

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	AMHU
Iniciales pte	YAS
Track/Necesidad	Hemato-oncología
CIE10	C851
Caso	Paciente con historia de Linfoma Marginal Esplénico, dx por citometría de flujo en MO y por esplenectomía. No contamos con ex iniciales para definir si tenia leucocitosis al diagnostico. Dx corroborado por hematopatología del HPTU. Post esplenectomía en 05.2017. Progresion con linfocitosis en SP a finales de 2017. Se documenta recaída por linfoma marginal esplénico en SP con citometria de flujo, con 94% de pobalcion de celulas d elinfoma que son CD 20 positivas, pero CD 23 neg, CD 5 neg, con patrón compatible con Linfoma Merginal Esplenico. Ademas se corrobora presencia de monosomia de cromosoma 12 y deleción del 17p 8p53). Post RCHOP x 3 (23.04.2018 - 12.06.2018) complicada con reactivacion herpetica, herpes zoster en MSD y neuralgia post herpética. Por revision de HLG durante la queimioterpaia se evidenci que no ha tenido respuesta a manejo con R CHOP.
Propuesta	Se presenta en junta de decisiones con propuesta de manejo con ibutinib de segunda línea. Segun los reportes de Ariela Noy y colaboradores (ver referencias), en sus estudios de fase II se reportan tasas de respuesta (ORR) de 48% (95% confidence interval [CI], 35-62). Con una mediana de seguimeito de 19.4 meses, una mediana de duracion de respuesta no alcanzada, (95% CI, 16.7 to not estimable), y una mediana en supervivencia libre de progresión de median 14.2 meses (95% CI, 8.3 to not estimable). Eventos adversos grado ≥3 (AEs; >5%) inclñyeron anemia, neutmoia y fatiga. Eventos adversos serios de cualquier grado ocurrieron en 44%, siendo la mas común la neumonia grado 3-4 (8%). Tasas de suspensión del medicamento y de reduccion de dosis asociada a AE fueron del 17% y 10%, respectivamente. Se concluye que el ibrutinib monoagente induce respuestas durables en pacientes con linfoma marginal esplénico, previamente tratados, cn un perfil de riesgo beneficio aceptable.
Decisión junta	En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se aprueba el uso de ibrutinib en esta paciente.
Comentarios	Se revisa indicaciones del INVIMA y esta se encuentra autorizada para su uso en el país.
Referencias	Targeting Bruton tyrosine kinase with ibrutinib in relapsed/refractory marginal zone lymphoma Ariela Noy, et al. Blood 2017 129:2224-2232; doi: https://doi.org/10.1182/blood-2016-10-747345

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	MLP
Iniciales pte	AJA
Track/Necesidad	Oncología urológica
CIE10	C169
Caso	Octava década, primera consulta oncología Mauricio Luján 25-10-2018. Asiste con hija. AP HTA, dislipidemia. DMt2, nefropatía. En manejo previo urología extrainstitucional y otro oncólogo, se genera cambio. Dx 2008 CA prostata pTxNxMx Gleason??/PSA??, prostatectomía 2008 + "seguimiento". En 3-2016 recaída locoregional extensa, compromiso óseo por contigüidad/hidronefrosis + lesión blástica única isquiún 12mm, PSA 53. Se realizó orquidectomía + RT locoregional, con marcada mejoría clínica y serológica, PSA posterior <1, viene recibiendo denosumab mensual posteriormen y hasta la fecha de hoy (25-10-2018). A 10-2018, con control clínico y serológico.
Propuesta	Explico a paciente e hija situación actual, opciones de manejo, intención NO CURATIVA, riesgo/beneficio, toxicidad (ósea, metabólica, cardiovascular, renal), inclusive riesgo de no respuesta, progresión/recaída y muerte. Manifiesta entender y acepta. PACIENTE CON ENFERMEDAD HORMONOSENSIBLE, SIN LESIONES OSEAS PERIFERICAS NI SINTOMATICAS, no encuentro indicación, beneficio de denosumab en este momento, se decide por ahora suspender denosumab y continuar seguimiento clínico.
Decisión junta	En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión se analiza que el denosumab es suficiente, y se puede suspender.
Comentarios	INDICACION BIFOSFONATOS/DENOSUMAB EN ENFERMEDAD HORMONOSENSIBLE
Referencias	Clin Transl Oncol. 2018; 20(1): 57–68.

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	AMHU
Iniciales pte	MRT
Track/Necesidad	Hemato-oncología
CIE10	C437
Caso	64 años. Melanoma grueso artejo pie derecho: Melanoma maligno infiltrante, Clark IV, Breslow al menos 4.3 mm, ulceración no aparente, tasa mitótica hasta 4 por mm2. Linfocitos tumorales no aparentes. Satelitis no aparente. Fase vertical no aplica. (AP 17EQ024117). Estadio IIB, pT4b pN0(sn) M0 (05-17)., dx en 11/05/2017. Post Amputación grueso artejo pie derecho y biopsia de ganglio centinela inguinal derecho. Patología: Tamaño tumoral 3.5 cm, melanoma invasor nodular, fase crecimiento vertical, Breslow 1.1 cm, margen más cercano 8 mm. Aspecto más sarcomatoide que epiteliode. 0/1 centinela. (AP 04-591453, HMUA). No terapia sistémica . En 09-18: Recidiva por lesiones en tránsito en antepie derecho y metástasis en ganglios linfáticos inguinales ipsilaterales (pN3c: ganglios inguinales comprometidos clínicamente y metástasis en tránsito). Reestadificaicon con PET CT con correlación de sitios anatómicos comprometidos en antepie e ingle derechas, sin otros sitios de compromiso clínico o imagenológico. Post Resección lesiones en tránsito antepie derecho y vaciamiento inguinal derecho (04-10-18, HMUA). AP 13-3118, HMUA: Masas del antepie (15 mm y 8 mm), indican ganglios con metástasis de lesión neoplásica maligna. Vaciamiento inguinal derecho con lesión metastásica en 5/8 ganglios, con presencia de lesión neoplásica multifocal a nivel de la dermis y márgenes quirúrgicos sin lesiones. Pendiente resultado de IHQ. S100, Melán A, MITF y HMB45. Al EF tiene lesiones en MID distal eritematosas d eparox 0.3 cm, compatibles con lesiones en tránsito. (se corobora con el Dr Herazo quien esta de acuerdo con dicha aproximación clinica). No hay enfermedad sistémica. Estado funcional ECOG 1 por edema de MID (post vaciameinto ganglionar)
Propuesta	Se presenta con propuesta de realziar mutaciones de BRAF. considera que se deben biopsias, seguida de manejo sistémico según reporte de este (Dabrafenib/trametinib o Nivolumab o ipilimumab si es BRAF mutado vs inmunoterapia monoagente vs inmunoterapia d eocmbinacion, si es BRAF wt) Se abre la discusión a la posibilidad de RT a lecho de vaciamiento inguinal y/o la posibilidad de infusion/perfusion regional con melphalan
Decisión junta	En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión se analiza que el paciente es un mal candidato para anti-BRAF por su pobre soporte familiar. De igual forma, se considera que la radioterapia no agrega control de la enfermedad considerando que tiene metástasis en tránsito. Se recomienda proceder con inmunoterapia con agente único anti PD1 (nivolumab o pembrolizumab).
Comentarios	PAciente con buen estado funcional, sin comorbilidades, pero poco entendimiento de su enfermedad y soporte familiar complejo, con negación importante por parte de su esposa.
Referencias	

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	DMO
Iniciales pte	GSV
Track/Necesidad	Oncología gastrointestinal
CIE10	c170
Caso	<p>72 años O y P: La Estrella Ocup: Pensionado - Oficios varios</p> <p>Diagnostico ** Tumor neuroendocrino (T2N1M1) hepatico - Grado intermedio</p> <p>Patologia ** 04/06/13 (Dinamica/Dr Perez) Hgado: Lesion neoplasica que forma tubulos y acinos de celulas de apariencia epitelial de tamaño intermedio, con nucleolo evidente. 3-4 mitosis en 6 CAP ** 23/08/13 (Dinamica/Dr Roldan) IHQ: Ki67menor al 5%. CK 20 negativa, CK7 positivo, CDX-2 positivo, Cromogranina positivo, Sinaptofisina Positivo, TTF-1 Negativo: Hallazgos compatible con tumor neuroendocrino</p> <p>Imagenes ** 22/09/13 TAC de torax: Pequeños ganglios subcarinales que miden 12*9 mm y 8 * 7 mm. En lo evaluado del hgado hay lesiones hipodensas de gran tamaño, algunas de ellas con captacion del contraste periferico, la mayor en el LHD que mide 10 cm de diametro, observandose algunas calcificaciones en su interior ** 28/09/13 Colonoscopia: Diverticulosis colonica sigmoidea - Polipo hiperplastico ** 28/09/13 EVDA: Gastropatia eritematosa corporoantral ** 12/10/13 RMN de abdomen: Hgado aumentado de tamaño de forma leve, con multiples lesiones focales de aspecto neoplasico, hipervasculares, en ambos lobulos, y practicamente todos los segmentos, excepto el nivel I. Las lesiones indices se obtienen en el segmento IVa de 9.8 cm y el IVb y V de 11 cms en sus diametros maximos, estas lesiones han aumentado progresivamente en numero y tamaño con respecto a estudio de 2011. Pncreas valorado en toda su extension sin lesiones focales o alteraciones en el patron de realce. Lesion solida hipervascularizada localizada en el retroperitoneo en intima relacion con la tercera porcion duodenal que demuestra calcificacion central que mide 4,5 cms en su diametro maximo. Lesion focal osea en la porcion superior de L3, sebcentimetrica con un realce importante posterior a la administracion del contraste de tipo anular, que mide 1 cm de diametro, muy sugestiva de lesion secundaria ** 07/11/13 Octreoscan: Multiples lesiones tanto en el lobulo hepatico derecho como izquierdo. ** 03/12/13 5 HIAA Orina 24 horas: 32.8 ** 05/12/13 RMN cerebral contrastada: Normal ** 14/12/13 Eco TT: FEVI 65%. Aneurisma del septum interauricular ** 13/02/14 TC de torax: Parches de vidiro esmerilado de distribucion difusa que pueden estar relacionados con etiologia infecciosa o hemodinamica entre otros. No se definen consolidaciones en el parenquima pulmonar. Lesiones focales hepaticas en ambos lobulos, especialmente segmentos VI y VII, con diametro AP de 9 cm. ** 12/04/14 RMN de abdomen: El hgado tiene tamaño normal, con presencia de multiples lesiones focales de características metastasicas hipervasculares, localizadas en ambos lobulos y todos los segmentos, la de mayor tamaño con cambios hemorragicos en su interior, tomando como lesiones indices las ubicadas en el segmento IVa que mide 8,8 cm y la lesion localizada en el segmeto V que mide 11 cm. No se observan lesiones de reciente aparicion en el intervalo de valoracion. Persiste la lesion solida hipervascular con calcificacion central en el retroperitoneo en intima relacion con la tercera porcion duodenal, mide actualmente 3*2.2 cm, disminuyendo de tamaño en comparacion con RMN previa. ** 16/08/14 RMN de abdomen: Hgado con multiples lesiones focales intrahepaticas de predominio hiperintenso, existiendo en algunas de ellas focos hipointensos, como signos de sangrado de las lesiones focales. Las lesiones muestran un realce predominantente en la fase arterial, lo que sugiere multiples lesiones hipervasculares, que se localizan en el LHI, caudado y todos los segmentos del LHD, siendo la mayor la localizada en el segmento IV A con un diametro maximo de 8.8 cm, sin cambios con respecto a estudio previo, y la otra lesion de mayor tamaño localizada entre en el segmento V y VI con diametro maximo de 11 cm, sin cambios respecto a estudio previo. No se evidencian lesiones de reciente aparicion. Persiste la lesion de bordes irregulares predominante hipervascular localizada a nivel retroperitoneal anterior a la aorta y la vena renal izquierda de diametro 3*2 cm, que contacta ampliamente con la tercera porcion duodenal, sin cambios con respecto a estudio previo. Pequeña lesion focal en el cuerpo de L3, sin cambios. ** 03/01/15 RMN de abdomen: Multiples lesiones focales hepaticas metastasicas, comprometiendo principalmente el LHD, dos de mayor tamaño ubicada en los segmentos inferiores. La del segmento V-VI mide 11 cm y la del segmento IVa-VIII mide 9.2 cm, estables al comparar con evaluacion previa. Persiste sin cambios lesion de aspecto solido, de ubicacion retroperitoneal, cefalica a la tercera porcion duodenal, mide 30*21 mm ** 26/05/15 IRM de abdomen: Se identifican en el hgado incontables lesiones metastasicas de naturaleza hipervascular y complejas, algunas con niveles liquido-liquido por hemorragia en diferentes estados evolutivos, demostrando marcada restriccion de la difusion y realce heterogeneo poscontraste. La lesion de mayor tamaño mide 11 cm y compromete los segmentos V, VI y VIII, y la segunda de tamaño mide 9 cm, compromete los segmentos VI y VIII, las cuales no han variado de tamaño. Tambien hay estabilidad de la masa retroperitoneal para-aortica izquierda inmediatamente craneal a la tercera porcion del duodeno. ** 08/09/15 Colonoscopia: Diverticulosis no complicada del sigmoides. ** 10/12/15 IRM de abdomen: En el hgado persisten incontables lesiones de naturaleza hipervascular, las lesiones de mayor tamaño localizadas en los segmentos V y VI de 11.3 cm de diametro y en los segmento posteriores de 9 cm, estables en el intervalo de seguimiento. La lesion retroperitoneal adyacente a la tercera porcion del duodeno de 19*29 mm igualmente estable. ** 26/05/16 IRM de abdomen: Compromiso metastasico multiples que compromete a todos los segmentos hepaticos, persisten las lesiones focales metastasicas, sin cambios con respecto a estudio previo, teniendo componente necrotico central y la de los segmentos V y VI que es la de mayor tamaño teniendo un diametro maximo de 11 cm, los lesion localizada en los segmentos IVa y VIII tienen un diametro maximo de 9 cm, diacha lesion infiltra la vena suprahepatica derecha. La vesicula se encuentra comprimida por la lesion del segmento V, la vena suprahepatica media se encuentra infiltrada por la lesion que compromete los segementos IVa y VIII. Rama portal derecha infiltrada debido a la tumoracion que se extiende desde el segmento VIII hacia la vertiente inferior del segmento V. Persiste lesion focal de localizacion retroperitoneal anterior a la aorta abdominal que compromete la tercera porcion duodenal, teniendo esta lesion diametro de 4*2.5 cm. ** 16/12/16 IRM de abdomen: Persiste componente metastasico hepatico, que compromete los segmentos del LHD y LHI, estando estables en su tamaño. La lesion metastasica mayor se localiza entre los segmentos V y VI teniendo signos de sangrado como ya se describia en el estudio previo, con un diametro maximo de 12 cms, persiste la lesion nodular en la tercera porcion del duodeno con tamaño similar al estudio previo, con un diametro maximo de 3 cms. Se observan algunos ganglios periportales. ** 25/05/17 IRM de abdomen: Derrame pleural bilateral, liquido pericardico con cardiomegalia global. Hgado aumentado de tamaño, por presencia de multiples lesiones focales de características metastasicas, que comparando con el estudio previo permanecen estables en numero, tamaño y comportamiento. La lesion indice en el segmento IVa de 11 cm. Bazo de 14 cm con depositos de hierro. ** 02/02/18 Octreoscan: Hiper captacion en parenquima hepatico, difuso, deposito focal en mesogastrio que podria corresponder a lesion en duodeno. En el torax se observan depositos focales en cuerpo vertebral de T6 y cuarto arco costal izquierdo, sugestivos de compromiso tumoral ** 10/04/18 Eco TT: Hipocinesia global difusa, funcion sistolica deprimida con FEVI 24%, PSP 44.44</p> <p>Intervenciones ** 15/01/18 Everolimus + Octreotide x 48 ** 00/02/18 Sunitinib + Octreotide x 2 ** 04/06/18 Octreotide x 3</p>
Propuesta	<p>Por progresion tumoral, se indico manejo con Sunitinib, manifestando que presento en el intervalo Lipotimia, malestar general, disnea, edema de MMII. Fue hospitalizado documentando Disfuncion miocardica con FEVI 24%.</p> <p>Se propuso intervencion con 177Lu, la cual no ha iniciado. Se ajusta dosis de Octreotide a 60 mg/mes como en brazo control de Netter-1</p>
Decisión junta	En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión se analiza que el paciente se beneficia de terapia con Lutecio - pero la demora en su inicio pone en peligro su supervivencia. Se decide iniciar Capecitabina y Temozolomida si en el transcurso del siguiente mes no se ha iniciado el tratamiento por medicina nuclear.
Comentarios	<p>Se refirió a Terapia con 177Lu desde 04/18, siendo valorado en 06/18, pero a la fecha no ha recibido tratamiento considerando que se trata de medicamento vital no disponible. En tramite de autorizacion</p> <p>El paciente se mantiene en condicion clinica estable.</p>
Referencias	Phase 3 Trial of 177Lu-Dotatate for Midgut Neuroendocrine Tumors, N Engl J Med 2017; 376:125-135 DOI: 10.1056/NEJMoa1607427

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	DMO
Iniciales pte	LPR
Track/Necesidad	Mastología/Tejidos blandos
CIE10	c509
Caso	<p>55 años O y P: Quibdo</p> <p>Diagnostico ** Ca de mama EC IIIB - Progresion abdominal ** Ca gastrico Estadio Clinico: IIA (T3N0M0) - NO quirurgico por deseo de la paciente</p> <p>Patologia ** 29/03/17 (HPTU/Dr Varela) Metastasis de carcinoma lobular de mama, Mamoglonbina positivo, GATA 3 pos ** 23/01/07 (UdeC/Dra Cock) Adenocarcinoma lobulillar infiltrante, receptores hormonales positivos ** 19/02/16 (IPS Univ/Dr Osorio) Neoplasia epitelial a caracterizar. ** 01/03/16 (IPS Univ/Dr Osorio) CK positivo, CK7 positivo, CK 20 negativo, WT-1 negativo. RE positivo en estroma mulleriano, no es concluyente en celulas sospechosas ** 21/04/16 (IPS unive/Dr Osorio) Mama: Carcinoma a favor de carcinoma lobular infiltrante ** 04/05/16 (HPTU/Dr Varela) RE positivo, RP negativo, Ki67 3% ** 13/05/16 (Dinamica/Dr Castaño) Her2 1+ ** 10/09/18 (Echavarria/Dr Gallon) Adenocarcinoma invasor de tipo difuso con celulas en anillo de sello. H. pylori +++ - Mucosa gastrica corporal</p> <p>Imágenes ** 19/01/16 TC de abdomen: Dilatacion de los sistemas pielocaliciales y tortuosidad de los sistemas ureterales con mayor severidad en el componente derecho. A nivel del hipogastrio se identifica densidad mal definida interasas que corresponde con el sitio en donde se observa disminucion del calibre de los ureteres ** 29/01/16 EVDA: Gastritis universal eritematosa. Gastropatia cronica - Bx GCA con actividad leve ** 02/02/16 TC de torax: Vidrio esmerilado en el LSD ** 03/02/16 Colonoscopia: Diverticulosis deformante del sigmoides. NO se explora mas halla de 30 cm de margen anal ** 06/02/16 IRM de abdomen: Engrosamiento del omento el cual demuestra realce significativo mejor visualizado en la pelvis por compromiso secundario. Engrosamiento tras mural de la pared vesical superior que alcanza 20 mm de diametro craneocaudal con extension anteroposterior de 4.3 cm y trasversa de 6.6 cm, condicionando estenosis de la ureterovesical y dilatacion proximal descrita. ** 09/02/16 Us de mama: Dos nodulos espiculados retroareolar de 9*11 mm y otro de 24*14*13 mm - BI-R-5 ** 20/05/16 Gamagrafia osea: Negativo para metastasis ** 00/05/16 Colon por enema (Sin reporte) Transito de medio normal, no hay areas de estenosis u obstruccion. ** 10/03/17 TC de abdomen: Hígado sin lesiones tumorales, se identifca lesion quistica entre la vena hepatica izquierda y media. Diltacion hidronefrotica de pelvis renales sin etiologia especifica. Exceso de tejido blando retroperitoneal rodeando los vasos mesentericos, con nodularidad del peritoneo y estricacion de la grasa omental ** 02/02/17 EVDA: Bulbo deformado, estrecho, en la cara anterior se aprecia lesion blanquecina con gran actividad inflamatoria adyacente. En la cara posterior se aprecia pliegue engrosado - Bx: Compromiso por adenocarcinoma, CK positiva, Ki67 5% ** 10/03/17 TC de torax: En todas las vertebrae evaluadas, en el esternon, clavículas y multiples arcos costales se observan metastasis oseas ** 14/03/18 TC de abdomen: Quiste hepatico de 22 mm, quiste renal simple Bosniak I de 14 mm. Engrosamiento difuso de la pared gastrica, de hasta 14 mm. Adenopatias en el hilio hepatico y ligamento hepatoduodenal de hasta 11 mm, infiltracion grasa omental y mesenterica que indica carcinomatosis, aumento difuso de la intensidad de todos los cuerpos vertebrales, del sacro, de la pelvis y de los femur secundario a infiltracion metastasica. ** 14/03/18 TC de torax: Sin afectacion pleuropulmonar, infiltracion densa que ocupa la totalidad de los cuerpos vertebrales, clavículas, arcos costales, humeros, escapulas y esternon. ** 15/08/18 TC de abdomen: Hígado de tamaño y contorno normales, con disminución difusa de la densidad, nuevamente se identifica zona nodular de disminución de la densidad en el segmento IVA, sin realce con el medio de contraste y sin cambios con el estudio previo, mide aproximadamente 2. 3 cm. Las asas intestinales sin engrosamiento mural ni dilatación. Hay aumento de densidad de la grasa mesentérica en el epigastrio y mesogastrio, con imágenes de aspecto seudonodular menores de 5 mm, hallazgo que ya se visualizaba en el estudio previo y no presenta cambios. Extenso compromiso por lesiones blásticas y líticas del esqueleto axial y apendicular, sin evidencia por este estudio de masa de tejidos blandos o fracturas patológicas. ** 10/09/18 EVDA: Mucosa fibrotica de antro pilorico y bulbo duodenal</p> <p>Intervenciones ** 23/01/07 MRM + VA ** 00/08/07 AC x 6 ** 00/10/07 RT hasta 50 Gy ** 00/00/12 Tamoxifen x 5 años ** 22/03/16 Anastrozol - 4 años ** 00/06/16 Bolero 2 x 7 (Ciclos 4 y 5 sin Exemestane por tramite administrativo) - No recibio tratamiento durante dos meses ** 16/08/18 Fulvestrant x 16</p> <p>Recibe terapia con Fulvestrant sin complicaciones, sin embargo refiere que desde hace dos semanas presenta dolor abdominal epigastrico, asociado a emesis ocasional, con EVDA y patologia que confirma segundo primario gastrico</p>
Propuesta	<p>Se suspende Fulvestrant e Ibandronico, Inicia mDCF.</p> <p>La paciente no desea intervencion quirurgica sobre neoplasia gastrica</p>
Decisión junta	En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión se analiza que un carcinoma gástrico difuso es idéntico a un carcinoma lobulillar de mama metastásico al estómago, pues ambos exhiben células en anillo de sello. Se recomienda practicar marcador de inmunohistoquímica con GATA-3. En caso de que sea positivo, se considerará metastásico de mama, y se trataría con docetaxel monoagente. En caso de que sea GATA-3 negativo, se considerará segundo primario gástrico, y se ratifica la recomendación de tratamiento con mDCF (en vista de que la paciente no desea gastrectomía).
Comentarios	Cirugia oncologica de HPTU considera que la neoplasia gastrica se trata de un tumor metastasico de primario de mama
Referencias	Randomized multicenter phase II study of modified docetaxel, cisplatin, and fluorouracil (DCF) versus DCF plus growth factor support in patients with metastatic gastric adenocarcinoma: a study of the US Gastric Cancer Consortium. J Clin Oncol. 2015;33:3874-3879.

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	MLM
Iniciales pte	JNA
Track/Necesidad	Radiología
CIE10	C249
Caso	<p>Nacido en 06/1966 Paciente del servicio desde el 21/03/2018. Colangiocarcinoma intrahepático En 17/11/2107 Ecografía abdominal por dolor abdominal: lesión sospechosa en hígado. En 24/11/2017 TAC: masa de 5 cm en segmento VII del hígado. En 28/11/2017 RM: Masa de 6 cm en segmento VII de hígado En 05/02/2018 Lobectomía hepática: resección de tumor de 6.7 cm (Sergio Hoyos). En 06/02/2018 Patología: adenocarcinomas en otros órganos y así se puede concluir que se trata de un colangiocarcinoma, multifocal. (La inmunohistoquímica lo favorece, pero puede ser equívoca). Se clasifica como un colangiocarcinoma intrahepático, pT2 cN0 cM0 - Estadío II. En 06/04/2018 Inicia Fluoruracilo + Folinato. En 07/09/2018: Terminó quimioterapia adyuvante programada. En 05/10/2018 TAC de abdomen y pelvis: con metástasis en el segmento II del hígado de 22 mm, y de 23 mm, en IVa. -- Fue evaluado por cirugía de hígado y vías biliares quien conceptúa que no es quirúrgico.</p>
Propuesta	Se les explica que al no ser resecable no se puede considerar curable. Se recomienda proceder con quimioterapia con Cisplatino + Gemcitabina con el protocolo del estudio ABC-02. Se presenta en junta para evaluación de imágenes. Se ordena inestabilidad microsatelital para considerar inmunoterapia.
Decisión junta	En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión se analiza que las dos lesiones metastásicas son muy cercanas, con un diámetro combinado de 5.38 cm y adenopatía epifrénica de 1.9 cm. Se puede considerar la realización de radiocirugía robótica para su enfermedad oligometastásico. Se remite al Instituto Neurológico con el Dr. David Gómez.
Comentarios	Se presenta para evaluación de imágenes y considerar la posibilidad de manejo ablativo no quirúrgico.
Referencias	Valle, J., Wasan, H., Palmer, D. H., Cunningham, D., Anthoney, A., Maraveyas, A., ... Bridgewater, J. (2010). Cisplatin plus Gemcitabine versus Gemcitabine for Biliary Tract Cancer. <i>New England Journal of Medicine</i> , 362(14), 1273–1281. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0908721

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	FHM
Iniciales pte	MTR
Track/Necesidad	Mastología/Tejidos blandos
CIE10	c437
Caso	<p>05-17: 62 años. Lesión ungueal derecha hiperpigmentada y progresiva, un año de evolución. Melanoma grueso artejo pie derecho: Melanoma maligno infiltrante, Clark IV, Breslow al menos 4.3 mm, ulceración no aparente, tasa mitótica hasta 4 por mm2. Linfocitos tumorales no aparentes. Satelitosis no aparente. Fase vertical no aplica. (AP 17EQ024117). Estadío IIB, pT4b pN0(sn) M0 (05-17). Tratamiento: Amputación grueso artejo pie derecho y biopsia de ganglio centinela inguinal derecho. Tamaño tumoral 3.5 cm, melanoma invasor nodular, fase crecimiento vertical, Breslow 1.1 cm, margen más cercano 8 mm. Aspecto más sarcomatoide que epitelioides. 0/1 centinela. (AP 04-591453, HMUA). No terapia sistémica. 09-18: Recidiva por lesiones en tránsito en antepie derecho y metástasis en ganglios linfáticos inguinales ipsilaterales (pN3c: ganglios inguinales comprometidos clínicamente y metástasis en tránsito). Tratamiento: Resección lesiones en tránsito antepie derecho y vaciamiento inguinal derecho (04-10-18, HMUA). Correlación entre PET CT y sitios anatómicos comprometidos en antepie e ingle derechas, sin otros sitios de compromiso clínico o imagenológico. AP 13-3118, HMUA: Masas del antepie (15 mm y 8 mm), indican ganglios con metástasis de lesión neoplásica maligna. Vaciamiento inguinal derecho con lesión metastásica en 5/8 ganglios, con presencia de lesión neoplásica multifocal a nivel de la dermis y márgenes quirúrgicos sin lesiones. Solicitan S100, Melán A, MITF y HMB45.</p>
Propuesta	Manejo sistémico.
Decisión junta	--- Paciente presentado por la Dra. Alicia Henao (En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión se analiza que el paciente es un mal candidato para anti-BRAF por su pobre soporte familiar. De igual forma, se considera que la radioterapia no agrega control de la enfermedad considerando que tiene metástasis en tránsito. Se recomienda proceder con inmunoterapia con agente único anti PD1 (nivolumab o pembrolizumab).)
Comentarios	
Referencias	

Fecha junta	30-Oct-2018
MD	MLM
Iniciales pte	EMP
Track/Necesidad	Otros tumores
CIE10	C07X
Caso	<p>Nacido en 02/1952 Carcinoma de parótida (carcinoma ductal). -- Varios años de crecimiento de parótida y dolor ciático derecho. En 17/09/2018: Biopsia de axila y parótida: adenocarcinoma pobremente diferenciado, posiblemente ductal, receptores de andrógeno fuertemente positivos. -- Her2 desconocido. En 03/10/2018: PET-CT: compromiso en cervical y axilar izquierdo, compromiso óseo poliofístico, incluyendo columna lumbar baja Desempeño: 1.</p>
Propuesta	<p>Se ordena RM de toda la columna para descartar sitios de compresión epidural posibles. Evaluación por radioterapia. Se ordenará Her2 para terminar la investigación histológica.</p> <p>Se les explica que este tipo de tumor no es el más común, y que las estrategias de manejo no están establecidas en el mundo. Existen experiencias con antiandrógenos y anti Her2 cuando tienen los marcadores apropiados. Propongo un plan que maneje la posible compresión radicular lumbosacra con radioterapia; y considerar quimiorradioterapia para posible parálisis facial periférica inminente en el lado izquierdo. Se recomienda bicalutamida seguida por gosereлина durante el tratamiento de radioterapia. Una vez terminados estos dos procesos, se debería continuar con manejo sistémico, por definir según resultados.</p>
Decisión junta	En 30/10/2018, en junta multidisciplinaria de decisión se ratifica la recomendación del médico tratante.
Comentarios	Manejo "custom made"
Referencias	Lewis, A. G., Tong, T., & Maghami, E. (2016). Diagnosis and Management of Malignant Salivary Gland Tumors of the Parotid Gland. <i>Otolaryngologic Clinics of North America</i> , 49(2), 343–380. https://doi.org/10.1016/j.otc.2015.11.001

