



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de oncología radioterápica del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Advertencias:

- No abra el cuestionario hasta que se lo indiquen.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, pida que se lo cambien.
- Esta prueba consta de cinco casos prácticos, de los cuales tiene que elegir solo uno para responder las preguntas que se formulan. A cada pregunta se le ha asignado una puntuación propia.
- La valoración global de la prueba es de 60 puntos; para superarla hay que lograr la puntuación mínima de 30 puntos.
- Durante la prueba tiene que mantener apagados el teléfono móvil y cualquier otro aparato que permita la comunicación telemática.
- El tiempo para completar el ejercicio es de dos horas (120 minutos).



Caso práctico 1: paciente de 74 años derivado desde el servicio de neumología, al cual fue remitido para estudiar un nódulo pulmonar en el lóbulo superior derecho

Antecedentes personales:

- Diabetes *mellitus* de tipo 2.
- Infarto agudo de miocardio en 2002.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Prostatismo.
- Alergia a AINE (naproxeno e ibuprofeno).
- Exfumador desde 2002. Índice de paquetes de cigarrillos anuales (IPA): 117 paquetes/año.

Tratamiento actual: omeprazol, metformina, glimepirida, pioglitazona, ácido acetilsalicílico, carvedilol, valsartán, simvastatina, ezetimiba, tamsulosona, alopurinol, serenoa.

Historia oncológica:

- 1) Primer síntoma: nódulo pulmonar en el lóbulo superior derecho (LSD).
- 2) Primer diagnóstico:
 - TAC torácica:
 - Masa pulmonar no solitaria en el LSD (segmento posterobasal) de 2,5 x 2,4 cm, sólida, lobulada, espiculada, base pleural / retracción pleural, no cavitada. Asocia opacidades periféricas inespecíficas.
 - Poliganglios / adenopatías mediastínicas medias / subcarinales (mayor, 2,2 cm subcarinal).
 - Otros: divertículo en el bronquio supernumerario posterior al bronquio intermediario derecho. Probable infarto de miocardio crónico ápex/septo interventricular inferior. Canal lumbar estrecho. Hipertrofia prostática con vejiga de lucha.
 - PFR:
 - FVC: 78 %.
 - FEV1: 67 %.
 - FEV1/FVC: 65 %.
 - DLCO: 44.
 - PBD: negativa.

- FBC: sin hallazgos.
- PAAF transcarinal y cepillado bronquial: positivo para ADK.
- PET:
 - Hipermetabolismo (SUV de 6,4) de nódulo pulmonar espiculado en el LSD de 23 x 21 mm.
 - Adenopatía subcarinal de 16 mm y SUV de 6,3.
 - Adenopatía precarinal de 8 mm y SUV de 3,6.
 - Adenopatías mediastínicas contralaterales paratraqueales izquierdas bajas (N3) de 6 mm (SUV de 2,9) y 10 mm (SUV de 2,7).
 - No se observan otros focos de 18F-FDG a distancia.
- Pulmón: biopsia de adenocarcinoma. Presenta focal positividad frente a p40. No se puede descartar componente escamoso.
- Determinación PDL-1 (clon SP263): expresión 50 %.

PREGUNTAS (10 puntos cada una)

1. Describa la TNM, el estadio tumoral y el tratamiento de elección, especificando la quimioterapia más empleada, la técnica de radioterapia, los volúmenes y los órganos de riesgo, las dosis de radioterapia y los *constraints*, etc.
2. Si por la PET solo hubiese tenido una adenopatía paratraqueal derecha positiva y la EBUS hubiese sido positiva (es decir, un cTcN2 *unilevel*):
 - a) ¿Cuál sería el nuevo TNM?
 - b) ¿Qué actitud a seguir sería la más adecuada?
 - c) ¿Qué pruebas solicitaría para valorar la respuesta al tratamiento y decidir la actitud a seguir?
 - d) Valore los distintos escenarios y los tratamientos más adecuados.
3. Si, de debut, el paciente hubiera sido metastásico de inicio, con EGFR mutado:
 - a) ¿Qué tratamiento sería el adecuado?
 - b) Si tras dos años progresase en forma de nódulos pulmonares bilaterales y una lesión SRD de 3 cm dolorosa y se demostrara la mutación T790M en la biopsia líquida, ¿cuál sería la actitud a seguir? Especifique la técnica de radioterapia, los volúmenes y los órganos de riesgo, las dosis y los *constraints* de radioterapia.
 - c) Si fuese EGFR mutado y debutara con M1 cerebrales de inicio, ¿qué ITK sería el adecuado? ¿Irradiaría las lesiones cerebrales de inicio?
4. Comente la importancia del estudio RTOG 0617.
5. Si el V20 pulmonar de este paciente fuera del 40 % con una D media pulmonar de 23 Gy, ¿lo trataría? Posibles alternativas al tratamiento.



6. El paciente es tratado con quimioterapia/radioterapia concomitante y está en rehabilitación pulmonar mantenida durante un año. Inicia un dolor costal izquierdo y la TAC de valoración evidencia una lesión lítica costal en la 7^a costilla izquierda con dos nódulos pulmonares en LMD y LID y M1 hepáticas. El paciente mantiene ECOG 1 por dolor. ¿Qué tratamiento aplicaría? Especifique la técnica de radioterapia, los volúmenes y los órganos de riesgo, las dosis y los *constraints* de radioterapia, etc.



Caso práctico 2: mujer de 49 años que ingresa a cargo del servicio de medicina interna a causa de la sospecha de neoplasia del páncreas

Antecedentes:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Padre fallecido de cáncer pancreático.
- Sin hábitos tóxicos.
- Independiente en las actividades básicas de la vida diaria.
- Sin ningún tratamiento medicamentoso.

Enfermedad actual:

- Ingresa en el servicio de medicina interna remitida por su médico de atención primaria a causa de una epigastralgia, malestar general y dolor abdominal de un mes de evolución.
- Ha tenido también tres episodios de vómitos y algún episodio diarreico.
- Hace una semana empezó a notar prurito y urticaria generalizada, coluria y acolia.
- Refiere sensación de presencia de contenido gaseoso.
- Ha perdido 10 kg en el último mes, que asociaba a la dificultad para alimentarse.

Exploración física:

- Consciente y orientada.
- Normohidratada.
- Eupneica.
- Peristaltismo presente.
- Auscultación pulmonar: normoventilación.
- Tinte icterico.
- Algunas lesiones en el abdomen debidas al hecho de haberse rascado.
- TC (tonos cardiacos): ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.
- Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias.
- Sin signos de irritación peritoneal.
- Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias:

1) Análisis de sangre

- Hemograma:
 - Leucocitos: 5.400/mm³ (N 61,6 %).
 - HB: 12,8 g/dl.
 - Hematocrito: 38,8 %.
 - VCM: 83,7 fL.
 - HCM: 27,6 pg
 - CHCM: 33 g/dl.
 - RDW: 13,5
 - Plaquetas: 244.000/mm³.
 - VSG: 56 mm/hora.
- Coagulación:
 - INR: 1,09.
 - TP: 12,4 seg.
 - Actividad de la protrombina: 88 %.
 - TTPA: 37,8 seg.
 - Fibrinógeno: 592 mg/dl.
- Bioquímica:
 - Glucosa: 119 mg/dl.
 - Urea: 30 mg/dl.
 - Creatinina: 0,58 mg/dl.
 - BT: 3,7 mg/dl.
 - BD: 3,4 mg/dl.
 - GOT: 256 UI/L.
 - GPT: 587 UI/L.
 - GGT: 554 UI/L.
 - FA: 343 UI/L.
 - Sodio: 136 mEq/L.
 - Potasio: 4,8 mEq/L.
 - Calcio: 10,3 mg/dl.
 - FGE: 110 mL/min.
- Proteínas en el suero:
 - Totales: 7,1 g/dL.
 - Albúmina: 4,3 g/dL.
 - PCR: 0,21 mg/dL.
- Marcadores: CA 19,9 1420 U/mL.

2) Ecografía abdominal

- Hígado homogéneo, de tamaño normal. No se aprecian lesiones focales claras.
- Vesícula biliar, de tamaño normal, con imágenes parietales en cola de cometa que sugieren adenomiosomatosis.
- No se observan litiasis.
- Dilatación de las vías biliares intrahepáticas, con colédoco de hasta 14 mm y *stop brusco* al nivel de la cabeza de páncreas, donde parece observarse una lesión hipoecoica de 30 x 38 x 26 mm que sugiere tumor, con cuerpo y cola pancreática aparentemente normales, con dilatación del Wirsung a este nivel.
- Bazo y riñones normales. No se observa líquido libre.
- Diagnóstico: probable tumor en la cabeza de páncreas, con atrapamiento del colédoco y dilatación de Wirsung.

3) TAC abdominal



- Se confirma la presencia de una masa sólida mal definida hipodensa en la cabeza del páncreas, de 33 × 27,8 x 34 mm.
 - Asocia gran dilatación del colédoco (18 mm, con *stop* más o menos brusco) y marcada ectasia de las vías biliares intrahepáticas en ambos lóbulos.
 - Moderada ectasia del Wirsung (3 mm) en todo su trayecto.
 - Significativa infiltración de la vena y de la arteria mesentérica superior (la engloba en su totalidad).
 - No se aprecia plano graso de clivaje con 2ª y 3ª porciones duodenales (esta última con paredes algo engrosadas).
 - Arteria pancreático-duodenal anteroinferior permeable.
 - Tronco celíaco libre.
 - Hallazgos sugestivos de principio de neoplasia en la cabeza del páncreas (probable adenocarcinoma), sin que se pueda descartar un proceso inflamatorio pancreático subagudo focal (menos probable). Debe valorarse hacer una resonancia magnética / ecoendoscopia y una biopsia.
 - Hígado de tamaño y morfología normales.
 - Vesícula biliar alitiásica.
 - Bazo, glándulas suprarrenales y ambos riñones sin hallazgos significativos. Pequeños quistes corticales renales bilaterales.
 - No se observan adenopatías mesentéricas, retroperitoneales inferiores ni iliacas de tamaño significativo.
 - Foliculo de 25 mm en el ovario derecho.
 - No hay líquido intraperitoneal libre.
- 4) Ecoendoscopia
- Tumoración ya descrita que infiltra la vena mesentérica superior y la arteria mesentérica superior, adyacente a la encrucijada interaortocava.
 - Infiltración de la pared duodenal.
- 5) CPRE:
- Para colocar prótesis plástica para el drenaje biliar.
- 6) Biopsia:
- Positiva para adenocarcinoma.



PREGUNTAS

1. ¿Cuál sería el estadio de esta neoplasia del páncreas? ¿Considera suficiente el estudio de extensión realizado? ¿Cuál es la supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas según los diferentes estadios? (20 puntos)
2. ¿Considera que se trata de una lesión resecable de inicio? Justifique la respuesta. (5 puntos)
3. Tras la valoración del caso en el comité de tumores digestivos, se decide aplicar un tratamiento con intención radical.
¿Qué tratamiento inicial ofrecería a la paciente? (5 puntos)
4. ¿Cuál es el papel de la SBRT en un cáncer de páncreas localmente avanzado? (5 puntos)
5. Para los pacientes tratados con radioterapia externa convencional (no SBRT), describa la técnica de simulación. ¿Cuáles serían los volúmenes GTV, CTV y PTV en este caso? ¿Qué órganos consideraría de riesgo? ¿Qué dosis y qué fraccionamiento utilizaría? (20 puntos)
6. Describa el papel de la inmunoterapia en el cáncer de páncreas. (5 puntos)



Caso práctico 3: niño de 8 años que ingresa en el servicio de urgencias porque refiere dolor interescapular que ha aumentado durante las tres últimas semanas

Antecedentes:

- La semana anterior, su pediatra de atención primaria lo había sido valorado y diagnosticó «contracturas musculares y dolores por el crecimiento».
- En los dos días previos al ingreso en urgencias ha sufrido parestesias y pérdida de fuerza en ambas extremidades inferiores, sobre todo en la derecha.

Exploración en urgencias:

- Dolor en la palpación en el área interescapular.
- No hay presencia de masas ni signos inflamatorios.
- Dificultad para la marcha.
- Pérdida de fuerza en ambas extremidades inferiores, más acusada en la derecha
- Reflejos osteotendinosos disminuidos de manera simétrica.
- En menos de 24 horas presenta empeoramiento progresivo del déficit motor, al que se añade pérdida de sensibilidad en las extremidades inferiores.

Estudios realizados:

- Radiografía de la columna: escoliosis dorsolumbar, sin otros hallazgos.
- Resonancia magnética: aplastamiento de la vértebra T2 de un 50 %, aproximadamente, asociado a una lesión de los tejidos blandos adyacentes, con compromiso epidural y compresión del cordón medular, que se extiende en sentido superior, inferior y en los forámenes.
- Posibles diagnósticos según el servicio de radiología: histiocitosis X, linfoma y sarcoma de Ewing / PNET.
- Diagnóstico según el servicio de neurología: tumor extradural con compresión del canal medular. Indica una biopsia-exéresis del tumor espinal.
- Laminectomía total de la vértebra T2 y parcial de las vértebras T1 y T3 por el canal dorsal, y resección del tumor extraaxial dorsal. Se libera el canal y quedan libres la médula y las raíces nerviosas, que da como resultado una paresia residual de la extremidad inferior derecha.



Informe de anatomía patológica:

- Tumoración indiferenciada de células redondas, en lóbulos, con escaso citoplasma, positivas para CD99, sinaptofisina, Fli1, focal positividad para AE1/AE3. Negativas para desmina, miogenina, cromogranina, CD56, S-100, CD34, GFAP, melan-A, PHH3.
- FISH: gen EWSR1 translocado.
- Sarcoma de Ewing.

PREGUNTAS

1. Defina la clasificación celular y las características genómicas del sarcoma de Ewing. (10 puntos)
2. Tras una evolución correcta del periodo postoperatorio, el paciente sale de la unidad de cuidados intensivos y se solicita una TAC y una gammagrafía ósea para descartar enfermedad a distancia, que dan resultados negativos, lo cual indica que se trata de un tumor localizado.
¿Qué otras exploraciones y pruebas complementarias serían necesarias para determinar un estadiaje completo? (5 puntos)
3. El paciente es trasladado a la planta de hospitalización de oncología pediátrica; tras un estudio de extensión cuyo resultado es normal, se le coloca un port-a-cath para aplicarle quimioterapia.
Con toda la información obtenida hasta ahora, describa la opción de tratamiento más adecuada para este paciente. (15 puntos)
4. A las cinco semanas desde la intervención quirúrgica, el paciente inicia un esquema de quimioterapia con reducción de la dosis de uno de los fármacos a causa de complicaciones, colitis y cistitis hemorrágica, pero completa seis ciclos en los cinco meses siguientes.
Se le hace una exploración con resonancia magnética postquirúrgica tras completar el segundo ciclo de quimioterapia, en la que se observa lo siguiente:
 - Cambios posquirúrgicos en los elementos posteriores del segmento T1-T3 y en la musculatura paraespinal posterior adyacente del mismo segmento.
 - Inversión de la lordosis cervical fisiológica.
 - No se observan masas en el interior del canal espinal ni en los forámenes en las secuencias estructurales sin contraste.
 - Posteriormente, después de la administración de gadolinio, no se observan masas/nódulos con realce.
 - Médula y canal espinal distal sin nódulos.Defina las dosis, los volúmenes, las *constraints* al órgano de riesgo fundamental (u órganos) y el fraccionamiento adecuados con los que debe tratarse al paciente. (20 puntos).



5. El paciente recibe tratamiento de radioterapia y se le administra quimioterapia de consolidación. Todo el tratamiento finaliza el 30/01/2016. Posteriormente, sigue controles en la consulta externa, en los que está asintomático.

En una TAC de control dos años después del tratamiento se objetiva en el lóbulo inferior derecho del pulmón derecho un nódulo en el segmento lateral y otro en el segmento anterior, sugestivos de metástasis.

Describe y razone qué tratamiento (o qué tratamientos y en qué orden) sería idóneo para este paciente. (10 puntos)



Caso práctico 4: hombre de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de extirpación de carcinoma cutáneo en la espalda en 2006 e intervención de una fístula anal en 2008

Exploraciones previas:

- Controlado en el servicio de urología por la elevación progresiva del PSA hasta alcanzar un valor de 4,6 ng/ml en noviembre de 2019. En un tacto rectal se apreció un nódulo en el lóbulo medio izquierdo.
- En diciembre de 2019 se le hizo una biopsia de la próstata, con este resultado:
 - Ápex derecho: adenocarcinoma de células acinares. Gleason: 7 (3+4). El tumor afectaba al 26,6 % del material remitido. No había invasión perineural ni vascular. Ausencia de PIN.
 - Medio derecho: adenocarcinoma de células acinares. Gleason: 7 (3+4). El tumor afectaba al 33 % del material remitido. No había invasión perineural ni vascular. Ausencia de PIN.
 - Base derecha: adenocarcinoma de células acinares. Gleason: 6 (3+3). El tumor afectaba al 11,5 % del material remitido. No había invasión perineural ni vascular. Ausencia de PIN.
 - Ápex izquierdo: negativo para malignidad.
 - Medio izquierdo: adenocarcinoma de células acinares. Gleason: 7 (3+4). El tumor afectaba al 26,4 % del material remitido. No había invasión perineural ni vascular. Ausencia de PIN.
 - Base izquierda: adenocarcinoma de células acinares. Gleason: 7 (3+4). El tumor afectaba al 19 % del material remitido. No había invasión perineural ni vascular. Ausencia de PIN. El estudio de extensión dio resultado negativo.

PREGUNTAS

1. Describa el estadiaje, el grupo de riesgo y las opciones terapéuticas para este paciente. (10 puntos)
2. ¿Qué estudio de extensión solicitaría para completar el estadiaje antes de aplicar cualquier opción terapéutica? (10 puntos)
3. En marzo de 2020 se informó al paciente de que el carcinoma de próstata era de riesgo bajo y aceptó el tratamiento quirúrgico. El 2 de junio de 2020 se le hizo una

prostatectomía radical laparoscópica. El resultado del examen histológico de la pieza quirúrgica fue el siguiente:

- Adenocarcinoma prostático bilateral (convencional y *foamy gland*).
- Gleason: 8 (4+4).
- Afecta al 20-30 % de la pieza remitida.
- Infiltración capsular.
- Invasión extraprostática (anterolateral derecha y anterior izquierda).
- Invasión linfática y vascular.
- Extensa infiltración perineural.
- Márgenes quirúrgicos libres.
- pT3a.
- PSA postquirúrgico (27 de julio de 2021): 0,35 ng/ml.

Describe el estadiaje, el grupo de riesgo, las pruebas complementarias y las opciones terapéuticas para este paciente. (20 puntos)

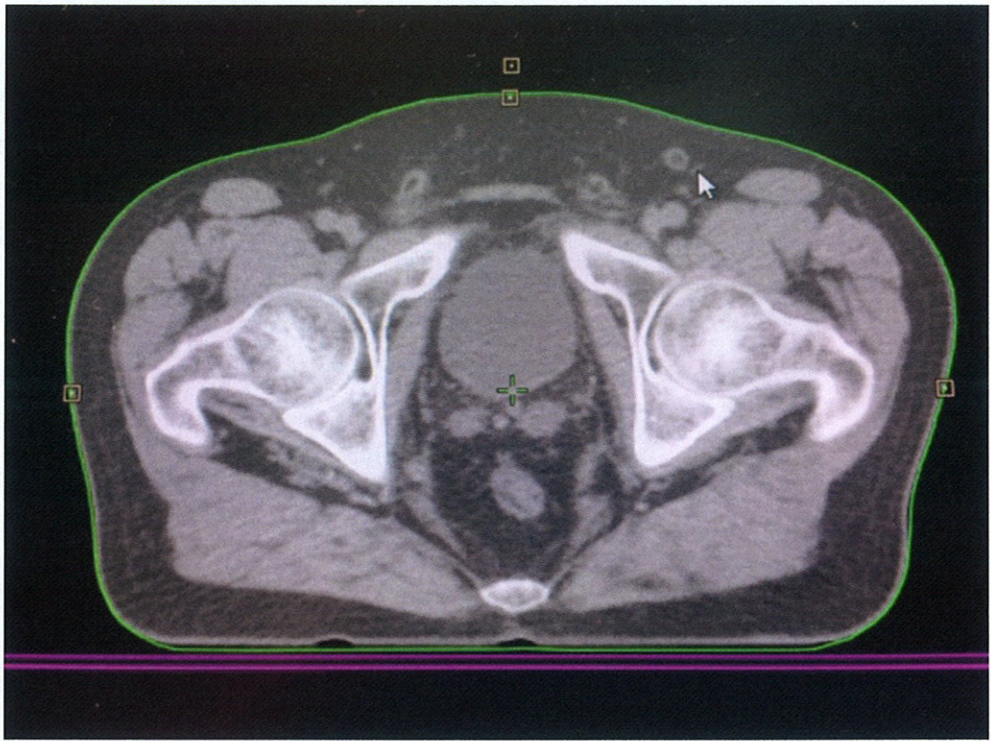
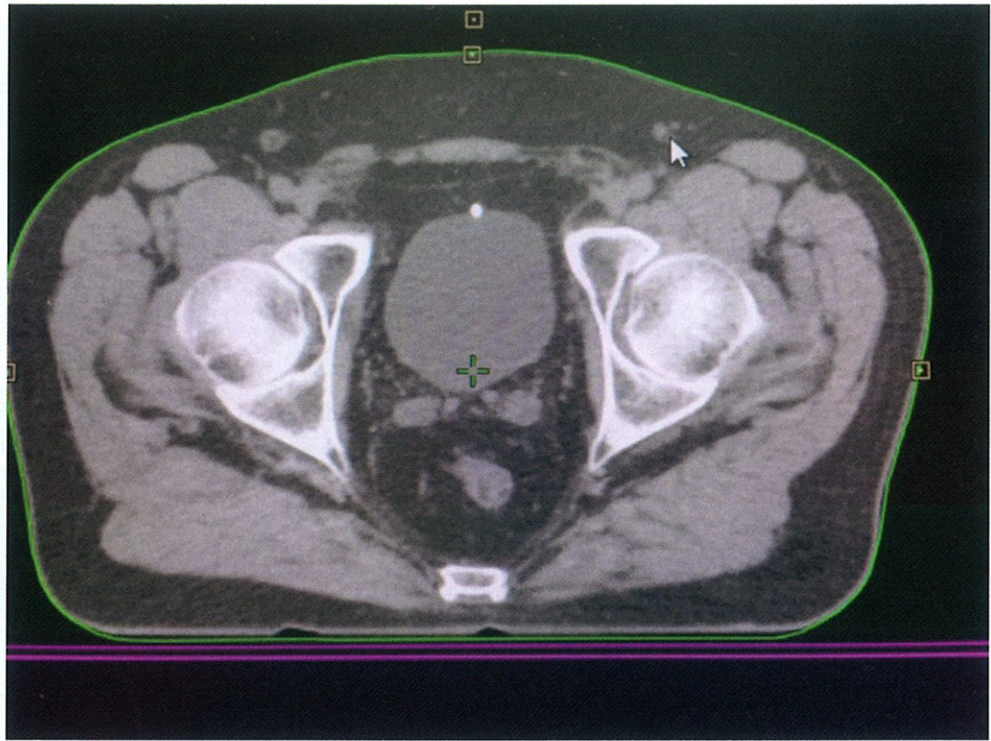
4. Se remite al paciente al servicio de oncología radioterápica para valorar el tratamiento: el 1 de septiembre de 2020 se presenta el caso en la sesión, se le hace la primera visita y es evaluado según los datos descritos (adenocarcinoma prostático intervenido en junio de 2020 y con PSA postoperatorio de 0,35 ng/ml) y es considerado como tributario de tratamiento radioterápico adyuvante sobre lecho quirúrgico.

Tras informar al paciente sobre el tratamiento, sus posibles efectos secundarios y las alternativas, firma el consentimiento informado y se le facilitan las instrucciones de preparación para la simulación y el tratamiento diario. El 8 de septiembre 2020 se le hace una TAC de simulación, de la que se obtienen las seis imágenes de las páginas siguientes.

Haga una valoración y describa el plan de tratamiento. (20 puntos)









Caso práctico 5: hombre de 47 años sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas, pero con hábitos tóxicos: fumador, bebedor moderado, exconsumidor de heroína y cocaína, en tratamiento de deshabituación con metadona

Historia oncológica:

- 1) El paciente consulta a su médico de familia a causa de una tumoración cervical izquierda de dos meses de evolución. Se le hacen los exámenes siguientes:
 - Ecografía del cuello, en la que se detectan adenopatías bilaterales de volumen patológico.
 - Analítica y serología: VSG alta, TSH normal y serologías para el VIH, el treponema y el virus de la hepatitis B negativas.
- 2) El paciente es derivado al servicio de otorrinolaringología, donde se le hacen las pruebas siguientes:
 - Exploración otorrinolaringológica:
 - Cuello: masas bilaterales induradas, adheridas a planos profundos, en la región yugulodigástrica y en el área V, no dolorosas en la palpación.
 - Nasofibroscoopia: hiperplasia en el *cavum*, leucoplasia y restos de sangre; abombamiento de la pared posterior y lateral izquierda; cuerdas vocales con movilidad y aspecto adecuados; senos piriformes libres.
 - Biopsia del *cavum*: carcinoma nasofaríngeo no queratinizante de tipo indiferenciado. VEB (EBER) positivo.
 - PAAF para valorar la adenopatía: material insuficiente para el diagnóstico.
 - Resonancia magnética del cuello sin/con contraste:
 - Extensa lesión neoformativa con engrosamiento mucoso desde la nasofaringe, con afectación de las amígdalas palatinas y extensión caudal por la pared faríngea posterior hasta la hipofaringe.
 - Ocupación bilateral de los espacios parafaríngeos, mayor en el izquierdo, sin plano graso de separación con la musculatura pterigoidea ipsilateral. En el margen posterior afecta a los espacios retrofaríngeo y prevertebral.
 - La lesión contacta con un conglomerado adenopático en la región carotídea izquierda y engloba las estructuras vasculares.

- Múltiples adenopatías retrofaríngeas, en espacios carotídeos bilaterales y espacios grasos posteriores, que miden hasta 26 mm (eje corto), algunas con zonas de necrosis quística.
- En la secuencia T1 sagital se observa una hiposeñal focal en la médula ósea grasa del clivus de 13 mm, sugestiva también de lesión neoplásica.
- Senos cavernosos y *cavum* de Meckel simétricos.
- PET/TC:
 - Se observa un foco hipermetabólico patológico de intensidad alta que se extiende bilateralmente desde el *cavum* por la pared faríngea, que afecta a las amígdalas palatinas, hasta la hipofaringe (especialmente en el lado izquierdo) y presenta un SUV máximo de 11,1 g/ml. Este hipermetabolismo se extiende a espacios parafaríngeos y posteriormente hacia la musculatura prevertebral, todo ello en relación con la lesión neoforativa extensa conocida.
 - También se evidencian múltiples depósitos patológicos en la zona laterocervical bilateral, que se corresponden con adenopatías hipermetabólicas desde la región parafaríngea, espacios carotídeos y espacio graso cervical posterior bilaterales (SUV máximo de 10,53 g/ml), hasta el nivel III de ambos cuellos y el nivel VA espinal en el lado derecho.
 - No se identifican otros focos patológicos en el resto de áreas ganglionares estudiadas.
 - El resto del metabolismo glucídico corporal está dentro de la normalidad.
- Conclusión: el estudio PET/TC evidencia una gran masa hipermetabólica en el *cavum*, que se extiende caudalmente por la pared faríngea hasta la hipofaringe, compatible con un tumor primario conocido, junto con múltiples adenopatías hipermetabólicas laterocervicales bilaterales de carácter infiltrativo.

PREGUNTAS

1. Con la descripción de la exploración otorrinolaringológica y los informes de las pruebas de imagen, determine el estadiaje TNM. (5 puntos)
2. El paciente es derivado al servicio de oncología radioterápica para aplicarle tratamiento radical con radioterapia y se le hace una PET/TC de simulación/contorneo.
¿Qué ventajas e inconvenientes encuentra en una simulación por PET/TC? (10 puntos)
3. Basándose en la información de que dispone, describa los volúmenes de tratamiento (detallando las estructuras anatómicas a cubrir), las dosis y el fraccionamiento. (15 puntos)
4. Concomitantemente al tratamiento con radioterapia, el paciente recibe tratamiento con CDDP (100 mg/m²) cada 21 días.
¿Considera que debería haber sido tratado con quimioterapia neoadyuvante? Razone la respuesta. (15 puntos)
5. Una vez finalizado el tratamiento se valora la respuesta y se considera como *completa*.
¿Qué estudios y exploraciones hay que hacer y cuándo deben hacerse para valorar la respuesta al tratamiento y las pautas de seguimiento? (5 puntos)
6. Al cabo de 7 años y 8 meses desde la finalización del tratamiento, en un exploración otorrinolaringológica de seguimiento se detecta una lesión eritematosa en la fosa de Rosenmüller derecha y a partir de una biopsia se informa de un carcinoma no queratinizante indiferenciado. Se hace una resonancia magnética de la cabeza y del cuello en la que se detecta asimetría en la fosa de Rosenmüller derecha respecto a la izquierda, sin otros hallazgos. Además, se hace una PET/TC en la que se concluye una discreta captación en la fosa de Rosenmüller derecha, sin otros hallazgos.
Describa cuál es la actitud terapéutica a seguir. (10 puntos)

