



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



EDITORIAL

Influencia de la pandemia por enfermedad por coronavirus 2019 en el manejo del cáncer de mama



Influence of the 2019-novel coronavirus pandemic on the management of breast cancer

Los pacientes oncológicos, representan, en general, una población de riesgo de infección en relación con la inmunosupresión que puede ir asociada a ciertos tratamientos oncológicos, o con complicaciones relacionadas con intervenciones quirúrgicas¹. Por lo tanto, este grupo de población debe extremar las medidas para prevenir y evitar infecciones. Los datos de la reciente experiencia previa en China nos muestran un mayor riesgo de contagio por COVID-19, independiente del tipo de tumor y la presentación clínica más severa². Es importante, por tanto, extremar las medidas de prevención de la infección en nuestros pacientes oncológicos en aquellas zonas de mucho riesgo epidemiológico, como es actualmente España.

Sin duda la pandemia por SARS-CoV-2, además de causar una grave crisis sanitaria, ha interferido en el tratamiento habitual de otras enfermedades graves y con gran incidencia, como el cáncer de mama. No hay que olvidar que la neoplasia maligna de mama es la más frecuente entre las mujeres y la primera causa de fallecimientos por cáncer entre las mismas.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido una influencia indirecta, pero importante en el manejo habitual de esta enfermedad. Entre las diferentes dificultades que ha planteado destacan 2 aspectos clave. En primer lugar, la crisis sanitaria por la pandemia ha tensionado el sistema público de salud, sobre todo debido a la gran cantidad de pacientes que han requerido ingreso en las unidades de críticos. La gran mayoría de ellos han requerido ventilación invasiva, y ello ha provocado la redistribución total o parcial de respiradores desde las áreas quirúrgicas a las áreas de críticos. Este hecho, junto a que una mayoría de los profesionales de anestesia han sido requeridos para el cuidado de los pacientes, ha derivado en una interrupción casi total de las sesiones quirúrgicas, y por consiguiente del aumento de pacientes afectas de cáncer de mama sin poder recibir un tratamiento quirúrgico primario durante la pandemia. En

segundo lugar, las medidas de prevención del contagio y el confinamiento han provocado la imposibilidad de la atención presencial de las pacientes en los hospitales durante muchas semanas. Esta situación ha demandado un cambio del modelo de asistencia, teniendo que modificar los circuitos de atención a las pacientes, tanto en el diagnóstico de los nuevos casos, como en el seguimiento de los casos ya diagnosticados.

En el campo del diagnóstico se ha visto afectado sobre todo el sistema de cribado del cáncer de mama. En el área de salud de la que forma parte nuestro hospital (área metropolitana norte de Barcelona) se han dejado de hacer aproximadamente 28.000 mamografías, lo que se traduce en un retraso en el diagnóstico precoz del cáncer de mama previsto en aproximadamente 89 casos. No ha habido cambios en el diagnóstico oportunista, continuando con la realización de todos los estudios adicionales de imagen e intervencionistas derivados de una mamografía de cribado o en la paciente sintomática con lesión sospechosa de neoplasia maligna.

En el campo de la cirugía del cáncer de mama los factores que más han dificultado un óptimo tratamiento han sido la baja disponibilidad de sesiones quirúrgicas, e indirectamente a esta la limitación de tiempo para la reconstrucción inmediata. Como norma general se ha considerado el mínimo tratamiento efectivo quirúrgico en mama y axila, y no ha habido cambios en las indicaciones. En los casos tributarios de mastectomía se ha ofrecido reconstrucción inmediata con prótesis o expansor. En cambio, se ha desaconsejado la reconstrucción inmediata con tejido autólogo, DIEP o dorsal ancho, tanto por el tiempo de quirófano requerido como por la posibilidad de requerir cuidados postoperatorios en unidades de críticos ya saturadas. Asimismo, se ha procurado utilizar al máximo el ingreso en régimen ambulatorio y se han priorizado las pacientes según los criterios oncológicos y no por el tiempo de espera.

<https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.06.003>

0210-573X/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

En el campo del tratamiento médico se han revisado las recomendaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica y de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria^{3,4}. En aquellas pacientes que ya habían iniciado neoadyuvancia y en las que la cirugía se pudiera retrasar más de 6 u 8 semanas una vez finalizado el tratamiento primario se han modificado diferentes pautas. En el caso de HER2 amplificado se ha considerado la administración de un quinto ciclo de trastuzumab/pertuzumab y/o paclitaxel semanal. En función de la neurotoxicidad se ha reducido la dosis de paclitaxel o se ha administrado solamente trastuzumab, pertuzumab y hormonoterapia si presentaba receptores hormonales positivos. En el caso de tumor triple negativo se ha considerado la administración de un quinto ciclo de doxorrubicina-ciclofosfamida o de doxorrubicina liposomal/ciclofosfamida. Si se trataba de un tumor luminal tratado con quimioterapia por sospecha de poca sensibilidad al tratamiento hormonal se ha propuesto la administración de un quinto ciclo de doxorrubicina-ciclofosfamida (o un ciclo de doxorrubicina liposomal/ciclofosfamida) versus 3 semanas más de paclitaxel semanal. Si en cambio estábamos ante un tumor luminal, tratado con hormonoterapia neoadyuvante, simplemente se ha recomendado alargar hasta la cirugía.

En cuanto a las pacientes tributarias de cirugía inicial con previsión de demora de 8 o más semanas se ha considerado iniciar siempre neoadyuvancia en tumores HER-2 positivo y triple negativo. Si se había desestimado la neoadyuvancia de entrada por fragilidad de la paciente se ha considerado iniciar taxanos únicamente. En el caso de un tumor luminal tributario de tratamiento hormonal se ha considerado iniciar hormonoterapia en espera de la cirugía, siendo obligatorio en este caso marcar la lesión previamente a la hormonoterapia neoadyuvante para facilitar la localización de la lesión en el caso de respuestas completas o parciales mayores.

En cuanto al tratamiento adyuvante con radioterapia en la mayoría de los hospitales los aceleradores han trabajado al ritmo habitual, por lo que no ha habido restricciones en este sentido. En la mayoría de los casos no se ha cambiado la indicación quirúrgica por no tener opciones de irradiar a las pacientes. En cuanto a la aplicación de radioterapia intraoperatoria, en el momento en que se ha reanudado la actividad quirúrgica se ha podido realizar sin incidencias. Cobra todo el sentido poder realizar el tratamiento local en un mismo acto de las pacientes diagnosticadas de tumores de bajo riesgo, minimizando o evitando visitas posteriores al hospital. En este sentido también se han aumentado los esquemas hipofraccionados en radioterapia externa sobre la mama, e incluso de la radioterapia ultrafraccionada con esquemas de 5 sesiones⁵.

Uno de los retos más importantes ante la pandemia ha sido el control y seguimiento de las pacientes en la situación de confinamiento. La labor de los gestores de casos ha sido fundamental en este aspecto. Coordinar las pruebas complementarias, tanto de diagnóstico como de extensión, las visitas de seguimiento y las visitas preoperatorias para minimizar al máximo la presencia de las pacientes en el hospital ha supuesto un esfuerzo de coordinación crucial. En esta crisis hemos aprendido a priorizar junto a los gestores de casos qué visitas presenciales son estrictamente necesarias.

La conclusión que cabe extraer de la influencia de la pandemia es que hemos aprendido a priorizar y a ofrecer una atención óptima ante una situación adversa que pudiera repetirse, y que ha limitado el acceso a los usuarios de recursos ofrecidos en condiciones normales. Creemos que todas las unidades de mama deben tener en cuenta la creación de protocolos y circuitos para ofrecer una respuesta adecuada en situaciones de tensión sanitaria.

Bibliografía

1. Zhao L, Zhang L, Liu JW, Yang ZF, Shen WZ, Li XR. [The treatment proposal for the patients with breast diseases in the central epidemic area of 2019 coronavirus disease]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* [Internet]. 2020;58 [consultado 17 Mar 2020]. E005. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32096395/>.
2. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: A nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020.
3. Recomendaciones específicas de tratamiento de cáncer de mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Disponible en: <https://www.sespm.es/recomendaciones-especificas-de-tratamiento-de-cancer-de-mama>.
4. Recomendaciones sobre la infección por SARS-CoV-2 para profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de pacientes oncológicos (SEOM). Disponible en: <https://seom.org/recomendaciones-sobre-covid-19>.
5. Radioterapia hipofraccionada extrema en el cáncer de mama-RHEMA. Grupo Español de Oncología Radioterápica de Mama (GEORM). Disponible en: <https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2020/03/RHEMA.pdf>.

M.A. Luna Tomás^{a,*}, M. Margelí Vila^b y C. Ríos Gozávez^a
^a Unidad Funcional de Mama, Servicio de Ginecología,
 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona,
 Barcelona, España

^b Unidad Funcional de Mama, Institut Català d'Oncologia,
 Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maluna.germanstrias@gencat.cat
 (M.A. Luna Tomás).