

**2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA**

**INSTRUCCIÓN:**

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números **E1** e **E110**, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinala na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.  
  
Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - En caso de erro tipográfico ou de transcripción entre o texto editado en galego e o editado en castelán, do cuestionario bilingüe, prevalece este último aos únicos efectos da súa comprensión lóxica, sen prexuízo das aclaracións vinculantes que de viva voz poida advertir o tribunal durante a realización desta proba. Así mesmo, algúns termos técnicos, neoloxismos ou outras expresións de difícil correspondencia na tradución, poderán expresarse de maneira unívoca.
9. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto **NON** poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: [www.sergas.es](http://www.sergas.es), logo de finalizados os tempos de exame.  
Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO  
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

**EXAMINE EN GALEGO**



**1. Cal das seguintes afirmacións sobre Pembrolizumab no tratamento do cancro non microcítico de pulmón (CPNM) é falsa?**

- A) Pembrolizumab é un anticorpo monoclonal humanizado que se une ao receptor PD1 e bloquea a súa interacción cos ligandos PD-L1 e PD-L2
- B) O uso de Pembrolizumab está indicado no tratamento do CPNM tras progresar a unha liña de quimioterapia baseada en platino se os niveis de expresión de PD-L1 no tumor son maiores do 1%
- C) O uso de Pembrolizumab está indicado no tratamento do CPNM, tras progresar a unha liña de quimioterapia baseada en platino, soamente se os niveis de expresión de PD-L1 no tumor son maiores do 50%
- D) O uso de Pembrolizumab está indicado na primeira liña de tratamento do CPNM se os niveis de expresión de PD-L1 no tumor son maiores do 50%

**2. Un dos seguintes fármacos empregados no tratamento do cancro de próstata metastásico é un antiandróxeno de segunda xeración, cal?:**

- A) Flutamida
- B) Bicalutamida
- C) Acetato de abiraterona
- D) Enzalutamida

**3. En pacientes diagnosticados de carcinoma non microcítico de pulmón e a avaliación de enfermidade cerebral, que é falso?:**

- A) Recoméndase realizar unha RMN de Sistema Nervioso Central (SNC) para descartar a existencia de metástases cerebrais asintomáticas en pacientes con estadios II, III e IV cando se pode realizar un tratamento multidisciplinar agresivo
- B) Os pacientes con estadios IB teñen un menor risco de desenvolver metástase en SNC
- C) A PET negativa descarta a presenza de enfermidade metastásica cerebral
- D) A TC de SNC con contraste é unha opción en caso de non dispoñer de RMN

**4. Paciente de 57 anos operada dun carcinoma de endometrio sin enfermidade residual tras cirurxía, Estadio IIIC da FIGO. Sinala a opción falsa:**

- A) Benefíciase de tratamento quimio-radioterápico
- B) A infiltración de vexiga condiciona o tratamento local
- C) A administración de tres quimioterápicos non achega beneficios na supervivencia respecto a dous
- D) O grao 3, a infiltración vascular e a afectación de ganglios paraaórticos son factores de mal pronóstico

**5. Na síndrome carcinoide típico:**

- A) A síndrome carcinoide ocorre cando determinados substratos producidos polas células tumorais son transformadas no fígado en substancias vasoactivas como péptidos e aminas bióxenas
- B) A serotonina almacénase en plaquetas, o seu exceso é inactivado por fígado e pulmón e é transformado en metabolitos, principalmente, 5-HIAA
- C) A síndrome carcinoide clásica é relativamente frecuente (ao redor do 20% en TNE localizados de intestino delgado, e do 35% dos pulmonares)
- D) No 75% dos pacientes con síndrome carcinoide obsérvase afectación cardíaca ( característica a valvulopatía dereita) clinicamente relevante

**6. O ensaio PRODIGE que avaliou o FOLFIRINOX versus a gencitabina en pacientes con cancro de páncreas metastásico con bo PS demostrou:**

- A) Un incremento na supervivencia libre de progresión e supervivencia global a favor do FOLFIRINOX
- B) Os pacientes con niveis de bilirrubina elevados foron incluídos neste ensaio
- C) O grao de neutropenia foi menor no grupo de pacientes tratados co FOLFIRINOX
- D) O FOLFIRINOX non se recomenda para o tratamento en primeira liña de cancro de páncreas metastásico con PS ECOG 0-1

**7. No ensaio SHARP, en hepatocarcinoma avanzado, sinale a afirmación falsa:**

- A) O 95 por cento dos pacientes clasificáronse como Child-Pugh clase A
- B) O sorafenib é un inhibidor de la Tirocinasa que inhibe a proliferación celular tumoral e a anxioxénese
- C) A mediana de supervivencia global foi de 22 meses no grupo de sorafenib fronte aos 7.9 meses no grupo placebo
- D) Os efectos secundarios do sorafenib foron ben tolerados

**8. A cal destas pacientes beneficia máis a quimioterapia adxuvante engadida á hormonoterapia tras cirurxía primaria de cancro de mama?**

- A) 55 anos, tumor Luminal B: pT2NOMO grao 2 e Oncotype cun "Recurrence Score" de 17
- B) 55 anos, tumor Luminal B: pT2NOMO grao 2 e Oncotype cun "Recurrence Score" de 35
- C) 45 anos, tumor Luminal A: pT1N1micMO grao 2 e Oncotype cun "Recurrence Score" de 8
- D) 45 anos, tumor Luminal B: pT2NOMO grao 2 e Oncotype cun "Recurrence Score" de 10

**9. A efectos de prognóstico de glioblastoma, estableceuse o dintel de idade de 70 anos de tal forma que algunhas Guidelines das máis habituais ( ex. NCCN) establece este dintel de idade para tomar decisións clínicas, importantes principalmente no manexo inicial. A decisión terapéutica para pacientes maiores de 70 anos, con moi bo estado xeral e funcional (IK maior 60), é controvertida porque todo o seguinte é certo, excepto:**

- A) En xeral, o tratamento estándar para o GMB tras intervención cirúrxica é a adxuvancia co protocolo de Stupp que inclúe RDT, doses total 60 Gy en 6 semanas concomitante con Temozolamida e despois, ciclos de TMZ x 6. Pero o estudo de Stupp só incluía pacientes ata 70 anos, non maiores
- B) A práctica habitual para pacientes maiores de 70 anos é RDT exclusiva, xeralmente en menor doses e duración ( ex. 40 Gy en 15 fraccións) de modo que este é o esquema tomado como grupo control para EC comparativos específicos deste grupo de idade
- C) Non hai evidencia directa (estudo comparativo/ aleatorizado de dous grupos) de que engadir Temozolamida á RDT a baixa dose mellora o prognóstico en anciáns maiores de 70 anos
- D) Non hai evidencia directa (estudo comparativo/ aleatorizado de dous grupos) de que o protocolo de Stupp mellora o prognóstico en anciáns maiores de 70 anos

**10. Fumar tabaco asóciase ao risco de desenvolver cancro de pulmón. Cal das seguintes afirmacións sobre esta asociación é falsa?:**

- A) Os cigarros conteñen carcinóxenos químicos
- B) O risco de desenvolver cancro de pulmón aumenta canto maior sexa a exposición ao tabaco
- C) As persoas expostas ao fume do tabaco presentan un maior risco relativo de padecer cancro de pulmón que persoas non expostas
- D) Deixar de fumar non diminúe o risco de desenvolver cancro de pulmón

**11. Nunha muller sa, portadora de mutación nun xene BRCA1/2, que no seguimento diagnósticase dun cancro de mama, é necesario informala de todo o seguinte que afecta as decisións sobre o seu tratamento, agás que:**

- A) Tratamento cirúrxico: os resultados de cirurxía conservadora fronte a mastectomía con ou sen mastectomía contralateral reductora de risco parecen bastante similares en canto a supervivencia global, excepto, quizais, nas mulleres máis novas portadoras de mutación no xene BRCA1
- B) A salpingooforectomía bilateral no tempo adecuado tras cancro de mama segue sendo unha recomendación xa que pode afectar de forma positiva á supervivencia
- C) Cada vez coñécese mellor as características diferenciais entre BRCA1 e BRCA2. É posible que nas portadoras de mutacións en BRCA1 as estratexias de vixilancia intensiva fronte ás cirurxías reductoras de risco sexan máis seguras en canto a prognóstico que nas portadoras de mutacións en BRCA2
- D) No tratamento de intención curativa do cancro de mama precoz, ser portadora dunha mutación nun xene BRCA non inflúe na elección do tratamento sistémico

**12. Unha muller de 76 anos, nunca fumadora a seguimento por un adenocarcinoma de colon estadio IIA (pT3pN0cm0) operado hai 3 anos, presenta na TC de tórax–abdome–pelve un nódulo espiculado na periferia do lóbulo superior do pulmón dereito de 1,7 cm. A biopsia confirma un adenocarcinoma. Cal das seguintes afirmacións sobre o estudo inmunohistoquímico é verdadeira:**

- A) O patrón CK7 positivo, CK20 negativo e CDX2 negativo suxire o diagnóstico dun adenocarcinoma de pulmón
- B) O patrón CK7 positivo, CK20 negativo e CDX2 negativo suxire o diagnóstico de progresión por adenocarcinoma de colon
- C) O patrón CK7 negativo, CK20 positivo e CDX2 positivo suxire o diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón
- D) O patrón CK7 negativo, CK20 negativo e CDX2 positivo suxire o diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón

**13. En relación ás opcións de tratamento de primeira liña no cancro renal de células claras que afirmación é certa?:**

- A) No estudo COMPARZ o tratamento con Pazopanib demostrou prolongar a supervivencia libre de progresión en comparación ao tratamento con Sunitinib
- B) Nun estudo fase III, el tratamiento con Sunitinib demostrou prolongar tanto a supervivencia libre de progresión como a supervivencia global en comparación ao tratamento con Interferón alfa
- C) En pacientes con cancro renal de células claras e 3 ou máis factores de mal prognóstico, o tratamemto con Temeirolimus demostrou prolongar a supervivencia global en comparación ao tratamento con Interferón alfa
- D) En pacientes con cancro renal de células claras e 3 ou máis factores de mal prognóstico, a combinación de Temeirolimus máis Interferón alfa demostrou prolongar a supervivencia global fronte a Temeirolimus en monoterapia

**14. O cancro anal está asociado con todos os seguintes factores de risco, excepto:**

- A) Fumar cigarros
- B) Virus da inmunodeficiencia humana (VIH)
- C) Inmunosupresión despois dun transplante
- D) Enfermidade inflamatoria crónica intestinal

**15. En canto ao tratamento adxuvante do melanoma, é certo que:**

- A) En estudo da European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) 18071 trial o esquema probado para adxuvancia foi Ipilimumab a dose de 10 mg/ kg cada 3 semanas x 4, seguido dunha administración cada tres meses durante tres anos
- B) O estudo da EORTC 18071, con Ipilimumab, demostrou ganancia en Supervivencia Libre de Enfermidade (SLE), mesmo a distancia, pero non ganancia en Supervivencia Global (SG) a 5 anos, debido entre outros factores, á elevada toxicidade que incluíu 5% de mortes tóxicas
- C) Os estudos con Interferon alfa adxuvante a altas doses son congruentes en canto ao incremento de SLE a distancia, aínda que non de SG, nos pacientes con melanoma estadio III. O denominado esquema de Kirkwood constitúe a práctica asistencial habitual
- D) O Interferon alfa 2b pegilado (Peg- interferonalfa-2b; Peg-Intron) posúe unha eficacia equiparable en adxuvancia e é menos tóxico que o INF alfa altas doses (esquema de Kirkwood), pero o tratamento debe administrarse durante 5 anos. As Guías NCCN considéranlo unha alternativa

**16. No tratamento en primeira liña de cancro de páncreas avanzado/ irreseccable, sinala a resposta incorrecta:**

- A) Pacientes con PS ECOG-2 poderían recibir tratamento con gencitabina en monoterapia
- B) O esquema de cisplatino + gencitabina estaría indicado especialmente en pacientes con mutacións BRCA1/BRAC2
- C) A asociación de Nab-paclitaxel + gencitabina poderá ser administrada a pacientes con boa PS en segunda liña
- D) O FOLFIRINOX nunca estaría indicado no tratamento de primeira liña en cancro de páncreas

**17. Sobre a estadificación dos carcinomas de células xerminais segundo o "Testicular cancro TNM prognostic stage groups AJCC UICC 2017" que inclúe as categorías T, N, M e S, é falso que:**

- A) A categoría S é moi importante para a estadificación. De feito, con N0 e M0, S2 implica directamente estadio III con calquera T
- B) pT4 correspóndese cun estadio IB se as categorías son N0 M0 e S0
- C) A categoría S2 estadifica como III B mesmo con categoría pT moi baixa se hai pN+
- D) A categoría S3 estadifica como III C tanto en presenza como en ausencia de enfermidade metastásica

**18. Cal dos seguintes non se considera factor de risco do cancro de vesícula biliar?:**

- A) Litíase biliar
- B) Vesícula de porcelana
- C) Pólipo vesicular de 15 o máis milímetros
- D) Alcoholismo crónico

**19. O tratamento con ácido zoledrónico ou denosumab está indicado nos pacientes con adenocarcinoma de próstata e metástases óseas para previr ou atrasar o desenvolvemento de eventos relacionados co esqueleto. En relación ao emprego de estos fármacos, cal das seguintes afirmacións é verdadeira?:**

- A) Non é preciso monitorar a función renal en pacientes que reciben tratamento con ácido zoledrónico e denosumab
- B) Dado o risco de desenvolver hipercalcemia pareneoplásica non se recomenda administrar suplementos de Calcio/vitamina D
- C) A duración do tratamento con ácido zoledrónico ou denosumab non debe exceder os 12 meses
- D) A osteonecrose de mandíbula é un efecto adverso asociado tanto o ácido zoledrónico como o denosumab

**20. Que tratamento ten maior nivel de evidencia en pacientes con adenocarcinoma da unión gastroesofáxica con afectación ganglionar?:**

- A) Quimioradioterapia preoperatoria
- B) Quimioterapia preoperatoria
- C) Tratamento cirúrxico
- D) Quimioradioterapia concomitante exclusiva

**21. En relación ao cancro de páncreas, cal destas afirmacións é a resposta correcta?:**

- A) Considérase criterio de irresecabilidade o contacto coa vea mesentérica superior ou a vea porta
- B) Os tumores de cabeza de páncreas que contactan coa arteria mesentérica superior 180 graos ou menos, considéranse resecables borderline
- C) Se o tumor contacta co tronco celíaco ou a arteria mesentérica superior 180 graos ou máis, considérase resecable
- D) O tumor de corpo/cola que contacta co tronco celíaco en 180 graos ou menos, considérase irresecable

**22. Sinala a asociación incorrecta:**

- A) TDM-1–Conxugado Anticorpo–droga–Trombocitopenia e elevación de enzimas hepáticas–intravenoso
- B) Lapatinib–Inhibidor tirosin–quinasa–Diarrea–oral
- C) Trastuzumab–Anticorpo monoclonal anti HER2–Disminución de fracción de Exección–subcutáneo
- D) Pertuzumab–Anticorpo monoclonal que inhibe a heterodimerización HER2–HER1–Diminución de fracción de Exección–subcutáneo

**23. Os pacientes receptores de transplantes de órganos son un subgrupo especial en canto ao desenvolvemento de tumores cutáneos porque:**

- A) Algúns tipos de tumores malignos como o basalioma e o melanoma, pero non o carcinoma escamoso, en pacientes transplantados parecen ter un comportamento máis agresivo que o que ocorre en poboación xeral
- B) Aínda que unha das opcións terapéuticas da enfermidade avanzada é o Cetuximab, en pacientes con transplante hepático, especialmente por cirrose, describiuse especial risco de neumonite difusa potencialmente mortal
- C) En caso de presentarse melanoma localmente avanzado, con N+ ao diagnóstico, o tratamento adxuvante con Interferon alfa pode resultar altamente beneficioso en canto, ademais de mellorar o pronóstico do melanoma, mellora tamén a tolerancia ao órgano transplantado
- D) En varios dos tumores cutáneos desenvolvidos neste contexto, poden ser de gran axuda o control máis estreito dos inmosupresores crónicos post–transplante, e redución de dose á mínima necesaria

**24. En canto ao tratamento do melanoma estadio IV é falso que:**

- A) Os dous maiores grupos terapéuticos na actualidade son a inmunoterapia e os inhibidores da vía MAP Kinasa
- B) Aproximadamente a metade dos melanomas cutáneos posúen a mutación V600 no xene BRAF e do 15 ao 20 por cento ten unha mutación en NRAS
- C) A inhibición de BRAF produce regresión do tumor na maioría dos pacientes con melanoma con mutación V600 de BRAF, porque se trata dunha mutación activadora
- D) Se á inhibición de BRAF (dabrafenib ou vemurafenib) engádeselle un dos axentes que causan inhibición de MEK (trametinib ou cobimetinib) obsérvase unha mellora en Supervivencia Libre de Progresión (SLP), e mesmo en Supervivencia Global (SG), e polo perfil de toxicidade e actividade, estes últimos pódense considerar intercambiabes

**25. A avaliación mediante inmunohistoquímica (IHQ) da presenza de expresión en forma de proteínas DNA mismatch repair (MMR) en tecido tumoral de cancro colorrectal (CCR) converteuse en práctica asistencial rutineira para un número substancial de pacientes. A IHQ detecta a presenza ou ausencia das proteínas, habitualmente MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2 produto dos xenes MMR. A proba de Inestabilidade de Microsatélites (IMS) en tecido tumoral utilízase cos mesmos fins. Respecto diso é falso que:**

- A) Os microsatélites son secuencias repetidas de nucleótidos que son particularmente susceptibles de adquirir erros durante a replicación do ADN, especialmente se hai un defecto nos xenes MMR, o que se avalía ao comparar o número de nucleótidos en rexións de microsatélites no tecido tumoral respecto ao normal. Cando son inconsistentes dise que hai Inestabilidade de microsatélites (IMS)
- B) Tanto a IHQ para a expresión de proteínas reparadoras en tecido tumoral como a IMS indícanse habitualmente como primeiro paso do diagnóstico xenético da Síndrome de Lynch. Algunhas Guías contemplan a indicación para todos os pacientes menores de 70 anos no momento do diagnóstico do CCR
- C) Normativamente, a análise xenética defínese como o procedemento destinado a detectar a presenza, ausencia ou variantes dun ou varios segmentos de material xenético, o cal inclúe as probas indirectas para detectar un produto xénico ou un metabolito específico que sexa indicativo ante todo dun cambio xenético determinado. A indicación das análises xenéticas debe vincularse sistematicamente ao consello xenético, respectando, en todo momento, a libre autonomía do individuo e requirindo o seu consentimento expreso e por escrito
- D) Máis do 90% de todos os tumores desenvolvidos formando parte da síndrome de Lynch teñen IMS-alta e/ou perda de expresión en IHQ de, polo menos, unha proteína MMR. Se non se dispón de tecido de CCR pode realizarse o mesmo estudo en tecido doutro tumor dun afectado con idéntica interpretación

**26. Sobre o tumor de células xigantes é certo que:**

- A) Aínda que se trata dun tumor fundamentalmente benigno, o grao III ( Campanacci Grading System ) identifica tumores histoloxicamente máis indiferenciados e cunha maior probabilidade dun comportamento agresivo en canto risco de recidiva local e mesmo metástase a distancia
- B) Trátase dun tumor moi radiosensible
- C) A radioterapia adxuvante sobre o leito cirúrxico é unha boa opción, principalmente nos pacientes máis xoves para mellorar o control a longo prazo
- D) Debe considerarse QT complementaria si se trata dun grao III localmente avanzado xa que diminúe tanto a recaída local como a distancia

**27. Un home de 71 anos, fumador cun consumo acumulado de 35 paquetes/ano, é derivado á consulta de Pneumoloxía polo achado incidental dun nódulo no lóbulo superior do pulmón dereito. O TC mostra unha masa en pulmón dereito de 3.5 cm e adenopatías hiliares ipsilaterais. En relación á estadificación, cal das seguintes afirmacións é falsa?:**

- A) No caso descrito, a avaliación patolóxica dos ganglios mediastínicos non se precisa se a PET-TC é negativa
- B) Se a PET-TC é positiva no mediastino o estado dos ganglios linfáticos necesita confirmación patolóxica
- C) A biopsia dos ganglios mediastínicos mediante ecobroncoscopia (EBUS) pode empregarse en lugar da mediastinoscopia
- D) A gammagrafía ósea de rutina non se recomenda no estadiaxe do cancro de pulmón non microcítico

**28. Respecto ao tratamento do osteosarcoma, é certo que:**

- A) A quimioterapia neoadxuvante que consegue unha boa resposta seguida de radioterapia de intención radical ( 60 Gy) é unha opción aceptable para tratamento conservador, con resultados equivalentes a quimioterapia neoadxuvante seguida de cirurxía radical
- B) Preto da metade dos afectados por metástases pulmonares exclusivas son curables
- C) En osteosarcomas de alto grao, a partir do Estadio IIB, tras QT neoadxuvante e cirurxía regrada, debe considerarse RDT adxuvante porque mellora o control local
- D) En ausencia de EC aleatorizados de Fase III, os esquemas habituais de QT usados de forma máis habitual son: Ifosfamida+Etopósido, Metotrexato + Ciclofosfamida + 5 FU e Doxorrubicina+ Ciclofosfamida

**29. Sinale a resposta correcta en canto á prevención do cancro de cérvix segundo as últimas guías americanas (ACS) publicadas no 2017.**

- A) As mulleres ás que se lles quitou o cérvix deben facer screening
- B) As mulleres ás que se lles quitou o cérvix non deben facer screening agás historia de CIN2 ou diagnóstico máis grave
- C) As mulleres cunha histerectomía supracervical non deben facer o screening
- D) As nenas que inician a vacinación contra o HPV entre os 9 e os 14 anos, deben recibir 3 dose

**30. O carcinoma de pulmón de célula pequena (CPCP) asóciase a síndromes paraneoplásicos neurolóxicos e endocrinos. En relación á hiponatremia no CPCP, cal das seguintes afirmacións é falsa?**

- A) En pacientes con CPCP, a síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) é máis frecuente que a síndrome de Cushing
- B) A hiponatremia pode estar causada polo tratamento con quimioterapia (p.e. cisplatino) e/ou o tratamento de soporte (p.e. opioides)
- C) O tratamento do SIADH inclúe a restrición hídrica e fármacos como a demeclociclina ou os inhibidores do receptor de ADH (p.e. tolvaptan)
- D) Os niveis séricos de ADH e sodio xeralmente empeoran co tratamento con quimioterapia do CPCP

**31. Paciente de 67 anos de idade con diagnóstico de adenocarcinoma sigma estadio IV, por enfermidade metastásica hepática . Sinale a resposta falsa:**

- A) A vantaxe do tratamento preoperatorio é o tratamento precoz da enfermidade micrometastásica e determinar a resposta á terapéutica
- B) Se se inicia quimioterapia preoperatoria recoméndase avaliación de resposta ao tratamento cada 2 meses
- C) Os efectos hepatotóxicos da quimioterapia inclúen o desenvolvemento de esteatohepatite en relación ao oxaliplatinato e síndrome de obstrución sinusoidal secundaria a irinotecan
- D) A duración do tratamento sistémico perioperatorio da enfermidade metastásica non excederá de 6 meses

**32. A última clasificación de Melanoma TNM staging AJCC UICC 2017 ( AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition (2017) aumenta a complexidade da edición anterior de 2010, e posúe algunha diferenza substancial que é necesario coñecer para poder valorar de forma adecuada os ensaios clínicos levados a cabo cunha ou outra clasificación, xa que:**

- A) Na anterior, pN+ supón sempre estadio III, pero na actual, non
- B) Na anterior, a existencia de metastase a distancia supón sempre estadio IV, e na actual, non sempre
- C) A actual, de 2017, incorpora unha categoría específica M1d para metastase do Sistema Nervioso Central, que non existía na previa
- D) Na estadificación actual do melanoma non existe categoría M1d

**33. Nos meses previos incrementouse o interese na literatura científica polo carcinoma de células de Merkel, atendendo ao número de entradas xeradas en bases de datos habituais como PubMed. Este interese é moi posible que se relacione con:**

- A) O descubrimento de que forma parte da síndrome hereditaria feocromocitoma/ paraganglioma condicionado pola familia de xenes SDBHB
- B) A aprobación da FDA dun axente inmunoterápico, o avelumab, por procedemento de aprobación acelerada, en base a resposta tumoral e duración da mesma, sen datos favorables coñecidos de supervivencia global
- C) A inclusión dentro das indicacións na ficha técnica de pazopanib o tratamento para a enfermidade metastásica por carcinoma de células de Merkel
- D) Ningunha das anteriores é correcta

**34. En Tumores Neuroendocrinos – TNE precoces, tratados con intención curativa, os controis de vixilancia establécense tanto para detectar recaídas como segundos tumores. Por iso é necesario estudar a posibilidade de risco de síndrome hereditaria de predisposición a neoplasias con ou sen endocrinopatías (que implicaría controis diferentes) en caso de:**

- A) Varios TNE primarios do tractogastroenteropancreático (GEP) no mesmo paciente e antecedentes familiares de TNE en calquera localización (posible MEN 1)
- B) Carcinoma medular de tiroides mesmo en ausencia de antecedentes familiares (posible MEN2)
- C) TNE, principalmente paraganglioma, e carcinoma renal de células claras na mesma familia (posible Von Hippel Lindau)
- D) Todas son certas

**35. Na estadificación do cancro de colon, sinala a resposta correcta:**

- A) A invasión a través da muscular propia dos tecidos pericolónicos, defínese como T3
- B) As metástases a distancia nun só órgano como o fígado, pulmón, ovario ou ganglios non rexionais, defínense como M1b
- C) A afectación metastásica de 4 - 6 ganglios linfáticos rexionais, defínese como N2a
- D) As respostas A e C son as correctas

**36. Na estadificación clínica do cancro de recto previo ao tratamento cirúrxico, realizaranse as seguintes probas excepto:**

- A) Colonoscopia total para descartar lesións sincrónicas e biopsia
- B) Determinación de CEA e TAC toraco-abdomino-pélvico
- C) Exame físico e valoración do PS do paciente para determinar risco cirúrxico
- D) Sempre realizarase PET-TAC pre-cirúrxico

**37. Cal das seguintes variantes histolóxicas do carcinoma renal é máis prevalente?:**

- A) Carcinoma renal de células claras
- B) Oncocitoma
- C) Carcinoma papilar
- D) Carcinoma dos condutos colectores de Bellini

**38. Sinala a resposta falsa sobre os cuidados paliativos no paciente con cancro:**

- A) Nun estudo observacional víuse que máis dun tercio de pacientes con cancro avanzado presentan síntomas en intensidade moderada–severa relacionados coa enfermidade nas últimas semanas de vida
- B) O fin dos cuidados paliativos é anticiparse, previr e reducir o sufrimiento ocasionado por estes síntomas
- C) Os cuidados paliativos actualmente céntranse no final da vida do paciente fora de tratamento activo
- D) A instauración temperá de cuidados paliativos no paciente con cancro avanzado demostrou beneficios na supervivencia respecto á instauración tardía dos mesmos

**39. As Guías de European Neuroendocrine Tumor Society– ENETS de 2016 ( Neuroendocrinology ; DOI:10.1159/000443167) para o tratamento dos tumores neuroendocrinos de baixo grao, metastásicos, de orixe bronquial recomendan:**

- A) Resección de metástase con intención terapéutica para a enfermidade só se se estima posible conseguir R0
- B) Resección de metástase se hai síndrome carcinoide refractario a análogos de somatostatina e enfermidade estable
- C) Considera cirurxía en ambas as posibilidades anteriores
- D) Non considera cirurxía en ningún dos supostos anteriores

**40. Paciente de 55 anos de idade, diagnosticado de adenocarcinoma de colon estadio III no ano 2000, tratamento cirúrxico e posterior quimioterapia adxuvante con fluoropirimidinas. En 2013 presentou metástase hepática única con metastasectomía R0. En caso de decisión de tratamento sistémico, que esquema administraría?:**

- A) Bevacizumab – FOLFOX
- B) Aflibercept – FOLFIRI
- C) Cetuximab – irinotecan
- D) FOLFOX

**41. Sinala a resposta falsa en relación con continuar 10 anos con Tamoxifeno fronte a 5 anos soamente, segundo os resultados do estudo ATLAS:**

- A) Alongar o tratamento a 10 anos reduce o risco de recaída e de mortalidade por cancro de mama
- B) Continuar 10 anos supuxo unha redución absoluta do risco de recurrencia de 3.7%
- C) O risco acumulado de cancro de endometrio foi maior para as pacientes que continuaron (3.1%) fronte ás que non (1.6%)
- D) O risco de tromboembolismo pulmonar foi semellante en ámbolos dous grupos

**42. No adenocarcinoma de próstata metastásico, que é falso en relación á terapia de deprivación androxénica (TDA)?:**

- A) A TDA asóciase a un maior risco de desenvolver osteoporose, diabete mellitus e enfermidades cardiovasculares
- B) Valores séricos de PSA de 4 ng/mL ou menos despois de 7 meses en tratamento con TDA, asóciase a un aumento na supervivencia de pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata metastásico
- C) A TDA intermitente é máis eficaz que a TDA continua e presenta menos efectos adversos
- D) Nun estudio de cohortes con máis de 3000 pacientes a castración cirúrxica asociouse a un menor risco de osteoporose que a castración médica mediante o emprego de análogos de GnRH

**43. Paciente EPOC de 65 anos cun cancro de recto estadio IV en tratamento oncolóxico activo ( último ciclo fai 7 días) que acode a urxencias por febre de 39 graos C. e malestar xeral, levemente deshidratado e hipotenso. Obxectívase importante eritema e calor na zona peri catéter port a cath e 300 neutrófilos na analítica. Sinala a resposta falsa en relación ás primeiras medidas:**

- A) Realízanse cultivos de sangue e instáurase antibioterapia empírica con Cefepime e Vancomicina
- B) Trátase dun paciente de risco que require hospitalización
- C) Realízanse cultivos de sangue, instáurase antibioterapia empírica con Cefepime e Linezolid e prográmase retirada de catéter
- D) Non é necesario a retirada do catéter como primeira medida

**44. Unha das técnicas máis usadas no diagnóstico, estadificación e seguimento de tumores carcinoides e TNE en xeral é o OctreoScan®. Respecto diso no é certo que:**

- A) É un composto usado para unha técnica diagnóstica de imaxe, baseada nun radiomarcador usado na centellografía para a detección de tumores con alta densidade de receptores de somatostatina nas súas membranas celulares
- B) Este composto (111In-DTPA-octeotride) está formado por un análogo de Somatostatina, denominado Octreótide, conxugado co ácido dietileno-triamina-pentaacético (DTPA) marcado con 111In (Indio) que ten maior afinidade polos receptores de somatostatina. Foi comercializado por Mallinckrodt como Octreoscan e aprobado para estudos de imaxe en TNE
- C) O octeótride foi conxugado con DOTA (ácido 1, 4, 7, 10-tetraazaciclododecano-N,N',N'',N''' - tetraacético) que mellora a unión con varios elementos como o indio, galio, itrio, lutecio, cobre e outros, dando lugar a trazadores cunha gran variedade de aplicacións
- D) A captación con octreoscan se inhibe en presenza de altas concentracións de octeótride sen marcar, xa que este bloquea ao receptor. Nos pacientes en tratamento con octeótride ou lanreótide é recomendable que se suspenda o tratamento 24-48 horas antes da exploración, mesmo si se trata de formas de acción prolongada

**45. Un varón de 69, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e nefroureterectomía hai 26 meses por un carcinoma urotelial de pelve renal dereita, recibe no momento actual tratamento paliativo con cisplatino e gemcitabina por presenza de metástases pulmonares bilaterais. O TAC de avaliación de resposta mostra progresión neoplásica por aparición de novos nódulos pulmonares. Ante estes achados ofrécese ao paciente tratamento con pembrolizumab por:**

- A) Pembrolizumab prolonga a supervivencia global en comparación a quimioterapia (vinflunina, docetaxel ou paclitaxel)
- B) Pembrolizumab demostrou unha maior taxa de respostas obxectivas en comparación a quimioterapia (vinflunina, docetaxel ou paclitaxel)
- C) Pembrolizumab asóciase a unha menor porcentaxe de efectos adversos grao 3 ou 4 en comparación a quimioterapia (vinflunina, docetaxel ou paclitaxel)
- D) Todas as respostas anteriores son certas

**46. Paciente de 57 anos, PS- ECOG:0, que sofre unha recaída a nivel pulmonar e hepático dun cancro de cérvix, tratado con radioterapia e cisplatino adxuvante fai 1 ano. Cal é o tratamento que estaría máis indicado?**

- A) Carboplatino-Paclitaxel-Bevacizumab
- B) Cisplatino-Paclitaxel
- C) Topotecán-Paclitaxel-Bevacizumab
- D) Topotecán-Paclitaxel

**47. Sinala a resposta falsa no que se refire ao manexo do sarcoma uterino:**

- A) A histoloxía máis frecuente é o leiomiosarcoma
- B) O tratamento quirúrxico estándar consiste na histerectomía con resección en bloque do tumor máis salpingooforectomía máis linfadenectomía pélvica
- C) Trabectedina e Eribulina teñen demostrado ser eficaces nos leiomiosarcomas metastáticos, en estudos fase III
- D) O diagnóstico do leiomiosarcoma e do sarcoma do estroma endometrial adoita facerse tras histerectomía xa que a biopsia é menos sensible que para os tumores epiteliais

**48. O glioblastoma multiforme é un tumor cerebral de moi mal prognóstico, aínda que un dos seguintes datos é erróneo:**

- A) Un rexistro do SEER de 20.000 pacientes intervidos entre 1998 e 2009 atopou que as medianas respectivas de supervivencia para resección macroscopicamente completa vs. resección subtotal vs. non resección foron de 15, 12 e 7 meses
- B) Tradicionalmente, considerábase que o tratamento do GMB é só paliativo, as medianas de supervivencia descritas en grupos históricos eran de 5 meses, e a supervivencia a longo prazo sumamente escasa
- C) A supervivencia esperable a 1 ano é, segundo series, do 35–50% e a 5 anos do 5 ao 10%
- D) Nos últimos 10 anos, as modernas combinacións terapéuticas multidisciplinares, incluíndo novos axentes farmacolóxicos e mellores técnicas de RDT melloraron substancialmente o prognóstico en glioblastoma de novo diagnóstico

**49. A amplificación e sobreexpresión de Her2 neu en cancro de esófago:**

- A) É máis frecuente en adenocarcinoma de esófago ( 15 por cento– 30 por cento)
- B) É máis frecuente en carcinoma epidermoide de esófago ( 5 por cento – 13 por cento)
- C) A súa positividade é maior en pacientes con cancro gástrico que con cancro da unión gastroesofáxica
- D) A expresión da proteína Her2 non foi implicada no desenvolvemento do cancro gástrico

**50. En canto aos estudos aleatorizados de Fase III en Inmunoterapia do Melanoma metastático é falso que:**

- A) Ipilimumab (Ipi) probouse en EC fase III en 1ª liña combinado con Dacarbacina fronte a DTIC só sendo superior en Supervivencia Global (SG)
- B) Ipilimumab probouse en EC fase III en 1ª liña fronte a IL-2 sendo superior en Supervivencia Libre de Progresión (SLP)
- C) Ipilimumab se testó en EC fase III en 1ª liña fronte a Pembrolizumab e este último foi superior en SG
- D) Ipilimumab se testó en EC fase III en 1ª liña fronte a nivolumab (nivo), e fronte á combinación de Ipi+ Nivo resultando a combinación superior, polo menos, en SLP que Ipi

**51. Cal das seguintes afirmacións en relación ao carcinoma de pulmón de célula pequena (CPCP) é falsa?:**

- A) O CPCP representa aproximadamente o 15% de todos os carcinomas de pulmón
- B) O CPCP caracterízase por un tempo de duplicación rápido, unha fracción de crecemento alta e o desenvolvemento precoz de metástase a distancia
- C) A cirurxía é o tratamento estándar en pacientes con CPCP enfermidade limitada e diagnóstico anatomopatolóxico previo confirmado
- D) En pacientes con CPCP enfermidade extensa a quimioterapia podería paliar os síntomas ocasionados pola neoplasia e prolongar a supervivencia na maioría dos pacientes

**52. Sinala a resposta falsa sobre o manexo da dor no paciente con cancro:**

- A) Un paciente que tolera opioides é aquel que leva máis dunha semana con 60 mg de morfina ao día, 25 mcg de fentanilo transdérmico por hora ou 30 mg de oxicodona ao día
- B) A dose de rescate de opioides debe ser entre o 10% e o 20% da dose total diaria
- C) Na titulación de opioides, trala primeira toma se persiste a dor ou se incrementa, hai que aumentar as doses nun 50–100%
- D) Un opioide a doses que controle ben a dor pero cun perfil de toxicidade inmanexable debe ser suspendida e facer rotación como primeira medida

**53. Unha destas afirmacións sobre o tratamento dos tumores malignos cutáneos non é correcta:**

- A) O tratamento sistémico do carcinoma basocelular cambiou substancialmente nos últimos anos ao incorporarse un grupo de fármacos que basean a súa acción en inhibir selectivamente a vía de sinalización Hedgehog
- B) Aínda que varios axentes con actividade anti-EGFR foron ensaiados mostrando boa actividade en carcinomas escamosos da pel, só Cetuximab en monoterapia ou combinación con cisplatino, ten esta indicación recoñecida na ficha técnica da EMA e a AEMPS
- C) A indicación actual, segundo ficha técnica, tanto de Sonidegib como de Vismodegib, inclúe carcinoma basocelular localmente avanzado (sen enfermidade metastásica) se o paciente non fose candidato para cirurxía ou radioterapia
- D) En realidade, o tratamento sistémico fundamental para carcinoma de células escamosas seguen sendo citostáticos moi antigos e tradicionais como o cisplatino, o 5Fu e a blemocina

**54. Muller de 31 anos, diagnosticada dun carcinoma inflamatorio de mama dereita, estadio cT4dN1M0, Luminal B Her 2 negativo. Sinala a opción máis axeitada:**

- A) Quimioterapia sistémica primaria que obtén resposta clínica completa, seguida de tumorectomía máis Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC) máis radioterapia en mama e cadeas ganglionares máis tratamento hormonal
- B) Quimioterapia sistémica primaria que obtén resposta clínica completa, seguida de mastectomía máis baleiramento ganglionar máis radioterapia en parede e cadeas ganglionares máis tratamento hormonal
- C) Quimioterapia sistémica primaria que obtén resposta clínica completa, seguida de mastectomía máis baleiramento ganglionar con reconstrución inmediata máis radioterapia en parede e cadeas ganglionares máis tratamento hormonal
- D) Mastectomía máis baleiramento ganglionar seguido de quimioterapia máis radioterapia en parede e cadeas ganglionares máis hormonoterapia

**55. En relación ao hepatocarcinoma , cal destas afirmacións é falsa?:**

- A) Entre as causas non virais inclúense a cirrose alcohólica e a cirrose biliar primaria Estadio IV
- B) O valor de alfafetoproteína xeralmente non se eleva en estadio precoces , o que limita o seu uso no cribado
- C) As lesións hepáticas nodulares maiores de 1 cm serán estudadas con TAC hepático trifásico ou RMN
- D) Sempre se confirmará o diagnóstico coa biopsia hepática

56. Tódolos parámetros seguintes, excepto un, téñense en conta no índice MASCC de valoración do risco da neutropenia febril:

- A) Idade
- B) Duración da neutropenia
- C) Comorbilidades
- D) Estado do paciente e presenza de hipotensión

57. Un home de 65 anos, fumador de 80 paquetes-ano e sen morbilidade asociada, consulta por un cadro de tose non produtiva e dispnea de esforzo. A radiografía de tórax mostra unha masa mediastínica, e tras completar os estudos, é diagnosticado dun carcinoma de pulmón de célula pequena (CPCP) con metástases hepáticas. A RMN de Sistema Nervioso Central (SNC) non evidencia enfermidade intracranial. En relación a este caso clínico, que afirmación é verdadeira?:

- A) Segundo os resultados de The National Lung Screening Trial (NLST) que demostran que o cribado con TC torácico anual a baixa dose de radiación é útil no diagnóstico do CPCP enfermidade limitada, o paciente debería ter participado nun programa de cribado
- B) El tratamiento con carboplatino é unha alternativa ao cisplatino debido a que se asocia un menor risco de emese, nefrotoxicidade e neuropatía, cunha eficacia similar
- C) O uso de quimioterapia de mantemento máis aló de 4 ou 6 ciclos do tratamento estándar prolonga a supervivencia
- D) O risco de desenvolver metástase en SNC é baixo (inferior ao 10%) e por este motivo a irradiación holocranial profiláctica non está indicada

58. Sinala a resposta correcta en canto á estadificación do cancro de mama segundo a última clasificación da AJCC:

- A) Os ganglios supraclaviculares ipsilaterais son considerados M1
- B) Os ganglios supraclaviculares ipsilaterais son considerados N3
- C) Os ganglios na mamaria interna ipsilateral son considerados M1
- D) Os ganglios intramamarios non son considerados como ganglios axilares no que se refire á estadificación

59. Aínda que diferentes Guías aconsellan non realizar estudos xenéticos a pacientes recentemente diagnosticadas de cancro de mama (CM), o certo é que cada vez con maior frecuencia, estes indícanse de forma precoz para formar parte da decisión de optar por mastectomía bilateral na indicación cirúrxica. Debido aos avances na tecnoloxía molecular nos últimos anos, cada vez con maior frecuencia, indícase o estudo en bloque de múltiples xenes. Algúns dos xenes máis frecuentemente incluídos nestes bloques na actualidade, son os seguintes: BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN, CDH1, RAD51C, RAD51D, MLH1, MSH2, MSH6, PABLB2, CHEK2, BRIP1 e LKB1/STK11, e en ocasións, MYH e APC. Ante unha paciente recentemente diagnosticada de cancro de mama con mutación deletérea nun destes xenes, a información que debería darlle para axudar na toma de decisións sobre a cirurxía é:

- A) A mastectomía bilateral no momento do diagnóstico ou nalgún momento evolutivo posterior é unha boa recomendación para pacientes con mutacións BRCA1 ou BRCA2 porque aumenta a supervivencia de forma notoria respecto a obtida con opcións máis conservadoras
- B) As mutacións deletéreas nos xenes RAD51C e RAD51D son pouco frecuentes, pero entrañan uns riscos similares a BRCA1/2
- C) A mutación deletérea en MSH2 nesta paciente non cambia o tratamento de cirurxía para o cancro de mama que se lle ofrecería se non se atopou mutación
- D) PALB2 é un xene de recente descubrimento, no que se estima que a penetrancia para CM achégase ao 70 % e elevado risco de contralateralidade

**60. Muller de 32 anos diagnosticada dun carcinoma ductal infiltrante luminal B Her 2 positivo tras tumorectomía e biopsia selectiva de ganglio sentinela: pT1N1micM0. Sinala o tratamento que non estaría indicado:**

- A) ACx4 seguido de Paclitaxel semanalx12 con Trastuzumab (completar 1 ano), hormonoterapia y radioterapia
- B) Carboplatino–Docetaxelx6 con Trastuzumab (1 ano), hormonoterapia y radioterapia
- C) ACx4 con Trastuzumab seguido de Paclitaxelx12 con Trastuzumab (completar un ano), hormonoterapia y radioterapia
- D) ACx4 seguido de Docetaxelx4 con Trastuzumab (completar 1 ano), hormonoterapia y radioterapia

**61. Paciente de 56 anos de idade, diagnosticada dun Tumor Neuroendocrino (TNE) grao 2, Ki 67= 5%, estadio IV por múltiples metástases hepáticas irresecables, con síndrome carcinoide severo refractario a lanreótido 120, son opcións aceptables de tratamento adicional (ENETS Guidelines 2016):**

- A) Aumentar a dose de lanreótido, habitualmente acurtando os intervalos de administración a cada 3 semanas
- B) Engadir interferon alfa
- C) Considerar terapias ablativas para LOES hepáticas
- D) Todas as anteriores

**62. Para os estadios IA, IB de seminoma puro tras orquiectomía, considéranse aceptables en diversos supostos as seguintes opcións, excepto:**

- A) Só seguimento
- B) Linfadenectomía retroperitoneal con preservación neurolóxica
- C) QT adxuvante: Carboplatino en monoterapia, con AUC 7, 1 ou 2 ciclos
- D) RT adxuvante, 20 ou 25 Gy

**63. Unha muller de 45 anos, nunca fumadora, é diagnosticada dun adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástase no pulmón contralateral. O tumor presenta unha delección no exón 19 do xene EGFR e un nivel de expresión de PD–L1 do 70%. Neste caso unha das seguintes opcións non é apropiada na primeira liña de tratamento, cal?:**

- A) Pembrolizumab
- B) Erlotinib
- C) Gefitinib
- D) Afatinib

**64. No ensaio ToGA, que valorou a adición de trastuzumab a quimioterapia en pacientes con cancro gástrico avanzado Her 2 positivo, sinala a resposta correcta:**

- A) A porcentaxe de positividade para Her 2 foi maior en adenocarcinoma gástrico difuso
- B) A porcentaxe de positividade para Her2 foi maior en adenocarcinoma gástrico intestinal
- C) A porcentaxe de positividade para Her 2 foi menor en adenocarcinomas da unión esofagogástrica
- D) A porcentaxe de positividade para Her 2 foi maior en adenocarcinomas tipo mixto

**65. Segundo a última definición da Sociedade Americana de Oncoloxía Quirúrxica, consideramos que un cancro de mama infiltrante reseco, ten beiras libres cando:**

- A) A beira está a 1 mm
- B) A beira está a máis de 5 mm
- C) A beira está a 10 mm
- D) Non hai tinta no tumor

**66. Cal das seguintes afirmacións en relación ao uso de axentes estimulantes da eritropoese é falsa?:**

- A) Os axentes estimulantes da eritropoese asócianse a un incremento do risco de desenvolver eventos trombóticos
- B) O uso de axentes estimulantes da eritropoese asociouse a un detrimento na supervivencia global dos pacientes con cancro
- C) O uso de axentes estimulantes da eritropoese asociouse a un detrimento no tempo á progresión tumoral
- D) O uso de axentes estimulantes da eritropoese non diminúe o número de transfusións de glóbulos vermellos nos pacientes con cancro e anemia inducida por quimioterapia

**67. Un home de 64 anos é remitido á consulta de Pneumoloxía por clínica de 1 mes de evolución de tose con expectoración hemoptoica. O TAC de tórax–abdome–pelve mostra unha masa de 3 cm en lóbulo inferior do pulmón dereito, derrame pleural, adenopatías hiliares ipsilaterais e unha masa na glándula suprarrenal de 2.5 cm. Púnciónase a glándula suprarrenal e a biopsia revela que se trata dun adenocarcinoma de probable orixe pulmonar (positividade para TTF1 e CK7). Ademais a citoloxía de líquido pleural é positiva para malignidade. Cal dos seguintes biomarcadores non consideras necesario determinar previamente a iniciar unha primeira liña de tratamento?:**

- A) Mutación en KRAS
- B) Mutacións en EGFR
- C) Reordenamento de ALK
- D) Niveis de expresión de PD–L1

**68. No Comité de Tumores Urolóxicos do teu hospital preséntase o caso dun home de 57 anos, sen antecedentes médicos de interese, que consulta por hematuria. Realízase unha cistoscopia que obxectiva unha neoformación de 2 cm na cúpula da vexiga. Realízase unha resección transuretral (RTU) e unha TC que establecen a diagnose de carcinoma de células transicionais pT2cN0cm0; non se identifican áreas de tumor "in situ". Das seguintes opcións de tratamento cal non estaría indicada?:**

- A) RTU e quimioterapia adxuvante
- B) RTU seguido de radioterapia máis quimioterapia concomitante, co obxectivo de preservar a vexiga
- C) Tratamento neoadxuvante cun esquema de quimioterapia baseado en cisplatino seguido de cistectomía radical
- D) Tratamento neoadxuvante cun esquema de quimioterapia baseado en cisplatino seguido de cistectomía parcial

**69. O rash acneiforme é a toxicidade máis frecuente derivada do tratamento con terapia anti– EGFR. Cal das seguintes afirmacións é certa?:**

- A) Limitase principalmente á cara, parede torácica, costas e extremidades pero non afecta as palmas das mans nin a planta dos pés
- B) Pode evolucionar a diferentes fases (eritema, papulopustular, costras, eritemato–telanxiectasias)
- C) Xeralmente aparecen durante as tres primeiras semanas de tratamento
- D) Todas son correctas

**70. Que esquema de tratamento non escollería en adenocarcinoma de colon estadio IV, sen mutacións K- RAS , N- RAS nin BRAF , á progresión a panitumumab – FOLFOX?:**

- A) Bevacizumab – FOLFIRI
- B) FOLFIRI
- C) Aflibercept – FOLFIRI
- D) Cetuximab– FOLFIRI

**71. Muller de 37 anos diagnosticada dun cancro de mama triple negativo estadio IV, enfermidade hepática e ósea, en primeira liña de tratamento con Paclitaxel–Bevacizumab. Ingresa no hospital por dor óseo na columna dorsal malia a medicación opioide e con debilidade en extremidad superior derecha. A RNM de columna dorsal demostra unha lesión lítica en D7 con masa de partes brandas sen compromiso medular. Sinala a resposta falsa sobre o manexo:**

- A) Aumentar dose de opioide, asociar pregabalina e corticoides, radioterapia urxente
- B) Aumentar dose de opioide, asociar pregabalina e corticoides, valoración quirúrxica e radioterapia posterior
- C) Aumentar dose de opioide, asociar pregabalina e corticoides, radioterapia urxente. A afectación hepática e o tratamento con Bevacizumab contraindica a cirurxía
- D) Aumentar dose de opioide, asociar pregabalina e corticoides, radioterapia urxente. Confirmar progresión de enfermidade e cambio de liña de tratamento

**72. En relación ao carcinoma de vexiga, cal das seguintes afirmacións é certa?:**

- A) O subtipo histolóxico máis frecuente en países occidentais é o carcinoma de células transicionais
- B) O carcinoma epidermoide é máis frecuente en rexións onde a esquistosomíase é endémica
- C) Os tumores de uraco son frecuentemente adenocarcinomas
- D) Todas as opcións anteriores son certas

**73. Tódalas opcións relacionadas co tratamento do cancro de cérvix, estadios II–IVA son correctas, excepto unha:**

- A) O tratamento de elección é a quimio–radioterapia baseada no platino
- B) A quimio–radioterapia reduce o risco de morte sobre un 30–50% respecto á radioterapia soa
- C) A quimio–radioterapia non demostrou beneficio en supervivencia fronte á radioterapia soa
- D) A quimioterapia adminístrase durante o tempo que dure a radioterapia

**74. Sinala a afirmación falsa no que se refire á quimioterapia no cancro de mama metastático:**

- A) O obxectivo é mellorar os síntomas e a calidade de vida das pacientes
- B) O obxectivo é a curación da paciente
- C) A terapia concomitante mellora as taxas de resposta á custa de maior toxicidade que a pauta secuencial
- D) O tratamento prolongado é superior en eficacia fronte á terapia de curta duración

**75. Cal das seguintes probas diagnósticas non se realiza de rutina na estadificación do cancro rectal?:**

- A) Colonoscopia
- B) TAC toraco–abdomino–pélvico
- C) PET–TC
- D) Ecografía endorrectal

**76. Señala a resposta falsa. Os Tumores Endócrinos e Neuroendócrinos (TE e TNE) son un grupo heteroxéneo de neoplasias benignas e malignas que derivan de:**

- A) Sistema endócrino difuso: gastrointestinal, broncopulmonar, tímico, uroxenital
- B) Crista neural: ganglioneuroma, neuroblastoma, paraganglioma
- C) Células dos Illotes: Carcinoma Medular de Tiroides, células de Merkel (cutáneo), TNE de páncreas
- D) En realidade, en todas as respostas anteriores hai, polo menos, un erro en cada unha

**77. Paciente de 68 anos, PS-ECOG:0, que sofre unha recaída do cancro de mama a nivel adenopático e óseo aos 5 meses de ter finalizado o tratamento adxuvante con Letrozol. Dispoñendo de tódolos fármacos, que opción está menos indicada?:**

- A) Biopsia adenopática que confirma un Luminal A, Faslodex máis zometa
- B) Biopsia adenopática que confirma un Luminal A, quimioterapia máis zometa
- C) Biopsia adenopática que confirma un Luminal A, Tamoxifeno máis Denosumab
- D) Biopsia adenopática que confirma un Luminal A, Faslodex máis inhibidor de ciclina máis zometa

**78. As Guías NCCN, norteamericanas pero seguidas por un gran número de oncólogos no noso medio, caracterízanse por recomendar unha gran amplitude de opcións terapéuticas acordadas mediante consenso de expertos entre as que se atopan ás veces medicamentos que non contan con aprobación na súa ficha técnica (no noso medio a Axencia europea do Medicamento- EMA, en en España a AEPMS) para esa indicación. Iso ocorre, por exemplo, para o tratamento paliativo da recidiva do glioblastoma con:**

- A) Bevacizumab en monoterapia
- B) Bevacizumab en combinación con QT
- C) Irinotecan
- D) Todos os anteriores

**79. Para os estadios IA, IB de tumores de células xerminais non seminomatosos tras orquiectomía, considéranse aceptables as seguintes opcións, excepto:**

- A) Só seguimento
- B) Linfadenectomía retroperitoneal con preservación neurolóxica
- C) QT adxuvante: BEP x 1 ou 2 ciclos
- D) RT adxuvante, 20 ou 25 Gy

**80. Un home de 67 anos a tratamento con Pazopanib 800 mg/día desde hai 26 meses por un carcinoma renal de células claras con metástases pulmonares bilaterais, progresa por aparición na TAC torácica de novas lesións pulmonares. Clinicamente presenta fatiga grao 1 que condiciona un PS 1. Na analítica de sangue os parámetros do hemograma están en rango normal e presenta unha adecuada función renal e hepática. Das opcións terapéuticas que se expoñen, cal crees menos indicada?:**

- A) Nivolumab
- B) Cabozantinib
- C) Lenvatinib máis Everolimus
- D) Interferon alfa

**81. Sinale en relación á recidiva loco–rexional do cancro de recto a resposta incorrecta:**

- A) A recidiva pode presentarse en forma de recidiva pélvica aislada ou na zona da anastomose
- B) Se a recidiva considérase potencialmente resecable, pódese resecar de inicio ou ben administrar tratamento preoperatorio previo
- C) Pacientes que previamente recibiran radioterapia pélvica, a re–irradiación pode ser efectiva
- D) A recidiva a nivel da anastomose é máis difícil de curar con resección que as recidivas pélvicas illadas

**82. No cancro de colon estadio II de alto risco, considéranse factores de mal pronóstico os seguintes, excepto:**

- A) Os tumores T4
- B) Presenza de invasión vascular/linfática e sen invasión perineural
- C) Exérese de menos de 12 ganglios linfáticos
- D) Obstrución intestinal ou márxes positivos despois da resección cirúrxica

**83. En relación ao tratamento paliativo das metástases óseas sintomáticas no adenocarcinoma de próstata unha das seguintes afirmacións é certa:**

- A) Unha dose de 8 Gy de radioterapia externa é máis eficaz no control da dor que unha dose de 20 Gy en múltiples fraccións
- B) Os radiofármacos Estroncio–89 e Samario–153 representan unha opción efectiva e adecuada para o control da dor en pacientes con metástases óseas difusas
- C) Os radiofármacos Estroncio–89 e Samario–153 prolongan a supervivencia global dos pacientes con adenocarcinoma de próstata e metástases óseas difusas
- D) Nun ensaio clínico fase 3 fronte a placebo o Radium–223 prolonga o tempo ao primeiro eventó relacionado co esqueleto, con todo non mellora a supervivencia global

**84. Paciente de 55 anos recentemente diagnosticada dun tumor Phyllodes maligno de mama de 2.5 cm, cT2N0M0. Sinala a opción falsa:**

- A) O seu patrón de recorrencia é fundamentalmente a nivel local
- B) O tratamento indicado é a cirurxía con marxes libres
- C) O tratamento indicado é a cirurxía con marxes libres e estadificación da axila
- D) A afectación metastática a distancia máis frecuente é o pulmón

**85. Sinala a opción falsa en relación ao Bevacizumab no tratamento do cancro de cérvix avanzado segundo resultados do estudo Fase III:**

- A) Achega beneficio na supervivencia cando se asocia á quimioterapia fronte á quimioterapia soa
- B) A combinación quimioterapia – Bevacizumab non aporta efecto negativo na calidade de vida fronte á quimioterapia soa
- C) Bevacizumab en combinación coa quimioterapia aumenta a taxa de respostas e o tempo á progresión, pero non a supervivencia de pacientes, fronte a quimioterapia soa
- D) Bevacizumab en combinación aumenta a incidencia de fístulas e eventos trombo–embólicos fronte á quimioterapia soa

**86. Sinala a opción falsa sobre o manexo da disnea no paciente oncolóxico en tratamento paliativo:**

- A) Pode tratarse con opioides e benzodiazepinas
- B) Os estudos realizáronse fundamentalmente con morfina pero tamén con fentanilo e oxicodona
- C) O fentanilo nebulizado está contraindicado
- D) Nos pacientes con tratamento opioide de forma crónica hai que valorar aumentar un 25% a dose dos mesmos para o manexo da disnea

**87. No ensaio REAL2, comparouse o tratamento de capecitabina con 5-FU e oxaliplatino con cisplatino en cancro esofagogástrico avanzado. Sinala a resposta correcta:**

- A) O oxaliplatino comparado co cisplatino foi asociado con menor incidencia de neutropenia grado 3-4, toxicidade renal e tromboembolismo
- B) O oxaliplatino comparado co cisplatino foi asociado con menor incidencia de diarrea grado 3-4 e menor neuropatía
- C) Os efectos tóxicos da capecitabina foron moi diferentes dos secundarios a 5-FU
- D) Os resultados deste estudo demostraron que a capecitabina e o oxaliplatino son menos efectivos que 5-FU e o cisplatino en pacientes con cancro esofagogástrico

**88. En canto aos datos de eficacia dos tratamentos sistémicos en Tumores Neuroendocrinos (TNE) do tracto gastroenteropancreático en enfermidade metastásica é certo que:**

- A) Os análogos da Somatostatina (SSA) Octreótide Lar e Lanreótide Autogel mostran unha actividade antiproliferativa similar e pode considerarse un ou outra en idénticas situacións (estudos PROMID e CLARINET) para TNE G1, G2
- B) Engadir everolimus ao análogo de SSA demostrou incremento de supervivencia global (SG) no estudo RADIANT-2 que incluía NET con síndrome carcinoide
- C) Everolimus demostrou incremento de SG fronte a placebo no estudo RADIANT-4 que incluía NET non funcionantes
- D) Ningunha das anteriores é certa

**89. Todos excepto un, son indicadores de mal pronóstico e orientan a cuidados paliativos exclusivamente nos seguintes pacientes con cancro estadio IV:**

- A) Cancro de pulmón e ECOG 3
- B) Cancro de páncreas e metástase en SNC
- C) Sarcoma e compresión medular
- D) Cancro de ovario e ECOG 2

**90. No tratamento sistémico adxuvante no cancro de colon, o efecto do tempo transcorrido desde a cirurxía ata a administración do tratamento quimioterápico, sinala a resposta falsa:**

- A) Cada 4 semanas de retraso na terapia adxuvante resultou nunha diminución do 14 por cento na supervivencia global
- B) O tratamento adxuvante será administrado o antes posible e cando o paciente clinicamente o poida tolerar
- C) Se se produce un retraso superior ás 6 semanas desde a cirurxía ao inicio da terapia adxuvante diminúe a supervivencia, segundo un estudio retrospectivo do National Cancer Data Base
- D) Os pacientes que iniciaron terapia adxuvante despois de 8 semanas foron na súa gran maioría de idade menores de 65 anos e operados de forma programada

**91. En relación co cancro de páncreas avanzado, cal destas afirmacións é falsa?:**

- A) O cancro de páncreas produce insuficiencia exócrina con produción inadecuada de enzimas dixestivos
- B) A deficiencia enzimática conduce a unha absorción inadecuada de graxa, carbohidratos e proteínas
- C) Os pacientes presentan esteatorrea, dor abdominal, perda de peso e malnutrición
- D) A insuficiencia enzimática exócrina non se produce por bloqueo dos ductos pancreáticos

**92. Un varón de 77 anos co diagnóstico adenocarcinoma de próstata metastásico é remitido á consulta de Oncoloxía tras progresar á terapia de deprivación androxénica (TDA). O paciente refire dor a nivel de costado esquerdo que controla con AINEs. Na análise de sangue destaca un PSA sérico actual de 12 ng/mL (9 meses antes era de 7 ng/mL) e os niveis de testosterona sérica son de 24 ng/dL. A gammagrafía ósea mostra aparición de novas lesións óseas en 8º arco costal esquerdo e vertebras dorsais D10, D11 e D12. O TAC de tórax–abdome–pelve exclúe enfermidade metastásica ganglionar e visceral. Das seguintes afirmacións sobre as opcións de tratamento unha é falsa:**

- A) No cancro de próstata resistente a castración, enzalutamida prolonga a supervivencia libre de progresión en comparación a placebo
- B) No ensaio clínico COU-AA-302, a combinación de acetato de abiraterona máis prednisona demostra prolongar a supervivencia global en pacientes con adenocarcinoma de próstata metastásico resistente a castración
- C) O emprego de Docetaxel no tratamento do cancro de próstata resistente a castración restrínxese á existencia de metástases viscerais
- D) Docetaxel máis prednisona é unha opción de tratamento tradicional en pacientes con cancro de próstata resistente a castración e metástases sintomáticas

**93. En relación co carcinoma de pulmón de célula pequena (CPCP) e a presenza de metástase en Sistema Nervioso Central (SNC), que afirmación é falsa?:**

- A) As metástases en SNC ocorren en menos do 10% dos pacientes con CPCP
- B) Ensaos clínicos randomizados demostraron que a irradiación holocranial profiláctica diminúe a incidencia de metástase no SNC
- C) A irradiación holocranial profiláctica non está recomendada en pacientes con mal performance status (PS-ECOG 3–4)
- D) A irradiación holocranial profiláctica non está recomendada en pacientes con deterioración das funcións neurocognitivas

**94. En relación cos tratamentos anti-VEGF como bevacizumab, ramucirumab ou aflibercept, cal das seguintes afirmacións non é certa?:**

- A) Entre os factores de risco máis relevantes para a aparición de toxicidade vascular están a idade e a historia previa
- B) A aparición de fístulas precisa unha modificación da dose
- C) A hipertensión é a toxicidade máis frecuente
- D) A determinación de proteínas en ouriños é necesaria previa a súa administración

**95. En relación ao emprego de fármacos antianxioxénicos no tratamento de cancro no microcítico de pulmón, unha das seguintes afirmacións é falsa:**

- A) Bevacizumab en combinación con quimioterapia basada en platino é unha opción de tratamento en pacientes con PS ECOG 0-1 e histoloxía de adenocarcinoma
- B) Bevacizumab non debe administrarse se o paciente presenta hemoptise
- C) Bevacizumab non está indicado en pacientes con histoloxía de carcinoma escamoso
- D) A asociación de Bevacizumab a carboplatino máis paclitaxel non se asocia a un maior risco de sangrado

**96. No tratamento do cancro gástrico avanzado, en progresión despois da primeira liña de tratamento, sinala a resposta falsa:**

- A) O ramucirumab demostrou un beneficio na supervivencia en relación ao grupo placebo
- B) O ramucirumab foi asociado con máis hipertensión arterial que o grupo placebo
- C) A mediana de supervivencia global foi significativamente maior para o ramucirumab + paclitaxel que co paclitaxel en monoterapia
- D) A mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) foi de 9.63 meses para a combinación do ramucirumab + paclitaxel fronte aos 7.36 meses para o paclitaxel

**97. Na estadificación do cancro de recto na 8ª edición do AJCC, sinala a resposta correcta:**

- A) O estadio IIA inclúe os tumores que penetran no peritoneo visceral
- B) As metástases ganglionares en 4 - 6 ganglios linfáticos rexionais defínense con N1
- C) As metástases nun órgano como pulmón, fígado, defínense como M1a
- D) O estadio IIIA inclúe os tumores T2 N2 e T3 N1

**98. Coméntase no Comité de Tumores Urolóxicos do teu hospital o caso dun varón de 69 anos, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e cardiopatía isquémica, que foi diagnosticado dun adenocarcinoma de próstata estadio clínico cT1, grao de Gleason 6 e uns niveis de PSA séricos de 7.5 ng/mL. Das seguintes opcións terapéuticas que se expoñen, cal consideras menos apropiada?:**

- A) Seguimento activo
- B) Terapia de deprivación androxénica
- C) Braquiterapia o radioterapia externa
- D) Prostatectomía radical

**99. Sinala a resposta falsa en canto ao estudo CLEOPATRA de primeira liña de cancro de mama metastático HER2 positivo:**

- A) A supervivencia libre de progresión foi de 12.4 meses no grupo control fronte a 18.5 meses nos que recibiron Pertuzumab
- B) Cunha mediana de seguimento de 30 meses, a supervivencia global media foi de 37.6 meses no grupo control e aínda non foi acadada nos que recibiron Pertuzumab
- C) No grupo de TDM-1 con Pertuzumab demostrouse non inferior ao de Trastuzumab e Taxano
- D) Houbo maior incidencia de neutropenia febril e diarrea nas pacientes que recibiron Pertuzumab

100. A clasificación da OMS de tumores óseos na súa edición de 2013 ( WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. Fletcher CMD, Bridge JA, Hogendoorn PCW, Merten F (Eds). World Health Organization Classification of Tumours. 4th edition. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2013) recoñece as seguintes categorías excepto unha:

- A) Tumor de células xigantes óseo
- B) Cordoma e Cordosarcoma
- C) Fibroma no osificante e histiocitoma fibroso benigno de óso
- D) Linfoma no Hodgkin primario óseo

#### Preguntas de reserva

1. Sinala a resposta falsa en relación coa estaficación do cancro de cérvix:

- A) A última clasificación da FIGO distingue entre tumores menores de 4 cm (IIA1) ou maiores de 4 cm (IIA2)
- B) A infiltración linfovascular non altera a clasificación da FIGO
- C) O TAC e a RNM serven para planear o tratamento pero non se aceptan con fins de estadificación
- D) Un estadio IIA contraindica a resecabilidade por afectación de parametrios

2. Ata a data, o estudo máis importante para a práctica asistencial no tratamento do Glioblastoma Multiforme é o publicado no ano 2004 por Stupp et al. que converteu en lex artis o protocolo de tratamento adxuvante con RDT e Temozolamida (TMZ). O obxectivo principal do estudo foi a SG. A actualización do mesmo, no ano 2009 proporcionou algunhas observacións adicionais, referidas á SG, que tamén teñen importancia para a práctica asistencial, como as seguintes, excepto unha delas:

- A) A SG foi 27.2% (95% CI 22.2–32.5) a 2 anos, 16.0% (12.0–20.6) a 3 anos, 12.1% (8.5–16.4) a 4 anos, e 9.8% (6.4–14.0) a 5 anos co tratamento combinado de RDT e TMZ
- B) Aínda que a metilación do promotor de MGMT foi un bo predictor do beneficio de engadir TMZ á RDT, tamén os non metilados beneficiáronse da combinación
- C) Só no subgrupo de idade superior a 60 anos o prognóstico foi peor. De feito, entre os 60 e os 70 anos non se observou diferenza co tratamento combinado fronte a RDT soa
- D) O beneficio do tratamento combinado fronte á RDT soa observouse en todos os subgrupos de prognóstico analizados

3. Segundo os resultados do estudo ACOSOG Z011 pode evitarse a linfadenectomía na cirurxía inicial do cancro de mama en tódolos supostos seguintes agás nun:

- A) Tumores cT1 e cT2
- B) Candidatas á cirurxía conservadora e que recibirán posteriormente radioterapia
- C) 1 ou 2 ganglios sentinelas positivos
- D) Tumores ypT1 e ypT2

4. Muller de 38 anos operada dun cancro de cérvix con marxes libres, sen afectación ganglionar nin parametrial. Sinala cal dos seguintes factores non entra dentro dos criterios SEDLIS para a indicación de radioterapia adxuvante:

- A) Tamaño tumoral
- B) Histoloxía adenoescamosa
- C) Invasión estromal
- D) Invasión linfovascular

**5. Unha muller de 57 anos co diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón metastásico e delección do exón 19 do xene EGFR presenta unha progresión asintomática a nivel da glándula suprarrenal esquerda tras 18 meses de tratamento con erlotinib. Cal das seguintes opcións de manexo non consideras adecuada?:**

- A) Determinar a existencia da mutación de resistencia T790M e se está presente, iniciar unha segunda liña de tratamento con osimertinib
- B) En ausencia da mutación de resistencia T790M, valorar tratamento local da nova metástase con cirurxía e manter o tratamento con erlotinib
- C) En ausencia da mutación de resistencia T790M, valorar tratamento local da nova metástase con radioterapia ablativa estereotáctica (SBRT) e manter o tratamento con erlotinib
- D) Non se precisa determinar o mecanismo de resistencia e é necesario iniciar unha segunda liña de tratamento con quimioterapia baseada en combinacións de platino

**6. Sinála a variante de carcinoma infiltrante de mama de mal pronóstico:**

- A) Carcinoma Mucinoso
- B) Carcinoma Tubular
- C) Carcinoma Metaplásico
- D) Carcinoma Adenoide Quístico

**7. Sobre o carcinoma de células de Merkel é certo que:**

- A) O tratamento inicial habitual inclúe excisión ampla e mostraxe ganglionar por PAAF, BAG ou biopsia selectiva de ganglio sentinela, se é posible, de forma previa a linfadenectomía ou Radioterapia (RDT) en caso de positividade
- B) Tras cirurxía, só nos casos de marxes cirúrxicas afectos ou infiltración ganglionar masiva hai que considerar RDT adxuvante
- C) Trátase dun tumor moi quimiosensible, polo que a Quimioterapia forma parte a miúdo do planteamento terapéutico curativo inicial, ben sexa combinada con RDT ou ben sexa soa
- D) Debe considerarse Quimioterapia adxuvante baseada en esquemas de cisplatino ou carboplatino con etopósido en pacientes con afectación ganglionar no momento do diagnóstico, tras o tratamento cirúrxico adecuado

**8. A familia de tumores do sarcoma de Ewing é un grupo pouco habitual de neoplasias malignas que poden localizarse en rexións tanto óseas como extraóseas. Respecto diso é certo que:**

- A) Inclúe o sarcoma de Ewing óseo, o tumor neuroectodérmico primitivo, o sarcoma de Ewing extraóseo, o tumor de Askin e a enfermidade de Ehlers-Danlos (sarcoma de Ewing da parede torácica)
- B) Preto do 25% dos casos danse en adultos maiores de 40 anos, e nestes casos o pronóstico é, mesmo, un pouco mellor que en nenos e mozos
- C) Trátase dun grupo de neoplasias moi quimiosensibles: o pronóstico mellorou de forma moi importante na enfermidade metastásica coa introdución de QT a altas doses, fundamentalmente baseadas en Ifosfamida, con soporte de proxenitores hematopoéticos de sangue periférico
- D) Demostrouse que engadir ciclos alternantes de Ifosfamida + Etopósido aos esquemas habituais de tratamento con vincristina + doxorubicina + ciclofosfamida (VDC) mellora o pronóstico notablemente en enfermidade localizada pero non en enfermidade metastásica

**9. En relación ao tratamento do cancro de colon, cal destas afirmacións considera que é falsa?:**

- A) Recoméndase un intervalo de polo menos 6 semanas entre a última dose de bevacizumab e a cirurxía
- B) O irinotecan é inactivado pola enzima UGT1A1, polo que a súa dose debe ser aumentada en pacientes con síndrome de Gilbert
- C) O 3 por cento dos pacientes sometidos a tratamento con cetuximab presentan reaccións infusionais severas
- D) Demostrouse que a incidencia de reaccións cutáneas secundarias aos axentes antiEGFR son predictivas de maior resposta ao tratamento

**10. A correcta identificación do sarcoma de Ewing pode facer variar en gran medida o tratamento, de modo que deben terse en conta as seguintes afirmacións excepto unha:**

- A) Desde o punto de vista anatomopatolóxico, é necesario realizar diagnóstico diferencial con tumores de células pequenas, redondas e azuis, tales como o rabdomiosarcoma, o neuroblastoma indiferenciado, o osteosarcoma de células redondas e o linfoma, entre outros
- B) No sarcoma de Ewing, mediante inmunohistoquímica identifícanse a proteína S100, a enolasa neuronal específica, o CD99, CD30 e CD20
- C) O sarcoma de Ewing a miúdo expresa unha traslocación balanceada que implica a fusión do xene EWS-FLI1, t(11;22)(q24;q12) que está descrita ata no 85% dos pacientes
- D) A traslocación t(11;22)(q24;q12) é altamente sensible e moi específica, de modo que se converteu nun estándar de diagnóstico, principalmente cando a morfoloxía e os achados de IHQ non son concluíntes