JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

Categoría: F.E.A. Oncología Médica

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES (B.O.J.A.: 22 de junio de 2007).

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en la hoja de examen que le han entregado constan sus datos personales.
- El **tiempo conjunto** de realización de las dos pruebas de este ejercicio es de un máximo de **cuatro horas**.
- **No abra** los cuadernillos hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rasgue el lado derecho perforado según se puede observar en la figura (esquina inferior derecha).
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo consta de 103 preguntas de las cuales las 3 últimas son de reserva. Las preguntas de este cuadernillo deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO», entre los números 1 y 103.
- Sólo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Examen».
- Todas las preguntas de este cuadernillo correspondiente a la «1.ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con 1/4 del valor del acierto.
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Examen» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.
- En cada pregunta existe una y sólo una respuesta correcta.

– SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN SU «HOJA DE EXAMEN», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.
– UNA VEZ FINALIZADO EL EJERCICIO, PUEDE DISPONER DEL CUADERNILLO.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

APERTURA

©COPYRIGHT 2007 PROHIBIDA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

1. Según la Ley de Salud de Andalucía el Servicio Andaluz de Salud es:
   A. Una Empresa Pública adscrita a la Consejería de Salud.
   B. Un Organismo Autónomo adscrito a la Consejería de Salud.
   C. Una Empresa Pública del Sistema Sanitario Público Andaluz.
   D. Una Sociedad Pública adscrita a la Consejería de Sanidad.

2. El Decreto 96/2004 establece como plazo máximo de respuesta para los procedimientos diagnósticos el de:
   A. 45 días
   B. 30 días
   C. 15 días
   D. 1 mes

3. De conformidad con la Ley 5/2003 la declaración de volunta vital anticipada podrá ser emitida:
   A. Solamente por las personas mayores de edad
   B. Por las personas mayores y menores de edad, indistintamente
   C. Por las personas mayores de edad y menores de edad si éstos cuentan con autorización del padre, madre o tutor
   D. Por las personas mayores de edad y menores emancipados

4. En el Servicio Andaluz de Salud la carrera profesional se organiza en:
   A. Tres niveles: inicial, intermedio y superior.
   B. Tres niveles: inicial, avanzado y excelente.
   C. Cinco niveles: I, II, III, IV y V.
   D. Dos niveles: experto y excelente.

5. El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece como herramientas fundamentales para avanzar en la gestión de la calidad de los Servicios Sanitarios:
   A. La promoción de la salud pública y la prevención.
   B. La gestión de los servicios basada en el procedimiento diferencial.
   C. La gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión de competencias.
   D. La gestión del conocimiento basada en la globalización.

6. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la estandarización de tasas de mortalidad por edad es correcta:
   A. La estandarización por edad permite la comparación de las tasas de mortalidad entre poblaciones con diferentes niveles de envejecimiento.
   B. El método que se utiliza más frecuentemente es el indirecto.
   C. El método directo es de elección cuando queremos estandarizar las tasas de mortalidad en poblaciones de pequeño tamaño.
   D. El método directo se utiliza en los casos en que desconocemos las tasas de mortalidad específicas por edad de la población cuyas tasas queremos estandarizar.

7. Cuál de las siguientes no es una característica de los estudios de casos y controles:
   A. Son estudios observacionales
   B. El criterio de selección de los sujetos es la presencia o no de enfermedad
   C. Son estudios longitudinales
   D. Son estudios prospectivos

8. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre pruebas diagnósticas es correcta:
   A. El valor predictivo positivo aumenta cuando la prevalencia de la enfermedad aumenta.

B. La sensibilidad es la probabilidad de que un individuo sano tenga la prueba positiva.
C. El valor predictivo negativo es la probabilidad de que un individuo enfermo tenga la prueba negativa.
D. Los valores predictivos no dependen de la prevalencia de la enfermedad.

9. ¿Cuál de los siguientes estudios son los que aportan mayor evidencia científica?:
   A. Los meta-análisis de estudios observacionales
   B. Los estudios de cohortes
   C. Los ensayos clínicos aleatorizados y controlados
   D. Los estudios de casos y controles

10. Cuál de estas medidas no es una medida de centralización:
   A. Media
   B. Mediana
   C. Moda
   D. Rango o recorrido.

11.- El Plan Integral de Oncología de Andalucía establece el **compromiso de que**:

A) Todos los pacientes recibirán una oferta de tratamiento basada en una decisión multidisciplinaria.

B) Los pacientes y familiares tendrán un carné que los identificará como personas de especial fragilidad

C) La población con factores de riesgo tendrá acceso a cribado de cáncer de pulmón

D) Los familiares de los pacientes tendrán reducciones en los transportes públicos durante el tiempo que el paciente permanezca ingresado.

12. - El cáncer supone un importante problema de salud en Andalucía. La previsión para los próximos años habla de:

A) Una tendencia negativa en los años potenciales de vida perdidos por cáncer en ambos sexos.

B) Alrededor de 29000 nuevos casos y 18000 fallecimientos por esta causa cada año.

C) La primera causa de muerte en ambos sexos entre los 34 y los 75 años,

D) Son correctas A), B) y C).

13. - Del abordaje del tabaquismo con intervención básica o mínima, podemos decir que:

A) Se trata de una actividad de eficacia probada en la reducción del hábito de fumar y deben realizarse en cualquier nivel asistencial.

B) Es útil en personas con 'minimo' desarrollo del hábito.

C) Está en fase de experimentación y no debe de momento aconsejarse.

D) Requiere importantes inversiones por lo que su coste efectividad es muy dudoso.

14.- En el cribado del cáncer colorrectal (CCR) en la población de riesgo medio es cierto que:

A) Es coste efectivo, con independencia de la estrategia empleada.

B) Se desconoce cuál es la estrategia más coste efectiva.

C) La colonoscopia es eficaz como método de cribado

D) Todas las respuestas son correctas.

15. - Respecto a los programas de detección precoz de cáncer de mama basados en la realización de mamografías periódicas es cierto que:

A) Se han demostrado ineficaces para reducir la mortalidad por carcinoma de mama en las mujeres participantes.

B) Reducen la mortalidad por cáncer de mama en mujeres participantes menores de 50 años.

C) Reducen la mortalidad por cáncer de mama en mujeres participantes mayores de 50 años

D) Reducen la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de todos los grupos de edad

16.- Respecto a la utilización de la citología convencional en el cribado del cáncer de cuello uterino es cierto que:

A) Está considerada como una prueba de cribado muy sensible y específica

B) Está considerada como una prueba eficaz de cribado

C) Debe realizarse a todas las mujeres a partir de los 18 años.

D) Debe realizarse con periodicidad anual a todas las mujeres entre 25 y 65 años.

17.- Con respecto a los marcadores tumorales, señale la correcta:

A) La alfafetoproteina, betagonadotrofina coriónica y la LDH son los 3 marcadores séricos aceptados de forma unánime e incluidos en las recomendaciones de diversas guías clínicas para ser empleados en el diagnóstico, estadificación pronóstico y seguimiento de los tumores germinales.

B) La principal utilidad del PSA es en el área del diagnóstico precoz por su alta de especificidad.

C)El CA 125 es un indicador precoz y bastante exacto del fracaso terapéutico durante el tratamiento de las mujeres con cáncer de ovario

D) A y C son ciertas.

18.- Entre las indicaciones del PET se encuentran todas, menos:
A) Descartar una lesión maligna de reciente aparición en individuo sin patología previa
B) Determinar la extensión tumoral en cáncer de mama con afectación ganglionar axilar inicial
C) Determinar la extensión tumoral a distancia en carcinoma pulmonar operable
D) Diferenciar recurrencias tumorales de procesos fibróticos o radionecrosis.

19.- La TAC (tomografía axial computerizada), es de gran utilidad en el diagnóstico oncológico. Es cierto en referencia a éste que:
A) Lesiones en pared intestinal menores de 2 cm no pueden detectarse
B) Es superior a la RMN en la detección de neurinomas intracanaliculares
C) Se consideran como no patológicos ganglios en el espacio retrocrural inferiores al centímetro o a los dos centímetros en retroperitoneo
D) Las metástasis pulmonares se localizan preferentemente en lóbulos superiores y generalmente a más de 3 cm de la superficie pleural.

20 - El fenómeno de Rogers o migración de estadios, puede explicar que:
A) Se aumente la supervivencia de estadios avanzados (III-IV) si se compara con controles históricos
B) Se disminuya la supervivencia de estadios precoces (I-II) en comparación con controles históricos
C) Se disminuya el estadio en global al mejorar las técnicas diagnósticas en los estadios avanzados (III-IV)
D) Se disminuya el estadio en global al mejorar las técnicas diagnósticas en estadios precoces (I-II)

21.- Según el Índice Pronóstico Internacional en Linfomas Foliculares (FLIPI), puntúan los siguientes parámetros excepto:
A) Grado de diferenciación histológica
B) Edad mayor de 60 años
C) Elevación de LDH
D) Hemoglobina menor de 12 g/dl

22.- Señale la asociación correcta entre síndrome paraneoplásico y tumor más frecuente:
A) Síndrome de Cushing – Cancer no microcítico de pulmón
B) Síndrome de Guillain Barre – linfomas y enfermedad de Hodgkin
C) SIADH (Síndrome de secreción inadecuada de ADH) – hipernefroma
D) Tromboflebitis migrans – cáncer de mama.

23.- Es frecuente que diagnostiquemos una de las siguientes entidades al evaluar un síndrome de vena cava superior desarrollado, con biopsia de adenopatía accesible, salvo:
A) Carcinoma pulmonar
B) Sarcoma de partes blandas
C) Enfermedad de Hodgkin
D) Linfoma no Hodgkin

24.- ¿Qué neoplasia urológica de las siguientes se relaciona más frecuentemente con síndromes paraneoplásicos?
A) Carcinoma de riñón.
B) Carcinoma de vejiga infiltrante.
C) Carcinoma de próstata.
D) Carcinoma testicular.

25.- ¿Cuál de los siguientes factores pronósticos se considera desfavorable para los tumores de origen desconocido?
A) Carcinoma pobremente diferenciado de la línea media.
B) Histología neuroendocrina.
C) Metástasis peritoneales de adenocarcinoma no papilar.
D) Todos los anteriores son correctos.

26.- En un contexto clínico de tumor de origen desconocido, Usted solicita un estudio citogenético sobre una muestra de una biopsia obtenida de un nódulo pulmonar, etiquetada como neoplasia pobremente diferenciada. Una de las siguientes anomalías, le coloca sobre la pista de un tumor germinal de origen desconocido:

A) Translocación 8:14
B) Deleción 14q
C) Isocromosoma 12
D) Trisomía cromosoma 8

27.- De los siguientes agentes antineoplásicos, señale cuál es un antimetabolito:

A) Paclitaxel
B) Irinotecan
C) Estramustina
D) Citarabina

28.- Un paciente atendido en consulta presenta una anemia cuantificada por una Hb de 7,8 gr/dl, la definiría como toxicidad hematológica grado:

A) Grado 1
B) Grado 4
C) Grado 3
D) Grado 2

29.- Ante una extravasación de adriamicina usted aconsejaría en el hospital de día que se realizara:

A) Extraer la aguja y comprimir 30 minutos
B) Mantener la aguja y aplicar calor local con compresas
C) Mantener la aguja, extraer contenido y aplicar hialuronidasa tópica cada 8 horas
D) Mantener la aguja, extraer contenido y aplicar dimetilsulfóxido tópico cada 6 horas.

30.- ¿Cuáles de los siguientes inhibidores de la aromatasa administrados de inicio durante 5 años en adyuvancia en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama han mostrado de manera global, en ensayos fase III, ser superiores en términos de supervivencia libre de enfermedad, comparados con 5 años de tamoxifeno?

A) Exemestano y anastrozol
B) Exemestano y letrozol
C) Anastrozol y letrozol
D) Exemestano y aminoglutetimida

31.- Según la guía de la EORTC, es cierto sobre el uso de factores de crecimiento eritropoyético:

A) Se debe iniciar el tratamiento con cifras de Hb: 9-11 g/dl, en pacientes aún asintomáticos si están recibiendo quimioterapia
B) Se debe iniciar el tratamiento con cifras de Hb: 9-11 g/dl, en pacientes sintomáticos en tratamiento quimioterápico
C) En pacientes con HB<9 g/dl se debe transfundir siempre y no valorar el tratamiento con factores
D) En pacientes con niveles normales de hemoglobina está recomendado el tratamiento con factores si está recibiendo tratamiento oncológico.

32.- Con respecto a la técnica del ganglio centinela:

A) Está indicada entre otras situaciones en carcinoma in situ extenso o de alto grado con "N0" clínico.
B) El tamaño del tumor primario mamario no contraindica la realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela
C) Cirugías previas sobre la mama afecta no excluyen la posibilidad de realización de la técnica
D) Tumores multicéntricos e inflamatorios de mama pueden beneficiarse de dicha técnica si son "N0" clínicos.

33.- En la cirugía radical de los sarcomas de partes blandas se tendrán en cuenta todo lo siguiente, salvo:

A) En lesiones de bajo grado y superficiales puede bastar una resección de márgenes amplios, incluyendo fascia por debajo y tejido subcutáneo.
B) Cuando no se pueden obtener márgenes profundos en tumor indiferenciado, se puede extirpar el tumor en bloque, y no es preciso resecar fascia adyacente
C) Cuando se afecte un grupo muscular o planos anatómicos alterados por la biopsia incisional previa, debe extirparse todo el compartimento
D) Cuando no pueden obtenerse márgenes adecuados, se amputará una articulación por encima del origen tumoral.

34.- ¿Cuál de los siguientes no es un mecanismo de absorción de las radiaciones ionizantes?

A) Efecto fotoeléctrico.
B) Efecto Comptom.
C) Formación de pares.
D) Efecto inducción.

35.- Con respecto a las fracturas patológicas secundarias a metástasis óseas ¿cúal de las siguientes afirmaciones es falsa?

A) Son frecuentes en tumores de mama, pulmón, tiroides y mielomas.
B) La inmovilización y/o fijación de la fractura favorecen la recuperación.
C) El tratamiento radioterápico no está indicado cuando existe un enclavamiento metálico
D) Todas son ciertas.

36.- La Toxicidad tardía en tejidos limitantes de dosis puede atenuarse con todas menos una de las medidas que se describen

A) Disminuyendo el tamaño de la fracción de a 1,7 Gy
B) Ahorrando volumen de tejido limitante de dosis en campo de irradiación
C) Con radioprotección y oxigenación
D) Usando técnicas de múltiples campos

37.- Son criterios de inclusión en un ensayo clínico fase I, todos menos una de las siguientes afirmaciones

A) Debe obtenerse firmado el consentimiento tras la información oportuna
B) Adecuada función hepática, renal y medular
C) Confirmación histológica de cáncer
D) Lesiones tumorales medibles

38.- Mujer de 51 años diagnosticada de carcinoma de mama con afectación ósea metastásica en columna lumbar que consulta de urgencia con aumento del dolor y pérdida de fuerza y sensibilidad en ambos miembros inferiores. Se decide ingreso hospitalario tras confirmarse una compresión medular. Señale la opción incorrecta:

A) El cáncer de mama es el segundo tumor en frecuencia que puede ocasionar esta urgencia oncológica
B) El síntoma más frecuente es el dolor que característicamente aumenta con el decúbito y se alivia en posición sentada o bipedestación
C) Posteriormente al dolor aparecen los síntomas y signos neurológicos, aunque a veces pueden preceder al dolor
D) El tratamiento con dosis altas de corticoides administrados de forma precoz mejora el pronóstico neurológico aunque rara vez consigue mantener la deambulación

39.- En relación a las situaciones de emergencia en Oncología una afirmación no es correcta

A) La causa más frecuente del SVCS es el cáncer broncopulmonar avanzado
B) En una compresión medular que aparece en paciente afecta de cáncer de mama se puede someter a RT con Dexametasona aun sin biopsia

C) Es preferible tratar el síndrome de lisis tumoral cuando aparece en lugar de prevenirlo en las situaciones de elevado riesgo de que se produzca
D) La hipercalcemia tumoral es un evento muy ligado a la extensión ósea del cáncer

40.- Con respecto al tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello localmente avanzado no resecable ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?.
A) El tratamiento estándar es la combinación de quimiorradioterapia.
B) Los regímenes más utilizados no contienen platino por su elevada toxicidad.
C) Cetuximab asociada a radioterapia es una nueva opción de tratamiento con menor toxicidad.
D) El régimen combinado de quimiorradioterapia se asocia a frecuentes episodios de mucositis con necesidad de soporte nutricional.

41.- Entre las localizaciones consideradas de peor pronóstico en los carcinomas de cabeza-cuello se encuentran todas, excepto:
A) Hipofaringe
B) Base de lengua
C) Senos paranasales
D) Laringeo glótico

42.- Paciente diagnosticado por broncoscopia de carcinoma epidermoide de lóbulo superior derecho pulmonar. En la TAC se objetiva masa de 2 cms. de diámetro máximo, sin invasión de bronquio principal y 2 adenopatías hiliares ipsilaterales ¿cuál sería la opción correcta?
A) Se trata de un estadio IA y el tratamiento más adecuado sería la intervención quirúrgica.
B) Se trata de un estadio IIA y la cirugía sería el tratamiento inicial más adecuado.
C) Se trata de un estadio IIB y el tratamiento adecuado sería cirugía y quimioterapia adyuvante con esquemas basados en cisplatino.
D) Se trata de un estadio IIIA y el tratamiento indicado sería quimiorradioterapia.

43.- Paciente de 60 años de edad con un carcinoma microcítico de pulmón que presenta enzimas hepáticas elevadas al doble del límite superior y una creatinina de 1.6mg/dl. El planteamiento es utilizar un esquema que incluya etopósido ¿Cúal de las siguientes afirmaciones habría que tener en cuenta?
A) El paciente no debe ser tratado con etopósido.
B) Habría que reducir la dosis al 50% por disfunción hepática y renal.
C) El paciente tiene mayor riesgo de neuropatía periférica.
D) El paciente tendrá mayor riesgo de presentar mielotoxicidad por la disfunción hepática y renal.

44.- A nuestra consulta acude un paciente varón de 37 años recientemente diagnosticado de un carcinoma epidermoide de pulmón que ha debutado sincrónicamente con una lesión cerebral. ¿Cuál de los siguientes consejos sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad te parece adecuado?
A) En caso de que el paciente presentara una sintomatología neurológica florida derivada de una lesión cerebral voluminosa en la línea media, la primera opción terapéutica debería pasar por la exéresis de la misma por un neurocirujano.
B) Una alternativa terapéutica correcta sería la que incluyera la cirugía con intención curativa en dos tiempos, primero en el cerebro y después en el tórax.
C) Por su mayor eficacia en este tipo de tumores y su conocida capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica, estaría indicado iniciar tratamiento quimioterápico según el esquema paclitaxel + carboplatino.
D) En caso de que un posterior estudio, previo a cualquier actitud terapéutica, demostrara la existencia de múltiples lesiones metastásicas muy próximas entre sí, la opción más adecuada sería la radiocirugía.

45.- Con respecto a la cirugía en el cáncer de pulmón no de células pequeñas (CPNCP) operable ¿ cuál de las siguientes opciones es falsa?.

A) En el estadio I, la lobectomía es el tratamiento de elección, aunque en pacientes con pobre función pulmonar, podrían estar indicadas otras técnicas.
B) Se deben intervenir aquellos pacientes en los que se puede realizar una resección oncológicamente radical, siempre que la situación clínica del paciente lo permita.
C) En tumores T3 sin invasión ganglionar, los resultados sólo con cirugía son pobres, por lo que es necesario tratamiento con quimiorradioterapia de forma secuencial o concurrente.
D) Pacientes seleccionados, con tumores IIIB que han sido intervenidos con intención radical, muestran una supervivencia global a los 5 años de aproximadamente el 10 %.

46.- En relación al mesotelioma, sólo una es cierta:
A)Aproximadamente el 80% de los mesoteliomas son de localización peritoneal.
B)El mesotelioma pleural maligno, rara vez debuta con disnea o dolor torácico, suele cursar de forma indolente.
C)El tratamiento de elección para el mesotelioma pleural maligno no resecable es Pemetrexed en monoterapia.
D)Producen fenómenos tromboembólicos con relativa frecuencia, lo que conlleva a peor pronóstico.

47.- Una de las siguientes condiciones ejerce escasa relevancia en el riesgo de cáncer de esófago
A) Consumo de alcohol
B) Tabaquismo
C) Exposición al asbesto
D) Lesiones cáusticas de esófago

48.- Paciente de 59 años con cuadro clínico de ptosis, diplopia, rinolalia, disfagia y disartria. En el electromiograma presenta un descenso progresivo de los potenciales evocados tras una estimulación eléctrica repetitiva. Señale la incorrecta:
A) Es probable que tenga un tumor tímico.
B) Se trata de un síndrome miasteniforme que puede relacionarse con tumores de páncreas, mama o linfoma.
C) El mestinón es el tratamiento específico del cuadro.
D) El tratamiento del tumor primario puede corregir el cuadro clínico.

49.- Entres los factores pronósticos de supervivencia, en el mesotelioma pleural maligno, que han podido demostrarse en análisis multivariante, no se encuentra:
A) Recuento de leucocitos
B) Subtipos histológicos
C) Performance status
D) Localización

50.- Entre los siguientes tumores mediastínicos, cuál de ellos se localiza más frecuentemente en el mediastino posterior:
A) Tumores neurogénicos.
B) Timomas.
C) Tumores paratiroideos.
D) Teratomas.

51.- Respecto al uso de quimioterapia adyuvante en los tumores cerebrales, es falso que:
A) El metaanálisis del Grupo de Metaanálisis de Gliomas del 2002 concluye que la quimioterapia adyuvante a la cirugía y radioterapia en gliomas de alto grado produce una reducción relativa de la mortalidad del 15%
B) En el estudio de Stupp et al (NEJM 2005) la temozolamida en combinación con radioterapia adyuvante frente a radioterapia sola, en glioblastomas multiformes consigue supervivencia libre de progresión al año del 27%

C) Los pacientes deben evaluarse para estimar su respuesta con determinación de metilación del gen promotor AGT en todos los casos, ya que se ha demostrado claramente su valor predictivo de respuesta en metaanálisis

D) Se puede utilizar esquema tipo PCV (procarbazina, vincristina, CCNU), nitrosureas como la carmustina o temozolamida por su mejor perfil de toxicidad, ya que el esquema estandarizado no está definido aún.

52.- La formación de cuerpos de psamoma es más típica de:

A) Ependimoma.
B) Meningioma.
C) Craneofaringioma.
D) Glioblastoma multiforme.

53.- En el cáncer gástrico una medida diagnóstica no es obligada

A) La Historia Clínica
B) La TAC de tórax
C) PET
D) Gastroscopia

54.- ¿Cuál de los siguientes esquemas de quimioterapia no ha demostrado actividad y aumento de supervivencia frente a tratamiento de soporte en el cáncer gástrico avanzado?:

A) ECF (epirrubicina, cisplatino y 5FU)
B) FAMTX (5FU/AF, adriamicina y Metotrexate)
C) GP (Gemcitabina, cisplatino)
D) DCF (docetaxel, cisplatino y 5FU)

55.- Paciente de 58 años de edad con hepatopatía avanzada que es diagnosticado de un hepatocarcinoma único de 3 cms., sin signos de invasión vascular ¿cuál de los siguientes sería el tratamiento más adecuado?

A) Hepatectomía parcial.
B) Quimioembolización arterial.
C) Fenolización percutánea del tumor.
D) Transplante hepático.

56.- Cual es la afirmación incorrecta de los tumores del estroma gastrointestinales (GIST)

A) Son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal
B) Suelen estar relacionados con alteraciones de c-kit
C) Son muy sensibles a la adriamicina
D) Difieren clínica y patogenéticamente de los verdaderos leiomiosarcomas

57.- En el cáncer de páncreas avanzado

A) La QT no aporta mejores beneficios que un programa de soporte y Cuidados Paliativos
B) La PoliQT es más efectivas que drogas utilizadas singularmente, tal como Gencitabina o Capecitabina
C) Erlotinib y Bevazucimab son agentes que recientemente han mostrado efectividad en la enfermedad avanzada
D) No ha lugar a Cirugía derivativa dada la incurabilidad de estos pacientes

58.- Al tratar un paciente diagnosticado de adenocarcinoma de colon metastásico con esquema de CPT-11 en combinación con bevacizumab, podremos encontrar efectos secundarios diversos, entre los que no serían esperables probablemente:

A) Hipertensión arterial
B) Tromboembolismo pulmonar
C) Parestesias en pies y manos
D) Diarreas

59.- En los últimos años se ha evidenciado una importante relación entre la expresión de algunos genes y sus polimorfismos genéticos, con la actividad y respuesta de los fármacos habitualmente utilizados en el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma colorrectal. Una de las siguientes no sería probablemente útil para definir la posibilidad de respuesta al fármaco con el que se relaciona:

A) 5 FU y niveles de timidilato sintetasa (TS)
B) Oxaliplatino y gen reparador del sistema BER como el XRCC1
C) Oxaliplatino y gen reparador del sistema NER como el ERCC2
D) Capecitabina y déficit de DPD

60.- Ante un paciente de 54 años, sin antecedentes de interés y diagnosticado de adenocarcinoma de colon derecho resecado, el tumor alcanza subserosa y metastatiza a 2 ganglios pericólicos de 12 aislados. No se evidencian metástasis en el estudio radiológico. Sería cierto en cuanto a su tratamiento adyuvante todo lo siguiente, salvo:

A) El tratamiento con esquema FOLFOX es considerado como primera elección en este estadio, tras los resultados del ensayo MOSAIC.
B) El tratamiento con esquema IFL puede ser considerado como estándar, al mostrar superioridad al brazo control en el ensayo CALGB C89803 (Saltz et al).
C) El tratamiento con esquema X-ACT puede ser una alternativa en este paciente, tras los resultados de no inferioridad en términos de supervivencia con el brazo control.
D) Con los datos de seguridad y eficacia del estudio XELOXA presentados en ASCO 2005 por Schmoll et al, el esquema XELOX podría ser propuesto como alternativa

61.- De las siguiente afirmaciones sobre el marcador CEA en el carcinoma colorrectal, señale la falsa:

A) Es útil para el screening de la enfermedad.
B) Se utiliza para la evaluación de la extensión de la enfermedad previa a la cirugía.
C) Es el marcador de elección para la monitorización del carcinoma colorrectal metastásico durante el tratamiento sistémico.
D) Es útil durante el seguimiento.

62.- De las cuestiones que parecen aclaradas en el uso de trastuzumab en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama operable, es cierto que:

A) La duración del tratamiento será como mínimo de 2 años (Estudio Fin-Her)
B) La combinación con antraciclinas de forma simultánea parece ser la menos cardiotóxica aunque menos efectiva (Estudio BCIRG006)
C) El beneficio se limita a pacientes afectas de cáncer de mama con ganglios positivos (Estudio HERA)
D) Tanto la administración semanal como cada 21 días, ha mostrado beneficio en sus respectivas ramas de experimentación respecto a ramas controles en los estudios positivos (NSABP B31, HERA y BCIRG006)

63.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al tratamiento hormonal en el cáncer de mama operable (CMP)?

A) El tamoxifeno es el tratamiento de elección adyuvante actualmente en todas las pacientes postmenopaúsicas con CMP, siendo superior a otras terapias hormonales.
B) El tratamiento secuencial con los inhibidores de la aromatasa tras 2-3 años de tratamiento con tamoxifeno no han mostrado en ninguno de los ensayos randomizados conocidos una superioridad sobre el tamoxifeno en reducción del riesgo de recidivas, en postmenopaúsicas.
C) El tratamiento con letrozol de continuación tras 5 años de tamoxifeno (Ensayo MA 17) no ha encontrado diferencias en la reducción del riesgo de las recidivas de carcinoma, ni mejoría de la supervivencia global en subgrupos de ganglios positivos, en postmenopaúsicas.

D) El tratamiento con tamoxifeno + ablación/supresión ovárica en pacientes premenopáusicas se ha mostrado al menos tan eficaz como la quimioterapia adyuvante tipo CMF.

64.- Cuando valoramos a una paciente de 37 años, mastectomizada y diagnosticada de un carcinoma ductal de mama de 2 cm, invasión vascular y grado histológico II de Nottingham, en la que no se evidenció enfermedad ganglionar metastásica axilar y con inmunohistoquímica que demuestra positividad para receptores hormonales y negatividad para amplificación de HER2/neu, se considerará según las categorías de riesgo de St. Gallen 2005, como candidata a tratamiento adyuvante con:

A) Riesgo intermedio y tratamiento con tamoxifeno +/- ablación ovárica, o bien quimioterapia seguida de tamoxifeno +/- ablación ovárica.
B) Riesgo bajo y tratamiento con inhibidor de aromatasa
C)Riesgo bajo y tratamiento con tamoxifeno
D)Riesgo alto y tratamiento con quimioterapia seguido de tamoxifeno +/- ablación ovárica, o bien inhibidor de aromatasa + ablación ovárica

65.- Es una observación falsa

A) Que en el cáncer de mama no puede prevenirse
B) Que la frecuencia del cáncer de mama crezca con la edad
C) Que coexisten pacientes con patrón prevalente de difusión sistémica o otros cuyo patrón es ordenado
D) La QT paliativa en la enfermedad diseminada incrementa la SLE pero no la SG

66.- Cómo estatificaría un adenocarcinoma de ovario que tras una cirugía reglada obtenemos el siguiente resultado anatomopatológico: adenocarcinoma de células claras de 3.5 cm de ovario izquierdo que se extiende a la trompa izquierda y con varios implantes peritoneales, el mayor de 1.7 cm?

A) Estadio IIIB
B) Estadio IIIA
C) Estadio IIIC
D) Estadio IV

67.- En el tratamiento del carcinoma de ovario avanzado, no es cierto:

A) La quimioterapia neoadyuvante sólo está justificada en pacientes inoperables de inicio, con contraindicación para la cirugía o con mala situación general para la misma
B) Aquellas pacientes en las que no se logre una citorreducción óptima inicial se benefician de una segunda cirugía citorreductora, siempre que sea posible la citorreducción óptima en esta segunda laparotomía
C) Aquellas pacientes en las que no se logre una citorreducción óptima inicial se benefician de una segunda cirugía citorreductora si se ha conseguido una respuesta mayor del 50%, aunque no sea posible la citorreducción óptima en esta segunda laparotomía
D) Uno de los esquemas más usados en la primera línea es paclitaxel 175mg/m2 en 3 horas día 1 + carboplatino AUC 6, en 30-60 minutos día 1 cada 3 semanas

68.- En el seguimiento del cáncer de endometrio una medida no es obligatoria

A) Examen físico y vaginal
B) Citología vaginal
C) Determinación del Ca 125
D) RX de tórax anual

69.- Los siguientes tumores germinales no son productores de alfa-fetoproteina, salvo:

A) Seminoma puro
B) Carcinoma embrionario
C) Tumor del seno endodérmico de tipo parietal
D) Coriocarcinoma

70.- Una de las siguientes variedades histológicas no es un tumor testicular
A) Carcinoma embrionario
B) Cáncer escamoso
C)Tumor del seno endodérmico
D) Teratoma

71.- Atendemos en la consulta a un paciente de 26 años, al que se le ha realizado una orquiectomía izquierda por tumor germinal mixto de tipo carcinoma embrionario (20%) con invasión vascular venosa y teratoma con transformación maligna e inmaduro (80%), de 3,5 cm de tamaño, sin infiltración de rete testis, ni albugínea. Tras la intervención se normalizó la AFP sérica y el TAC no muestra enfermedad metastásica. La actitud posterior sería:
A) Seguimiento estrecho con TAC cada 2 meses y monitorización de marcadores tumorales en sangre, tras comentar al paciente los riesgos y beneficios de ésta actitud.
B) Carboplatino en monoterapia a dosis de AUC7, cada 21 días, por dos ciclos
C) Esquema tipo BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino) de 5 días, cada 21 días, por 2 ciclos
D) Radioterapia pélvica externa con 20 Gy hiperfraccionada.

72.- Según el proceso asistencial de cáncer de cervix/cáncer de útero, requieren especial atención las hemorragias genitales en mujeres post-menopáusicas, sobre todo si, además, coexisten algunos de los siguientes factores de riesgo :
A) Edad: por debajo de 50 años.
B) Multiparidad.
C) Obesidad: índice de masa corporal superior a 25.
D) Tratamiento con progestágenos en mujeres no histerectomizadas.

73.- Con respecto al carcinoma de tiroides ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
A) Constituyen los tumores endocrinos malignos más frecuentes.
B) La mutación más frecuentemente asociada al carcinoma papilar de tiroides afecta al protooncogen RET.
C) El carcinoma folicular es un tumor de crecimiento rápido y frecuente afectación linfática regional.
D) En relación al carcinoma medular de tiroides no es frecuente el dolor local y la disfagia como forma de presentación inicial

74.- El octreoscan o gammagrafía con análogo de somatostatina marcado con I^{111} o I^{131} puede detectar tumores como los siguientes, menos uno de ellos:
A) Hepatocarcinoma
B) Carcinoide
C) Feocromocitoma
D) Carcinoma de mama

75.- El tumor carcinoide se caracteriza entre otras cosas
A) Tener sistemáticamente asociado el síndrome sistémico vinculado al carcinoide
B) Ser incurable en alta proporción de casos
C) Manifiesta un aceptable tasa de respuesta a medidas generales (Interferon, Somastotina, QT)
D) Por la utilidad del octreoscan

76.- Con respecto al cáncer renal. Señale la incorrecta:
A) Es más frecuente en el sexo femenino.
B) Se han descrito regresiones espontáneas.
C) El sunitinib, el interferón y la interleukina son opciones de tratamiento.
D) En el 85 % de los casos se trata de un adenocarcinoma.

77.- Los tumores relacionados con fármacos quimioterápicos son habitualmente leucemias. Un fármaco quimioterápico está claramente relacionado con un tumor sólido, en concreto el cáncer de vejiga. Señale cuál de las siguientes respuestas es la correcta:
A) Metotrexato.

B) Ciscloro diamino platino.
C) Ciclosfamida.
D) Mostaza nitrogenada.

78.- En un paciente afecto de carcinoma de vejiga, con tumoración extravesical (que invade macroscópicamente la grasa perivesical) pero sin afectación ganglionar se podrían incluir como alternativas todas las siguientes menos una:

A) Estadio III, tras RTU diagnóstica se podría realizar cistectomía radical con/sin linfadenectomía locorregional
B) Estadio III, tras RTU diagnóstica se podría realizar cistectomía parcial con margen de más de 2 cm y radioterapia complementaria externa con 45-50 Gy
C) Estadio III, tras RTU diagnóstica se podría realizar cistectomía radical con o sin linfadenectomía locorregional y quimioterapia adyuvante con esquema M-VAC standard o cisplatino+gemcitabina
D) Estadio III, tras RTU diagnóstica se podría realizar cistectomía radical con/sin linfadenectomía locorregional y radioterapia complementaria externa con 60-70 Gy.

79. - Con respecto al carcinoma de próstata ¿cuál sería la correcta?.

A) En los últimos años parece estar disminuyendo su incidencia debido a los programas de detección precoz.
B) La mayor parte de los carcinomas de próstata se localizan en la zona de transición glandular.
C) Cuando existe invasión vesical, fijación a la pared pélvica o invasión de las estructuras adyacentes se estadifica como estadio T3b.
D) El tratamiento inicial en el caso de enfermedad avanzada (estadio IV) es la hormonoterapia.

80.- El tratamiento hormonal adyuvante en el carcinoma de próstata tratado previamente con cirugía y radioterapia es aún controvertido, aunque puede ser útil en pacientes denominados de mal pronóstico por los siguientes factores menos uno:

A) Enfermedad locorregional avanzada
B) Márgenes quirúrgicos positivos
C) Gleason menor de 4
D) Afectación ganglionar

81.- Son opciones válidas en el tratamiento del cáncer prostático inicial (T1-2 No) todas menos una

A) Prostatectomía
B) RT radical
C) QT adyuvante después de cirugía radical
D) Actitud expectante en casos Gleason bajo de enfermos asintomáticos que aceptan seguimiento

82.- En el tratamiento de un paciente afecto de carcinoma de próstata hormonorrefractario es falso que:

A) La combinación de docetaxel cada 3 semanas y prednisona ha mostrado mayor efectividad que el esquema de mitoxantrone y prednisona clásico, con aumento de supervivencia. (estudio TAX 327)
B) En los casos de diferenciación neuroendocrina los esquemas con cisplatino/carboplatino y etopósido han mostrado eficacia
C) El fosfato de estramustina habitualmente utilizado en otras épocas, posee un efecto estrogénico añadido y es bastante útil en monoterapia, sin apenas toxicidades (tasa baja de flebitis que no precisa premedicación)
D) Podrían emplearse otras drogas que han mostrado actividad en esta situación como vinblastina o vinorelbina, talidomida.

83.- Al valorar el tratamiento quimioterápico de los sarcomas de partes blandas, cuando el paciente presenta enfermedad multiorgánica y no es candidato a rescate quirúrgico, es cierto que:

A) El tratamiento considerado estándar de primera línea debe ser la doxorrubicina a dosis de 75 mg/m^2 cada 21 días
B) El tratamiento considerado estándar de primera línea debe ser la ifosfamida a dosis de 5 mg/m^2, que consiguen más del 40% de respuestas.
C) El tratamiento más activo, aunque peor tolerado es la combinación de antraciclinas con ifosfamida a altas dosis, que ha demostrado ser superior a la monoterapia en supervivencia y calidad de vida
D) El tratamiento a considerar en pacientes con PS > 2 y > 70 años debe incluir ensayos clínicos o combinación de antraciclinas con ifosfamida a altas dosis.

84.- El tratamiento ideal de un varón de 23 años con un sarcoma de alto grado en zona gemelar derecha y sin enfermedad a distancia es:

A) Cirugía y quimioterapia adyuvante
B) Quimioterapia seguida de radioterapia
C) Radioterapia seguida de cirugía y quimioterapia
D) Quimioterapia y radioterapia concomitantes seguido de cirugía

85.- En los sarcomas de partes blandas ¿cuales son los fármacos más eficaces?

A) Gemcitabina y epirrubicina
B) Ifosfamida y adriamicina
C) Taxotere y vinorelbina
D) Metotrexato y ciclofosfamida

86.- Un paciente de 42 años de edad es sometido a biopsia escisional por lesión cutánea sospechosa de melanoma maligno en brazo izquierdo. El estudio anatomopatológico es informado como melanoma maligno de 3.4 mm. de espesor de Breslow con metástasis ganglionar axilar. ¿qué tratamiento adyuvante sería el más adecuado en el momento actual?

A) Inmunoterapia con interleukina II.
B) Inmunoterapia con interferón alfa 2 beta a altas dosis.
C) Inmunoterapia con interferón alfa 2 beta a bajas dosis.
D) Seguimiento.

87.- Una paciente de 29 años presenta un melanoma nodular en la región femoral anterior izquierda. Tras extirpar el tumor primario, la anatomía patológica informa de un melanoma de 3mm de profundidad, completamente resecado. Sobre este caso, una de las siguientes reflexiones es incorrecta. Señálala.

A) Dado que el espesor de la lesión está entre 1 y 4 mm, estaría indicada la realización de la técnica del ganglio centinela.
B) En caso de infiltración ganglionar histológicamente confirmada, estaría indicado el tratamiento adyuvante con IFN.
C) Los estudios obligados en el estudio de extensión incluirán una analítica y una radiografía de tórax.
D) En caso de realizarse la técnica del ganglio centinela, si éste estuviera infiltrado por la neoplasia no estaría indicada la linfadenectomía posterior.

88.- Con respecto al melanoma en estadios localizados ¿cuál de los siguientes no se considera un factor pronóstico clínico?

A) Localización anatómica.
B) Espesor de Breslow.
C) Edad.
D) Todos los anteriores son correctos.

89.- Teniendo en cuenta el Índice de pronóstico Internacional NHL o denominado IPI para los Linfomas no Hodgkin, un paciente de 50 años, estadificado como II en la clasificación de

Ann-Arbor, sin afectación de área extraganglionar, con buen PS y LDH elevada, se definiría como:

A) Riesgo intermedio bajo (2 puntos)
B) Riesgo bajo (1 punto)
C) Riesgo intermedio alto (3 puntos)
D) Riesgo alto (5 puntos)

90.- Un paciente de 40 años, con fiebre prolongada, sudoración y pérdida de peso, es diagnosticado mediante biopsia ganglionar de Linfoma de Hodgkin de patrón con predominio linfocítico nodular, mostrando el TAC presencia de adenopatías mayores de 2 cm en mediastino, subcarinales, supraclaviculares, del área esplénica hiliar, celíacas y del área portal. Señale la respuesta verdadera, en relación a su evaluación y tratamiento:

A) Estadio IIB y se trataría con radioterapia sobre campos afectos con 36 Gy
B) Estadio III2B y se trataría con quimioterapia tipo ABVD clásica x 3 ciclos
C) Estadio III1B y se trataría con quimioterapia tipo ABVD clásica x 8 ciclos
D) Estadio III2B y se trataría con quimioterapia tipo ABVD clásica x 3 ciclos, seguido de irradiación de campos afectos con 36 Gy

91.- Junto a los factores clínicos o biológicos que influyen en el pronóstico del mieloma múltiple, se han incorporado aquellos que determinan la denominada calidad de respuesta, como criterios de evaluación de la respuesta y progresión al tratamiento propuestos por la EBMT (european Group for Blood and Marrow transplant), entre éstos últimos no se encuentran:

A) Cambio del nivel de paraproteína sérica
B) Cambio del nivel de cadenas ligeras en orina
C) Modificación del porcentaje de células plasmáticas en médula ósea
D) Cambio del nivel de beta-2-microglobulina sérica

92. - De las siguientes afirmaciones con respecto al cáncer en gestantes, una es falsa :

A) Los cánceres más frecuentes en mujeres gestantes corresponden a carcinoma de mama, cervix, melanomas, linfomas y leucemias.
B) En el segundo y tercer trimestre de embarazo, se pueden emplear determinados tratamientos quimioterápicos con un bajo riesgo de malformaciones, como se ha demostrado en diferentes estudios.
C) Los antimetabolitos (fluoracilo, methotrexate) y alquilantes (ciclofosfamida, clorambucil, busulfan) son los que con menos frecuencia se han descrito malformaciones fetales.
D) Todas las anteriores son ciertas.

93.- Señale la opción correcta respecto al cáncer en la mujer embarazada:

A) Debe evitarse la RMN dado el alto riesgo de malformaciones que conlleva para el feto
B) La hormona e inmunoterapia son tratamientos preferidos frente a la quimio y radioterapia durante el embarazo si están indicados para el tumor diagnosticado
C) En el cáncer de cervix, la cirugía localizada (conización), podría ser un tratamiento curativo dado que la mayoría de estos tumores se diagnostican en estadios precoces y no se asocia a un mayor riesgo de aborto
D) En el 2º y 3º trimestre se puede utilizar la cirugía y la quimioterapia con un riesgo bajo de malformaciones, aunque con control estricto por parte del ginecólogo

94.- Aplicando los test de vulnerabilidad en pacientes geriátricos para valorar la administración de quimioterapia, consideraría como frágil un paciente que cumpliera todos menos uno de los siguientes cuadros:

A) Dependencia para la realización de dos actividades de vida diaria
B) EPOC, ACV previo, con insuficiencia renal por diabetes
C) Falta de energía y movimientos lentos
D) Incontinencia urinaria, depresión y caídas frecuentes.

95.- En la prevención y/o el tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia, no es una recomendación de la MASCC (Multinacional Association for Supportive Care in Cancer):

A) En mujeres que reciban antracilinas y ciclofosfamida, a pesar de presentar un riesgo moderado de emesis, se debe tratar como el grupo de alto riesgo (antagonistas de los receptores de serotonina, dexametasona y aprepitant)
B) En el grupo de mínimo riesgo, se recomienda dexametasona de entrada
C) En el grupo de alto riesgo está recomendado: antagonistas de los receptores de serotonina, dexametasona y aprepitant
D) En el grupo de riesgo moderado se recomienda: antagonistas de los receptores de serotonina y dexametasona desde el primer ciclo

96.- Paciente de 58 años que tras ser sometido a tratamiento quimioterápico, una semana después debuta con cuadro febril de 38.5ºC, sin otra sintomatología acompañante y en la analítica muestra una cifra de hemoglobina de 9.1 g/dl, leucocitos 900(450neutrófilos) y 40.000 plaquetas. Se debería iniciar tratamiento antibiótico de forma empírica con:

A) Cefepime + amikacina.
B) Cefepime+amikacina+transfusión de plaquetas por el alto riesgo de sangrado.
C) Cepemime+vancomicina + voriconazol.
D) Cefepime+amikacina+voriconazol.

97.- ¿Cuál de las siguientes opciones es la más adecuada para el tratamiento del dolor irruptivo en un paciente con dolor crónico bien controlado con opioides mayores?

A) Solución oral de morfina
B) Morfina oral de liberación rápida (Sevredol®)
C) Parche transdérmico de buprenorfina
D) Fentanilo transmucoso

98.- Con respecto a la enfermedad terminal:

A) Durante la sedación en el paciente terminal en agonía, hay siempre que garantizar la hidratación parenteral.
B) Durante la sedación en el paciente terminal sin que el paciente se encuentre en situación agónica, hay que garantizar la hidratación parenteral
C) El síntoma refractario o difícil es aquel que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos intensos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable, sin que se comprometa la conciencia del paciente
D) El midazolan es un fármaco de lección para la sedación en el paciente terminal, incluido el caso de delirum refractario

99.- Los suplementos orales de nutrición enteral que se administran a los pacientes oncológicos cuando la ingesta de la dieta no cubre los requerimientos nutricionales diarios, suelen presentar la siguiente formulación:

A) Dieta polimérica normoprotéica.
B) Dieta polimérica hiperprotéica.
C) Dieta polimérica energética.
D) Dieta polimérica energética hiperprotéica.

100.- Cuál de los siguientes no es un principio ético de la asistencia al final de la vida:

A) No maleficencia.
B) Justicia.
C) Autonomía.
D) Eficiencia

101.- Paciente de 60 años de edad con un carcinoma microcítico de pulmón que presenta enzimas hepáticas elevadas al doble del límite superior y una creatinina de 1.6mg/dl. El planteamiento es utilizar un esquema que incluya etopósido ¿Cúal de las siguientes afirmaciones habría que tener en cuenta?

A) El paciente no debe ser tratado con etopósido.

B) Habría que reducir la dosis al 50% por disfunción hepática y renal.
C) El paciente tiene mayor riesgo de neuropatía periférica.
D) El paciente tendrá mayor riesgo de presentar mielotoxicidad por la disfunción hepática y renal.

102.- En cáncer colorectal no es cierto que
A) La dieta ejerza influencia en el riesgo de desarrollar la enfermedad
B) Los programas de RT – QT preoperatorio están indicados en los tumores de rectoinvasivos > T3
C) Hay un programa de diagnóstico precoz de este tumor en Andalucía
D) Es el tumor más frecuente en el conjunto de ambos sexos

103.- Teniendo en cuenta nuestra práctica habitual y el meta-análisis de Klijn, en una paciente de 40 años, diagnosticada de recidiva de cáncer de mama a los 6 años del diagnóstico, en una localización ganglionar inaccesible y con histología de carcinoma ductal infiltrante, con receptores hormonales positivos, usted la trataría con:
A) Anastrozol
B) Goserelina y tamoxifeno
C) Adriamicina y docetaxel secuencial
D) Fulvestrant

ESTA PÁGINA ESTÁ EN BLANCO INTENCIONADAMENTE

JRI JRI JRI