

ReporteJuntaSinIDPorFecha

Fecha junta	27-Nov-2018
MD	AMHU
Iniciales pte	DPFC
Track/Necesidad	Hemato-oncología
CIE10	C531
Caso	29 años, con dx de carcinoma escamocelular de cervix T2b N1 M0 Gx Estadio IIB. No comorbilidades. En manejo con DDP y RT cocnomitante.Termina RT y braquiterapia externa (11.04.2018 - 12.06.2018). Con persitencia de enfermedad en cervix, 2/3 proximal de vagina y en ganglios obturatrices bilaterales, documentada en TAC, RMN y PET CT. Oligosintomática, muy buen estado funcional y sin comorbilidades. valorada por ginecología Oncológica quien considera que no es candidata a cirugía de salvamento
Propuesta	Se lleva a staff con propuesta de QT con intencion paliativa con paclitaxel, carbopaltibo y bevacizuamb.
Decisión junta	En 27/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se recomienda evaluación por ginecología oncológica para considerar posible rescate quirúrgico con exenteración pélvica. En caso de que la cirugía no sea una opción, se procederá con Carboplatino más Paclitaxel más Bevacizumab (GOG 240).
Comentarios	
Referencias	Rosen VM, Guerra I, McCormack M, et al. Systematic Review and Network Meta-Analysis of Bevacizumab Plus First-Line Topotecan-Paclitaxel or Cisplatin-Paclitaxel Versus Non-Bevacizumab-Containing Therapies in Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer. Int J Gynecol Cancer.2017 Jul;27(6):1237-1246. doi: 10.1097/IGC.0000000000001000. Tewari KS, Sill MW, Long HJ 3rd, et al. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer. N Engl J Med 2014 Feb 20;370:734-43. Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, et al. Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: A Gynecologic Oncology Group study. J Clin Oncol 2009;27:4649-4655.

Fecha junta	27-Nov-2018
MD	MLM
Iniciales pte	PZC
Track/Necesidad	Oncología gastrointestinal
CIE10	C179
Caso	Nacido enn 07/1961. Con 44 años se le estableció gist intestino delgado delgado en 25/10/2005. Con metástasis hepáticas resecaadas en 31/05/2007 (r0, 3 lesiones metastásicas). Inició imatinib en 08/07/2007. Con tac de 19/09/2008 sin evidencia de enfermedad. Suspendió imatinib desde 05/2010 hasta 24/02/2011 - en 04/02/2011 rm de abdomen que muestra 3 tipos de lesiones hepáticas: cinco lesiones de hasta 3.9 cm (segmento de los segmentos 7 y 8). Con resección r0 hepática en 27/04/2011. Estabilidad por imágenes en 01/08/2014, 12/2016.En 31/08/2017 rm de abdomen contrastado: con múltiples lesiones tumorales / cicatriciales en el hígado, sin cambios. Específicamente, están estables en tamaño la lesiones en el segmento viii de 14 mm, de 9mm y 7 mm. Sólo una lesión de 10 mm en el segmento vii muestra incremento en el tamaño (de 5 a 10 mm). En el segmento vi lesión de 12 mm, sin cambio en el tamaño con aumento en la restricción de la difusión. Se observa lesión de 7.6 cm, de reciente aparición, correspondiente a GIST ileal: Estuvo hospitalizado con varias cirugías por perforación con filtración, con estadía en UCI, a cargo de Jean Pierre Vergnaud (de alta 13/11/2017). Reinició Imatinib 800 mg cada día en 25/11/2017. En 08/08/2018: RM con múltiples lesiones focales hepáticas, con realce periférico, algunas de reciente aparición. Extenso compromiso peritoneal con una masa medial al ángulo hepático del colon de 5.6 cm. Múltiples nódulos,m en el epiplón mayor de forma difusa y en ambos lados. En 29/08/2018: Inició Sunitnib. En 21/11/2018: Progresión intraabdominal extensa.
Propuesta	Se discute que se debe buscar una citorreducción quirúrgica de la lesión dominante, seguido por cambio de tratamiento. Se debería proceder con Regorafenib (Stivarga), pero este medicamento no está disponible en Colombia. Mientras se obtiene, se consideraría el uso de Sorafenib.
Decisión junta	En 27/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante.
Comentarios	Se inició proceso de obtención de registro INVIMA por medicamento vital no disponible para el Regorafenib.
Referencias	Demetri, G. D., Reichardt, P., Kang, Y.-K., Blay, J.-Y., Rutkowski, P., Gelderblom, H., ... GRID study investigators. (2013). Efficacy and safety of regorafenib for advanced gastrointestinal stromal tumours after failure of imatinib and sunitinib (GRID): an international, multicentre, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet (London, England), 381(9863), 295–302. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61857-1

Fecha junta	27-Nov-2018
MD	Herazo
Iniciales pte	CRO
Track/Necesidad	Mastología/Tejidos blandos
CIE10	D059
Caso	48 años, carcinoma ductal infiltrante grado 3 mama derecha, RE 100, RP 10, HER2 0+ Ki67 20 %, 3 mm. Estadio local temprano pT1a pN0(sn) M0, por hallazgo incidental durante resección de fibroadenomas mamarios (Dra. C. Ramírez). Biopsia de mama izquierda inducida por hallazgos en RNM (06-18): hiperplasia ductal usual. La paciente solicita mastectomía bilateral y reconstrucción inmediata >> Mastectomía subcutanea bilateral con reconstrucción simultánea (23-10-18, HMUA): CDIS mama derecha, 53 mm, márgenes negativos. 0/1 centinela axilar derecho. Mama izquierda: hiperplasia ductal usual sin atípias y 0/1 centinela axilar izquierdo. Reconstrucción mamaria sin complicaciones. Remito a oncología.
Propuesta	Se presenta para consideraciones de manejo sin terapia endocrina: pT1a pN0(sn) M0 y mastectomía bilateral.
Decisión junta	En 27/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se establece que la opción de observación sin hormonoterapia es aceptable. Sin embargo, algunos de los participantes consideran que se puede beneficiar de hormonoterapia adyuvante. La decisión final se tomará en consulta en oncología.
Comentarios	
Referencias	

Fecha junta	27-Nov-2018
MD	Herazo
Iniciales pte	MUG
Track/Necesidad	Radiología
CIE10	c509
Caso	04-17: 63 años. Carcinoma de mama izquierda ductal infiltrante G2, tamaño 15 mm, luminal B, Her 2 pendiente, estadio IIB: pT1c pN1a M0. Tratamiento: Cuadrantectomía + BGC > Vaciamiento axilar izquierdos > RT (Clinac) > Tamoxifeno (05-18). MG seguimiento: imagen de calcificaciones en CSE mama izquierda, "igeramente pleomórficas" (no lo aprecio así), posiblemente asociadas con necrosis grasa. Se sugiere biopsia.
Propuesta	Presentaré en Junta Médica con radiología para definir necesidad de biopsia de calcificaciones en CSE mama izquierda Vs seguimiento. Mi propuesta es más lo segundo. Control en segunda semana de diciembre de 2018.
Decisión junta	En 27/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, no se pudo presentar por ausencia de radiología.
Comentarios	No estaré en Junta por asistencia congreso de San Antonio, dejo esta fecha pues es la que indica la Dra. TAnia Lozano como probable para su asistencia. Indico dejar imágenes en PAIC
Referencias	