

ReporteJuntaSinIDPorFecha

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	YASMIN BORJAS
Iniciales pte	M L
Track/Necesidad	Hemato-oncología
CIE10	C857
Caso	<p>IDX: Linfoma No Hodgkin de Bajo GRado: Marginal Nodal ESTADIO IV A Hiperplasia Prostática Benigna Fibrotorax??</p> <p>CONSULTA 13-10-2018: Paciente quien refiere aumento de volumen en region inguinal desde hace 2 años. Refiere HPB sin tto. Niega DM; HTA, Patologia Tiroidea Niega perdida de peso. Niega fiebre e infecciones a repeticion, diaforesis, hiporxia. Habito tabaquico: Niega Habito alcoholico: Abandonado hasta hace > 25 años Ocupacion: Comerciante EX LAB: ** Bx Ganglionar: 16-5-2018: Prolab: 05163203 .Neoplasia Linfoproliferativa que se extiende a la grasa perinodal .. con linfocitos de aspecto blastico con nucleolos prominentes... - Neoplasia Llnfoproliferativa a Caracterizar por IHQ ** IHQ DE Ganglio Inguinal Prolab. 9-8-2018 08091288 Poblaciones linfoides atípicas que expresan. CD20, PAX5, BCL6, BCL2 debil y focal con CD21, CD23. Ki67: 15% NO expresan. CD10, CD30, CD38, MUM-1, Lambda, kappa, IgM, IgD, Ciclin D1 y proteina ALK - Neoplasia Linfproliferativa B madura de bajo Grado ... Linfoma de zona Marginal nodal PSA: 1.4 *Eco Prostatico Transrectal: 11-9-2018: Hiperplasia prostica Grado II</p> <p>CONSULTA 19-11-2018: Paciente quien niega fiebre, diaforesis, hiporexia. Refiere edema de Msls EX LAB: * Ecocardiograma: 13-11-2018: FE. 60%. VD, Vi, normales. Funcio normal * TAC CTAP: * Cuello: Presencia de multiples imágenes sugestivas de adenomegalias en cadenas ganglionares cervicales bilaterales que alcanzan hasta 1.6 cm * Torax. Cambios fibróticos subpleurales bilaterales, como en vidrio esmerilado y lobulos inferiores bilaterales. Multiples adenomegalias mediastinales, paratraqueales. prevasculares, precarinales, y axilares bilaterales que alcanzan hasta los 1.8cm * Abdomen: Higado: Quste 1.2cm Bazo: Normal (no miden) Sindroe facetario. Lesio lítica en en isquion izquierdo? Multiples yseveras adenomegalias retroperitoneals centrales y laterales, al igual que en cadenas pélvicas bilaterales con predominio izquierdo y en cadenas ingunales bilaterales con predominio izquierdo 31-10-2018: LDH: 196 VSG. 10 HB. 14.6 HTO: 44 VCM: 91 HCM: 32 PLAQ: 331.000 Beta 2: 2.66 (normal) CReat: 1.13 BUN: 18 VIH: NR Hepat B core: 2 NR Hepat B s, anticuerpos: NR Hepat C: 0.04 NR</p> <p>FC: 75 FR:14 PA: 110-80 Peso: 79kg Talla: 1.66mt</p> <p>Afebril al tacto, hidratado, eupneico, con buena coloracion cutanومucosa. Se palpan adenomegalias inguinales, con plastrones de aprox 5x4cm en lado izquierdo y 5x 3 cm lado derecho. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplo, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares sin agregados. Abdomen: plano, blando, depresible, sin visceromegalias Neurologico:Sin lesiones aparentes</p>
Propuesta	<p>EN VISTA DE PROBABLE FIBROTORAX Y DEL EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES SE DECIDE EL TTO CON RITUXIMAB POR 4 DOSIS, CON UNA DOSIS DE CONSOLIDACION CADA 12 SEMANAS A 375mg/m2 (NCCN GUIDELINES) - SE REMITE A NEUMOLOGIA PARA EVALUACION - SE REALIZA ASPIRADO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA</p>
Decisión junta	En 20/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante: tratamiento con rituximab.
Comentarios	
Referencias	<p>NCCN GUIDELINES OCT 2018 B CELL LYMPHOMAS</p>

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	MLM
Iniciales pte	JOA
Track/Necesidad	Hemato-oncología
CIE10	C819
Caso	<p>Nacido en 10/1981. Linfoma de Hodgkin (Depleción linfocitaria) -- Gastritis y dolor abdominal de 1 mes En 04/10/2018: Ecografía: masa en páncreas. En 05/10/2018: RM de abdomen: lesión de 5.5 cm en retroperitoneo superior, lesiones focales del bazo, conglomerados ganglionares adyacentes a vena esplénica y del hilio hepático de hasta 39 mm. -- TAC de tórax: hepatoesplenomegalia, sin compromiso aparente tumoral En 09/10/2018: Laparoscopia diagnóstica. En 17/10/2018: Linfoma de Hodgkin - Depleción linfocitaria -- Síntomas B Se clasifica provisionalmente como Estadio IIB-S En 24/10/2018: Inició quimioterapia con ABVD -- Segunda opinión patológica: enfermedad de Hodgkin clásico. -- Con CD20 altamente positivo. -- Con desaparición del dolor abdominal.</p>
Propuesta	Como tiene altísima expresión de CD20 se recomienda adicionar Rituximab al ABVD.
Decisión junta	En 20/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante: adicionar tratamiento con rituximab al ABVD.
Comentarios	Se propone tratar como un NLP HD por su altísima expresión de CD20 (con Rituximab).
Referencias	Advani, R. H., & Hoppe, R. T. (2013). How I treat nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma. <i>Blood</i> , 122(26), 4182–8. https://doi.org/10.1182/blood-2013-07-453241

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	AMHU
Iniciales pte	MFG-
Track/Necesidad	Hemato-oncología
CIE10	c911
Caso	<p>Se presenta en junta de decisiones el día de hoy.</p> <p>Participan: Participan: Dr. Mauricio Lema Medina - Hematología y Oncología Clínica Dr. Rubén Darío Salazar Corcho - Hematología y Oncología Clínica Dra Alicia María Henao Uribe - Hematología y Oncología Clínica Dr. Mauricio Luján Piedrahíta - Oncología Clínica Dra Jazmín Susana Borja Chirinos - Hematología Dr. Diego Efraín Morán Ortíz - Oncología Clínica Dr. David Ignacio Gómez Duque - Radioterapia Dr. Fernando Herazo - Mastología y Cirugía de Tejidos blandos Dr. Gonzalo Alberto Ángel Cano - Ginecología Oncológica y Mastología Dr. Jairo de Jesús Estrada Restrepo – Mastología Dr. Juan Sebastián Cano Arenas – Dolor y Cuidado paliativo Dr. Oscar Germán Palacio Rodríguez – Cirujano de Hígado y Vías biliares</p> <p>Paciente con 71 años, con dx de 1. Leucemia linfocítica crónica/ Linfoma Linfocítico de célula pequeña, corroborada tanto por Biopsia de GL medistinal, como por citometría de flujo de sangre periférica. Estadio Rai IV (por HSM + Hb < 11) o Binet B + Lugano III vs IV, con enfermedad sintomática. mutación TP53 desconocida. EPOC de base con FEV1 < 1 litro, edad > 65 años y neumonía post obstructivas a repetición, lo cual la coloca en un alto riesgo de complicaciones con uso de esquemas basados en fludarabina. Post Obinotuzumab + clorabucilo x 2. (9.7.2018, 6.08.2018). Buena tolerancia inicial y con éxito de control post primer ciclo con resolución de la linfocitosis. 2. Carcinoma neuroendocrino de alto grado Ki67: 90. Compromiso hilar izquierdo con neumonía post obstructiva asociada, . Nódulos pulmonares y hepáticos en progresión. Post RT conformal a masa hilar izquierda, con mejoría sintomática de neumonía post obstructiva. Ahora con mejoría de disnea y con tos persistente productiva, por apertura de bronquio (ya se oye clínicamente mejoría). Estado funcional muy limitrofe (ECOG 2/3), con pérdida de peso de 5 kg en los últimos 6 meses. 3. EPOC Gold D - Oxígeno requiriente FEV1. < 1 litro. Estable. Se evidencia mejoría de disnea post RT, la cual puede estar en relación con mejoría de neumonía post obstructiva. 4. Neumonía post obstructiva. En mejoría.</p>
Propuesta	quimioterapia basada en platino. Se considera intentar manejo con carboplatino AUC 5 + etoposido 100 mg/m ² día 1 a 3.
Decisión junta	Se acepta propuesta
Comentarios	A pesar de que ya se tiene en las guías de la NCCN el uso de carboplatino, etoposido y atezolizumab, con el manejo de 1era línea, con categoría de recomendación 1A (por mejoría en OS de 10.4 m a 12.6 m y de PFS de 4.6 m vs 5.2 m , este último aun no está disponible para esta indicación en el país. Paciente con estado funcional limitrofe. Se usará soporte con pegfilgrastim
Referencias	Guías de manejo de NCCN

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	MLM
Iniciales pte	MCR
Track/Necesidad	Mastología/Tejidos blandos
CIE10	C509
Caso	<p>Nacida en 08/1949 (HTA, ERC IIIA en seguimiento con nefrólogo, pre diabética), antecedentes de pólipos colon. Adenocarcinoma con primario oculto en axila En 06/09/2018: Mamografía tamizaje B4 (adenopatías axilares izquierdas). En 11/09/2018: Ecografía: Adenopatías de 17 y 30 mm en axila izquierda, B5 En 31/10/2018: Biopsia por tru-cut En 01/11/2018: Adenocarcinoma, compromiso masivo del ganglio, 1.1 cm En 07/11/2018: Inmunohistoquímica: Positiva: CK, GATA3, Her2 (3+) Ki67: 60%. Negativo: receptores de estrógeno y progesterona (IG 257783) - Si fuere cáncer de mama (escenario más probable), se clasificaría como un cT0 cN2a cM0 - Estadío IIIA.</p> <p>Carcinoma de colon En 14/11/2018: Colonoscopia: lesión en el ángulo hepático del colon En 16/11/2018: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (IG: 257783)</p>
Propuesta	<p>Se requiere PET-CT y RM de mama, ecocardiografía. Evaluación por coloproctología.</p> <p>Se discute en extenso. Hay que integrar el manejo de los dos cánceres de una forma que se maximice el beneficio clínico de ambas neoplasias. Se requiere realizar cirugía del tumor del colon. Simultáneamente, requiere tratamiento para el cáncer de mama Her2 positivo. Ambos son urgentes.</p> <p>Se recomienda iniciar terapia sistémica no mielosupresiva con trastuzumab, mientras se realiza la colectomía. Una vez recuperada de su colectomía, se procederá con quimioterapia con TCH (siempre y cuando no se establezca que hay enfermedad metastásica mamaria), seguida por cirugía (posiblemente, mastectomía y vaciamiento ganglionar), seguida por radioterapia, y completar 1 año de trastuzumab. Se explican los efectos secundarios del trastuzumab, y se le solicita a Mónica Ríos - enfermera oncóloga - que realice la inducción pertinente a la quimioterapia con TCH. Proceso que se realiza inmediatamente.</p>
Decisión junta	En 20/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se encuentra una opinión dividida. Todos están de acuerdo en que hay que tratar el carcinoma de colon primero. Existen dudas sobre el beneficio del tratamiento con trastuzumab monoagente antes de ésta cirugía. Un grupo considera que no ofrece beneficio, el otro reconoce que no es estándar pero puede beneficiar al dar tratamiento sistémico anti Her2 mientras se puede iniciar la quimioterapia citotóxica en esta paciente.
Comentarios	
Referencias	

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	F. Herazo
Iniciales pte	MPR
Track/Necesidad	Mastología/Tejidos blandos
CIE10	L732
Caso	<p>Paciente sin cáncer. En 10-18 consulta para opinión sobre hidradenitis supurativa en ambas regiones inguinales y axilares bilaterales de 3 años de evolución, que en la actualidad ha incrementado en su severidad y extensión, haciéndose más confluentes y generando abscesos en piel. Operada previamente por cirujano plástico oncólogo quien realizó resección parcial de piel en ingles (04-16), con mejoría de los abscesos en dichas zonas, pero con crecimiento de nuevas lesiones hacia aspectos mediales y caudales de ambas extremidades inferiores. La enfermedad se ha extendido de los pliegues a la piel externa a éstos.</p> <p>Tomó isoface durante tres meses sin mejoría.</p> <p>Vista por reumatólogo, se descartó enfermedad reumatoidea.</p> <p>Los síntomas se exacerban previo a la llegada de la menstruación.</p> <p>Conversamos sobre el uso de adalimumab (que tiene indicación para manejo de hidradenitis supurativa en adolescentes).</p> <p>14-11-18: Se han evaluado diferentes consideraciones en este caso, determinándose que ADALIMUMAB es la mejor opción de manejo; para su uso es necesaria autorización de neurología y descartar TBC activa. Es importante acompañamiento por cirugía plástica para consideraciones de expansores cutáneos, una vez se resuelva la enfermedad, que permitan hacer resección y cierres de defectos con más facilidad en las zonas más críticas; y se insiste mucho en lograr un índice de masa corporal adecuado con ejercicio aeróbico y dieta saludable. Se solicitará colonoscopia para descarte de alteraciones inflamatorias intestinales, asociadas de forma frecuente con estos padecimientos.</p> <p>Antecedentes:</p> <p>Medicamentos: Topiromato una cada noche y asa 100 mg/d (cefaleas, plaquetas pegajosas).</p> <p>Enfermedades: Hidradenitis inguinal bilateral y axilas. Parálisis internuclear con estrabismo, asociado a plaqueta pegajosa). Miopía y astigmatismo.</p> <p>Enfermedad de Miller Fisher (diagnóstico en curso por neurología)</p> <p>Familiares: Madre HT, tías DM, padre y hermana con migrañas.</p> <p>Cirugías: Dos resecciones inguinales por hidradenitis (2013, 2015) y resección de quiste pilonidal (2010).</p> <p>No planifica. FUM: 18-10-18.</p> <p>Examen Físico:</p> <p>Peso: 78.5 Kg. Talla: 167 cm.</p> <p>No hay masas en cuello ni axilas. No masas mamarias. En región axilar bilateral se aprecian induraciones puntuales superficiales, sin masas definidas; es evidente que hay sitios independientes con inflamación activa, no confluentes aún.</p>
Propuesta	<p>Consideraciones del uso de adalimumab por dermatología.</p> <p>Solicitud de concepto sobre uso de dicho medicamentos por neurología.</p>
Decisión junta	En 20/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante: considerar tratamiento con adalimumab, por parte de las especialidades correspondientes.
Comentarios	Se presenta en junta médica de Astorga como un caso de interés.
Referencias	<p>N Engl J Med. 2016 Aug 4;375(5):422-34. doi: 10.1056/NEJMoa1504370.</p> <p>Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa.</p> <p>Kimball AB(1), Okun MM(1), Williams DA(1), Gottlieb AB(1), Papp KA(1), Zouboulis CC(1), Armstrong AW(1), Kerdel F(1), Gold MH(1), Forman SB(1), Korman NJ(1), Giamarellos-Bourboulis EJ(1), Crowley JJ(1), Lynde C(1), Reguiai Z(1), Prens EP(1), Alwawi E(1), Mostafa NM(1), Pinsky B(1), Sundaram M(1), Gu Y(1), Carlson DM(1), Jemec GB(1).</p> <p>Author information: (1)From Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital (A.B.K.) and Tufts Medical Center (A.B.G.) - all in Boston; AbbVie, North Chicago, IL (M.M.O., D.A.W., E.A., N.M.M., B.P., M.S., Y.G., D.M.C.); Probiy Medical Research and K Papp Clinical Research, Waterloo, ON (K.A.P.), and the Lynde Centre for Dermatology and Probiy Medical Research, Markham, ON (C.L.) - both in Canada; the Departments of Dermatology, Venereology, Allergology and Immunology, Dessau Medical Center, Dessau, Germany (C.C.Z.); University of Southern California, Los Angeles (A.W.A.), and Bakersfield Dermatology, Bakersfield (J.J.C.) - both in California; Florida Academic Dermatology Centers, Miami (F.K.), and Forward Clinical Trials, Tampa (S.B.F.) - both in Florida; Tennessee Clinical Research Center, Nashville (M.H.G.); University Hospitals Case Medical Center, Cleveland (N.J.K.); 4th Department of Internal Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, Athens (E.J.G.-B.); CHU de Reims, Hôpital Robert Debré, Service de Dermatologie, Reims, France (Z.R.); Erasmus University Medical Center, Rotterdam, the Netherlands (E.-P.P.); and the Department of Dermatology, Roskilde Hospital, and Health Sciences Faculty, University of Copenhagen, Copenhagen (G.B.E.J.).</p> <p>Comment in Br J Dermatol. 2017 Feb;176(2):281-282. Evid Based Med. 2017 Mar;22(1):34. Cutis. 2017 Aug;100(2):100.</p> <p>BACKGROUND: Hidradenitis suppurativa is a painful, chronic inflammatory skin disease with few options for effective treatment. In a phase 2 trial, adalimumab, an antibody against tumor necrosis factor α, showed efficacy against hidradenitis suppurativa.</p> <p>METHODS: PIONEER I and II were similarly designed, phase 3 multicenter trials of adalimumab for hidradenitis suppurativa, with two double-blind, placebo-controlled periods. In period 1, patients were randomly assigned in a 1:1 ratio to 40 mg of adalimumab weekly or matching placebo for 12 weeks. In period 2, patients were reassigned to adalimumab at a weekly or every-other-week dose or to placebo for 24 weeks. The primary end point was a clinical response, defined as at least a 50% reduction from baseline in the abscess and inflammatory-nodule count, with no increase in abscess or draining-fistula counts, at week 12.</p> <p>RESULTS: We enrolled 307 patients in PIONEER I and 326 in PIONEER II. Clinical response rates at week 12 were significantly higher for the groups receiving adalimumab weekly than for the placebo groups: 41.8% versus 26.0% in PIONEER I (P=0.003) and 58.9% versus 27.6% in PIONEER II (P<0.001). Patients receiving adalimumab had significantly greater improvement than the placebo groups in rank-ordered secondary outcomes (lesions, pain, and the modified Sartorius score for disease severity) at week 12 in PIONEER II only. Serious adverse events in period 1 (excluding worsening of underlying disease) occurred in 1.3% of patients receiving adalimumab and 1.3% of those receiving placebo in PIONEER I and in 1.8% and 3.7% of patients, respectively, in PIONEER II. In period 2, the rates of serious adverse events were 4.6% or less in all the groups in both studies, with no significant between-group differences.</p> <p>CONCLUSIONS: Treatment with adalimumab (40 mg weekly), as compared with placebo, resulted in significantly higher clinical response rates in both trials at 12 weeks; rates of serious adverse events were similar in the study groups. (Funded by AbbVie; ClinicalTrials.gov numbers, NCT01468207 and NCT01468233 for PIONEER I and PIONEER II, respectively.).</p>

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	MLM
Iniciales pte	LPT
Track/Necesidad	Gineco-oncología
CIE10	C56X
Caso	Nacida en 03/1958 -- Alérgica a ranitidina, antihistamínicos (anafilaectoide). Carcinoma de ovario. -- En seguimiento de urolitiasis. En 27/09/2018: Ecografía abdominal: masa en ovario derecho, ascitis, litiasis renal izquierda (obstructiva). En 06/10/2018: TAC: masa de 12 cm en anexo derecho, ascitis, engrosamiento rectal, compromiso peritoneal, adenopatías retroperitoneales. En 18/10/2018: Citorreducción oncológica (GAC) -- Remanente en el Douglas de 2 cm -- Carcinoma seroso de algo grado (Grado 3), 0/21 ganglios comprometidos. Inmunohistoquímica: Positivo CK7, PAX8, WT-1; p16>70%, p53 mutado, CK20-. -- Se clasifica como Estadío IIIB - FIGO 3
Propuesta	Se recomienda quimioterapia con taxanos y carboplatino. Como la paciente es alérgica a los antihistamínicos H1 y H2, se debe proceder a paclitaxel en nanopartículas como alternativa para la administración de taxanos en este escenario. Se recomienda un esquema similar al del JGOG que es el que más se asemeja al manejo de nab-paclitaxel semanal con carboplatino en uso en otras indicaciones (Katsumata, N.,
Decisión junta	En 20/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante: tratamiento con nab-paclitaxel en vez de paclitaxel pues el nab-paclitaxel no requiere de premedicación con anti H1 ni H2, como sí lo requiere el paclitaxel.
Comentarios	
Referencias	Yasuda, M., Takahashi, F., Isonishi, S., Jobo, T., Aoki, D., ... Japanese Gynecologic Oncology Group. (2009). Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. The Lancet, 374(9698), 1331–1338. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61157-0 .

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	F. Herazo
Iniciales pte	BBDS
Track/Necesidad	Mastología/Tejidos blandos
CIE10	C509
Caso	Paciente de 70 años, con antecedentes de carcinoma de mama derecha (2006): QT > mastectomía bilateral + vaciamiento axilar derecho > Radioterapia > No siguió manejo con tamoxifeno. Carcinoma de lengua (2012): Hemiglossectomía izquierda, carcinoma escamocelular invasor, márgenes negativos. 0/5 ganglios cervicales derechos y 3/27 ganglios cervicales derechos. Manejo: cetuximab + radioterapia concomitante >> Recidiva carcinoma de mama en región pectoral y axilar derechas, ductal infiltrante, márgenes positivos, ER: positivos 90%, PR: positivos 60%, Ki67 80%. Her2 neu 2+, FISH negativo (05-18): manejo con resección amplia > radioterapia. Recaída temprana en piel mamaria derecha e izquierda, fuera de campos de reirradiación (08-18): resección amplia de tumores en pared torácica. Manejo actual con fulvestrant 500 mg IM + ibandronato (Dr. Lema), tres aplicaciones >> Recidiva en región cervical derecha, cervical central y región pectoral, disnea y disfagia.
Propuesta	Plan: PET CT oncológico Cita con Dr. Carlos Simón Duque, priorizar. Sucralfato solución 3/d por 15 días. Cita con Dr. Lema, priorizar. Presentación en junta médica de Astorga para evaluar opciones de manejo.
Decisión junta	En 20/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante: se establece la futilidad del fulvestrant. Se requiere evaluación para consideración de quimioterapia sistémica.
Comentarios	Recaída tejidos blandos de tórax y cuello, más probablemente por carcinoma de mama. Progresión acelerada. Riesgo de obstrucción vía aérea.
Referencias	

Fecha junta	20-Nov-2018
MD	F. Herazo
Iniciales pte	MADV
Track/Necesidad	Mastología/Tejidos blandos
CIE10	c509
Caso	<p>10-18: 75 años. Hipotiroidismo, gastritis, fibrilación auricular no valvular, flutter artrial, HT, obesidad, linfedema miembros inferiores, vértigo de Meniere, falla cardíaca no dilatada, HT pulmonar. Anticoagulación con apixaban 5 mg BID (2014) .Medicada con losartan 50 mg BID, carvedilol 12.5 mg BID, HCTZ 25 mg/d, ranitidina 150 mg/d, fluoxetina 20 mg/d, levotiroxina 125 mg/d, clonazepan 0.5 mg/noche, atorvastatina 20 mg/d. Dignóstico reciente de carcinoma de mama izquierda, ductal infiltrante G3, estadio IIIB: cT4b cN1a M1 (pulmón). IHQ pendiente; biopsia ganglionar axilar izquierda, pendiente.</p> <p>Peso: 86 Kg. Mamas grandes con ptosis grado 2/3. En la izquierda sobre la unión de cuadrantes superiores se evidencia y palpa masa de 4x4 cm, sin fijación pectoral y con edema de piel en 20%, sin eritema. En la axila izquierda, alto, se palpa adenopatía de 2x2 cm, móvil. Resto normal.</p>
Propuesta	Manejo sistémico
Decisión junta	En 20/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante: evaluación por oncología clínica para tratamiento sistémico para enfermedad metastásica. No está claro el beneficio potencial de cirugía. Se reconsiderará la cirugía según la evolución.
Comentarios	<p>Consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Debemos documentar, en lo posible, compromiso pulmonar y axilar. Se solicitan biopsias. 2. Concepto de cardiología sobre posible (y deseable) manejo con quimioterapia preoperatoria. En espera de concepto de oncología clínica, lo más probable es que se ofrezcan taxanos. 3. Cita con oncología, Clínica Astorga. Priorizar. 4. Pendiente inmunohistoquímica de estudio de patología. 5. Gammagrafía ósea. 6. Se presentará en Junta Médica de Clínica Astorga.
Referencias	