



# OSAKIDETZA

**2018ko otsailaren 7ko 111/2018** C ncurso-Oposición convocado por  
**Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-** R solución nº 111/2018 de 7 de febrero  
**Lehiaketarako deia** de 2018

(EHAA Zkia. 35 2018ko otsailaren 19koa)

(B.O.P.V. Nº 35 19 de febrero 2018)

**KATEGORIA:**

**FAK. ESP. Onkologia Medikua**

**CATEGORÍA:**

**FAC. ESP MEDICO Oncología Médica**

## **Bigarren Ariketa/Segundo ejercicio**

**Proba eguna / Fecha prueba:**

**2018eko maiatzaren 19 a /**  
19 de mayo de 2018

CASO CLÍNICO N° 1

Mujer 60 años, administrativa, casada sin hijos, exfumadora, con antecedentes de HTA controlada con dieta. Cuadro de tos irritativa de 2 meses de evolución sin más síntomas. Tratada inicialmente de forma sintomática sin mejoría, por lo que se le practica una Rx de tórax que resulta patológica. Estudiada en Neumología de un hospital terciario se le efectúan los siguientes estudios:

- Exploración física: Muy buen aspecto general. Adenopatía supraclavicular derecha de consistencia aumentada, rodadera, de aproximadamente 1 cm de diámetro (sospechosa de malignidad). Resto anodino.
- Analítica general: sin alteraciones significativas.
- TAC Tórax-Abdomen-Pelvis: masa de 3,5 cms de diámetro máximo en lóbulo superior dcho, presenta amplio contacto con la rama derecha de la arteria pulmonar pero sin aparente infiltración. Adenopatías mediastínicas de tamaño al límite de la normalidad, a nivel subcarinal, paratraqueales dchas y supraclaviculares del mismo lado. Aumento de tamaño de la glándula suprarrenal izda compatible con adenoma. Resto sin significación.
- Fibrobroncoscopia: sin alteraciones endoscópicas significativas. Se toman varias muestras para citología:
  - a. Cepillado selectivo del segmentario anterior de LSD: *escaso material con algunas células epiteliales atípicas sospechosas de malignidad.*
  - b. Citología del BAS, y PAAF transbronquial subcarinal: *negativo para células malignas.*
- Pruebas Funcionales Respiratorias: excelentes.

La paciente es valorada como afecta, muy probablemente, de un carcinoma de pulmón en estadio clínico IIIB, T2a N3 M0 y es presentada en el Comité de Tumores Torácicos.

1. **En el Comité se decide que se necesitan más estudios para confirmar tal sospecha. ¿Qué pruebas considera necesarias para confirmar que la paciente padece un carcinoma de pulmón en estadio IIIB?**

2. **Confirmado el estadio IIIB y suponiendo que se tratase de un carcinoma no célula pequeña, describa brevemente cual considera que sería el tratamiento de elección y por qué.**
  
3. **Tras las pruebas pertinentes, la paciente es diagnosticada de un adenocarcinoma en un estadio clínico menor que lo sospechado, con opción de tto quirúrgico. Por ello es intervenida, precisando una neumonectomía por la localización del tumor. El estudio anatomopatológico informa de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 3,9 cms de diámetro máximo, sin infiltración pleural, con márgenes bronquial y vascular libres y con adenopatías bronquiales, hiliares y mediastínicas sin tumor. Es remitida a Oncología Médica para valoración de tto. adyuvante. Razone lo que considera más indicado en esta situación.**
  
4. **En caso de que completado el estudio se estadificara como un adenocarcinoma est IVB, por aparición de varias captaciones óseas claramente patológicas por PET, confirmadas por RMN. ¿Qué estudios adicionales considera necesarios para definir mejor la primera línea de tto.? Describa brevemente que tratamiento elegiría en base al resultado de estos estudios.**
  
5. **Con respecto a la pregunta anterior, supongamos que tras los estudios pertinentes se aconseja a la paciente realizar quimioterapia. Ella consulta (lo ha leído en internet) sobre la posibilidad de añadir bevacizumab al tto. ¿Qué tipo de QT considera adecuado para esta paciente? ¿Qué le contestaría con respecto al bevacizumab?**

## CASO CLÍNICO N° 2

Varón de 60 años, fumador activo de 45 paquetes-año, enolismo moderado, HTA en tratamiento con Olmesartán, Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con dieta y Metformina, fractura tras traumatismo de húmero decho. a los 25 años. Apendicectomizado a los 40 años. Trabajador en Fábrica de neumáticos.

Antecedentes familiares: abuelo paterno diagnosticado de cáncer (desconoce origen), padre diagnosticado a los 49 años de cáncer de colon, 7 hermanos; 5 vivos sanos, un hermano diagnosticado a los 60 años de adenocarcinoma gástrico variedad intestinal, hermana diagnosticada de cáncer de mama a los 65 años, abuela materna diagnosticada de cáncer de mama a los 80. No otros antecedentes de interés.

### Enfermedad actual:

Consulta por fiebre de 3 semanas de evolución tratada inicialmente con amoxicilina-clavulánico por su médico de Atención Primaria, por sospecha de sobreinfección respiratoria sin éxito. Pérdida de 5 kg de peso y astenia moderada, en el último mes. Es remitido al Servicio de Urgencias.

### Exploración física:

ECOG-PS: 1. Consciente y Orientado, T 39.1°, sudoroso. Tensión arterial 142/72. . Peso 60 Kg. Talla: 168 cm. Resto sin hallazgos reseñables.

### Pruebas complementarias:

-Ante persistencia de la sintomatología se realiza analítica en la que destaca: Leucocitos  $40 \times 10^3/\mu\text{L}$  [ 4.5 - 11 ], Neutrófilos  $35.3 \times 10^3/\mu\text{L}$  [ 2 - 5 ], Hb 13.2 g/dL [ 13 - 18 ], Cr 1.58 mg/dL [ 0.1 - 1.40 ], LDH 420 U/L [ 26 - 245 ], PCR 25 mg/L [ 0 - 11 ]. Sedimento urinario: hematíes++/+++ resto normal.

Ingresa para estudio por síndrome febril sin foco. Se pautó Levofloxacino 500 mg/12 h, VO, ante crecimiento de Klebsiella Oxytoca sensible en urocultivo. No hubo mejoría clínica ni analítica.

Por lo que se realizaron las siguientes pruebas:

-TAC T-A-P: seno pelvis renal izquierda parcialmente ocupado por zonas geográficas hipodensas que ocupan la pelvis renal, con gran defecto de llenado en la misma. Adenoma suprarrenal derecho. Nódulo pulmonar en LSI de 9 mm inespecífico a control.

-Ecografía urinaria y Pielografía retrógrada: obstrucción postrenal con signo de Bergman en pelvis renal izquierda. Vejiga con engrosamiento de pared y algún divertículo.

-PET 18F-FDG: no captación del nódulo pulmonar, no posible la valoración de la masa en pelvis renal por eliminación urinaria del radiotrazador, resto sin hallazgos.

El paciente fue intervenido realizándose una nefroureterectomía izda y linfadenectomía regional laparoscópica con electrocoagulación de uréter.

AP: proliferación de aspecto papilar de alto grado, la lesión que infiltra ampliamente el parénquima renal, con afectación de la grasa peripélvica, sin alcanzar la fascia de Gerota. Se aíslan 6 formaciones nodulares que corresponden a ganglios linfáticos, encontrándose uno infiltrado por tumor de 3 cm con extensión extracapsular.

A las 4 semanas tras la cirugía practicada fue remitido al Servicio de Oncología Médica con ECOG PS: 0, en analítica de alta se apreció Leucocitos  $6.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Neutrófilos  $4.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb 12.5 g/dL, Cr 0.9 mg/dL, ClCr 71 ml/min, LDH 275 U/L.

- 1. En base a la historia clínica establezca los diagnósticos, incluyendo TNM. Pruebas que solicitaría para valoración y seguimiento, así como planteamiento terapéutico.**
- 2. Factores de riesgo para el desarrollo de este tumor.**
- 3. Subtipos moleculares.**
- 4. Derivaría a una Unidad de Consejo Genético por sospecha de Síndrome hereditario asociado? Qué síndrome? Enumere los genes implicados.**
- 5. A los 4 meses de un tratamiento con quimioterapia el paciente acude por presentar dolor en región lumbar baja, objetivando en TAC solicitado múltiples metástasis pulmonares, óseas y hepáticas de hasta 3 cm. En analítica destaca Leucocitos  $69 \times 10^3/\text{L}$ , Neutrófilos  $62 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb 10,9 g/dL, Cr 1.8 mg/dL, LDH 672 U/L, AST/GOT 49 U/L [ 5 - 47 ], ALT/GPT 82 U/L [ 5 - 47 ], Fosfatasa alcalina 240 U/L [ 37 - 114 ], Gamma-GT 100 U/L [ 5 - 50 ], Bilirrubina 1.3 mg/dL [ 0.2 - 1.2 ], Ca corregido 12,5 mg/dL [ 8.1 - 10.4 ]. Establezca el tratamiento de 2ª línea que propondría.**