

ESCAPE ROOM 3D

Manejo del paciente con
cáncer de esófago y de
la UGE localmente
avanzado
BMS

Propuesta ejercicios Sala 2





AL ENTRAR EN LA SALA 2 – 00 BIENVENIDA

Cartel inicial (en grande, no es bocadillo)

Bienvenidos a la Sala de consulta. Os estábamos esperando.

Los saboteadores no se han conformado con destruir archivos digitales de los pacientes con cáncer de esófago o de la UGE localmente avanzado. Han atacado también los documentos físicos: muchos de ellos han sido alterados, desordenados o robados.

Estamos aún evaluando los daños, pero concretamente hay dos casos sobre los que tenéis que ayudarnos. ¡Los dos pacientes están en vuestras manos!

Comprenderéis que, para evitar más destrozos, los de la Brigada de Delitos Informáticos hayan cerrado la puerta de esta sala a cal y canto.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

AL ENTRAR EN LA SALA 2 – SIGUIENTE MENSAJE



Bocadillo 01.1

“El objetivo es reconstruir la historia clínica de estos 2 pacientes y averiguar qué decisiones tomó el Comité multidisciplinar de este hospital durante su evolución y tratamiento.

Para ello lo primero que tendréis que hacer será conocer sus antecedentes personales y su enfermedad. Los *hackers* han intentado destruir todas las pruebas. Yo miraría en la papelera.”

Interacción 1

OBJETIVO

Encontrar por la sala las **fichas de los pacientes 1 y 2**, respectivamente.

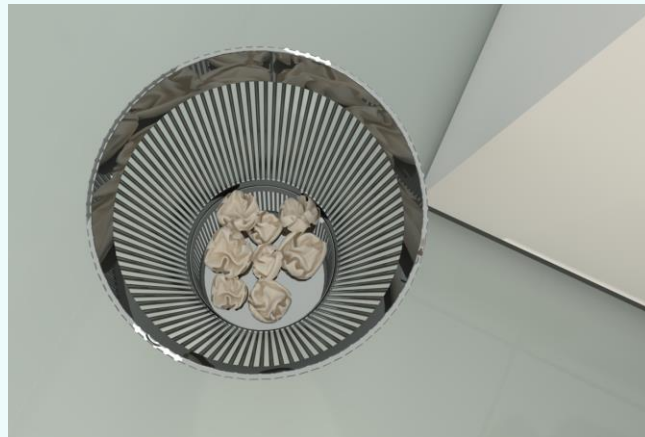
ACTIVIDAD

Encuentran las 2 fichas arrugadas e incompletas en la papelera.



EN LA PAPELERA

Buscan la papelera y tendrán que pinchar sobre los papeles arrugados. En ese momento se abrirán a pantalla completa las 2 fichas de los pacientes, a la vez. Podrán observarlas el tiempo que necesiten, hasta que pinchen en el botón del bocadillo 01.2.





PEDRO, VARÓN 59 AÑOS.

MOTIVO DEL INGRESO:

- Ingresó en febrero de 2021 en el Servicio de Digestivo por disfagia progresiva en los últimos 2-3 meses y pérdida de peso.

ANTECEDENTES:

Familiares

- Padre cardiopatía y cáncer ORL.
- Madre viva.
- Hermano cáncer de pulmón.
- Una hija sana.

Personales

- No AMC.
- Fumador hasta hace 19 años de 30 paquetes/año.
- HTA, distipemia.
- Ha sufrido COVID.
- IQ: menisco en ambas rodillas.

TRATAMIENTO:

- Candesartán 16mg, Atorvastatina 20mg.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

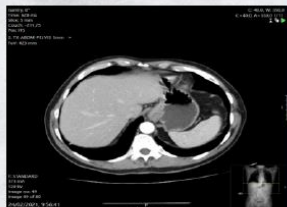
EDA/gastroscopia (02/21):

Se aprecia en **tercio inferior, distal, por encima de cardias**, una lesión sobrelevada de 10-12 mm recubierta por mucosa granular y friable. A la introducción del endoscopio se ve "retenido" cuerpo extraño, medicación, que se pasa a estómago. El paso del endoscopio es normal.



TC (24/2/21):

Engrosamiento patológico de la pared del esófago torácico distal que alcanza una longitud aproximada de 7cm, alcanzando la unión esofagagástrica; el grosor máximo de la pared es de unos 12,7 mm y en algún segmento adquiere un aspecto estenosante. Contacta mínimamente con el pericardio conservando planos con la aorta torácica. Se objetiva un ganglio de apenas 3 mm periesofágico izquierdo y se observan pequeñas adenopatías en territorio gastrohepático, la mayor de 6,5 mm, caudal lateral a la arteria mesentérica superior y anterior a la glándula adrenal izquierda de 5,4 mm.



LUIS, VARÓN 62 AÑOS.

MOTIVO DEL INGRESO:

- Acude a CCEE de Gastroenterología por sospecha de hepatopatía ante elevación de transaminasas en analítica de control rutinaria por su MAP.

ANTECEDENTES:

Familiares

- Sin interés.

Personales

- No AMC.
- Ex fumador (30 años) y ex bebedor (2 años).
- Fibrilación auricular.
- VHC tratado y erradicado.
- IQ: Fractura de fémur izquierdo.

TRATAMIENTO:

- Acenocumarol, bisoprolol, digoxina, furosemida y pantoprazol.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- No pérdida de peso. Exploración sin hallazgos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Gastroscopia (estudio por sospecha de hepatopatía):

Lesión ligeramente sobrelevada a 30 cm de arcada dentaria, de 1 cm de diámetro. No se objetivan varices ni datos de gastropatía hipertensiva.

TC tóraco-abdomino-pélvico (TAP):

Engrosamiento nodular de la pared de esófago medio. Ausencia de otros datos de diseminación.

Bocadillo 01.2

Uhhh. Parece que se les detectaron unas lesiones sospechosas. Será importante la determinación de su histología...
HAZ CLIC PARA CONTINUAR



CUANDO HACEN CLIC

Las 2 fichas se colocan encima de la mesa, como papeles sueltos. Se quedan ahí para después poder arrastrar sobre ellas los elementos que faltan. Si se hace clic sobre las fichas a partir de ahora, se vuelven a abrir a pantalla completa individualmente.

Queda accesible la pista:

Pista 01.2
Histología, histología... ¿Con qué herramienta se averigua?

HAZ CLIC PARA CONTINUAR



PEDRO, VARÓN 59 AÑOS.

MOTIVO DEL INGRESO:

- Ingresó en febrero de 2021 en el Servicio de Digestivo por disfagia progresiva en los últimos 2-3 meses y pérdida de peso.

ANTECEDENTES:

Familiares

- Padre cardiopatía y cáncer ORL.
- Huero vivo.
- Hermano cáncer de pulmón.
- Una hija sana.

Personales

- No AIC.
- Fumador hasta hace 19 años de 30 paquetes/año.
- HTA, dislipemia.
- Ha sufrido COVID.
- RQ: menisco en ambas rodillas.

TRATAMIENTO:

- Candesartán 16mg, Atorvastatina 20mg.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

EDA/gastroscopia (02/21):


Se aprecia en tercio inferior, distal, por encima de cardias, una lesión sobrelevada de 10-12 mm recubierta por mucosa granular y friable. A la introducción del endoscopio se ve "retenido" cuerpo extraño, medicación, que se pasa a ecotomía. El paso del endoscopio es normal.



TC (24/2/21):

Engrosamiento patológico de la pared del esófago torácico distal que alcanza una longitud aproximada de 7cm, alcanzando la unión esofagogastrica; el grosor máximo de la pared es de unos 12,7 mm y en algún segmento adquiere un aspecto ecumoso. Contacta mínimamente con el pericardio conservando planos con la aorta torácica. Se observa un ganglio de apenas 3 mm periesofágico izquierdo y se observan pequeñas adenopatías en territorio gastrohepático, la mayor de 6,3 mm, caudal lateral a la arteria mesentérica superior y anterior a la glándula adrenal izquierda de 5,4 mm.





LUIS, VARÓN 62 AÑOS.

MOTIVO DEL INGRESO:

- Acude a CCEE de Gastroenterología por sospecha de hepatopatía ante elevación de transaminas en analítica de control rutinario por su MAP.

ANTECEDENTES:

Familiares

- Sin interés.

Personales

- No AIC.
- Ex fumador (30 años) y ex bebedor (2 años).
- Fibrilación auricular.
- VAC: curado y erradicado.
- RQ: Fractura de fémur izquierdo.

TRATAMIENTO:

- Acemecumamol, bisoprolol, digoxina, furosemida y pantoprazol.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- No pérdida de peso. Exploración sin hallazgos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Gastroscopia (estudio por sospecha de hepatopatía):

Lesión ligamentosa sobrelevada a 30 cm de arcade dentaria, de 1 cm de diámetro. No se observan varices ni datos de gastropatía hipertensiva.

TC tórax-abdomino-pélvico (TAP):

Engrosamiento nodular de la pared de esófago medio. Ausencia de otros datos de diseminación.

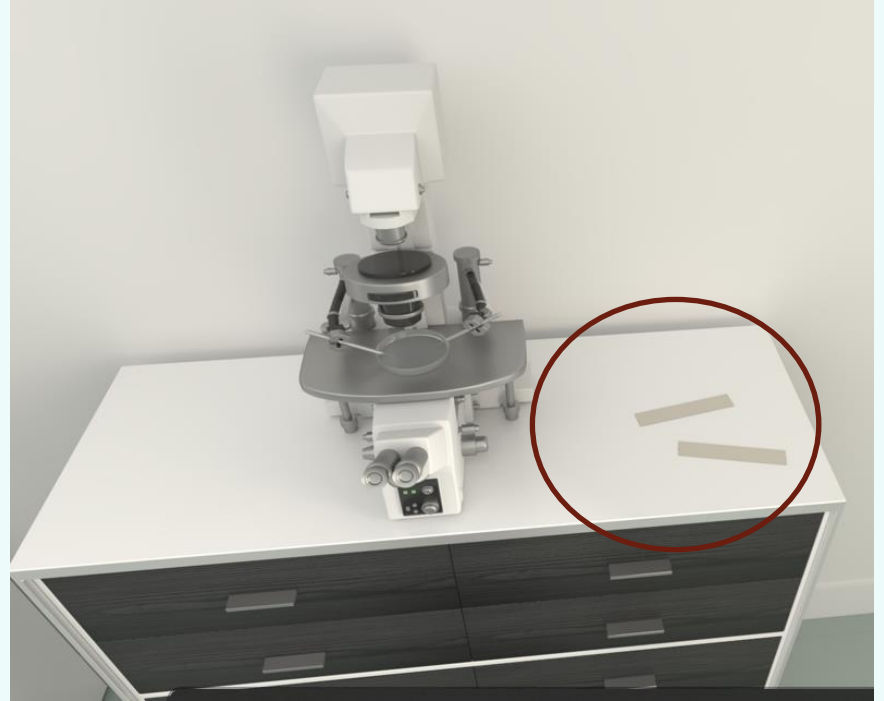
Interacción 2

OBJETIVO

Encontrar los resultados de las pruebas de **anatomía patológica**.

ACTIVIDAD

En unos papeles que hay en una mesita junto al microscopio hay unos apuntes en 2 papeles independientes con los resultados de anatomía patológica de los 2 dos pacientes.



CUANDO HACEN CLIC

Anatomía patológica

Adenocarcinoma tipo intestinal G2 con células en anillo de sello.



Anatomía patológica

Infiltración por carcinoma escamoso bien diferenciado.



Cuando hacen clic sobre cualquiera de los papeles se abren los 2 a pantalla completa

Bocadillo 02.1

¡Anda! Estos resultados pueden ser los que estabais buscando. Al pinchar sobre ellos se guardarán en el maletín.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Se guardan en el maletín como 2 documentos independientes (cada uno en un hueco), para que después se puedan arrastrar individualmente.

Pista 02.1 (accesible cuando ya estén los papeles en el maletín)

¿Os habéis fijado en los dibujos que aparecen en los resultados? Qué curioso...

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Interacción 3

OBJETIVO


Completar las 2 fichas de paciente con todas las correspondientes pruebas complementarias y averiguar el diagnóstico.

ACTIVIDAD

Mediante un drag&drop, arrastrar los 2 resultados de anatomía patológica, que estarían en el maletín, a las 2 fichas de paciente, para completar la información sobre las pruebas complementarias y finalizar las fichas.

En el momento en que lo hagan correctamente, saltará un pop-up en cada uno.

PARA COMPLETAR LA FICHA DE PEDRO



PEDRO, VARÓN 59 AÑOS.

MOTIVO DEL INGRESO:

Ingresó en febrero de 2021 en el Servicio de Digestivo por disfagia progresiva en los últimos 2-3 meses y pérdida de peso.

ANTECEDENTES:

Familiares	Personales
Padre cardiopatía y cáncer ORL.	No AMC.
Madre viva.	Fumador hasta hace 19 años de 30 paquetes/año.
Hermano cáncer de pulmón.	HTA, dislipemia.
Una hija sana.	Ha sufrido COVID.
	IQ: menisco en ambas rodillas.

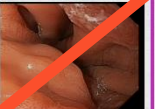

TRATAMIENTO:

Candesartán 16mg, Atorvastatina 20mg.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:


EDA/gastroscopia (02/21):

Se aprecia en tercio inferior, distal, por encima de cardias, una lesión sobreelevada de 10-12 mm recubierta por mucosa granular y friable. A la introducción del endoscopio se ve "retenido" cuerpo extraño, medicación, que se pasa a estómago. El paso del endoscopio es normal.



TC (24/2/21):

Engrosamiento patológico de la pared del esófago torácico distal que alcanza una longitud aproximada de 7cm , alcanzando la unión esofagagástrica; el grosor máximo de la pared es de unos 12,7 mm y en algún segmento adquiere un aspecto estenosante. Contacta mínimamente con el pericardio conservando planos con la aorta torácica. Se objetiva un ganglio de apenas 3 mm periesofágico izquierdo y se observan pequeñas adenopatías en territorio gastrohéptico, la mayor de 6,5 mm, caudal lateral a la arteria mesentérica superior y anterior a la glándula adrenal izquierda de 5,4 mm.




Arrastrar este elemento al espacio señalado:

Anatomía patológica

Adenocarcinoma tipo intestinal G2 con células en anillo de sello.



CUANDO LO HACEN CORRECTAMENTE: POP-UP PACIENTE 1



CONCLUSIÓN

Neoplasia de esófago torácico inferior con extensión a la unión esofagogástrica, en caso de confirmarse afectación de pericardio correspondería a un **cT4a** (pericardio) **N1 M0**.

PEDRO tiene un **Adenocarcinoma de esófago inferior-UEG (Siewert 1)** **cT4aN1M0**:
Localmente avanzado

Bocadillo 03.1

¡Genial! Ya tenéis el diagnóstico inicial de Pedro. Guardadlo.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

CUANDO LO ARRASTRAN AL MALETÍN



Queda accesible la pista:

Pista 03.1

¿Por qué están en rojo algunas letras y cifras? Tal vez sea una clave.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

PARA COMPLETAR LA FICHA DE LUIS



LUIS, VARÓN 62 AÑOS.

MOTIVO DEL INGRESO:

- Acude a CCEE de Gastroenterología por sospecha de hepatopatía ante elevación de transaminasas en analítica de control rutinaria por su MAP.

ANTECEDENTES:

Familiares

- Sin interés.

Personales

- No AMC.
- Ex fumador (30 años) y ex bebedor (2 años).
- Fibrilación auricular.
- VHC tratado y erradicado.
- IQ: Fractura de fémur izquierdo.

TRATAMIENTO:

- Acenocumarol, bisoprolol, digoxina, furosemida y pantoprazol.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- No pérdida de peso. Exploración sin hallazgos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Gastroscopia (estudio por sospecha de hepatopatía):


Lesión ligeramente sobreelevada a 30 cm de arcada dentaria, de 1 cm de diámetro. No se objetivan varices ni datos de gastropatía hipertensiva.

TC tóraco-abdomino-pélvico (TAP):

Engrosamiento nodular de la pared de esófago medio. Ausencia de otros datos de diseminación.

Arrastrar este elemento al espacio señalado:

Anatomía patológica
Infiltración por carcinoma escamoso bien diferenciado.



CUANDO LO HACEN CORRECTAMENTE: POP-UP PACIENTE 2

Con los datos presentados ¿cuál de las siguientes sería la siguiente prueba diagnóstica que le realizaron a Luis? Pinchad sobre la respuesta correcta:

A

ECOENDOSCOPIA.

B

PET-TC.

C

TRÁNSITO BARITADO.

D

RESECCIÓN MUCOSA.



La respuesta correcta es la B, PET-TC

SI SE EQUIVOCAN DE RESPUESTA

Con los datos presentados ¿cuál de las siguientes sería la siguiente prueba diagnóstica que le realizaron a Luis? Pinchad sobre la respuesta correcta:

- A** ECOENDOSCOPIA.
- B** PET-TC.
- C** TRÁNSITO BARITADO.
- D** RESECCIÓN MUCOSA.



Bocadillo 03.2A

¡Error! Fijaos bien.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Y pueden volver a intentarlo

CUANDO LO HACEN CORRECTAMENTE....

Con los datos presentados ¿cuál de las siguientes sería la siguiente prueba diagnóstica que le realizaron a Luis? Pinchad sobre la respuesta correcta:

A ECOENDOSCOPIA.


B PET-TC.

C TRÁNSITO BARITADO.

D RESECCIÓN MUCOSA.




SALTA ESTE FEEDBACK A PANTALLA COMPLETA



¡EXACTO!

Tras TC que descarte la enfermedad metastásica y la presencia de adenomegalias significativas, debe realizarse un PET-TC tanto para descartar metástasis no diagnosticadas con la TC como captaciones sugestivas de enfermedad ganglionar de las que pueda realizarse estudio dirigido mediante la ecoendoscopia.

La citada ecoendoscopia debe realizarse tras el PET-TC y posteriormente la resección endoscópica si el tumor impresiona de precoz tras las anteriores pruebas, para confirmar la profundidad de la invasión. El tránsito baritado aporta escasa información adicional en el presente caso.

 ¿Y QUÉ PASÓ?

Y CUANDO PINCHAN EN “¿Y QUÉ PASÓ?”

SALTA ESTE ELEMENTO A PANTALLA COMPLETA:

RESULTADOS:



PET-TC

Ligera captación en esófago medio (SUV 4,5) compatible con lesión neoplásica descrita, sin otros focos de captación patológica.



ECOENDOSCOPIA

Lesión en esófago medio (30 cm de arcada dentaria) de 1cm compatible con T1a (no alcanza la submucosa). No se objetivan adenomegalias.



Bocadillo 03.2B

Uhhh.. Esto es una información importante sobre Luis... Guardadla.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

CUANDO LO ARRASTRAN AL MALETÍN

Queda accesible la pista:

Pista 03.2

¿Y los círculos y flechas de ese documento?
Quizás sean marcas secretas de los *hacker*.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

¿CÓMO SIGUE?

Ahora pueden continuar o pinchando en la pantalla del ordenador o pinchando en el teléfono móvil que hay encima de la mesa. En función de dónde empiecen seguirán una secuencia diferente que les llevará hasta la fase de QRT neoadyuvante en ambos casos.

Da igual por cuál empiecen.

Interacción 4

OBJETIVO

Continuar desentrañando la historia clínica de **Pedro** – **pruebas adicionales**.

ACTIVIDAD

Podrán ver la pregunta en la pantalla del ordenador que haya en la sala.



CUANDO PINCHAN EN LA PANTALLA DEL ORDENADOR – Se enciende y aparece esto:



Bocadillo 04.1

¡Hace falta una clave
para acceder al ordenador!
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Aparece un teclado alfanumérico
para poder teclear la clave.

La clave es **cT4aN1M0**

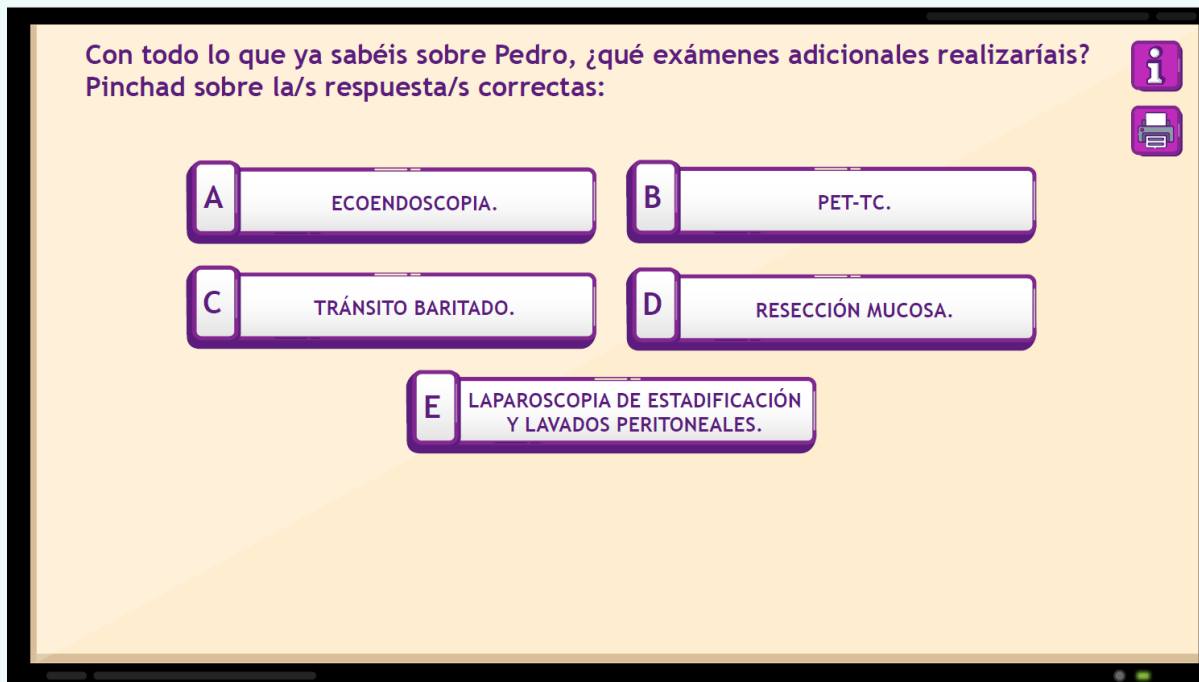
Diagnóstico del paciente 1 (Pedro)

Se mantiene el teclado alfanumérico
hasta que acierten. Si se equivocan
en la pantalla pone "¡Error! Probad
otra vez".

Pista 04.1

¿Dónde había una clave de 8 caracteres?
En la información de uno de los pacientes.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

CUANDO METEN BIEN LA CLAVE - EN LA PANTALLA DEL ORDENADOR APARECE:



La respuesta correcta son 3: A, B y E.

Si fallan o falta alguna...

Bocadillo 04.2

¡Error! Buscad + info si la necesitáis.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

PUEDEN PINCHAR SOBRE LA “I” DE MÁS INFORMACIÓN

Con todo lo que ya sabéis sobre Pedro, ¿qué exámenes adicionales realizaríais?
Pinchad sobre la/s respuesta/s correctas:

A

ECOENDOSCOPIA.

B

PET-TC.

C

TRÁNSITO BARITADO.

D

RESECCIÓN MUCOSA.

E

LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN
Y LAVADOS PERITONEALES.



Y SE ABRE UN POP-UP. Lo leen y lo pueden cerrar en el aspa, volviendo a la pantalla principal de las preguntas

Cáncer de esófago: guía de práctica clínica de ESMO para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento.

Table 1. Diagnostic and staging investigations in oesophageal cancer

Procedure	Purpose
FBC	Assess for iron-deficiency anaemia
Renal and liver function	Assess renal and liver function to determine appropriate therapeutic options
Endoscopy and biopsy	Obtain tissue for diagnosis, histological classification and molecular biomarkers, e.g. PD-L1 and HER2 status (AC)
EUS	Accurate assessment of T and N stage in potentially resectable tumours
Bronchoscopy with endobronchial ultrasonography	Assess tumour growth towards central airways; complementary to EUS, especially when tumour stricture precludes EUS
CT of thorax + abdomen ± pelvis	Staging of tumour to detect local/distant lymphadenopathy and metastatic disease
PET-CT, if available	Staging of tumour to detect local/distant lymphadenopathy and metastatic disease
Laparoscopy ± washings	Exclude occult metastatic disease involving peritoneum/diaphragm, especially in locally advanced (T3/T4) ACs of the OGJ infiltrating the anatomical cardia

Obermannová R, Ann Oncol. 2022 Oct;33(10):992-1004

EN LA PANTALLA DEL ORDENADOR – Cuando resuelven correctamente – Sale feedback.

Con todo lo que ya sabéis sobre Pedro, ¿qué exámenes adicionales realizaríais?
Pinchad sobre la/s respuesta/s correctas:


A ECOENDOSCOPIA.

B PET-TC.

C TRÁNSITO BARITADO.

D RESECCIÓN MUCOSA.


E LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN Y LAVADOS PERITONEALES.


 **EFFECTIVAMENTE**

¡Estas son las pruebas que le realizaron!

Considerando el PET-TC en caso de disponibilidad en el centro hospitalario, sin ser estrictamente necesaria en la estadificación de un adenoCA de esófago.

Los adenocarcinomas de esófago pueden tener metástasis peritoneales ocultas hasta en el 15% de los casos, por lo que podría plantearse una laparoscopia de estadificación.

 **CONTINUAR**



AL PINCHAR EN “CONTINUAR” salta un bocadillo y el icono de la impresora se hace clicable

Con todo lo que ya sabéis sobre Pedro, ¿qué exámenes adicionales realizaríais?
Pinchad sobre la/s respuesta/s correctas:


A ECOENDOSCOPIA.

B PET-TC.

C TRÁNSITO BARITADO.

D RESECCIÓN MUCOSA.


E LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN Y LAVADOS PERITONEALES.

 **EFEKTIVAMENTE**

¡Estas son las pruebas que le realizaron!

Considerando el PET-TC en caso de disponibilidad en el centro hospitalario, sin ser estrictamente necesaria en la estadificación de un adenoCA de esófago.

Los adenocarcinomas de esófago pueden tener metástasis peritoneales ocultas hasta en el 15% de los casos, por lo que podría plantearse una laparoscopia de estadificación.

 **CONTINUAR**

Bocadillo 04.3

Los hackers colgaron el sistema y parece que algún documento se quedó en la cola de la impresora. Intenta reactivar la impresión a ver si sale.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

AL HACER CLIC PARA CONTINUAR, TIENEN QUE CLICAR EN EL ICONO DE LA IMPRESORA para salir del ordenador.

Con todo lo que ya sabéis sobre Pedro, ¿qué exámenes adicionales realizaríais?
Pinchad sobre la/s respuesta/s correctas:


A ECOENDOSCOPIA.

B PET-TC.

C TRÁNSITO BARITADO.

D RESECCIÓN MUCOSA.


E LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN Y LAVADOS PERITONEALES.

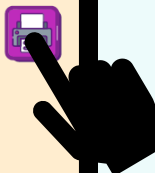
 **EFFECTIVAMENTE**

¡Estas son las pruebas que le realizaron!

Considerando el PET-TC en caso de disponibilidad en el centro hospitalario, sin ser estrictamente necesaria en la estadificación de un adenoCA de esófago.

Los adenocarcinomas de esófago pueden tener metástasis peritoneales ocultas hasta en el 15% de los casos, por lo que podría plantearse una laparoscopia de estadificación.

 CONTINUAR



Tendrán que clicar en el icono de la impresora para cerrar esta ventana y se encontrarán donde empezaron la interacción 4, frente a la pantalla del ordenador. Tendrán que desplazarse en la sala hasta la impresora.

Interacción 5

OBJETIVO

Continuar desentrañando la historia clínica de **Pedro – tratamiento.**

ACTIVIDAD

Tendrán que contestar a la pregunta, que encontrarán en la impresora.



Esta prueba está bloqueada hasta que terminan la 04. En todo momento no habrá nada en la impresora pero, cuando dan al botón de la impresora en el ordenador, en la impresora aparecerá un papel con la pregunta.

EN LA IMPRESORA – AL CLICAR SOBRE EL PAPEL SE ABRE A PANTALLA COMPLETA

¿Qué tratamiento creéis que el comité multidisciplinar recomendó para Pedro?
Señalad la respuesta correcta:



- ☐ Ablación por radiofrecuencia de la lesión nodular.
- ☐ Esofagectomía 3 campos.
- ☐ Resección mucosa endoscópica.
- ☐ Esofagectomía de Ivor-Lewis.
- ☐ Quimiorradioterapia neoadyuvante

La respuesta correcta es “Quimiorradioterapia neoadyuvante”

SI SE EQUIVOCAN...

¿Qué tratamiento creéis que el comité multidisciplinar recomendó para Pedro?
Señalad la respuesta correcta:



- ☐ Ablación por radiofrecuencia de la lesión nodular.
- ☐ Esofagectomía 3 campos.
- ☐ Resección mucosa endoscópica.
- ☒ Esofagectomía de Ivor-Lewis.
- ☐ Quimiorradioterapia neoadyuvante

Bocadillo 05.2

¿Seguroooo? Intentadlo de nuevo.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

SI RESUELVEN CORRECTAMENTE - SALE FEEDBACK.

¿Qué tratamiento creéis que el comité multidisciplinar recomendó para Pedro?
Señalad la respuesta correcta:


☐ Ablación por radiofrecuencia de la lesión nodular.

☐ Esofagectomía 3 campos.


☐ Resección mucosa endoscópica.

☐ Esofagectomía de Ivor-Lewis.

☒ Quimiorradioterapia neoadyuvante

 ¡ESO ES!

Pese a tener una dudosa resecabilidad, se plantearía una QRT neoadyuvante por tratarse de un tumor localmente avanzado.

 CONTINUAR

Cuando pinchan en “Continuar” simplemente salen y tienen que buscar por la sala.

Cuando lleguen hasta este punto:

Si aún no han llegado hasta este punto con el otro paciente:

Bocadillo 05.3

¡Muy bien! Habéis avanzado bastante averiguando cuál fue el tratamiento de Pedro en neoadyuvancia. Ahora tendréis que ver qué pasó con el otro paciente. Buscad por la sala para encontrar la información.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Si resuelven esto después de haber resuelto ya todo lo de Luis (toda la parte del teléfono móvil y las batas):

Bocadillo 05.4

¡Fantástico! Ya habéis descubierto que a ambos pacientes se les administró QRT en neoadyuvancia. Consultad qué ocurrió después porque tenéis que ayudar a averiguar un último paso eliminado de sus historias.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Interacción 6a

OBJETIVO

Continuar desentrañando la historia clínica de **Luis – tratamiento**.

ACTIVIDAD

Resolver la pregunta que encontrarán en la pantalla del móvil que está apoyado sobre la estantería blanca que hay detrás de la mesa de consulta.



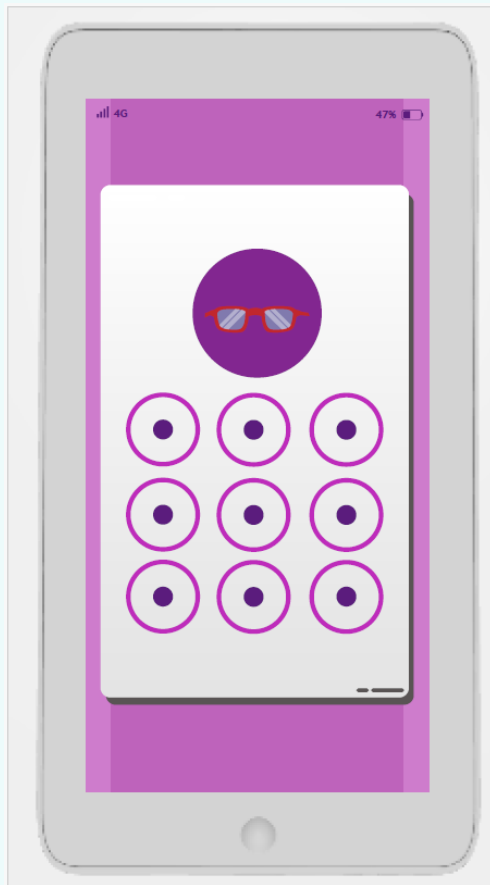
EN LA PANTALLA DEL MÓVIL QUE HAY ENCIMA DE LA MESA – Al clicar encima se abre esto a pantalla completa:

Bocadillo 6A.1

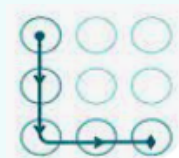
¡Necesitáis el patrón para desbloquear el teléfono!
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Pista 6A.1

¿Dónde habéis visto antes esos círculos? Recordad.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR



El patrón es



que está en la
ficha de
diagnóstico del
paciente 2
(Luis)

EN LA PANTALLA DEL MÓVIL QUE HAY ENCIMA DE LA MESA – Al clicar encima se abre esto a pantalla completa:

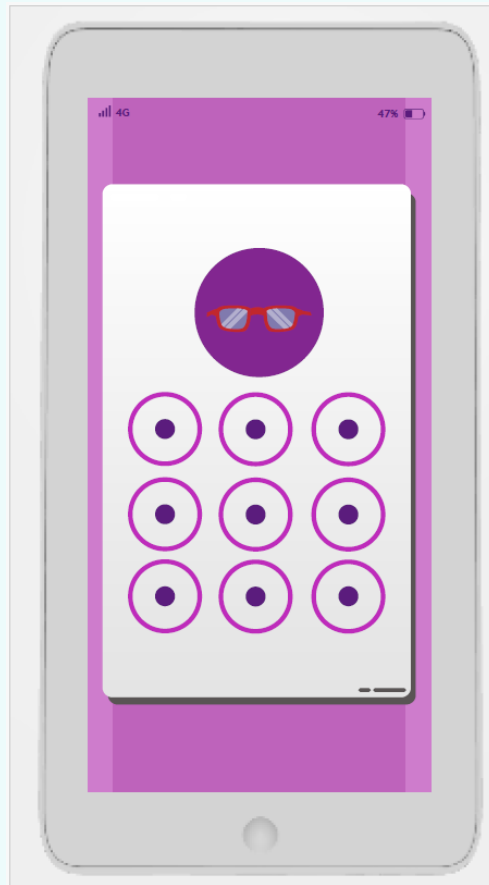
Si no meten el patrón correcto:

Bocadillo 6A 2

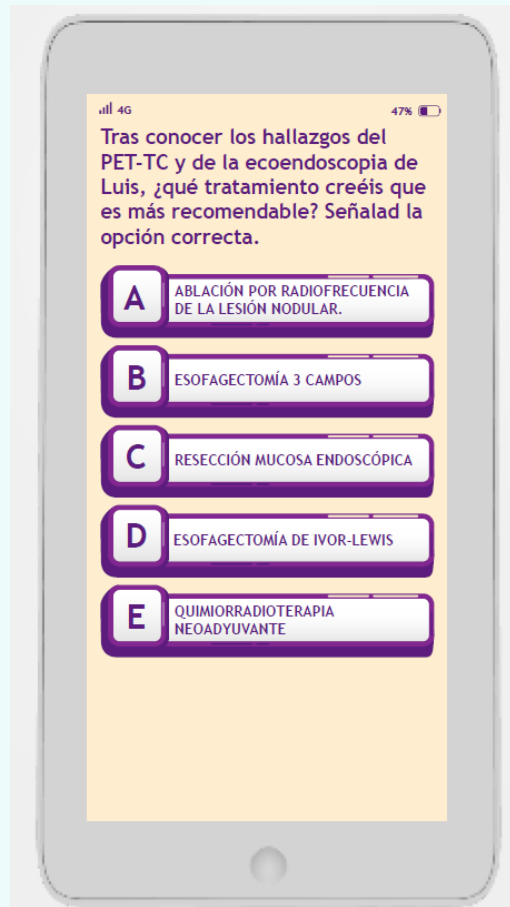
Error. Vuelve a intentarlo.
Fíjate bien.

**HAZ CLIC PARA
CONTINUAR**

Si lo meten correcto se les
desbloquea el teléfono y
sale la pregunta



EN LA PANTALLA DEL MÓVIL QUE HAY ENCIMA DE LA MESA – Cuando desbloquean el móvil aparece esto a pantalla completa:



La respuesta correcta es la C
“Resección mucosa endoscópica”

Si fallan ...

Bocadillo 6A.3

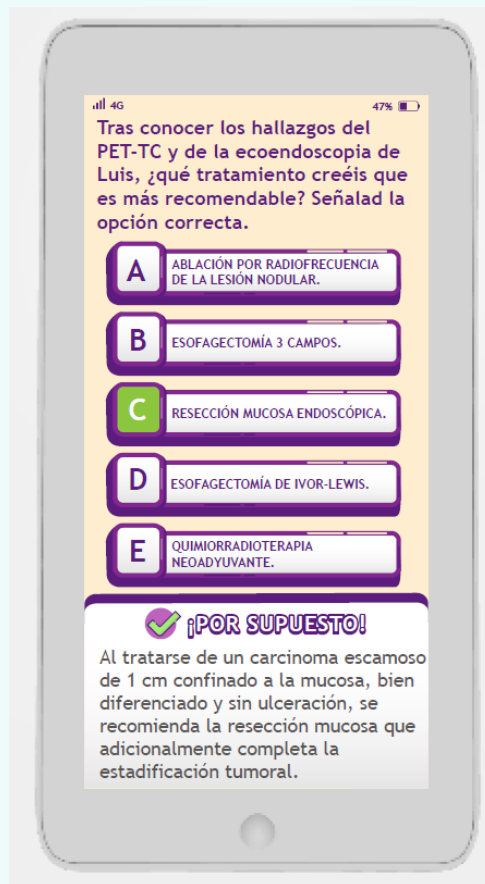
¡Error! Probad de nuevo.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

EN LA PANTALLA DEL MÓVIL QUE HAY ENCIMA DE LA MESA – Cuando resuelven correctamente la pregunta:

Sale el feedback.

Añadir botón de continuar.



Interacción 6b (secuencial con la 6a)

OBJETIVO

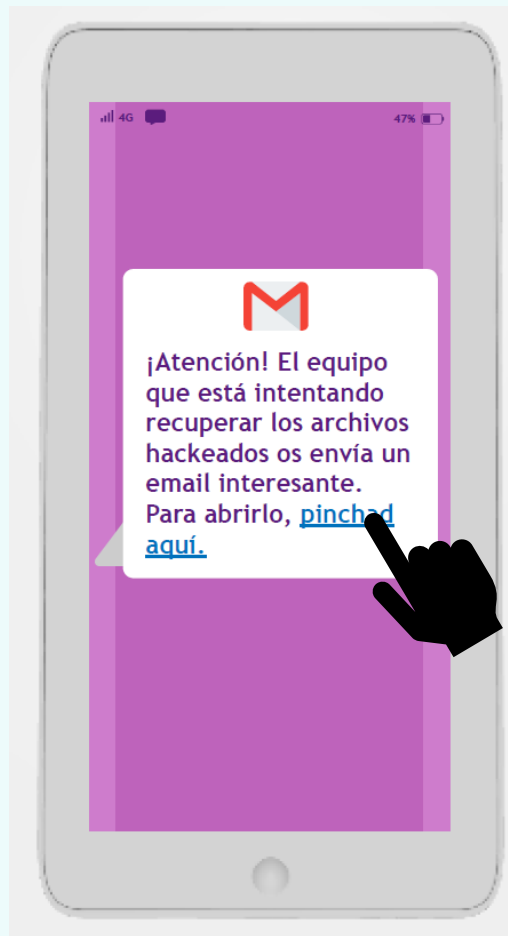
Continuar desentrañando la historia clínica de **Luis – Evolución tras la resección mucosa endoscópica.**

ACTIVIDAD

En ese momento entra un email. Se ven los resultados de las pruebas de seguimiento y se realiza un pequeño ejercicio de drag&drop en la pantalla del móvil.



EN LA PANTALLA DEL MÓVIL – AL DAR EN EL BOTÓN DE “CONTINUAR” NOTIFICACIÓN DE EMAIL



A PANTALLA COMPLETA – Contenido email

MENSAJE NUEVO

Asunto: Evolución de Luis tras la resección mucosa endoscópica







Queridos miembros del Comité de expertos,

Hemos encontrado el informe de anatomía patológica de Luis realizado tras la resección mucosa endoscópica y os indicamos aquí lo que pone: *"G2 pT1aN0M0 con márgenes profundo y laterales libres (el tumor alcanza la lámina propia sin sobrepasarla). Se considera curativo y se indica seguimiento".*



Tenemos toda la información sobre las pruebas realizadas durante el seguimiento y sus resultados, pero está todo desordenado. Si asociáis correctamente cada resultado con la prueba correspondiente, arrastrándolo, podréis concluir qué le pasó a Luis a los 4 meses:

EDA		Carcinoma escamoso
Anatomía patológica		Captación de contraste en tercio medio esofágico y en ligamento gastrohepático (SUV 4 en ambas)
TC TAP		Lesión sobreelevada a 30cm de arcada dentaria
PET		uT1aN+ (PAAF de infiltración por carcinoma escamoso)
Ecoendoscopia con PAAF		Leve engrosamiento mural de tercio medio esofágico, adenomegalia de 2cm en ligamento gastrohepático

Enviar



COMPROBAR



Es un ejercicio de drag&drop. Tienen que arrastrar las pastillas de la derecha a las posiciones correctas, que son las que aparecen en la siguiente pantalla.

Resolución correcta del drag&drop.

EDA	Lesión sobreelevada a 30cm de arcada dentaria
Anatomía patológica	Carcinoma escamoso
TC TAP	Leve engrosamiento mural de tercio medio esofágico, adenomegalia de 2cm en ligamento gastrohepático
PET	Captación de contraste en tercio medio esofágico y en ligamento gastrohepático (SUV 4 en ambas)
Ecoendoscopia con PAAF	uT1aN+ (PAAF de infiltración por carcinoma escamoso)

A PANTALLA COMPLETA – Al pinchar en “Comprobar”

MENSAJE NUEVO

Asunto: Evolución de Luis tras la resección mucosa endoscópica

Queridos miembros del Comité de expertos,






Hemos encontrado el informe de **anatomía patológica** de Luis realizado tras la resección mucosa endoscópica y os indicamos aquí lo que pone:

“G2 pT1aNOMO con márgenes profundo y laterales libres (el tumor alcanza la lámina propia sin sobrepasarla). Se considera curativo y se indica seguimiento”.


Tenemos toda la información sobre las pruebas realizadas durante el **seguimiento** y sus resultados, pero está todo desordenado. Si asociáis correctamente cada resultado con la prueba correspondiente, arrastrándolo, podréis concluir qué le pasó a Luis a los 4 meses:

EDA		Carcinoma escamoso
Anatomía patológica		Captación de contraste en tercio medio esofágico y en ligamento gastrohepático (SUV 4 en ambas)
TC TAP		Lesión sobreelevada a 30cm de arcada dentaria
PET		uT1a1+ (PAAF de infiltración por carcinoma escamoso)
Ecoendoscopia con PAAF		Leve engrosamiento mural de tercio medio esofágico, adenomegalia de 2cm en ligamento gastrohepático

Enviar



COMPROBAR



Si fallan:

Bocadillo 6B.1

¡Error! alguna no está bien colocada. Probad de nuevo.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

@programación: Que se queden colocadas las que ya habían acertado y solo actúen recolocando las falladas.

A PANTALLA COMPLETA – Al pinchar en “Comprobar”

— ↗ ✕

MENSAJE NUEVO

Asunto: **Evolución** de Luis tras la resección mucosa endoscópica






Queridos miembros del Comité de expertos,



Hemos encontrado el informe de **anatomía patológica** de Luis realizado tras la resección mucosa endoscópica y os indicamos aquí lo que pone:
*“G2 pT1a**NOM0** con márgenes profundo y laterales libres (el tumor alcanza la lámina propia sin sobrepasarla). Se considera curativo y se indica seguimiento”*.

Tenemos toda la información sobre las pruebas realizadas durante el **seguimiento** y sus resultados, pero está todo desordenado. Si asociáis correctamente cada resultado con la prueba correspondiente, arrastrándolo, podréis concluir qué le pasó a Luis a los 4 meses:

EDA		Carcinoma escamoso
Anatomía patológica		Captación de contraste en tercio medio esofágico y en ligamento gastrohepático (SUV 4 en ambas)
TC TAP		Lesión sobreelevada a 30cm de arcada dentaria
PET		uT1a1+ (PAAF de infiltración por carcinoma escamoso)
Ecoendoscopia con PAAF		Leve engrosamiento mural de tercio medio esofágico, adenomegalia de 2cm en ligamento gastrohepático

Enviar



 **COMPROBAR** 

Si aciertan: al pinchar en “Comprobar” se iluminan en verde como en la pantalla siguiente.

A PANTALLA COMPLETA – Contenido email- resolución correcta del drag&drop.

MENSAJE NUEVO

Asunto: **Evolución** de Luis tras la resección mucosa endoscópica







Queridos miembros del Comité de expertos,




Hemos encontrado el informe de **anatomía patológica** de Luis realizado tras la resección mucosa endoscópica y os indicamos aquí lo que pone: **"G2 pT1aNOM0 con márgenes profundo y laterales libres (el tumor alcanza la lámina propia sin sobrepasarla). Se considera curativo y se indica seguimiento"**.

Tenemos toda la información sobre las pruebas realizadas durante el **seguimiento** y sus resultados, pero está todo desordenado. Si asociáis correctamente cada resultado con la prueba correspondiente, arrastrándolo, podréis concluir qué le pasó a Luis a los 4 meses:

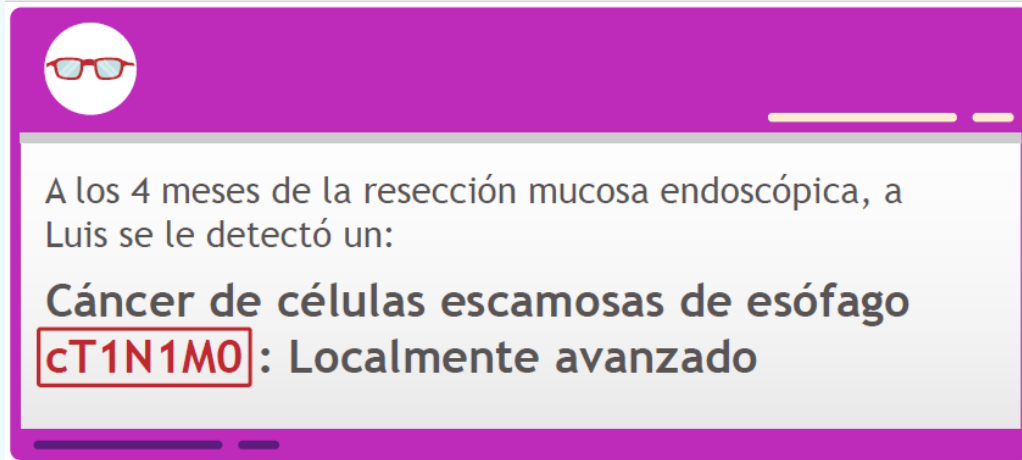
EDA	Lesión sobreelevada a 30cm de arcada dentaria
Anatomía patológica	Carcinoma escamoso
TC TAP	Leve engrosamiento mural de tercio medio esofágico, adenomegalia de 2cm en ligamento gastrohepático
PET	Captación de contraste en tercio medio esofágico y en ligamento gastrohepático (SUV 4 en ambas)
Ecoendoscopia con PAAF	uT1aN+ (PAAF de infiltración por carcinoma escamoso)

Enviar



 CONTINUAR  

CUANDO PINCHAN EN “CONTINUAR” – Sale este elemento a pantalla completa como Feedback



Bocadillo 6B.2

¡Estupendo! Ya tenéis el diagnóstico de Luis. Guardadlo.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Al hacer clic se guarda en el maletín. Y salta otro bocadillo.

Bocadillo 6B.3

Necesitáis saber cómo continuó el caso de Luis. Buscad más información por la sala.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Al hacer clic se cierra la pista y vuelven a la vista de la mesa.

Si no saben dónde mirar ni cómo seguir pueden pedir pista:

Pista 6B.1

¿Habéis mirado las batas? Tal vez escondan información valiosa...

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Interacción 7

OBJETIVO

Continuar desentrañando la historia clínica de **Luis – Tratamiento tras evolución.**

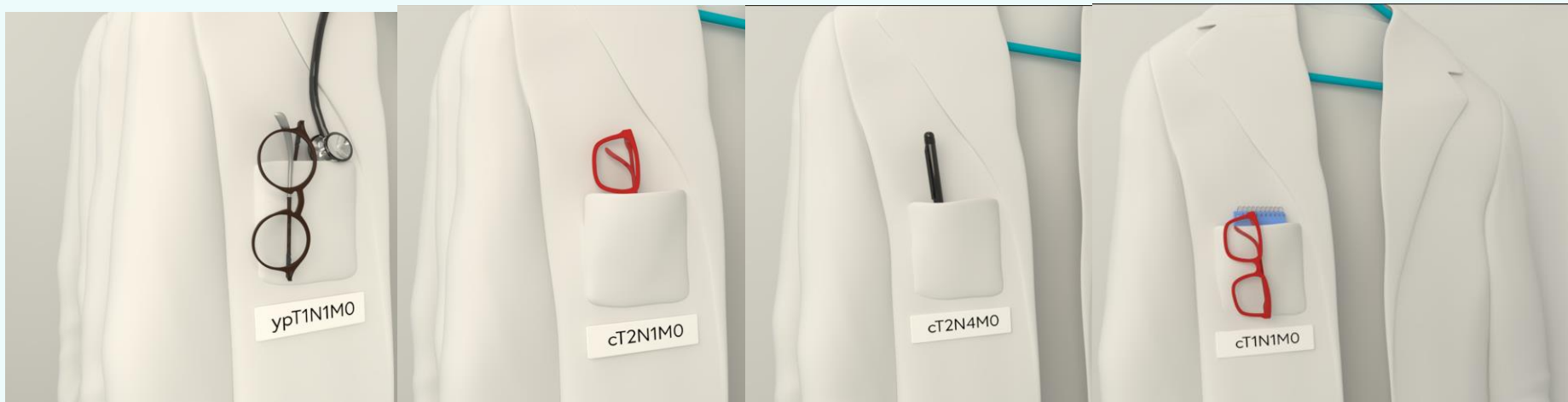
ACTIVIDAD

Se encontrará un bloc de notas en el bolsillo de una bata colgada en un perchero de la sala.



EN EL PERCHERO

En el perchero hay 4 batas colgadas.
Todas llevan un identificador y distintos elementos.
Las podrán revisar una a una hasta que elijan la correcta.



AL PINCHAR SOBRE LAS BATAS

Si pinchan en las batas antes de resolver la prueba 6

Bocadillo 07.1

¡Cuidado! No podéis hurgar en las batas si no tenéis los diagnósticos de los pacientes. Los vais a necesitar.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Si pinchan en las batas después de resolver la prueba 6

Bocadillo 07.2

Parece que estas batas tienen algunos detalles peculiares... ¿Qué son esos identificadores?

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Si pinchan una bata que no es la correcta.

Bocadillo 07.3

¡Vaya! Esta bata no tiene nada interesante.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

AL PINCHAR SOBRE LAS BATAS

Solo una de ellas lleva
unas gafas como las de
Luis y el identificador
cT1N1M0
que es el diagnóstico
del paciente 2 (Luis)
tras recaída.



Esta será la bata
que contenga en
el bolsillo el bloc
con la siguiente
pregunta sobre
Luis.

Cuando pinchen en esta bata correcta:

Bocadillo 07.4

Hay un bloc de notas. ¿Lo consultamos?

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

EN LA TAQUILLA QUE HAY EN LA CONSULTA – Bloc en la bata colgada dentro

Tras la aparición de la recidiva de Luis, ¿qué tratamiento consideraréis que es el más recomendable?

A Ablación por HALO.

B Esofagectomía 3 campos.

C Quimiorradioterapia neoadyuvante.

D Esofagectomía de Ivor-Lewis.

La respuesta correcta es la C: “Quimiorradioterapia neoadyuvante”.

EN LA TAQUILLA QUE HAY EN LA CONSULTA – Bloc en la bata colgada dentro

Si fallan...

Bocadillo 07.5

Ups! Este no es...Intentadlo de nuevo.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

EN LA TAQUILLA QUE HAY EN LA CONSULTA – Cuando resuelven correctamente - Feedback

Tras la aparición de la recidiva de Luis, ¿qué tratamiento consideraréis que es el más recomendable?

A Quimiorradioterapia neoadyuvante.

B Esófagectomía 3 campos.

 C Quimiorradioterapia neoadyuvante.

D Esófagectomía de Ivor-Lewis.



¡ASÍ ES!

La presencia confirmada histológicamente de afectación ganglionar hace recomendable el empleo de quimiorradioterapia neoadyuvante y posterior esófagectomía 3 campos, aunque la cirugía posterior se podría valorar que fuese esófagectomía de Ivor-Lewis con anastomosis en cúpula torácica. La cirugía directa es peor alternativa en un caso con enfermedad ganglionar confirmada y ni la resección endoscópica ni la ablación van a tratar la enfermedad ganglionar.



CONTINUAR



Cuando lleguen hasta este punto:

Si aún no han llegado hasta este punto con el otro paciente:

Bocadillo 07.6

¡Muy bien! Habéis avanzado bastante averiguando cuál fue el tratamiento de Luis en neoadyuvancia. Ahora tendréis que ver qué pasó con el otro paciente. Buscad por la sala para encontrar la información.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Si resuelven esto después de haber resuelto ya todo lo de Pedro (toda la parte del ordenador y la impresora):

Bocadillo 07.7

¡Fantástico! Ya habéis descubierto que a ambos pacientes se les administró QRT en neoadyuvancia. Consultad qué ocurrió después porque tenéis que ayudar a averiguar un último paso eliminado de sus historias.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

¿CÓMO SIGUE?

Al dar en “Haz clic para continuar”, tanto en el bocadillo 5.4 como en el bocadillo 7.7, en función de la trayectoria que hayan seguido, les salta, a pantalla completa, el esquema del camino de los pacientes que se muestra en la siguiente interacción.

Interacción 8

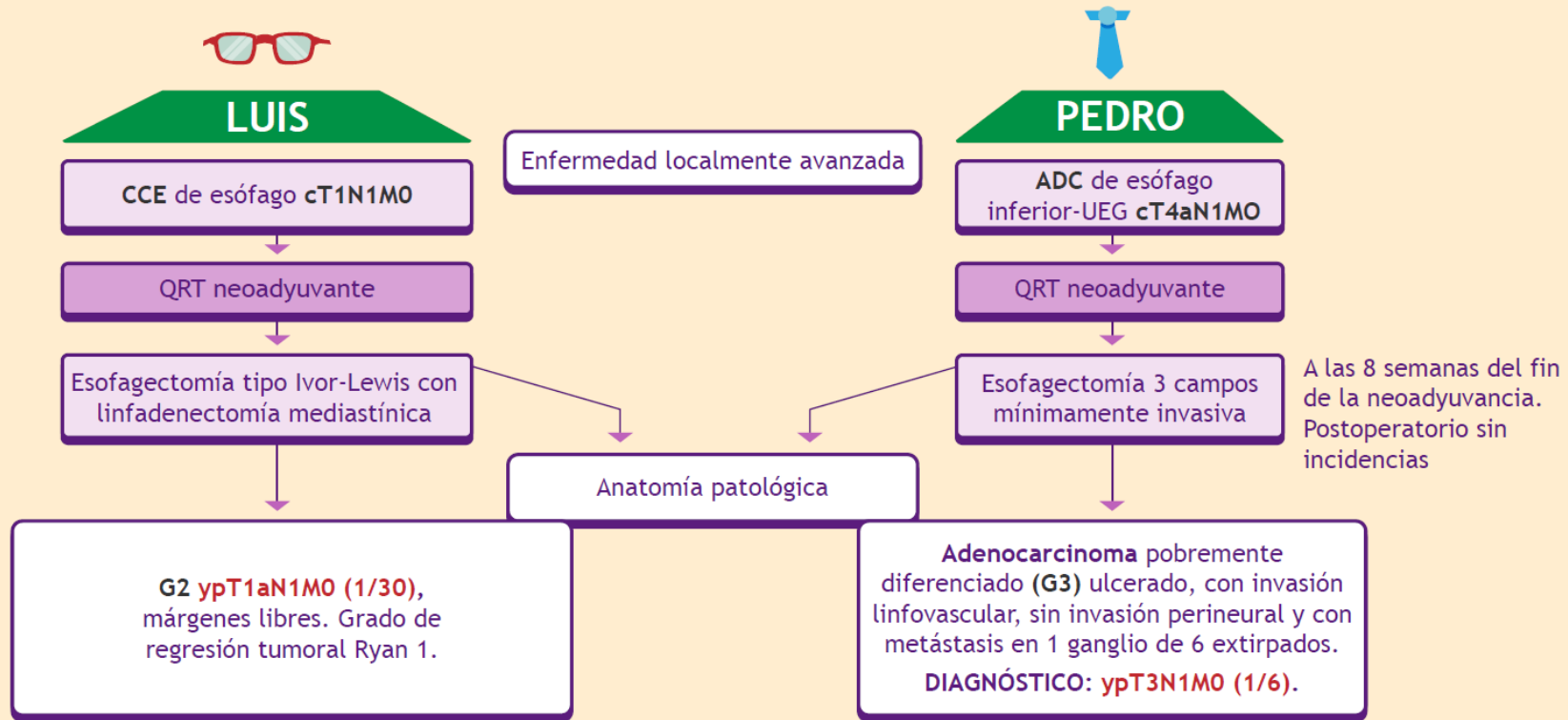
OBJETIVO

Podrán visualizar el esquema completo de tratamiento de ambos pacientes (con la cirugía y la anatomía patológica postcirugía) y resolver la última pregunta.

ACTIVIDAD

Les saltará un esquema con la misma estructura que las Guías ESMO que han trabajado, completado hasta el último paso.

EN TODA LA PANTALLA – Esquema camino de los pacientes



¿Qué opción recomendaríais a continuación para estos pacientes?



EN TODA LA PANTALLA – Al pinchar en Continuar aparece la pregunta.

¿Qué opción recomendaríais a continuación para estos pacientes?

- | | | | |
|---|-------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | SEGUIMIENTO | 2 | QUIMIOTERAPIA COMPLEMENTARIA |
| 3 | QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA. | 4 | NIVOLUMAB ADYUVANTE |

La respuesta “correcta” es la 4: “Nivolumab adyuvante”.

Si fallan...

Bocadillo 08.1

¿Estáis seguros?????

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

EN TODA LA PANTALLA – Cuando contestan correctamente - Feedback.

¿Qué opción recomendaríais a continuación para estos pacientes?

- 1

SEGUIMIENTO
- 2

QUIMIOTERAPIA COMPLEMENTARIA
- 3

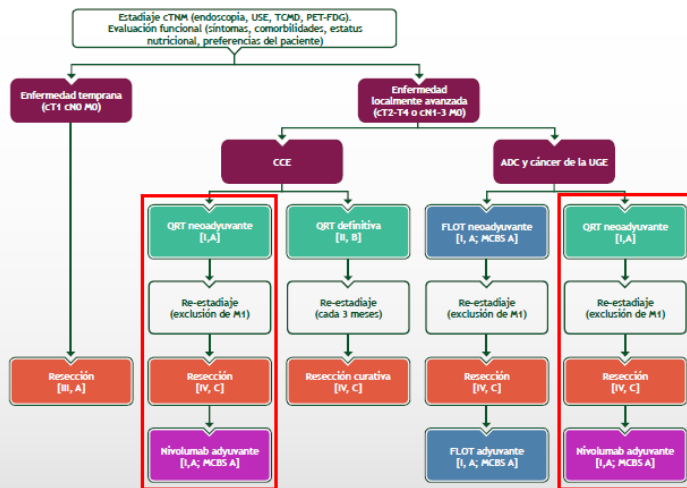
QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA.
- 4


NIVOLUMAB ADYUVANTE



¡FENOMENAL!

Habéis conseguido reconstruir las historias clínicas de estos pacientes. Se les trató de acuerdo con las guías de la ESMO que ya demostrasteis que conocéis a la perfección:



 CONTINUAR

EN TODA LA PANTALLA – Al pinchar en “Continuar”- Salta un mensaje



“¡Enhorabuena!!

Ser **EFICACES** tiene su recompensa.

Ahora descubriréis cómo puede evolucionar un paciente con nivolumab en adyuvancia.

Por vuestra **SEGURIDAD** estáis encerrados y ¡tenéis que salir de la consulta!

Los **LIBROS** tienen la **LLAVE** del conocimiento.”

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Interacción 9

(esto está capado hasta el final).

En una estantería habrá **2 libros** con la indicación **“CM-577”** en el lomo.
Tendrán que encontrarlos y pinchar sobre ellos.
En la portada de uno pondrá **“EFICACIA”**
En la de otro pondrá **“SEGURIDAD”**
Y podrán revisar todas las pantallas de eficacia y de seguridad seleccionadas, respectivamente.



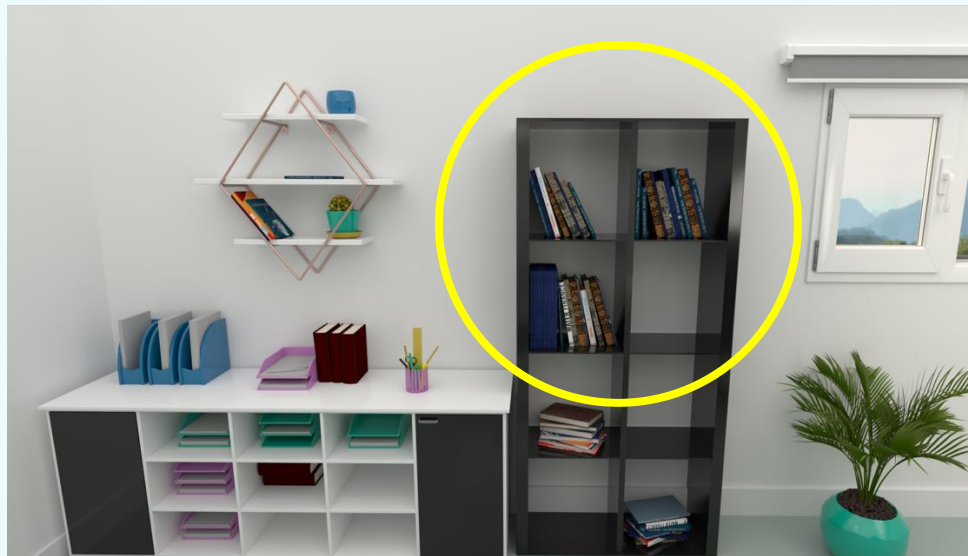
Si pulsas en la estantería antes de resolver el resto de pruebas:

Bocadillo 09.1

No podéis consultar los libros todavía.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

CM-577

Eficacia



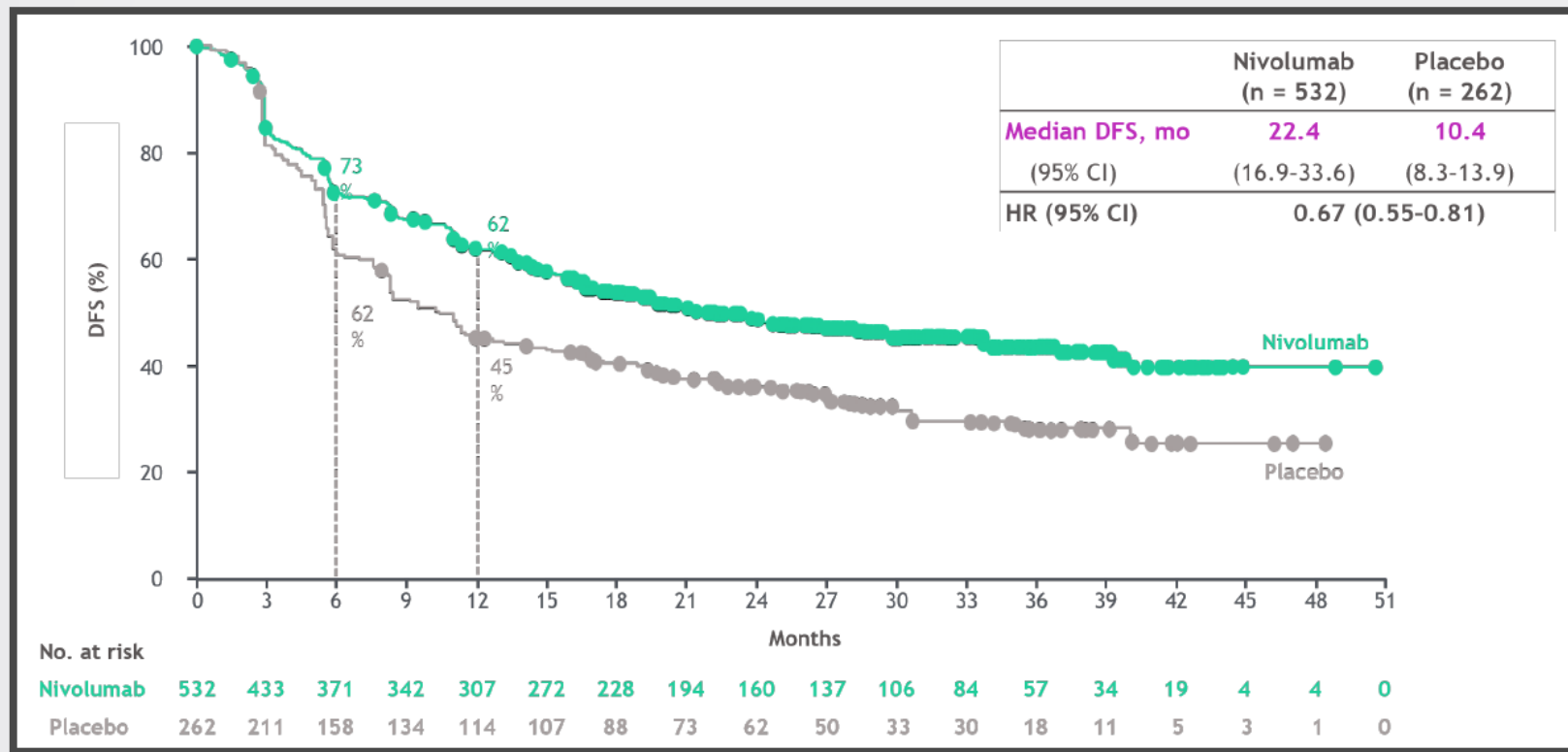
Al pinchar en el libro de “EFICACIA” se abre y salen las pantallas de Eficacia a pantalla completa, como en un slider (hay 4), con flechas a un lado y a otro (para volver y avanzar). Y este bocadillo. Tienen que pasar por todas las pantallas. En la última se pone el botón de “Continuar”.

Bocadillo 09.2

Necesitáis conocer los datos de eficacia de nivolumab para poder salir. Repasadlos con cuidado, pueden ser de gran ayuda.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

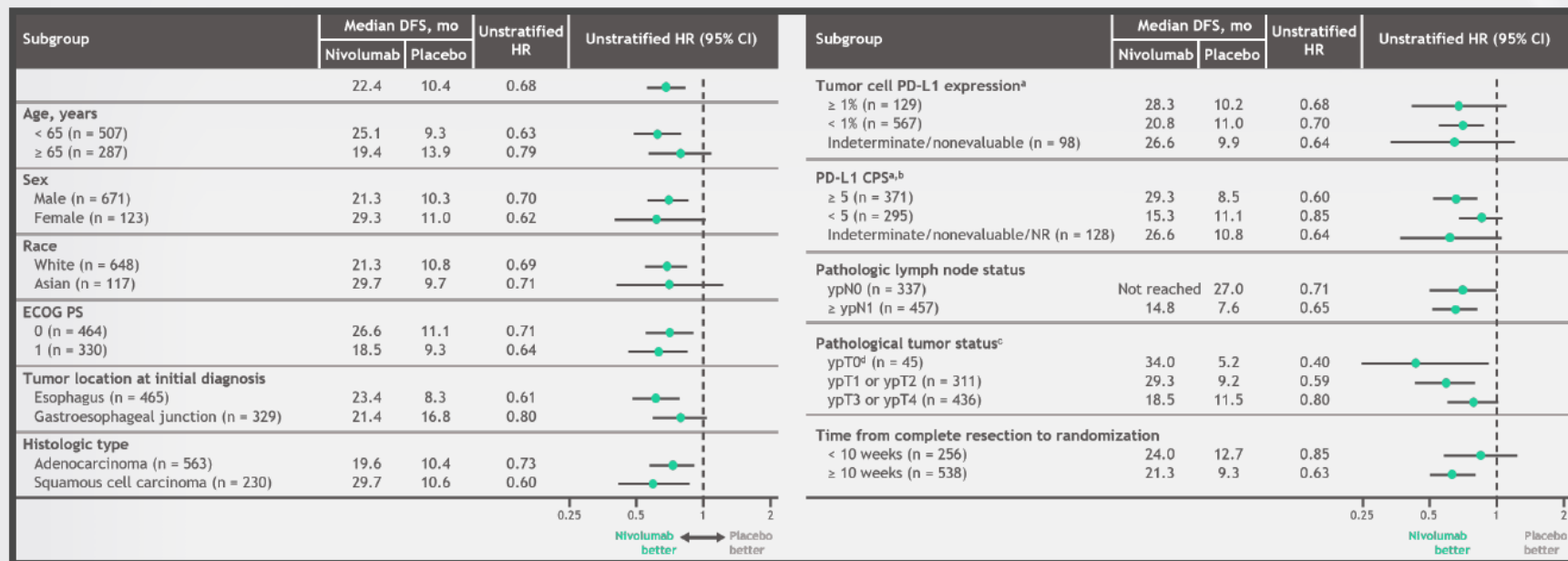
Disease-free survival^a



^aPer investigator assessment. mo, months.

Moehler M. et al. 1381P at ESMO2021.

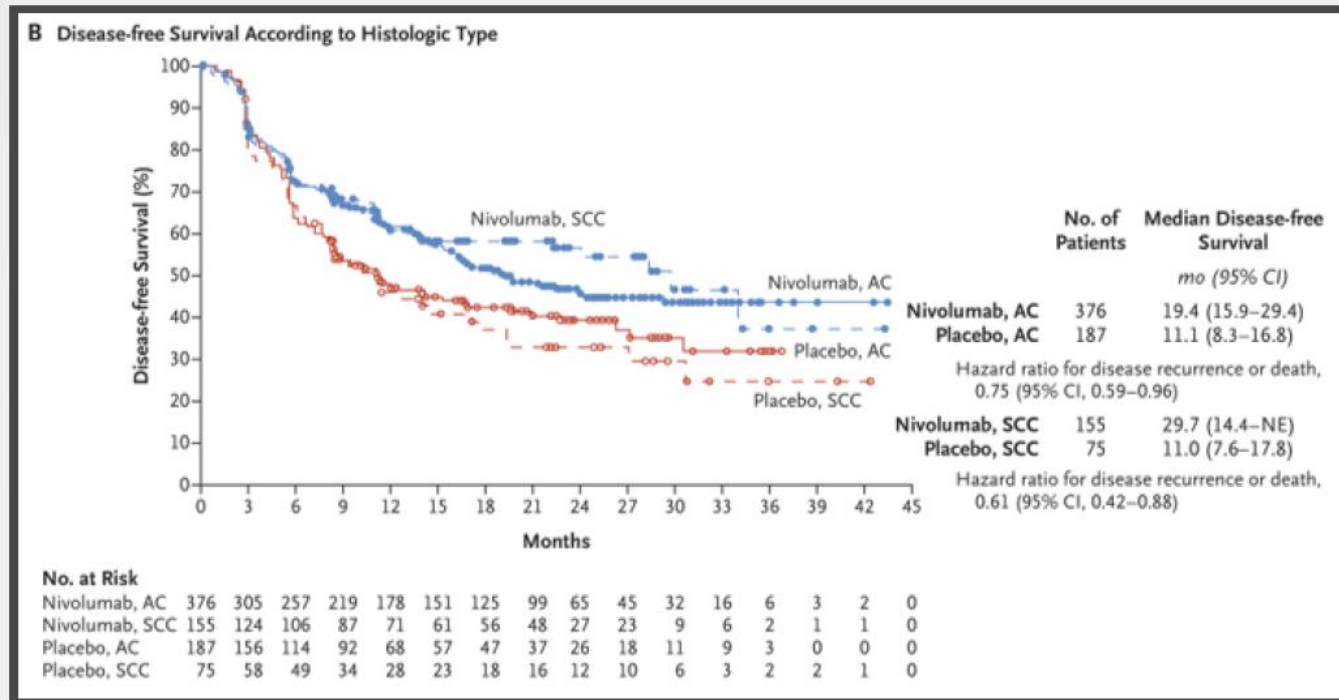
Disease-free survival subgroup analysis



^aPD-L1 expression determined from tumor tissue specimen by the PD-L1 IHC 28-8 pharmDx assay (Dako), which, for most patients, was obtained after completion of CRT; ^bPost hoc analysis; ^c2 patients had unknown pathological tumor status in the nivolumab arm; ^dThe lower bound of the 95% CI for this subgroup is 0.18. NR, not reported.

Kelly R et al. Oral presentation at ESMO; September 19-21, 2020; Virtual. Moehler M. et al. 1381P at ESMO2021.

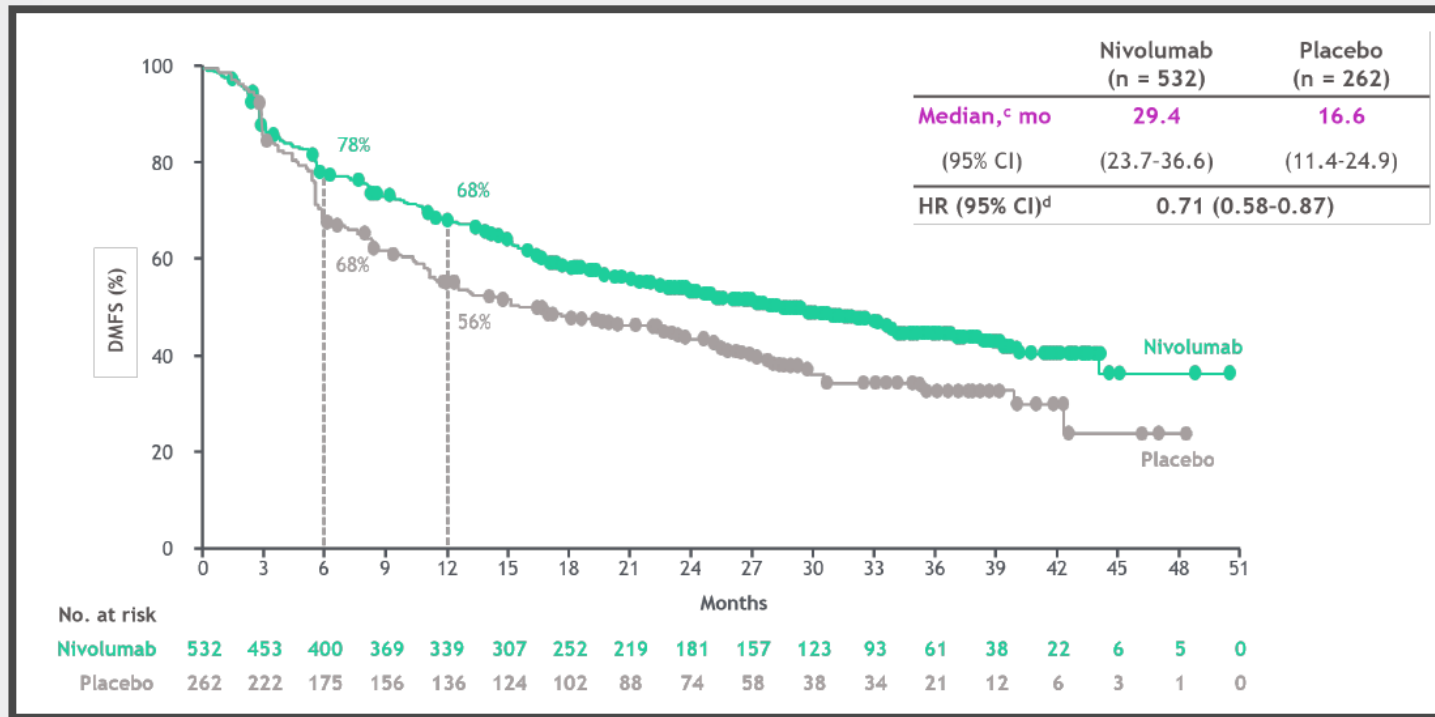
Disease-free according to histologic type



Kaplan-Meier estimates of disease-free survival according to histologic type (Panel B) are shown. At 6 months, 72% (95% confidence interval [CI], 68 to 76) of the patients in the nivolumab group and 63% (95% CI, 57 to 69) of those in the placebo group were alive without disease recurrence. AC denotes adenocarcinoma, NE could not be estimated, and SCC squamous-cell carcinoma.

Kelly RJ et al. N Engl J Med 2021; 384:1191-1203. DOI: 10.1056/NEJMoa2032125.

Distant metastasis-free survival^{a,b}



^aPer investigator assessment; based on Kaplan-Meier estimates; ^bDMFS was censored on the date of last disease assessment; ^cMedian DMFS time was computed using the Kaplan-Meier estimate, and a 95% CI for the median was computed based on a log-log transformation of the survivor function;

^dStratified Cox proportional-hazards model. HR is nivolumab over placebo.

Moehler M. et al. 1381P at ESMO2021.

AL PINCHAR EN “CONTINUAR”

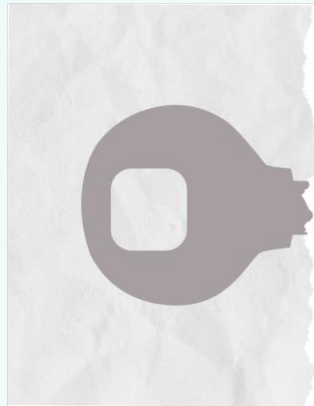
Salta un papelito, que es un trozo de un llave.

Bocadillo 09.3

Puede ser lo que buscáis.

¡Cogedlo!

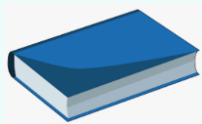
HAZ CLIC PARA CONTINUAR



Al darle clic se va al maletín.

CM-577

Seguridad



Al pinchar en el libro de “SEGURIDAD” se abre y salen las pantallas de Seguridad a pantalla completa, como en un slider (hay 2), con flechas a un lado y a otro (para volver y avanzar). En la segunda pantalla se pone el botón de “Continuar”.

Bocadillo 09.4

Revisad con detalle la evidencia de seguridad de nivolumab. Os asegurará el éxito en esta misión.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR



Safety summary

Patients, n (%)	Nivolumab ^a (n = 532)		Placebo ^a (n = 260)	
	Any grade	Grade 3-4	Any grade	Grade 3-4
Any AEs ^{b,c}	513 (96)	186 (35)	243 (93)	84 (32)
Serious AEs ^c	160 (30)	109 (20)	80 (31)	53 (20)
AEs leading to discontinuation ^d	71 (13)	39 (7)	21 (8)	16 (6)
Any TRAEs ^b	379 (71)	74 (14)	122 (47)	16 (6)
Serious TRAEs	41 (8)	31 (6)	7 (3)	3 (1)
TRAEs leading to discontinuation	49 (9)	26 (5)	8 (3)	7 (3)
TRAEs in ≥10% of treated patients in either arm ^b				
Fatigue	92 (17)	6 (1)	29 (11)	1 (< 1)
Diarrhea	89 (17)	2 (< 1)	39 (15)	2 (< 1)
Pruritus	53 (10)	2 (< 1)	9 (3)	0
Rash	51 (10)	4 (< 1)	10 (4)	1 (< 1)
Hypothyroidism	51 (10)	0	4 (2)	0

^aPatients who received ≥ 1 dose of study treatment; ^bEvents reported between first dose and 30 days after last dose of study drug; ^cThere were 8 and 7 grade 5 AEs in the nivolumab and placebo arms, respectively; ^dThere were 3 and 2 grade 5 AEs leading to discontinuation in the nivolumab and placebo arms, respectively.

Moehler M. et al. 1381P at ESMO2021.

Select TRAEs

Select TRAEs, ^{b,c} n (%)	Nivolumab ^a (n = 532)		Placebo ^a (n = 260)	
	Any grade	Grade 3-4	Any grade	Grade 3-4
Endocrine	94 (18)	5 (< 1)	6 (2)	0
Gastrointestinal	92 (17)	4 (< 1)	40 (15)	3 (1)
Hepatic	50 (9)	6 (1)	18 (7)	4 (2)
Pulmonary	23 (4)	6 (1)	4 (2)	1 (< 1)
Renal	7 (1)	1 (< 1)	2 (1)	0
Skin	131 (25)	7 (1)	28 (11)	1 (< 1)

- The majority of select TRAEs (those with potential immunologic etiology) were grade 1 or 2.
- Grade 3-4 select TRAEs occurred in $\leq 1\%$ of patients in the nivolumab and there were no grade 5 select TRAEs.

^aPatients who received ≥ 1 dose of study treatment; ^bSelect TRAEs are those with potential immunologic etiology that require frequent monitoring/intervention; ^cEvents reported between first dose and 30 days after last dose of study drug.

Moehler M. et al. 1381P at ESMO2021.

AL PINCHAR EN “CONTINUAR”

Salta un papelito, que es el otro trozo de llave.



Bocadillo 09.5

Seguro que esto lo necesitáis. ¡Guardadlo!
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

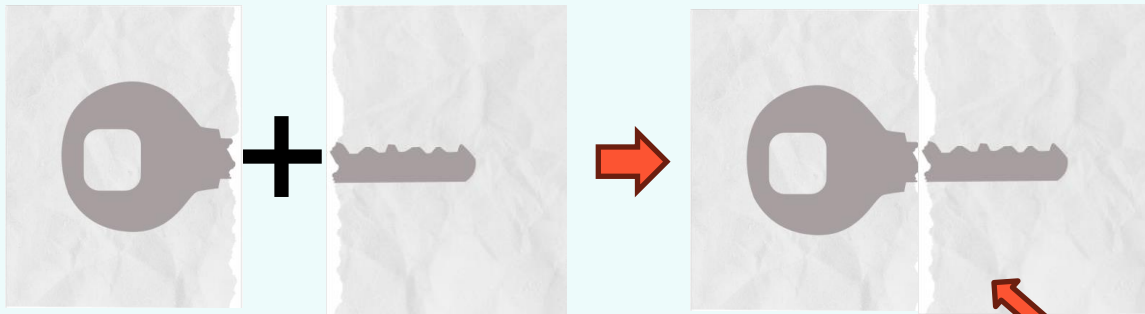
Al darle clic se va al maletín.

Pista 09.1

Ya no queda nada. ¡Vamos! Unid las dos imágenes.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Y PARA TERMINAR...

Al unir los 2 papelitos se dibuja una llave y se abre un cajón de la sala y sale un bocadoillo .



Bocadillo 09.6

Algo se ha abierto en la sala. ¿Lo veis?
HAZ CLIC PARA CONTINUAR

En la sala hay un cajón con varias llaves y tendrán que escoger la que sea igual que la construida y arrastrarla a la puerta para salir.

Bocadillo 09.7

Elegid la llave correcta. ¡No perdáis tiempo!
Pinchad sobre ella.
HAZ CLIC PARA CONTINUAR



DURANTE EL FINAL...

Si pinchan en el cajón y lo abren antes de llegar a este punto en cualquier momento, saltará un bocadillo:

Bocadillo 9.8

¡Uy! Hay un montón de llaves. Solo una de ellas te servirá para salir de la sala, pero tendrás que seguir averiguando para saber cuál es.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

Si en cualquier momento del juego antes de ahora pinchan en la puerta, les saltará un bocadillo que diga:

Bocadillo 09.9

Por vuestra **SEGURIDAD** estáis encerrados con **LLAVE**. Buscadla con **EFICACIA** y podréis salir.

HAZ CLIC PARA CONTINUAR

AL FINAL...

Cuando pinchan sobre la llave correcta del cajón (la que es igual que la del dibujo), se ve en grande, se oye una puerta abrirse y el mensaje final, en un cartel y el avatar.



Bocadillo Final

¡¡Enhorabuena!!

La puerta está abierta y podéis salir.

Habéis ayudado a los pacientes con cáncer de esófago o de la UGE localmente avanzado.

Ha sido fantástico trabajar en equipo.

¡Sois unos *cracks*!

Os esperamos en nuevos retos.

Esquema sala 2

PEDRO, VARÓN 59 AÑOS.	LUIS, VARÓN 62 AÑOS.
Historia clínica Paciente con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia. En los últimos meses ha experimentado pérdida de peso y disfagia progresiva para sólidos.	Historia clínica Paciente con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia. En los últimos meses ha experimentado pérdida de peso y disfagia progresiva para sólidos.
Examen físico Peso: 75 kg, talla: 1,75 m. Signos vitales estables. Sin alteraciones significativas en la exploración física.	Examen físico Peso: 80 kg, talla: 1,80 m. Signos vitales estables. Sin alteraciones significativas en la exploración física.
Pruebas complementarias TAC abdomen: Lesión en la pared posterior del estómago, compatible con neoplasia. Metastásis en hígado y pulmón.	Pruebas complementarias TAC abdomen: Lesión en la pared posterior del estómago, compatible con neoplasia. Metastásis en hígado y pulmón.
Diagnóstico Neoplasia de esófago torácico inferior con extensión a la unión esofagogastrica, en caso de confirmarse afectación de pericardio correspondería a un cT4a (pericardio) N1 M0.	Diagnóstico Neoplasia de esófago torácico inferior con extensión a la unión esofagogastrica, en caso de confirmarse afectación de pericardio correspondería a un cT4a (pericardio) N1 M0.
Tratamiento Quimioterapia con FOLFOX y radioterapia.	Tratamiento Quimioterapia con FOLFOX y radioterapia.

Anatomía patológica
Adenocarcinoma tipo intestinal G2 con células en anillo de sello.

Anatomía patológica
Infiltración por carcinoma escamoso bien diferenciado.



CONCLUSIÓN

Neoplasia de esófago torácico inferior con extensión a la unión esofagogastrica, en caso de confirmarse afectación de pericardio correspondería a un cT4a (pericardio) N1 M0.

PEDRO tiene un Adenocarcinoma de esófago inferior-UEG (Siewert 1) **cT4aN1M0**: Localmente avanzado

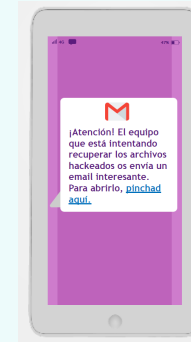
RESULTADOS:

PET-TC
Ligera captación en esófago medio (SUV 4,5) compatible con lesión neoplásica descrita, sin otros focos de captación patológica.

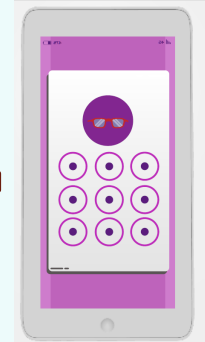
EGSOGOSCOPIA
Lesión en esófago medio (30 cm de arcada dentaria) de 1cm compatible con T1a (no alcanza la submucosa). No se objetivan adenomegalias.



Pregunta Tratamiento



Email evolución



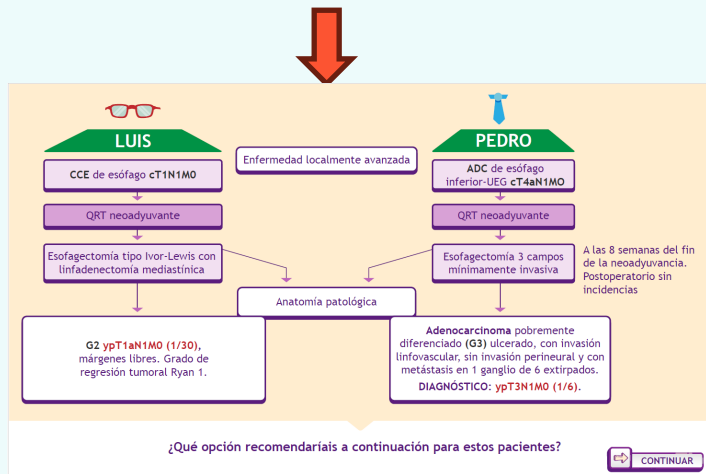
Pregunta Tratamiento

Pregunta Exámenes adicionales (+ consulta ESMO)

NEOADYUVANCIA

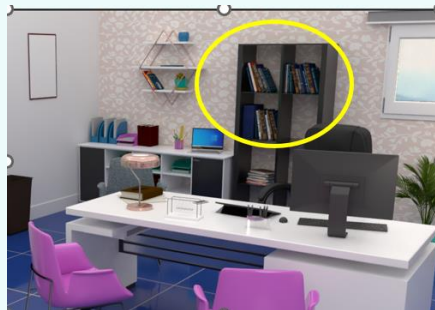
Diagnóstico LUIS
cT1N1M0

Pregunta Tratamiento

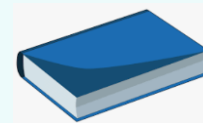


Pregunta qué hacer con estos pacientes

ADYUVANCIA CON NIVOLUMAB



Consultar eficacia



Consultar seguridad

