural.
C) La dosis de radioterapia no depende de la situación clínica al diagnóstico.
D) Son menos frecuentemente ocasionadas por tumores posteriores a la médula espinal y, ocasionalmente por la invasión del espacio epidural.

33 Es cierto en relación a la compresión medular espinal, todas las afirmaciones que siguen, SALVO:

A) Se desconoce la dosis óptima y el régimen de fraccionamiento para la compresión epidural metastásica de la médula espinal.
B) Esquemas de 16 Gy en 2 fracciones y 8 Gy en 1 fracción son razonables para el tratamiento primario de la compresión epidural metastásica de la médula espinal.
C) Esquemas de fraccionamiento 30 Gy en 10 fracciones es el esquema preferido para pacientes con compresión medular espinal e Índice de Karnofsky performance score (KPS) de 50.
D) Se emplean esquemas de fraccionamiento de 30 Gy en 10 fracciones, o 20 Gy en 5 fracciones, por la razón de que estas dosis son lo suficientemente altas como para proporcionar una buena respuesta inicial y duradera.

34 ¿Qué beneficio potencial tiene la radioterapia preoperatoria frente a la postoperatoria?

A) Requiere, en general, dosis menores.
B) Menor riesgo de sangrado intraoperatorio.
C) Menos efectos secundarios en órganos sanos.
D) Ninguna de las anteriores es correcta.

35 El dolor óseo es la principal manifestación clínica de las metástasis óseas, siendo FALSO en su tratamiento que:

A) Los AINE y los corticoides parecen tener un importante papel como adyuvantes.
B) La utilización de los agentes modificadores del metabolismo óseo debe iniciarse desde el momento del diagnóstico de las metástasis óseas.
C) El bifosfonato de elección es el ácido Zoledrónico, cuya complicación principal es la nefrotoxicidad.
D) El Denosumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe RANKL, siendo de elección al ser coste-efectivo.

36 En el diagnóstico del dolor neuropático oncológico es fundamental la búsqueda de síntomas y signos que evidencien la lesión del sistema somatosensorial, siendo uno de los síntomas negativos:

A) Disestesias.
B) Hipoestesia.
C) Dolor evocado.
D) Dolor espontáneo.

37 En relación al grado de consenso sobre la esencialidad de las distintas partes de la definición de Dolor Irruptivo Oncológico (DIO) NO se incluye:

A) La exacerbación transitoria del dolor ocurre de manera espontánea o es desencadenada por una actividad física.
B) Los episodios deben ser de duración ≤ 60 minutos.
C) Son exacerbaciones del dolor durante la titulación del dolor basal.
D) La intensidad del dolor debe ser EVA ≥ 7.

38 De las siguientes afirmaciones en relación al uso de opioides, NO es cierto que:

A) Los opioides orales de liberación normal o rápida (SAO, *short acting opioids*) no encajan con las características farmacocinéticas del dolor irruptivo oncológico (DIO).
B) Los opioides de liberación inmediata (ROO, *rapid onset opioid*), tienen un inicio de acción entre 3-15 min y un efecto de 1-2 horas de duración.
C) Los opioides orales de liberación normal o rápida (SAO, *short acting opioids*) se les reconoce utilidad en aquellos episodios de dolor irruptivo incidental (DIO) de larga duración y de tipo incidental o procedimental.
D) Los opioides de liberación inmediata (ROO, *rapid onset opioid*), no requieren una titulación ni monitorización estrecha.

39 En relación al tratamiento del dolor oncológico, es cierto que:

A) La utilidad del Paracetamol, los AINE y el Metamizol como primer escalón del tratamiento del dolor oncológico está bien establecida.
B) Las asociaciones de AINE para mejorar el control del dolor oncológico están justificadas por su sinergismo analgésico.
C) Existe un opioide de primera elección que es la Morfina.
D) La rotación de opioides en la práctica clínica se justifica al alcanzar equilibrio satisfactorio entre el alivio del dolor y los efectos adversos.

40 En el tratamiento del dolor oncológico neuropático, son ciertas las siguientes afirmaciones, SALVO:

A) Los opioides son de primera elección en el dolor neuropático producido por crecimiento tumoral.
B) Los fármacos coadyuvantes son de primera elección en el tratamiento del dolor neuropático producido por el tratamiento del cáncer.
C) Asociar antidepresivo tricíclico (ADT) o anticonvulsivantes a los opioides ayuda a disminuir la dosis de éstos.
D) La Ketamina suele ser prescrita de elección cuando el dolor se vuelve resistente a los opioides.

41 Los problemas psicológicos son unos de los principales factores que agravan la percepción del dolor en el paciente oncológico, por lo que es necesario:

A) En casos de dolor leve o moderado, una aproximación cognitiva-conductual, junto a un tratamiento analgésico adecuado.
B) Tratar el malestar psicológico en pacientes con cáncer y con dolor, aunque son una causa poco frecuente en el mal control del dolor.
C) Abordar los problemas familiares, bajo apoyo social y problemas económicos.
D) Registrar el motivo del retraso en el diagnóstico o pruebas médicas realizadas y fallos en los tratamientos previos para el control del dolor.

42 Respecto a los síntomas que presentan los pacientes en la fase final de la vida, es cierto que:

A) El dolor es muy prevalente en los pacientes con cáncer, pero no lo es en pacientes con insuficiencia cardíaca.
B) La astenia es un síntoma de poca importancia.
C) La evaluación de los síntomas tiene que realizarse de una forma global y teniendo en cuenta las repercusiones en la persona.
D) La mejor forma de valorar la presencia de síntomas es esperar a que el paciente los relate de manera espontánea.

43 Ante el término Eficacia Biológica Relativa (RBE), señale lo correcto:

A) Compara y contrasta dos haces de diferente LET.
B) La RBE aumenta indefinidamente con el aumento de la LET.
C) No depende de la dosis administrada.
D) Es la dosis requerida para alcanzar un efecto radiobiológico.

44 ¿Cuál de las siguientes es una unidad de medida de la dosis equivalente, que tiene en cuenta el tipo de radiación y su efecto biológico?

A) Sievert
B) Becquerel.
C) Gray.
D) Tesla.

45 Entre las características de los protones se incluye:

A) Ser partículas cargadas ligeras.
B) Aumentar la dosis integral recibida en los tratamientos.
C) Poseer una eficacia radiobiológica semejante a la de los fotones.
D) Su pico de Bragg permite aumentar la dosis de salida del haz.

46 En la planificación de un tratamiento radioterápico es preciso corregir las inhomogeneidades, NO siendo cierto que:

A) Usando TAC de planificación en 3D, se realiza una corrección píxel por píxel para todas las densidades de tejido mediante la conversión de los números de TAC en densidades de electrones relativas utilizando curvas de calibración.
B) La densidad relativa de electrones del pulmón en comparación con el agua, está en el rango de 0,2 a 0,3 y estos valores se utilizan para corregir la falta de homogeneidad.
C) Cuando se utiliza la planificación convencional 2D, la corrección sólo es válida en la porción periférica planificada del volumen de target.
D) En una planificación compleja se aplican algoritmos de cálculo de dosis homogéneas convencionales, algoritmos de convolución/superposición y algoritmos rápidos de Monte Carlo.

47 En relación a las curvas de supervivencia celular, la relación α/β y su influencia en los efectos agudos y tardíos en los tejidos, es FALSO que:

A) Los tejidos de respuesta tardía no están influenciados por los cambios en el tamaño de la fracción.
B) Cuando la relación α/β es alta indica una menor sensibilidad al tamaño de la fracción.
C) Cuando la relación α/β es baja indica una mayor sensibilidad a los cambios en el tamaño de la fracción.
D) Los tejidos de respuesta tardía no experimentan repoblación durante el curso de la radioterapia y, por lo tanto, relativamente no se ven afectados por el tiempo total de tratamiento.

48 Sobre el modelo lineal cuadrático (modelo LQ) en radioterapia, es cierto que:

A) Los tejidos de respuesta aguda suelen tener valores bajos de α/β (alrededor de 3 Gy).
B) Reconoce que las células de diferentes tejidos difieren en la forma de su curva de supervivencia y responden de manera diferente a los cambios en el tamaño de la fracción.
C) Se basa en que la gravedad del daño tisular es directamente proporcional a la supervivencia de las células madre.
D) Los tejidos de respuesta tardía suelen tener valores más altos de α/β (alrededor de 10 Gy).

49 Durante el proceso de radioterapia se producen variaciones en el Set-Up, de las siguientes afirmaciones, es FALSO que:

A) Los errores sistemáticos pueden resultar de una transferencia incorrecta de datos desde la planificación hasta la administración de la dosis o de la colocación inexacta de dispositivos.
B) La precisión del set-up se puede mejorar con una mejor inmovilización, atención a la capacitación del personal y/o marcadores fiduciarios opacos implantados.
C) Los errores aleatorios en el set-up pueden depender del operador o ser el resultado de cambios en la anatomía del paciente.
D) Los errores sistemáticos y aleatorios son iguales en los servicios de oncología radioterápica para cada técnica de tratamiento avanzada como la SBRT.

50 De las evidencias para los tratamientos SBRT-SABR de metástasis hepáticas, es cierto lo que se relata a continuación, SALVO que:

A) La supervivencia general es difícil de determinar, particularmente debido a la heterogeneidad de los estudios y el espectro de histología tratada.
B) Los tumores de 3 cm de diámetro están asociados con una mejor supervivencia general.
C) Dentro de los criterios de inclusión es pertenecer a la Clase C Child-Pugh Liver Score.
D) La mediana de supervivencia general es de 10 a 34 meses, y la supervivencia a 2 años oscila entre el 30-83%.

51 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre Braquiterapia en cáncer de cérvix es correcta?

A) Estudios prospectivos no han demostrado mejor control local con dosimetría 3D e imagen guiada, frente a dosimetría 2D convencional.
B) Según los estudios retrospectivos disponibles, la sobreimpresión con SBRT no es inferior a la sobreimpresión con braquiterapia en términos de supervivencia global.
C) Diferentes estudios retrospectivos han mostrado mejor control local y supervivencia global con radioterapia externa y sobreimpresión con braquiterapia, frente a radioterapia externa exclusiva.
D) Según la revisión de la literatura realizada por la ABS (American Brachytherapy Society), las pacientes con especificación de dosis basada en imágenes 3D mostraron supervivencia libre de enfermedad similares a las basadas en el punto A tradicional.

52 Teniendo en cuenta los actuales conocimientos radiobiológicos acerca de los valores alfa/beta de diferentes tumores, ¿cuál de los siguientes obtendría con mayor probabilidad un beneficio clínico con el hipofraccionamiento?

A) Próstata.
B) Cabeza y cuello.
C) Mama.
D) Vejiga urinaria.

53 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones explica mejor las potenciales ventajas del hipofraccionamiento frente al fraccionamiento convencional?

A) Administra una dosis biológicamente equivalente más alta.
B) Es útil cuando las células tumorales tienen una relación alfa/beta igual o menor que los órganos en riesgo circundantes.
C) Provoca menos daño a los tejidos normales de reacción tardía.
D) Todas las anteriores son ciertas.

54 En relación a la recurrencia del glioblastoma multiforme, NO es cierto que:

A) Podría plantearse una segunda resección tumoral con quimioterapia adyuvante basadas en nitrosoureas o Temozolamida.
B) El Bevacizumab puede controlar los síntomas del edema vasogénico.
C) Existen ensayos en pacientes sometidos a reirradiación combinado con Bevacizumab con supervivencia libre de progresión a 6 meses del 54% vs Bevacizumab sólo del 29%.
D) La recurrencia del glioblastoma es inevitable, con una mediana de supervivencia libre de progresión de aproximadamente 15 meses.

55 En el tratamiento de los ependimomas malignos es cierto lo que se afirma a continuación, SALVO que:

A) La cirugía es un tratamiento de primera línea para los ependimomas intracraneales y la resección total macroscópica se asocia con una mejora de la supervivencia.
B) Se recomienda radioterapia postoperatoria para los tumores grado 3 de la OMS.
C) Los ependimomas intracraneales en adultos con diseminación espinal o de líquido cefalorraquídeo deben tratarse con irradiación craneoespinal.
D) Los estudios de cohortes en pacientes pediátricos y adultos con ependimoma han demostrado un beneficio de supervivencia con el uso de quimioterapia (SIOP Ependymoma II).

56 El agente antiangiogénico Bevacizumab se usa en el tratamiento del glioblastoma multiforme (GBM) recurrente. ¿Cuál es el beneficio de la combinación radioterapia-Bevacizumab en comparación con el Bevacizumab sólo?

A) Mejora la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global.
B) Mejora la supervivencia libre de progresión pero no la supervivencia global.
C) No hay diferencias en la supervivencia libre de progresión ni en la supervivencia global.
D) No hay estudios concluyentes.

57 ¿Cuál es el estándar de tratamiento para pacientes ancianos con diagnóstico de novo de Glioblastoma Multiforme?

A) Temozolamida sola.
B) Radioterapia hipofraccionada con Temozolamida concomitante.
C) Curso corto de radioterapia (*short-course*).
D) Radioterapia hipofracionada con Temozolamida concomitante, seguido de 6 ciclos de Temozolamida adyuvante.

58 Le remiten un paciente varón de 30 años con el diagnóstico de meduloblastoma de fosa posterior. La resonancia magnética (RM) de columna vertebral y el resto de las pruebas complementarias son normales. ¿Cuál sería su actitud tras la valoración?

A) Iniciaría tratamiento con radioterapia seguida de quimioterapia adyuvante.
B) Realizaría irradiación de la fosa posterior solamente.
C) Realizaría quimioterapia con platinos.
D) Tras la cirugía no tendría que hacer nada más.

59 La resonancia magnética (RM) cerebral es la modalidad de imagen preferida cuando se sospecha un tumor cerebral, siendo FALSO que:

A) Los linfomas primarios del SNC son de distribución heterogénea y sin presentar restricción de la difusión en imágenes de resonancia magnética.
B) Los gliomas de bajo grado son hipointensos en las imágenes en T1 e hiperintensos en T2/FLAIR de la resonancia magnética.
C) Los meningiomas suelen mostrar un aumento de contraste homogéneo y un engrosamiento dural adyacente en la resonancia magnética.
D) Los glioblastomas suelen mostrar captación del contraste en las secuencias en T1 y hiperintensas en T2/FLAIR, con necrosis central y signos de efecto masa.

60 En pacientes diagnosticados de astrocitoma, IDH mutado, sin codelección, grado 2, la opción terapéutica MENOS adecuada sería:

A) Radioterapia seguida de Temozolamida, a dosis de 54Gy/30 sesiones, al extrapolar los resultados obtenidos en astrocitomas grado 3 ante la falta de datos de la literatura en esta población.
B) Radioterapia seguida de Procarbacina, Lomustina y Vincristina, a dosis de 54Gy/30sesiones.
C) Podría considerarse observación en pacientes jóvenes con factores pronósticos favorables.
D) Radioterapia seguida de Temozolamida adyuvante, a dosis de 60Gy/30 sesiones.

61 En relación al tratamiento de los meningiomas malignos del SNC, es FALSO que:

A) La resección total es un factor pronóstico positivo independiente para la supervivencia global y libre de progresión.
B) Los meningiomas que son grandes, de rápida expansión, sintomáticos, asociados con edema o que parecen estar infiltrando el parénquima, deben ser resecados.
C) Un alto porcentaje de meningiomas atípicos o malignos pueden tener una mayor expresión de PD-L1 con excelentes respuestas a la inmunoterapia.
D) Los meningiomas que son pequeños (< 3 cm), asintomáticos y carecen de edema peritumoral se pueden controlar con seguimiento radiológico (RM).

62 En relación a las guías publicadas del rango de dosis de tolerancia de radioterapia normofraccionada en los tratamientos de tumores del SNC, son todas ciertas SALVO que:

A) Cristalino, dosis de tolerancia hasta 10Gy.
B) Retina, dosis de tolerancia hasta 45Gy.
C) Hipotálamo, dosis de tolerancia hasta 50Gy.
D) Quiasma, dosis de tolerancia hasta 50-54Gy.

63 En relación a las mutaciones de los tumores del SNC, es FALSO que:

A) Las mutaciones en IDH1 e IDH2 (enzima deshidrogenasa de isocitrato) confieren un buen pronóstico.
B) La metilación del MGMT (metiltransferasa O6-metilguanina-ADN) confiere medianas de supervivencia de 21,7 meses frente a 15,3 meses para la quimioterapia frente a la radioterapia sola respectivamente.
C) La hipermetilación de MGMT (metiltransferasa O6-metilguanina-ADN) es predictiva de la respuesta al esquema Stupp estándar para los pacientes no hipermetilados.
D) Las mutaciones en IDH1 e IDH2 (enzima deshidrogenasa de isocitrato) se pueden encontrar tanto en oligodendrogliomas como en astrocitomas, lo que indica un cambio genómico temprano.

64 De los datos obtenidos de los estudios aleatorizados en relación a la reirradiación de tumores cerebrales, NO es cierto que:

A) Se han empleado esquemas de dosis que oscilan entre 20Gy en 5 fracciones, 32Gy en 4 fracciones y 35Gy en 10 fracciones.
B) Es seguro utilizar el esquema de reirradiación conjuntamente con Bevacizumab.
C) Se objetivan medianas de supervivencias libres de progresión en brazo control desde 3,8 meses vs 7,1 meses en el brazo experimental (reirradiación).
D) El grupo de reirradiación alcanza supervivencias globales en comparación con el grupo Bevacizumab estadísticamente significativas 7,2 meses frente 4,8 meses respectivamente.

65 De las siguientes afirmaciones en relación a los tumores oculares, es FALSO que:

A) El 95% de los melanomas uveales surgen en el iris.
B) Las metástasis coroideas son la neoplasia maligna intraocular más común en adultos asociados al cáncer de mama, cáncer de pulmón y el cáncer gastrointestinal.
C) El linfoma intraocular primario puede presentarse con células linfoides malignas que involucran la retina o el vítreo, con o sin la afectación simultánea del sistema nervioso central.
D) El glioma de la vía óptica ocurre con mayor frecuencia en niños representando el 4% de los tumores orbitales y del 1-5% de los gliomas intracraneales.

66 En el estudio MA-20 se aleatoriza a pacientes de alto riesgo sin afectación ganglionar y afectación de 1-3 ganglios, siendo INCORRECTA una de las afirmaciones siguientes:

A) La irradiación de las áreas ganglionares aumentan la supervivencia libre de enfermedad y el control locorregional.
B) Se objetiva una disminución de la afectación metastásica a distancia.
C) No se objetiva una tendencia en la mejora en la supervivencia global al irradiar las áreas ganglionares.
D) Concluye con la propuesta de irradiación ganglionar en caso de 1 a 3 ganglios afectos.

67 De los siguientes enunciados, es FALSO respecto al cáncer de mama que:

A) La ecografía mamaria define las características de las lesiones sospechosas en las pacientes jóvenes.
B) La punción por aguja fina (PAFF) permite diferenciar entre carcinoma in situ del carcinoma infiltrante.
C) La punción por aguja gruesa (BAG) es la técnica considerada estándar para el diagnóstico.
D) La ecografía mamaria complementa a la resonancia magnética y a la tomosíntesis digital de la mama.

68 En el carcinoma ductal in situ (CDIS) de mama es cierto que:

A) La radioterapia tras cirugía conservadora reduce del riesgo de recurrencia local y aumenta la supervivencia global.
B) Se recomienda boost en lecho tumoral en pacientes con tumores de bajo grado histológico.
C) Puede omitirse el boost en el lecho tumoral en pacientes entre 51 a 70 años y tumores de alto grado.
D) En el ensayo clínico de la EORTC 22881 el empleo del boost disminuye el riesgo de recidiva un 13,5%.

69 En relación a la estadificación ganglionar en el cáncer de mama, es FALSO que:

A) La estadificación ganglionar inicial está indicada en aquellos casos de carcinoma de mama en los que la información obtenida pueda cambiar la actitud terapéutica.
B) La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) se usa para poder focalizar la ultra-estadificación de las muestras y aumentar la detección de metástasis.
C) La sospecha morfológica de metástasis ganglionar según los criterios de Bedi tipo 5 indica la sospecha de un ganglio con sustitución completa del hilio graso.
D) En la clasificación de Amonkar el UN4 indica un ganglio sospechoso al presentar engrosamiento cortical focal mayor de 3 mm.

70 En relación al valor clínico de las metástasis ganglionares en el cáncer de mama, es FALSO que:

A) Las micrometástasis (pN1mic) tienen valor pronóstico independiente en las pacientes con BSGC negativo.
B) En casos sin evidencia de afectación ganglionar clínico-ecográfica (cN0) y de bajo riesgo no debe omitirse la BSGC.
C) Las macrometástasis (pN1) son factor de mal pronóstico pero existen dudas sobre el impacto pronóstico de 2 ganglios macrometastásicos solamente.
D) Se ha sugerido la omisión de linfadenectomía axilar tras tratamiento sistémico primario (TSP) con tumor residual en 1-2 ganglios axilares metastásicos en pacientes con carga tumoral total limitada.

71 En relación a las indicaciones de radioterapia en cáncer de mama, NO es cierto que:

A) Tras la cirugía primaria y en caso de 2 ganglios positivos con OSNA < 15.000 copias, puede valorarse la irradiación exclusiva de los niveles III-IV.
B) Tras la cirugía primaria pT3 pN1 podría valorarse irradiación de la mamaria interna ipsilateral en los tumores de cuadrantes internos y factores de alto riesgo.
C) Tras la cirugía primaria pN2-3 deberemos considerar la inclusión de la cadena mamaria interna ipsilateral.
D) Tras la cirugía primaria pT1-T2 pN0 podría valorarse la irradiación ganglionar en caso de factores de alto riesgo.

72 En relación a la irradiación parcial de la mama (IPM), NO es cierto que:

A) Los estudios RAPID y UK IMPORT LOW comparan la IPM con radioterapia externa 3D-conformada con relación a la irradiación del volumen mamario con o sin sobreimpresión en el lecho tumoral.
B) En el estudio RAPID, se describe un mayor número de casos de toxicidad aguda.
C) En el estudio UK IMPORT LOW, la toxicidad aguda y crónica fue similar a la que aparece en los casos de irradiación de todo el volumen mamario.
D) El estudio FLORENCE compara la IPM con radioterapia externa-IMRT y obtiene mayor control local en relación a irradiación del volumen mamario con menor toxicidad cutánea aguda y crónica.

73 En relación a los factores de riesgo del cáncer de mama, es FALSO que se asocie a:

A) Antecedentes personales de carcinoma lobulillar o ductal in situ.
B) Antecedentes familiares de cáncer de mama y número de familiares de primer grado con cáncer de mama.
C) Menarquía precoz y lactancia materna prolongada.
D) Antecedentes personales de hiperplasia ductal atípica.

74 En relación a la mastectomía bilateral de reducción del riesgo de cáncer de mama, es FALSO que:

A) Tiene un papel en pacientes seleccionadas tras asesoramiento genético.
B) Es una estrategia eficaz de reducción del riesgo para las mujeres con una mutación de la línea germinal en el gen BRCA1 o BRCA2.
C) La mastectomía profiláctica contralateral en pacientes con cáncer de mama alcanza beneficios en supervivencia para las mujeres con una mutación de la línea germinal en el gen BRCA1 o BRCA2.
D) Debe implicar la extirpación de todo el tejido mamario sin requerir la evaluación axilar a menos que se identifique una enfermedad invasiva en la muestra de mastectomía.

75 En relación a las siguientes afirmaciones en cáncer de mama, NO es correcto que:

A) Los beneficios en supervivencia en cáncer de mama asociados a la radioterapia depende del riesgo de enfermedad locorregional persistente después de la cirugía.
B) La radioterapia puede reducir el riesgo de recurrencia en todos los entornos clínicos entre un 65% a un 75%.
C) La indicación estándar de radioterapia adyuvante es para todas las pacientes tratadas con cirugía conservadora de mama incluyendo pacientes mayores de 75 años, estadio I con subtipo luminal A.
D) En pacientes con ganglios negativos tras mastectomía se indica radioterapia adyuvante cuando tienen un margen positivo.

76 La radioterapia es una parte integral del tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama, siendo FALSO el siguiente enunciado:

A) El ensayo aleatorizado de Fisher indicaba que las pacientes intervenidas con cirugía conservadora más radioterapia postoperatoria en estadios I-II con márgenes negativos era el tratamiento más indicado para este tipo de pacientes.
B) La tumorectomía es equivalente a la mastectomía, en términos de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global, y la adición de radioterapia postoperatoria, mejora aún más el control local como la supervivencia.
C) El metaanálisis del Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG) demuestra que la adición de radioterapia a la cirugía conservadora de la mama reduce la recidiva tumoral ipsilateral absoluta en más de un 19%.
D) El ensayo clínico NSABP B21 examinaba la eficacia del Tamoxifeno y la radioterapia postoperatoria y, al añadir la radioterapia postoperatoria al Tamoxifeno, se reduce la tasa de recurrencias ipsilaterales al 10%.

77 El ensayo clínico PRIME II pretende determinar si la radioterapia adyuvante después de la cirugía conservadora de la mama y el Tamoxifeno, resulta beneficiosa en pacientes ≥ 65 años, con cáncer de mama en estadio inicial, siendo FALSO que:

A) Los grupos estaban bien balanceados aleatorizadamente a Tamoxifeno más radioterapia frente a Tamoxifeno sólo.
B) Las tasas de recurrencia ipsilateral fueron del 1,3% para el brazo radioterapia-Tamoxifeno y del 4,1% para el brazo Tamoxifeno sólo.
C) En este estudio se hace un análisis pormenorizado de los factores inmunohistoquímicos como estatus HER2, valor Ki67%, grado de componente CDIS o subtipo ductal o lubilillar.
D) La conclusión del estudio es que una opción es omitir la radioterapia postoperatoria en pacientes con cáncer de mama, estadios tempranos, grado 1-2, con receptores hormonales positivos, en ≥ 65 años.

78 De los datos obtenidos de los estudios aleatorizados en relación a la reirradiación del cáncer de mama, NO es cierto que:

A) Se han empleado distintos esquemas de dosis que oscilan entre 32Gy/8 fracciones (2 fracciones por semana) y 46Gy/23 fracciones (5 fracciones por semana) asociadas a hipertermia local.
B) No es seguro utilizar el esquema de reirradiación conjuntamente con Cisplatino semanal 40mg/m^2 durante 4 ciclos.
C) Se objetivan respuestas completas alrededor del 60%.
D) Aproximadamente la mitad de los pacientes ya habían sido tratados sin éxito para la recaída actual con cirugía, quimioterapia, terapia hormonal o Trastuzumab.

79 En el tratamiento del cáncer de mama estadio precoz, es FALSO que:

A) El abordaje busca el mínimo tratamiento eficaz, tanto local como sistémico.
B) El tratamiento se inicia con cirugía conservadora intentando evitar la mastectomía.
C) En las pacientes de alto riesgo se inicia tratamiento con antraciclinas y Taxol semanal.
D) En el subtipo Her 2 amplificado se inicia tratamiento con Trastuzumab y antraciclinas.

80 En relación a las indicaciones de radioterapia en cáncer de mama, tras tratamiento sistémico primario (TSP), es cierto que:

A) Si los ganglios previos eran negativos y tras TSP ypN0 (i+), ypN1mic e ypN1, no existe indicación de irradiación ganglionar.
B) Si los ganglios previos eran negativos y tras TSP ypN0, en paciente premenopáusica con receptores hormonales negativos, no existe indicación de irradiación ganglionar.
C) Si los ganglios previos eran positivos y tras TSP ypN2-3 existe indicación de irradiación ganglionar sin irradiación de la cadena mamaria interna.
D) Si los ganglios previos eran positivos y tras TSP ypN0 (i+), ypN1mic, existe indicación de irradiación ganglionar.

81 ¿Cuál de los siguientes enunciados es FALSO en el tratamiento multimodal del cáncer de mama?

A) En cáncer de mama precoz, se debe realizar cirugía conservadora si es posible, con biopsia selectiva del ganglio centinela, que de ser positiva sería susceptible de tratamiento sistémico con quimioterapia.
B) En cáncer de mama precoz, se debe realizar cirugía conservadora si es posible, con biopsia selectiva del ganglio centinela, que de ser negativa sería susceptible de tratamiento local con radioterapia.
C) En cáncer de mama precoz, cuando no es posible la cirugía conservadora, con biopsia selectiva del ganglio centinela, sería susceptible de tratamiento sistémico primario con quimioterapia.
D) En cáncer de mama precoz, cuando no es posible la cirugía conservadora, con biopsia selectiva del ganglio centinela, sería susceptible de tratamiento sistémico primario con quimioterapia seguida de radioterapia.

82 ¿Cuál de los siguientes enunciados es FALSO en el tratamiento del cáncer de mama?

A) Se prefiere la terapia basada en antraciclinas y taxanos.
B) En el cáncer de mama inflamatorio, la cirugía indicada puede ser mastectomía más vaciamiento axilar.
C) Hay que completar hasta 6 meses de Trastuzumab en la enfermedad HER2-positiva.
D) La quimioterapia adyuvante está indicada en tumores triple negativos y HER2-positivos de más de 5 mm.

83 Es cierto en la 8ª clasificación TNM en el cáncer de mama que:

A) En la categoría T1c el tamaño tumoral puede sobrepasar los 20 mm.
B) En la categoría T4 el tamaño tumoral puede ser inferior a 50 mm con ulceración de la piel con edema de la misma.
C) En la categoría cN2a se presentan metástasis en ganglios de la mamaria interna ipsilateral en ausencia de metástasis axilar.
D) En la categoría cN3 se presentan metástasis en ganglios axilares en niveles I y II clínicamente fijos a otros ganglios o a estructuras adyacentes.

84 Los esquemas de tratamiento hipofraccionado de la mama se iniciaron en el Reino Unido con varios ensayos, para administrar una dosis mayor en menos días de tratamiento, siendo FALSO:

A) El ensayo START del Reino Unido evaluó dos dosis de 39 Gy y 42.9 Gy en 3 fracciones administradas a lo largo de 5 semanas.
B) El ensayo START A incluyó a los esquemas de 13 fracciones de 39 Gy y 41,6 Gy.
C) El ensayo START B comparó 40 Gy en 15 fracciones durante tres semanas con irradiación completa de la mama en esquema estándar.
D) Los resultados sugirieron que el hipofraccionamiento no es inferior al fraccionamiento convencional en términos de recurrencia local pero sí asociados a mayor grado de toxicidad aguda y tardía.

85 En el tratamiento del cáncer de mama estadio avanzado, es FALSO que:

A) El tratamiento neoadyuvante pretende reducir el tamaño tumoral y poder realizar cirugía conservadora.
B) En tumores basal like, se asociarían platinos al esquema estándar.
C) En los casos de amplificación de HER2, está indicada la combinación de Trastuzumab y Pertuzumab.
D) La Capecitabina adyuvante en pacientes Her2 negativo tras neoadyuvancia no ha demostrado aumento en supervivencia.

86 Con respecto a las características clínicas y patológicas del cáncer de mama en hombres, ¿cuál de las siguientes es verdadera?

A) Los receptores estrogénicos negativos son más frecuentes que en el cáncer de mama en la mujer.
B) La cirrosis hepática y orquitis por parotiditis se asocia a un menor riesgo de cáncer de mama en hombres.
C) La edad media de inicio es 10 años más joven que la edad media de inicio para el cáncer de mama en la mujer.
D) La biopsia selectiva del ganglio centinela es el tratamiento preferido para los pacientes con ganglios clínicamente negativos.

87 En una biopsia de un tumor rectal, el patólogo lo cataloga como "tumor mucinoso". Al respecto, es cierto que:

A) Se consideran tumores mucinosos si el componente de mucina extracelular es mayor del 50% de la masa tumoral.
B) Este tipo histológico representa el 11-17% de todos los tumores colo-rectales.
C) Se asocian a una peor respuesta a la radio-quimioterapia neoadyuvante.
D) Todas las respuestas son correctas.

88 Señale el enunciado correcto en relación con el carcinoma anal:

A) La infección por el virus de Epstein Barr es un factor de riesgo.
B) La radioterapia concomitante con Capecitabina y Etopósido es el tratamiento de elección para los carcinomas localmente avanzados
C) El control local con preservación anal se logra en más del 90% de los pacientes con tumores menores de 2 cm.
D) La afectación de los ganglios linfáticos regionales no se asocia con el pronóstico.

89 ¿Cuál de los siguientes parámetros NO se considera factor de riesgo de recaída local ante un cáncer de recto?

A) T4.
B) Infiltración vascular extramural (mrEMVI).
C) N1.
D) Margen de resección circunferencial (mrCRM) < 2 mm.

90 Mujer de 37 años, sin antecedentes de interés, diagnosticada de carcinoma de cérvix uterino, estadio IIB. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?

A) Radioquimioterapia concomitante + Braquiterapia intrauterina.
B) Histerectomía radical + Radioterapia postoperatoria.
C) Quimioterapia neoadyuvante + Histerectomía radical.
D) Histerectomía radical + Braquiterapia vaginal.

91 Mujer de 46 años, intervenida por carcinoma epidermoide de cérvix uterino, estadio IB1 con márgenes positivos e infiltración de parametrio derecho. ¿Cuál sería el tratamiento indicado?

A) Braquiterapia vaginal.
B) Quimioterapia postoperatoria.
C) Radioterapia postoperatoria.
D) Radioquimioterapia postoperatoria.

92 Sobre el cáncer de endometrio y el tratamiento adyuvante, NO es cierto que:

A) La radioterapia adyuvante no está indicada para el tratamiento de enfermedades de bajo riesgo.
B) Tras los últimos estudios se ha definido el tratamiento óptimo en la enfermedad pélvica localmente avanzada.
C) Los factores pronósticos juegan un papel importante en la enfermedad de riesgo intermedio en estadio I.
D) La enfermedad metastásica o la enfermedad local no resecable se pueden tratar con quimioterapia o terapia hormonal.

93 Respecto a las opciones de tratamiento en el cáncer vesical, es FALSO que:

A) Cáncer de vejiga sin infiltración muscular de bajo riesgo (Ta, Tis, T1) se basa en RTU completa seguida de una dosis única postoperatoria de QT intravesical adyuvante.
B) Cáncer de vejiga con infiltración muscular (T2-T4) se basa en cistectomía parcial en tumores T2 unifocal < 3 cm, sin CIS, donde sea posible resecar el tumor con un margen mínimo de 2 cm, aunque se comprometa la capacidad y funcionalidad vesical.
C) El tratamiento trimodal con conservación vesical en T2-3a, unifocales < 5 cm, sin CIS ni hidronefrosis, N0, con función vesical y renal normales, en los que se alcanza una RTU al menos R0.
D) Cáncer de vejiga sin infiltración muscular de riesgo intermedio (Ta, Tis, T1) se basa en RTU completa seguida de una dosis única postoperatoria de QT intravesical adyuvante seguido de inmunoterapia intravesical con BCG de inducción y mantenimiento durante al menos un año.

94 En base a las recientes recomendaciones de la ESTRO-ACROP (*European Society for Radiotherapy and Oncology Advisory Committee for Radiation Oncology Practice guidelines*) sobre el uso de la deprivación androgénica en combinación con radioterapia externa en cáncer de próstata, señale la respuesta FALSA:

A) En cáncer de próstata de alto riesgo se recomienda deprivación androgénica durante 2-3 años.
B) En cáncer de próstata localmente avanzado asociado a ≥ 2 factores de alto riesgo (cT3-4, ISUP ≥ 4 o PSA ≥ 40 ng/ml) o cN1, se recomienda asociar Abiraterona durante 2 años a la deprivación androgénica de 3 años.
C) En cáncer de próstata pN1 tras cirugía, se recomienda radioterapia adyuvante con deprivación androgénica durante al menos 12 meses.
D) En cáncer de próstata de riesgo intermedio, se recomienda deprivación androgénica durante 4-6 meses.

95 Todas las afirmaciones siguientes, en relación a los factores pronósticos de los sarcomas óseos, son ciertas, SALVO:

A) La respuesta tumoral a la quimioterapia neoadyuvante y la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico son los factores pronósticos más importantes para la supervivencia de los pacientes con osteosarcoma y sarcoma de Ewing.
B) Toda lesión ósea solitaria sin apariencia característica de lesión ósea benigna debe considerarse un posible sarcoma.
C) Los pacientes con metástasis pulmonares o pleurales tienen peor pronóstico que los pacientes con diseminación extrapulmonar.
D) El diagnóstico de sarcoma óseo debe hacerse sobre la base de una biopsia, abierta o percutánea con aguja gruesa (BAG), para el diagnóstico del tipo y el grado histológico específico.

96 En relación con el schwannoma vestibular, señale la respuesta correcta:

A) El schwanoma vestibular bilateral es un hallazgo patognomónico de la neurofibromatosis tipo 2.
B) La resección quirúrgica de entrada está contraindicada.
C) La dosis de radiocirugía en fracción única debe estar en el rango de 14 a 16 Gy.
D) La mayoría de los casos son bilaterales.

97 ¿Cuál de los siguientes sería el diagnóstico más probable para un niño con diabetes insípida, exoftalmos unilateral y lesiones osteolíticas en los huesos del cráneo, con una biopsia ósea mostrando infiltrado eosinófilo y células dendríticas?

A) Linfoma de Hodgkin.
B) Mieloma múltiple.
C) Micosis fungoide.
D) Histiocitosis de células de Langerhans.

98 De las siguientes afirmaciones, en cuanto al tratamiento radioterápico de las enfermedades no oncológicas, es FALSO que:

A) La radioterapia es una técnica utilizada en el tratamiento del pterigium recurrente con dosis de 20Gy/3fracciones hasta 35Gy/7 fracciones sin diferencias en cuanto a control local a 3 años.
B) En la epicondilitis humeral se alcanzan las tasas de mejora en términos de reducción del dolor y aumento de la movilidad del hombro oscilan entre el 85-95% después del tratamiento con dosis de 6Gy/1Gy sesión.
C) La radioterapia en la oftalmopatía sintomática de Graves está indicada ante el difícil control con esteroides o baja tolerancia a los mismos.
D) En la enfermedad de Graves se trata con dosis de 20 Gy/fraccionamiento 2 Gy pero con datos contradictorios en los estudios al comparar su efectividad respecto a los corticoides.

99 En los pacientes con metástasis cerebrales, NO es cierto:

A) Generalmente están producidas por tumores primarios de pulmón, mama, colon y melanoma.
B) Según RTOG "*recursive partitioning analysis*" los pacientes clase 1 tienen un pronóstico medio de 7 meses.
C) Los pacientes clase 1 o 2 se valorarán para radioterapia holocraneal.
D) La dosis óptima de radioterapia holocraneal es de 20 Gy/5 fracciones hasta 40 Gy/20 fracciones.

100 En los pacientes con cáncer de próstata y riesgo intermedio, es FALSO que:

A) Se puede ofrecer boost con braquiterapia de baja tasa si el paciente tiene buena función urinaria y es de riesgo intermedio desfavorable.
B) En pacientes que no estén dispuestos a someterse a terapia de deprivación androgénica se puede ofrecer radioterapia hasta una dosis 76-78Gy con IMRT/VMAT/IGRT.
C) En pacientes que no estén dispuestos a someterse a terapia de deprivación androgénica se puede ofrecer radioterapia con esquema de hipofraccionamiento moderado (60 Gy/20 fx o 70 Gy/28 fx).
D) Los pacientes con ISUP del grupo 3 no deben ser excluidos de los protocolos vigilancia activa.

SAS_FEA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA 2023 / TURNO LIBRE / PRUEBA APLAZADA

CUESTIONARIO PRÁCTICO

CASO PRÁCTICO 1:
Varón de 61 años derivado desde Atención Primaria al Servicio de Urología por elevación de PSA 3.80 ng/mL. Se solicita RM prostática multiparamétrica que evidencia lesión prostática PIRADS 4 que, tras biopsiarse, se diagnostica de Adenocarcinoma acinar de próstata bien diferenciado (Grado 1) de Bajo Riesgo (ISUP 1: Gleason 6 (3+3), Estadio I: cT1c cN0 cM0).

---

101 ¿Qué significa el que este tumor en la RM multiparamétrica haya sido catalogado de PI-RADS 4?

A) Es muy probable que la lesión sea un cáncer significativo; lesión muy probablemente maligna.
B) Es probable que la lesión sea un cáncer significativo: lesión probablemente maligna.
C) Lesión indeterminada; no hay datos que orienten claramente hacia la benignidad o malignidad de la lesión.
D) Es poco probable que la lesión sea un cáncer clínicamente significativo; lesión probablemente benigna.

102 En Urología, tras informar al paciente, se le ofrece Vigilancia Activa vs Cirugía vs Radioterapia. El paciente opta por irradiarse y es remitido a Oncología Radioterápica. Destaca en su valoración: PSA 3.61 ng/mL. IPSS 5 (sintomatología urinaria leve). Tacto rectal I/IV sin alarmas. Flujometria: Flujo Máximo > 15. El paciente opta por radioterapia externa. ¿Qué esquema de entre los siguientes podría ser adecuado?

A) Esquema hipofraccionado 60 Gy (20 fracciones de 3 Gy).
B) SBRT – 36.25 Gy en 5 fracciones – PEACE B trial.
C) SBRT - 42.7 Gy en 7 fracciones - HYPO-RT-PC trial.
D) Cualquiera de los anteriores.

103 Este paciente, durante la radioterapia externa, debuta con sintomatología del tracto urinario inferior: 2-3 micciones nocturnas y sensación de no vaciado completo vesical. ¿Cuál de estos fármacos / posología recomendaría como primera opción terapéutica?

A) Dexametasona 2 mgr v.o / 24 h.
B) Tamsulosina 0,4 mg de liberación retardada / 24 h. v.o.
C) Fosfomicina 3 gr / 24 horas / 10 dias.
D) Ibuprofeno 600 mgrs / 8 h.

CASO PRÁCTICO 2:
Paciente de 44 años, sin antecedentes de interés, remitida al Servicio de Ginecología por dolor en hipogastrio y coitorragia de 6 meses de evolución. A la exploración física se apreciaba lesión excrecente afectando a todo el cérvix uterino, con zona ulcerada en labio posterior e infiltración vaginal de fondo de saco. Por tacto rectal, no afectación parametrial. Ante la sospecha de carcinoma de cérvix, se toma biopsia de la lesión.

104 ¿Qué prueba de entre las siguientes sería la más recomendada como estudio de extensión local?

A) Ecografía endovaginal.
B) Resonancia magnética pélvica.
C) TAC abdominopélvico.
D) PET.

105 La paciente fue diagnosticada de adenocarcinoma de endocérvix. Tras el estudio de extensión pertinente, se aprecia masa endocervical con extensión a porción distal del cuerpo uterino, de hasta 6 cm de eje máximo, con leve espiculación de la grasa a ambos lados del cuello uterino, compatible con afectación parametrial. No se apreciaron adenopatías abdominopélvicas ni otra enfermedad a distancia. Ante este caso clínico, ¿cuál sería la estadificación de la FIGO?

A) IB2,
B) IIA2.
C) IIB.
D) IIIC.

106 En base a los datos de este caso, ¿cuál sería el tratamiento indicado en esta paciente?

A) Radioterapia pélvica concomitante con quimioterapia más braquiterapia intrauterina incluyendo el tercio superior de la vagina.
B) Histerectomía radical con doble anexectomía más radioterapia postoperatoria pélvica y braquiterapia vaginal.
C) Radioterapia pélvica + braquiterapia intrauterina.
D) Quimioterapia preoperatoria, histerectomía radical con doble anexectomía y radioterapia pélvica + braquiterapia vaginal.

107 ¿Cuál de entre los siguientes esquemas de radioterapia externa considera adecuado ante el tratamiento global planteado para esta paciente?

A) RT pélvica (50,4 Gy - 1,8 Gy/fr) con boost secuencial sobre ambos parametrios hasta 60 Gy.
B) RT pélvica 54 Gy - 2 Gy/fr).
C) RT pélvica (45 Gy - 1,8 Gy/fr) con boost integrado (SIB) sobre ambos parametrios hasta 66 Gy.
D) RT pélvica (45 Gy - 1,8 Gy/fr).

108 ¿Cuál de entre los siguientes esquemas de braquiterapia complementarios a la radioterapia pélvica se consideraría apropiado para esta paciente?

A) Braquiterapia HDR 15 Gy a 5 Gy/fr.
B) Braquiterapia HDR 28 Gy a 7 Gy/fr.
C) Braquiterapia HDR 14 Gy a 7 Gy/fr.
D) Braquiterapia HDR 20 Gy a 5 Gy/fr.

109 A efectos de no comprometer la supervivencia de esta paciente, ¿cuántos días no debe de superar el tiempo total del tratamiento planteado?

A) 80 días.
B) 75 días.
C) 65 días.
D) 55 días.

CASO PRÁCTICO 3:
Mujer de 70 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, remitida al servicio de Traumatología, tras palparse tumoración de rápido crecimiento y dolorosa en muslo derecho.

---

110 Ante esta situación clínica, ¿cuál de entre las siguientes se considera la prueba de elección para el diagnóstico y estadificación local de dicha tumoración?

A) TC.
B) Ecografía del muslo derecho.
C) PET-CT.
D) Resonancia Magnética.

111 ¿Cuál de entre las siguientes sería la mejor opción para obtener el diagnóstico histológico?

A) Biopsia incisional.
B) Biopsia con aguja gruesa (BAG).
C) Biopsia escisional.
D) Biopsia intraoperatoria.

112 Tras los estudios de imagen realizados, se aprecia una masa intramuscular de 8 x 12 x 11 cms, que afecta a la musculatura aductora del muslo derecho. No se aprecian adenopatías loco-regionales ni metástasis a distancia. El diagnóstico histológico es de leiomiosarcoma de alto grado. Con los datos anteriores, ¿qué estadiaje correspondería a esta paciente?

A) Estadio IB.
B) Estadio II.
C) Estadio IVA.
D) Estadio IIIB.

113 Ante esta situación clínica, ¿qué tratamiento de entre los siguientes indicaría?

A) Cirugía de entrada más RT postoperatoria.
B) RT preoperatoria más Cirugía posterior.
C) Cirugía exclusiva.
D) Las opciones A) y B) son correctas.

CASO PRÁCTICO 4:
Paciente mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por apreciar en las últimas 3 semanas emisión de sangre roja fresca con las deposiciones. A la exploración destaca la palpación de una masa dura en recto. Derivada a la Unidad de Digestivo, inician su estudio. Analítica: Destaca hemoglobina 9.4 g/dl, Hematocrito 28,7%. Colonoscopia: En recto inferior (iniciando a 2 cms de margen anal) y extendiéndose hasta los 9 cms se aprecia una tumoración excrecente que ocupa el 75% de la circunferencia. TC toraco-abdomino-pélvico: Tórax e hígado sin hallazgos valorables. Marcado engrosamiento de las paredes del recto inferior y medio. Adenopatías en mesorecto de hasta 7 mm la de mayor tamaño. Ganglios retroperitoneales milimétricos no significativos desde el punto de vista radiológico (menores de 10 mm de eje corto). Biopsia: Adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado

---

114 ¿Cuál de entre las siguientes sería la prueba de elección para completar el estadiaje?

A) Tomografía por emisión de positrones.
B) Resonancia Pélvica.
C) Resonancia Hepática.
D) Ecografía Transrectal.

115 Tras el estudio de imágenes practicado, el paciente es diagnosticado de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto inferior y medio T3bN2M0 con margen de resección mesorectal comprometido (MRC+). ¿Qué significa el parámetro T3b?

A) El tumor afecta la reflexión peritoneal.
B) El tumor invade entre 1 y 5 mm la grasa mesorectal.
C) El tumor invade el musculo elevador del ano.
D) El tumor se extiende menos de 1 mm a través de la muscular propia.

116 Presentado el caso clínico en el Comité de Tumores Colorrectales, ¿qué pauta de tratamiento NO recomendaría usted en esta paciente?

A) Radioterapia preoperatoria RT-QT concomitante con Capecitabina (esquema de curso largo).
B) Radioterapia preoperatoria, esquema de curso corto (5 fracciones de 5 Gy).
C) Tratamiento neoadyuvante total con esquema del ensayo RAPIDO.
D) Tratamiento neoadyuvante total con esquema del ensayo PRODIGE.

117 Una vez finalizado el tratamiento prescrito y previo a la exéresis tumoral, ¿qué prueba de imagen se requiere en esta paciente para planificar la intervención quirúrgica?

A) Resonancia Hepática.
B) PET.
C) TC toraco-abdomino pélvico.
D) Resonancia pélvica.

CASO PRÁCTICO 5:
Paciente varón de 45 años de edad, sin comorbilidades importantes y con buen estado funcional (PS 0), diagnosticado de un carcinoma de células escamosas en la nasofaringe con extensión al espacio parafaríngeo y adenopatías cervicales bilaterales, la mayor de 3 cm., sin evidencia de metástasis.

---

118 ¿A qué estadio clínico se corresponde según la clasificación TNM de la UICC/AJCC, 8ª edición?

A) T2 N1 M0.
B) T3 N1 M0.
C) T2 N2 M0.
D) T3 N2 M0.

119 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, acerca de la epidemiología del cáncer de cavum, es correcta?

A) Es más frecuente en mujeres que en hombres.
B) Se ha implicado al alto consumo de pescado salado en el sur de China y Hong Kong como un posible factor etiológico.
C) En este tipo de cáncer no se han encontrado factores de riesgo genético.
D) Una infección pasada por virus del herpes zóster predispone a padecer este cáncer.

120 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera más correcta acerca de la histología del cáncer de cavum, según la clasificación de la OMS?

A) Los linfomas representan aproximadamente un 30% de los casos.
B) Los carcinomas constituyen aproximadamente un 50% de los casos.
C) El tipo histológico más frecuente en Estados Unidos es el de células escamosas no queratinizantes.
D) En Asia el tipo histológico indiferenciado es, con mucho, el más frecuente.

121 ¿Cuál de las siguientes pruebas de imagen considera más indicada inicialmente ante ese diagnóstico?

A) Tomografía Computarizada (TC) de tórax.
B) Resonancia magnética (RM) o TC de cabeza y cuello.
C) Gammagrafía ósea.
D) Ecografía hepática.

122 En este caso, ¿cuál de las siguientes estrategias terapéuticas consideraría más indicada?

A) Cirugía exclusiva.
B) Quimioterapia neoadyuvante a la cirugía.
C) Radioterapia exclusiva.
D) Terapia combinada de radioterapia + quimioterapia basada en platino.

123 En el caso de optarse por un tratamiento de radioterapia radical, ¿cuál de los siguientes esquemas de dosis sobre la enfermedad macroscópica considera más adecuado?

A) 59,4 Gy en fracciones de 1,8 Gy.
B) 60 Gy en fracciones de 2 Gy.
C) 69,96 Gy en fracciones de 2,12 Gy.
D) 54,12 Gy en fracciones de 1,64 Gy.

124 ¿Cuál de los siguientes criterios de restricción de dosis en cavidad oral consideraría más adecuado en este caso?

A) Dosis media ≤ 40 Gy.
B) Dosis máxima ≤ 40Gy.
C) Dosis media ≤ 25 Gy.
D) Dosis máxima ≤ 25 Gy.

125 ¿Cuál es la toxicidad más frecuente en el tratamiento radioterápico convencional del cáncer de cavum?

A) Pérdida de audición.
B) Xerostomía.
C) Trismus.
D) Patología de los pares craneales.

CASO PRÁCTICO 6:
Mujer de 62 años, que consultó por dificultad para tragar alimentos sólidos, acompañada de dolor torácico y pérdida de peso no intencionada durante los últimos cuatro meses, sin otros problemas importantes de salud. Nada destacable en el examen físico. Los estudios endoscópicos y de imagen (TC y PET-TC) mostraron un tumor de esófago medio torácico que invadía la muscular propia, con presencia de 2 adenopatías regionales, sin evidencia de metástasis a distancia.

---

126 ¿A qué estadio clínico se corresponde según la clasificación TNM de la UICC/AJCC, 8ª edición?

A) T1 N1 M0.
B) T2 N1 M0.
C) T2 N2 M0.
D) T3 N1 M0.

127 ¿Cuál de los siguientes puede considerarse factor de riesgo para padecer cáncer de esófago?

A) Síndrome de Plummer-Vinson.
B) Hiperqueratosis congénita (tilosis).
C) Tabaquismo.
D) Todos ellos.

128 Tras obtenerse una biopsia mediante endoscopia digestiva alta, ¿cuál sería el diagnóstico histológico más probable en este caso?

A) Carcinoma de células escamosas.
B) Adenocarcinoma.
C) Linfoma.
D) Leiomiosarcoma.

129 ¿Cuál de las siguientes pruebas estaría indicada para estudio de extensión?

A) Eco-endoscopia.
B) Tomografía Computarizada (TC) de tórax.
C) Tomografía por Emisión de Positrones (PET/TC).
D) Todas las anteriores.

130 En este caso, ¿cuál de las siguientes estrategias terapéuticas consideraría más indicada?

A) Resección quirúrgica exclusiva.
B) Resección quirúrgica seguida de quimioterapia adyuvante.
C) Quimiorradioterapia neoadyuvante.
D) Quimiorradioterapia radical exclusiva.

131 ¿Cuál de los siguientes esquemas de quimioterapia previa a cirugía en un cáncer de esófago considera más indicado?

A) FOLFOX.
B) XELOX.
C) Carboplatino + Paclitaxel.
D) Fluopirimidinas.

132 ¿Cuál de las siguientes dosis de radioterapia previa a cirugía en un cáncer de esófago estaría indicada?

A) 41,4 Gy en 23 fracciones.
B) 50 Gy en 25 fracciones.
C) 50,4 Gy en 28 fracciones.
D) Todas las anteriores.

133 ¿Cuál de los siguientes criterios de restricción en órganos de riesgo consideraría más adecuado en este caso?

A) Dosis máxima en médula espinal ≤ 45 Gy.
B) Dosis media hepática ≤ 21 Gy.
C) Dosis media cardiaca ≤ 32 Gy.
D) Todos son adecuados.

134 ¿Cuáles de los siguientes son los efectos agudos más frecuentes tras radioterapia por cáncer de esófago?

A) Tos y disnea por neumonitis.
B) Hemorragia digestiva alta.
C) Esofagitis y pérdida ponderal.
D) Estenosis esofágica.

CASO PRÁCTICO 7:
Una paciente de 37 años es derivada a sus consultas de oncología radioterápica para valoración. Con antecedentes familiares de un hermano fallecido de leucemia a los 7 años y antecedentes personales de hipotiroidismo secundario a tiroiditis de Hashimoto en tratamiento hormonal sustitutivo. Consulta por primera vez por haberse notado endurecimiento y sensación de un nódulo en mama derecha sin otros hallazgos. En las pruebas de imagen se describe una formación nodular en cuadrante superior externo de mama derecha de aproximadamente 25 × 15 mm con afectación ganglionar axilar ipsilateral movibles en nivel I-II.

---

135 En relación a los resultados que ha obtenido, lo más acertado es:

A) Biopsiar la lesión por PAAF (Punción-Aspiración con Aguja Fina).
B) Biopsiar la lesión por medio de BAG (Biopsia con Aguja Gruesa).
C) Realizaría una biopsia asistida por vacío (BAV).
D) Realizaría una BAV (Biopsia por Vacío) aunque no existan microcalcificaciones en la radiología previa.

136 En julio de 2020 se diagnostica de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha cT2N1M0. ¿Cuál sería su estadificación clínica-anatómica según la AJCC?

A) Estadio IB.
B) Estadio IIA.
C) Estadio IIB.
D) Estadio IIIA.

137 Tras conocer el resultado anatomopatológico de la biopsia de carcinoma ductal infiltrante subtipo no especial, receptores estrogénicos 40%, receptores progesterona 80%, Ki 67: 50%, Her2Neu positivo 3+, Grado 3, ¿cuál sería el subtipo molecular de cáncer de mama por la inmunohistoquímica?

A) Subtipo molecular Luminal A.
B) Subtipo molecular Luminal B.
C) Subtipo molecular Her-2 enriquecido.
D) Subtipo molecular Basal like.

138 Se presenta el caso en el Comité de Tumores de su hospital y se decide iniciar quimioterapia neoadyuvante según esquema Epirrubicina 90 mg/m^2 + Ciclofosfamida 600 mg/m^2 a dosis densas, seguido de Paclitaxel 150 mg/m^2 + Gemcitabina quincenal. Posteriormente la paciente es intervenida mediante cirugía conservadora más vaciamiento axilar con resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica pT1pN2 (5 ganglios linfáticos positivos/5 ganglios linfáticos totales extirpados) M0 con infiltración de la cortical, invasión vásculo-linfática y perineural. ¿Cuál sería el tratamiento radioterápico indicado por usted tras la intervención?

A) Radioterapia adyuvante sobre la mama.
B) Radioterapia adyuvante sobre la mama y niveles ganglionares III y IV.
C) Radioterapia adyuvante sobre la mama y todos los niveles ganglionares.
D) Radioterapia adyuvante sobre la mama y boost sobre lecho de la cirugía con irradiación de niveles IV-III-II-I.

139 Tras un intervalo libre de progresión de 12 meses, la paciente acude a la consulta refiriendo debilidad en hemicuerpo izquierdo con imposibilidad de la deambulación. Se realiza RMN de cráneo destacando una lesión talámica derecha única de 36 x 33 mm. ¿Cuál sería la indicación terapéutica más acertada que podría plantearse a la paciente?

A) Radioterapia holocraneal 30Gy/10 fracciones.
B) Cirugía de la lesión metastásica.
C) SBRT cerebral hasta dosis de 15-18Gy/1 sesión o 24-30Gy/3-5 sesiones.
D) Corticoterapia y rehabilitación solamente, pues la situación de la paciente es metástasica.

CASO PRÁCTICO 8:
Le remiten para valoración y/o tratamiento a un paciente varón, de 56 años, fumador con un IPA de 40 paquetes-año, sin otros antecedentes relevantes. En Julio de 2020 acude a consulta reportando dolor a nivel de sacro (ECOG 1) y se inicia estudio.

---

140 Ante la sospecha de un cáncer de pulmón, sería cierto sobre las técnicas no invasivas que pueden ayudar a identificar la extensión de la enfermedad tanto dentro como fuera del tórax:

A) Radiografía de tórax simple, que es muy sensible para evaluar con precisión el mediastino.
B) Tomografía computerizada del tórax, aunque tiene una precisión baja para diferenciar aquellos ganglios linfáticos mediastínicos benignos de los malignos por tamaño.
C) PET de todo el cuerpo, que es menos sensible y específica que la exploración por TAC de tórax para determinar la estadificación del cáncer de pulmón ene l mediastino.
D) Citología de esputo, que es menos invasivo con rendimiento global >50%.

141 Se realiza un TAC tóraco-abdomino-pélvico donde se observa una masa en el segmento apical del lóbulo superior derecho (LSD) de 32 mm y una lesión lítica en el ilíaco derecho de 70 mm. Se realiza una broncoscopia con toma de biopsia transbronquial que no muestra diagnóstico. Se realiza una biopsia del hueso ilíaco donde se observa en la anatomía patológica compatibilidad con un carcinoma escamoso de origen pulmonar. Se completa el estudio con PET-TAC donde se objetiva un nódulo en LSD de 32 mm, una lesión lítica de 9 cm con masa de partes blandas en pala ilíaca derecha, una lesión lítica de 15 mm en acetábulo derecho y adenopatías en cadena ilíaca interna y externa derechas de 25 mm. Además aparece captación ganglionar linfática peribronquial ipsilateral y en ganglios intrapulmonares de carácter significativo. Según los datos obtenidos en los estudios anteriores, la clasificación TNM según la 8ª edición de la AJCC (American Joint Committee on Cancer), sería cierto que se trata de:

A) Carcinoma escamoso pulmonar derecho cT1cN1M1a.
B) Carcinoma escamoso pulmonar derecho cT2aN1M1c.
C) Carcinoma escamoso pulmonar derecho cT2bN1M1b.
D) Carcinoma escamoso pulmonar derecho cT1bN1M1b.

142 Según su respuesta anterior, se trataría según la 8ª edición del sistema de estadificación UICC/AJCC/IASLC de un estadio:

A) Estadio IIIA.
B) Estadio IIIB.
C) Estadio IVA.
D) Estadio IVB.

143 Tras el correcto estudio y clasificación, se decide iniciar primera línea de tratamiento con 6 ciclos de Cisplatino-Gemcitabina, alcanzando estabilización de la enfermedad. Tras este tratamiento el paciente comienza con dolor somático a nivel de la cadera derecha con EVA de 8 e impotencia funcional, con ECOG 1. ¿Cuál sería cierta en relación al tratamiento del dolor óseo oncológico que presenta el paciente?

A) La utilidad del Paracetamol, los AINE y el Metamizol como primer escalón del tratamiento del dolor oncológico está bien establecida.
B) Los fármacos coadyuvantes son de primera elección en el tratamiento del dolor neuropático producido por el tratamiento del cáncer.
C) Existe un opioide de primera elección que es Tramadol.
D) La rotación de opioides en la práctica clínica se justifica al alcanzar equilibrio satisfactorio entre el alivio del dolor y los efectos adversos.

144 Inicia tratamiento farmacológico con disminución del EVA a 2, mejorando clínicamente hasta que a los 3 meses posteriores comienza la clínica dolorosa en la zona anatómica de la afectación ósea de la cadera derecha. Se realizan nuevos estudios de imagen donde se objetiva progresión pulmonar y mediastínica. ¿Cuál sería la pauta de actuación más correcta ante la reaparición de la clínica dolorosa y progresión pulmonar y mediastínica?

A) Iniciaría tratamiento radioterápico antiálgico para la afectación metastásica ósea con dosis de 8Gy en fracción única.
B) Iniciaría tratamiento radioterápico antiálgico para la afectación metastásica ósea y plantearía iniciar 2ª línea de tratamiento sistémico quimioterápico.
C) Iniciaría tratamiento radioterápico antiálgico para la afectación metastásica ósea y plantearía iniciar 2ª línea de tratamiento sistémico con Nivolumab a dosis de 3 mg/kg/cada 2 semanas.
D) Iniciaría tratamiento radioterápico antiálgico para la afectación metastásica ósea y plantearía las pruebas moleculares (mutación EGFR, ALK, KRAS, ROS1, BRAF, PD-L1 entre otras).

CASO PRÁCTICO 9:
Le remiten a su consulta un paciente de 53 años, entre cuyos antecedentes figuran fumador de un paquete de cigarrillos al día desde hace 10 años. Bebedor ocasional. Intervenido de apendicectomía a los siete años y de fractura de tibia a los 15 años. En enero del 2023 acudió a urgencias por crisis comicial tónico-clónica con pérdida de conocimiento de aproximadamente dos minutos de duración con cese espontáneo. En la consulta de urgencias los familiares refieren que el paciente se queja de cefalea constantemente y lo notan somnoliento y más irritable en las últimas semanas además de astenia, apatía, cambios en el comportamiento y alteraciones visuales. Se solicita valoración por el servicio de neurología quienes aconsejan realizar pruebas complementarias. Se realiza RM que se informa de lesión hipodensa intraaxial frontal derecha de unos 6 cm no bien circunscrita con una señal hipointensa en T1 con aumento de la intensidad de la señal en T2 sin captación de contraste, con bordes poco nítidos, poco edema tumoral y difusamente infiltrante.

---

145 Ante este resultado de la RM la sospecha diagnóstica probable sería:

A) Meningioma grado 3.
B) Glioblastoma multiforme.
C) Ependimoma anaplásico.
D) Oligodendroglioma de bajo grado.

146 Tras su sospecha diagnóstica se decide intervención quirúrgica mediante craniectomía frontal derecha, con extirpación incompleta (mínima). Tras la cirugía el paciente no mejora clínicamente, aunque mantiene un ECOG 1. El resultado anatomopatológico confirmó su sospecha diagnóstica, al aparecer en los resultados moleculares:

A) Metilación promotor MGMT y de IDH (isocitrato deshidrogenasa).
B) Codelección 1p-19q y mutación de IDH.
C) Sobreexpresión EGFR y VEGFR.
D) Mutación del gen TP53.

147 Se presenta el caso en el Comité Neuroncológico. La decisión del mismo fue realizar tratamiento adyuvante, siendo FALSO el realizar:

A) Radioterapia adyuvante estándar más quimioterapia con Temozolamida a dosis de 75 mg/m^2 concomitante y Temozolamida adyuvante a dosis de 150 mg/m^2/5 días/cada 28 días en protocolo Stupp.
B) Radioterapia adyuvante estándar más quimioterapia con PCV.
C) Realizaría tratamiento paliativo hipofraccionado con radioterapia.
D) Si la IDH es wild-type podría incluirse tratamiento con Temozolamida.

148 En relación a la técnica de radioterapia es FALSO que:

A) El gross tumor volume (GTV) abarcará la lesión de RM en secuencias T2 o FLAIR.
B) El clinical target volume (CTV) abarcará un margen de seguridad de 1-2 cm.
C) El clinical target volume (CTV) será truncado en zonas donde exista poca probabilidad de afectación tumoral, sobre todo en áreas donde existan barreras anatómicas.
D) El planning treatment volume (PTV) variará en función de las características del paciente.

149 Entre los esquemas de dosis a emplear sería verdadero que:

A) Se utilizarán dosis moderadas de 45 a 54Gy con un fraccionamiento de 1,8Gy por fracción, 5 fracciones a la semana.
B) Se administrará una sobreimpresión hasta llegar a una dosis total de 59,4Gy-60Gy con fraccionamiento clásico.
C) Se administrará una sobreimpresión hasta llegar a una dosis total de 59,4Gy-60Gy con esquema de boost simultáneo integrado (SIB).
D) Se utilizarán dosis de 40,05Gy con un fraccionamiento de 2,67Gy por fracción, 5 fracciones a la semana.

150 El paciente permanece en control tanto clínico como por pruebas de imagen, hasta que 12 meses después del tratamiento radioterápico, en un control rutinario con RM craneal, aparecen cambios en la zona previamente irradiada. De los siguientes enunciados es FALSO que:

A) La pseudoprogresión generalmente aparece en una mediana de 12 meses hasta 5 años después de la radioterapia.
B) La patogénesis de la pseudoprogresión es debida a una interrupción en la síntesis de mielina secundaria a la lesión de oligodendrocitos, que a menudo es transitoria y puede conducir a una recuperación espontánea sin intervención.
C) La radionecrosis cerebral también puede ocurrir meses a años después de la radioterapia siendo potencialmente perjudicial debido a la lesión vascular producida.
D) La mayoría de los pacientes con tumores de bajo grado recurrirán pero sólo un 2% pueden desarrollar una transformación maligna.

151 Los ensayos clínicos actuales en relación al cáncer de próstata en pacientes que progresan a un tratamiento de intención curativa y que presentan un alto nº de metástasis óseas y/o viscerales, NO indican que:

A) La supervivencia global de este grupo de pacientes en el brazo control del estudio STAMPEDE con radioterapia fue de 44.5 meses.
B) En el estudio retrospectivo de Francini la supervivencia global fue de 55.2 meses.
C) La supervivencia global del brazo control del estudio Chaarted fue de 51.7 meses.
D) En el brazo control del estudio STAMPEDE con Abiraterona a los 5 años la supervivencia global fue algo inferior al 25%.

152 El tratamiento de los ependimomas infantiles, es cierto que:

A) En caso de resección total las tasas de supervivencia libre de progresión a 5 años no superan el 50%.
B) Si la resección es incompleta se debe iniciar tratamiento con quimioterapia y valorar radioterapia.
C) La quimioterapia por sí sola no es una opción para la enfermedad infratentorial.
D) En ependimomas infratentoriales son poco frecuentes los signos de hidrocefalia.

153 Entre las posibilidades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los schwanomas vestibulares, se considera acertada:

A) El tratamiento consiste en resección microquirúrgica o radiocirugía a dosis de 12Gy.
B) El control local con tratamiento oscila entre el 55-75%.
C) Las toxicidades derivadas del tratamiento son más frecuentes usando radiocirugía que radioterapia estándar.
D) Las RM de seguimiento representa con precisión la respuesta final del tumor al tratamiento.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS OPOSITORAS:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS OPOSITORAS Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVES DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUMPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.