

ReporteJuntaSinIDPorFecha

<b>Fecha junta</b>	06-Nov-2018
<b>MD</b>	DR DAVID I GOMEZ D
<b>Iniciales pte</b>	ACP
<b>Track/Necesidad</b>	Radioterapia
<b>CIE10</b>	C509
<b>Caso</b>	<p>22/10/2018 Primera valoracion por radioterapia Oncolgoica. Paciente de 62 años, referida por Cirugia de mama y tejidos blandos. Dr. FHM. Paciente a quien se le realiza en febrero 2002 mastectomia bilateral y reconstruccion inmediata con protesis mamaria. Ca ductal infiltrante al parecer E I, Recibiste terapia hormonal con TAMOXIFEN por 5 años. Termina en 2007 y continua con controles con Dr DG y Dra LC Ginecologa.</p> <p>Junio 2018 se nota deformidad en protesis de mama izquierda por lo cual se realizan estudios que demuestran adenopatias compatibles con neoplasia papilar versus metastasis de carcinoma. Se realiza Vaciamiento Axilar el 03/10/2018 ganglios Izquierdos 3/10 macro metastasis 1cm con EEC. Se refiere para Radioterapia.</p> <p>ESTUDIOS:          06/2018 US MAMARIO: ADENOPATIA #2 IZQUIERDA          07/07/2018 BACAF: #ng822-18: Adenopatias compatibles con neoplasia papilar versus metastasis de carcinoma.          17/08/2018 RNM mamaria : ganglios axilares izquierdos en Nivel I que tienden a conformar conglomerado. Sugiere Recidiva.          06/09/2018 TAC TORAX: conglomerado de adenopatias de 22mm, US mamaria ganglios axilares izquierdos #3 con cortical de 5 mm.          03/08/2018 vaciamiento axilar          08/10/2018 Vaciamiento reporte de patologia: #PA509475 CLA: ganglios Izquierdos 3/10 macro metastasis 1cm con EEC. IHQ: RE (+) 100%, RP (+) 30%, Ki 67 15%.          Se refiere para Radioterapia. Sintomas actuales: limitacion abduccion. Dolor hombro izq. Pendiente PET CT oncologico.</p> <p>Revisión por Sistemas:          No fiebre, no pérdida de peso, no tos, no disnea, no palpitations, no dolor precordial, no náuseas, no dolor abdominal, no cambios en el hábito intestinal, no edema, no disuria.</p> <p>REPORTE DE PATOLOGIA 248098 Dra Constanza Diaz. 2002 ca ductal infiltrante predominio intraductal con dos focos de invasion estromal. No IVL, la grasa peritumoral con focos satelites, la lesion se desarrollo en una cicatriz radial. Lesion G3. margenes libres. IHQ RE (+) RP (+) her 2 neu (positvo)</p> <p>PET CT (24/10/2018) sin evidencia metabolica, ni morfologica de lesiones que sugieran actividad tumoral. Proceso inflamatorio activo POP en region axilar izquierda. Ganglios de la cadena mamaria interna inflamatorios.</p>
<b>Propuesta</b>	REVISION DE IMAGENES PARA DEFINIR SI HAY PRESENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL EN REGION PECTORAL POSTERIOR IZQUIERDA Y A NIVEL DE CADENA MAMARIA INTERNA
<b>Decisión junta</b>	<p>Se realiza JUNTA MEDICA DE ONCOLOGIA CLINICA ASTORGA.</p> <p>Asistentes: Hematooncologia, Oncologica Clinica, Cirugia de mama y tejidos blandos, Mastologia, radiologia de cuerpo, Ginecologia Oncologica, Hematologia, Dolor y UCP, Radioterapia Oncologica. Se recomienda de forma UNANIME radioterapia axilosupraclavicular. Seguimiento a nivel de la region cadena mamaria interna y region axilar.</p>
<b>Comentarios</b>	Se revisan imagenes de TAC de torax, RNM de Mama y PET CT. No hay evidencia de actividad tumoral metabolica ni morfologica en la axila ni en la cadena mamaria interna. Ni en la region escapular dorsal ancho izquierda
<b>Referencias</b>	

<b>Fecha junta</b>	06-Nov-2018
<b>MD</b>	MLM
<b>Iniciales pte</b>	CCP
<b>Track/Necesidad</b>	MIPRES
<b>CIE10</b>	C509
<b>Caso</b>	<p>Nacida en 08/1949          Carcinoma de estómago.          Anemia sintomática (Hgb: 4.7).          En 16/08/2018 Endoscopia digestiva superior: masas en el cuerpo y curvatura menor de estómago, sangrado digestivo superior.          En 18/08/2018 reporte de patologia: adenocarcinoma, moderadamente diferenciado, de tipo intestinal.          -- Cardiopatía hipertensiva e isquemia FEVI 40%          En 29/09/2018 Gastrectomía subtotal.          En 08/10/2018 Gastrectomía subtotal: tamaño del tumor: 5.5 x 4 x 2.5cms.          -- Adenocarcinoma de tipo intestinal.          -- Grado histológico: grado 1, bien diferenciado.          -- Extensión del tumor: invade la muscular y el epiplón.          -- 6/17 ganglios comprometidos.          -- Estadíaje patológico (pTN): pT3 pN2 M0 - Estadío IIIA          En 19/10/2018 Ecocardiografía: Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada al límite inferior de lo normal.          -- FE: 52%.</p> <p>Se recomienda proceder con XELOX x8. Se discute en extenso.</p>
<b>Propuesta</b>	Se recomienda quimioterapia adyuvante con XELOX
<b>Decisión junta</b>	En 06/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante.
<b>Comentarios</b>	
<b>Referencias</b>	Bang, Y.-J., Kim, Y.-W., Yang, H.-K., Chung, H. C., Park, Y.-K., Lee, K. H., ... CLASSIC trial investigators. (2012). Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. The Lancet, 379(9813), 315–321. <a href="https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61873-4">https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61873-4</a>

<b>Fecha junta</b>	06-Nov-2018
<b>MD</b>	MLM
<b>Iniciales pte</b>	MGE
<b>Track/Necesidad</b>	
<b>CIE10</b>	C031
<b>Caso</b>	Nacida en 07/1939 Carcinoma de encía. -- Lesión encía cerca a molares izquierdos En 27/07/2018: Biopsia de lesión en encía izquierda En 10/08/2018: TAC que muestra lesión en encía izquierda. En 13/08/2018: Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado. En 01/10/2018: Mandibulectomía con inserción de biomodelo. En 23/10/2018: Carcinoma escamocelular convencional -- 5 cm, grado 1, con extensión a mandíbula, R0 -- Invasión perineural positiva, invasión linfovascular negativo. -- 4 de 21 ganglios comprometidos (no información de invasión extracaptular). -- p16 negativo -- pT4a pN2b cM0 - G1 - Estadío IVa -- Desempeño 2 -- Frágil
<b>Propuesta</b>	Se discute en extenso. Requiere de tratamiento posotoperatorio con radioterapia. Se podría considerar tratamiento con quimioterapia radiosensibilizante, pero no considero que sea recomendable realizarla con cisplatino. Se analiza la posibilidad de administrar cetuximab y su impacto con la Hepatitis C. Sin embargo, la reactivación de la hepatitis C no se espera con anti-EGFR. Se presentará en junta.
<b>Decisión junta</b>	En 06/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se conceptúa que los riesgos asociados a quimiorradioterapia superan los beneficios potenciales, y se deriva para radioterapia exclusiva.
<b>Comentarios</b>	Me preocupa mucho la aparente fragilidad de la paciente. Al igual que a Carlos Simón Duque.
<b>Referencias</b>	Yazici, O., Sendur, M. A. N., & Aksoy, S. (2014). Hepatitis C virus reactivation in cancer patients in the era of targeted therapies. World Journal of Gastroenterology, 20(22), 6716. <a href="https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6716">https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6716</a>

<b>Fecha junta</b>	06-Nov-2018
<b>MD</b>	MLM
<b>Iniciales pte</b>	MHO
<b>Track/Necesidad</b>	Oncología gastrointestinal
<b>CIE10</b>	C169
<b>Caso</b>	Nacida en 02/1956. Carcinoma de estómago. En 25/10/2018: La RM muestra 3 lesiones sugestivas de metástasis en IVa-VIII de 3.1 cm, en II de 1.2 cm, VIII de 6 mm. Lesión tumoral subcardial en la curvatura menor de 3.4 cm. En 29/10/2018: Endoscopia digestiva superior: lesión subcardial por curva menor, lesión ulcerada cubierta por coágulo. En 30/10/2018: Adenocarcinoma invasor, bien diferenciado. -- Se establece que es Her2 negativo, no hay inestabilidad microsatelital, y el PD-L1 es positivo (débil) - (Información telefónica de Carolina Eheverri). En 30/10/2018: Ecocardiografía: Fracción de eyección 60%. Desempeño 1 - Dolor epigástrico.
<b>Propuesta</b>	Para considerar manejo quirúrgico de enfermedad metastásica antes o después de quimioterapia perioperatoria con FLOT4.
<b>Decisión junta</b>	En 06/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante.
<b>Comentarios</b>	
<b>Referencias</b>	Al-Batran, S.-E., Homann, N., Pauligk, C., Illerhaus, G., Martens, U. M., Stoehlmacher, J., ... Hofheinz, R. D. (2017). Effect of Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Surgical Resection on Survival in Patients With Limited Metastatic Gastric or Gastroesophageal Junction Cancer. JAMA Oncology, 3(9), 1237. <a href="https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2017.0515">https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2017.0515</a>

<b>Fecha junta</b>	06-Nov-2018
<b>MD</b>	René Pareja
<b>Iniciales pte</b>	MAG
<b>Track/Necesidad</b>	Radioterapia
<b>CIE10</b>	c541
<b>Caso</b>	61 años, Qx x ca endometrio, presentó perforación intestinal inadvertida, estuvo en UCI, multiples lavados, vacuum, al final se pudo hacer cierre primario, clínica de heridas aun la ve Yo la envié para BRAQUITERAPIA exclusiva x Fx de riesgo intermedio Ganglios - Infiltración miometrial 75% Tamaño 4 cms Cervix - Anexos -
<b>Propuesta</b>	Solo braquiterapia, al parecer le van a hacer planeación para teleterapia el miércoles 7 de noviembre Su doctora le dijo que había que hacer teleterapia No estoy de acuerdo La teleterapia a una pelvis en las condiciones actuales le ocasionaría una morbilidad inmanejable
<b>Decisión junta</b>	En 06/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se analiza que el riesgo de teleterapia en esta paciente que tuvo complicaciones intra-abdominales graves es prohibitivo. Los beneficios de la teleterapia, además, son marginales en la situación clínica de esta paciente como lo estipula la NCCN. Se recomienda, en forma unánime, proceder con braquiterapia exclusiva.
<b>Comentarios</b>	Presntaré tabla con grupos de riesgo en la junta
<b>Referencias</b>	NCCN guidelines endometrial cancer

<b>Fecha junta</b>	06-Nov-2018
<b>MD</b>	Diego Moran
<b>Iniciales pte</b>	JCV
<b>Track/Necesidad</b>	Radiología
<b>CIE10</b>	c20x
<b>Caso</b>	<p>Edad: 66 años</p> <p>Diagnostico ** Ca de Recto EC IV</p> <p>Patologia ** (Nota Historia clinica) Mucosa rectal: Adenocarcinoma infiltrante, bien diferenciado ** (Nota Historia clinica) A nivel del recto se observa respuesta patologica completa, 2 polipos con adenoma tubular con displasia de bajo grado, 0/15 ganglios tumorales ** (Nota Historia clinica) Mutacion de EXON 2 de KRAS ** (Nota Historia clinica) Hgado; Nodulo hepatico de 2.7 cms, con adenocarcinoma bien diferenciado, necrosis del 50%, bordes negativos. CDX2, Villina Positivo</p> <p>Imagenes ** 24/11/15 TC de torax: Nodulo de 4.1*5.9*5 mm en LID y segmento basal medial de 3.4*4*4 mm ** 26/02/16 IRM de abdomen: Engrosamiento en recto medio, sin masas, no compromiso del margen de reseccion, disminucion en el tamaño de los ganglios mesorectales, persistiendo dos posteriores de 5 mm ** 25/04/17 TC de torax y abdomen: Nodulos parenquimatosos de 3 y 8 mm, recientes, 2 izquierdos y 8 derechos. Dos lesiones hepaticas en segmento VI y VII, mide 16 y 4 mm respectivamente ** 17/05/17 IRM de abdomen: Dos lesiones hepaticas, una en el segmento VII de 5 cms, otra en segmento V de 17 mm. ** 22/05/17 PET/CT Dos metastasis hepaticas en el segmento VII-VIII de 3.5*2.8*5 cm, tres nodulos en el LID, sin alteracion metabolica ** 00/09/17 TC de torax: Lesion hepatica de 30 mm en segmento VII. ** 02/10/17 PET/CT: Desaparecen las lesiones pulmonares, reduccion de mas del 50% de la lesion en el segmento VII-VIII, desaparece la lesion en segmento V hepatico ** 04/10/17 IRM de abdomen: Lesion en segmento VII de 2,8 cms y otras en segmento V de 8 mm. ** 05/09/18 PET/CT Aumento anormal del metabolismo en los campos pulmonares, con SUVmax de 2.4, en relacion con varias lesiones nodulares con predominio en el pulmon derecho. La de mayor tamaño y metabolismo se trata de una lesion cavitada en el segmento apical del LID que mide 12 mm, algunas de estas lesiones estaban presentes en el estudio previo, sin actividad metabolica, y otras son de reciente aparicion.</p> <p>Intervenciones ** 08/01/16 CRT con 5FU ** 02/03/16 Proctosigmoidectomia ** 21/09/16 mFOLFOX x 6 ** 20/09/17 FOLFIRI + Bev x 3 ** 15/11/17 Hepatectomia derecha</p>
<b>Propuesta</b>	Es necesario definir con claridad la extension del compromiso metastasico pulmonar y si existe enfermedad mediastinal, para definir reseccion quirurgica Vs terapia sistematica.
<b>Decisión junta</b>	En 06/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión. Se considera que no es quirúrgica luego de analizar las imágenes en las que se evidencian múltiples metástasis pulmonares, bilaterales. Se recomienda terapia sistémica.
<b>Comentarios</b>	Paciente con CA de colon metastasico, al parecer desde el Dx presentaba lesiones pulmonares que por su comportamiento hacen sospechar compromiso metastasico. Fue llevado a hepatectomia derecha por lesiones metastasica hepatica, y ahora se planteo metastasectomia pulmonar.
<b>Referencias</b>	<p>Leber- und Lungenmetastasen des kolorektalen Karzinoms. Der Chirurg, 87(2), 151–156.</p> <p>World J Surg Oncol. 2016 Jul 29;14(1):201. Prognostic factors after pulmonary metastasectomy of colorectal cancers: influence of liver metastasis.</p> <p>Ann Surg Oncol. 2015;22(6):1844-50. Pulmonary metastasectomy in colorectal cancer patients with previously resected liver metastasis: pooled analysis.</p>

<b>Fecha junta</b>	06-Nov-2018
<b>MD</b>	Diego Moran
<b>Iniciales pte</b>	GAG
<b>Track/Necesidad</b>	Oncología gastrointestinal
<b>CIE10</b>	C169
<b>Caso</b>	<p>77 años</p> <p>Diagnostico  ** Ca de Cervix FIGO IVa - b?  ** Ca gastrico Estadio Clínico: IV (T4aN2M1)</p> <p>Patologia  ** 20/08/15 (Suescun/Dr Suescun) Adenocarcinoma pobremente diferenciado  ** 16/09/15 (Suescun/Dr Suescun) Adenocarcinoma pobremente diferenciado de cervix - CK 5/6 positivo, p 16 +, p63 negativo, Vimentina negativo, receptor de estrogenos negativo  ** 01/10/18 (BioMolecular/Dr Avila) Carcinoma infiltrante de celulas grandes pobremente diferenciado  ** 08/10/18 (Nota HC) IHQ: CK y E-cadherina positivo, ACL negativo. Compromiso por adenocarcinoma de tipo intestinal pobremente diferenciado.</p> <p>Imagenes  ** 17/09/15 TC de abdomen: Adenoma suprarrenal izquierdo, Se observan ganglios retroperitoneales y adenomegalias de localizacion periaortica, la mayor a nivel del hilio renal izquierdo de 18 mm, tambien hay adenomegalias en las cadenas iliacas comunes y externas principalmente del lado izquierdo. El cuello uterino esta aumentado de tamaño, siendo de contornos irregulares con aumento de la atenuacion de la grasa adyacente y aparente compromiso del tercio superior de la vagina.  ** 17/09/15 TC de torax: En el mediastino posterior de localizacion para-aortica bilateral se identifican adenomegalias, la mayor de 15 mm en el lado izquierdo. Nodulos calcificados residuales de 5 mm en el LII y en la lingula  ** 08/06/16 TC de abdomen: Adenoma de glandula suprarrenal izquierda de 15 mm, sin evidencia de compromiso metastasico  ** 08/06/15 TC de torax: Pequeños ganglios axilares de 7 mm, no hay ganglios mediastino  ** 04/08/17 US pelvica: Pelvis ocupada por una masa quistica, redondeada de bordes nitidos y pared delgada, de contenido jaspeado irregular, sin excrecencias ni areas solidas unilocular, que mide 66*64*63 mm y tiene un volumen de 140 cc.  ** 21/08/18 TC de abdomen: Utero aumentado de tamaño, con diametro de 10*9*9 cm, presenta dilatacion de la cavidad endometrial con AP maximo de 8.8 cm. En topografia anexial derecha y en relacion con la porcion superior derecha del utero se identifica otra lesion de aspecto quistico, de paredes gruesas que realzan tras la administracion del medio de contraste, con componente solido de la pared anterior y areas heterogeneas en su interior en probable relacion a coagulos, con diametros de 10*9*12 cm, esta lesion pierde el plano de clivaje con el utero y se comunica con la cavidad endometrial. Conglomerado de adenomegalias inguinal derecho de 3.6*3.2 cm, adenomegalia en la cadena iliaca externa de 2*2 cm. Se identifica engrosamiento de la pared gastrica a nivel del antro y el piloro, con diametro maximo de 3.8 cm, en una extension aproximada de 5.6 cm, con evidencia de 2 adenomegalias, una adyacente a la lesion gastrica con diametro de 2.4*3.2 cm, la otra adyacente a la cabeza del pancreas, con diametro de 3.6*3.1 cm. Nodulo de 2*1.4 cm en la glandula adrenal derecha.  ** 05/10/18 EVDA. Carcinoma gastrico localmente avanzado del antro, con estenosis de la luz que impide el avance al duodeno.</p> <p>Intervenciones  ** 04/11/15 RT pelvica 30 GY - Control sangrado  ** 13/04/16 CBP/Taxol x 4 - Suspendido por adherencia  ** 11/10/18 Gastroenteroanastomosis derivativa.</p>
<b>Propuesta</b>	Se propone tratamiento con esquema que cubra las dos patologias, Carboplatino/Paclitaxel
<b>Decisión junta</b>	En 06/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante.
<b>Comentarios</b>	Paciente con Dx reciente de CA gastrico, con compromiso ovarico secundario, tiene ademas historia de CA de cervix, que a la fecha parece cursar tambien con progresion nodal regional.
<b>Referencias</b>	<p>Am J Clin Oncol. 2003 Feb;26(1):37-41.  Phase II study of paclitaxel and carboplatin in patients with advanced gastric cancer.</p> <p>Dis Esophagus. 2015 Nov-Dec;28(8):782-7. doi: 10.1111/dote.12279. Epub 2014 Aug 25.  Carboplatin and paclitaxel as first-line treatment of unresectable or metastatic esophageal or gastric cancer.</p>