



EDITORIAL



Cáncer de mama: tratamiento local en tiempos de COVID-19

Breast cancer: Local treatment in times of COVID-19

La pandemia que estamos viviendo ha cambiado nuestra forma de vida, nuestras rutinas, también ha afectado de forma importante la sanidad y la manera de utilizar sus recursos, llevándola al límite e incluso a su saturación. Los protocolos habituales de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades tan prevalentes como el cáncer de mama, se han tenido que reorganizar con base en la nueva situación. Todo esto se ha hecho en un tiempo mínimo, adecuándose cada centro a sus necesidades y posibilidades, tanto materiales como humanas. En este número se revisan los cambios realizados por equipos quirúrgicos y radioterápicos.

En el artículo de Estelles, et al.¹, se describe la experiencia del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia a lo largo del periodo pandémico. Las medidas adoptadas siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas^{2–4}, fueron concentrar las visitas de las pacientes al hospital, informar a los familiares de forma telefónica, suspender las reconstrucciones inmediatas y favorecer la cirugía mayor ambulatoria. Con estas medidas, y a pesar de la falta de recursos, pudieron mantener los tiempos de espera dentro de los estándares, también destacan que no tuvieron ninguna infección por SARS-CoV-2. Finalmente, destaca una disminución de la actividad del 31% en el año 2020 con relación al 2019 y la percepción de un aumento de tumores localmente avanzados, probablemente debidos a la disminución y el retraso en los diagnósticos.

La pandemia no está afectando a todos los centros con la misma importancia ni en el mismo momento. Las olas que hemos sufrido, han tenido diferente importancia según la localización. En Madrid y Barcelona el periodo de marzo a mayo de 2020, fue el que tuvo mayor disfunción sanitaria y en Valencia fue a principios de 2021. Estas diferencias hacen que no podamos comparar las medidas utilizadas en el mismo periodo de tiempo. Debemos esperar al final de la pandemia para ver exactamente cómo ha afectado a los diversos centros. También es necesario comprobar la

percepción que tenemos muchos del aumento de los tumores localmente avanzados.

En los otros 2 artículos Briceño⁵ y Briceño⁶, hacen una revisión de la literatura acerca de la radioterapia hipofraccionada y de la posibilidad de omitir la radioterapia en las pacientes con cáncer de mama. En el primero⁵ realizan una revisión bibliográfica, evalúan los estudios más relevantes acerca del hipofraccionamiento moderado y llegan a la conclusión de que este esquema radioterápico es un tratamiento seguro, con unos resultados estéticos similares al régimen clásico y con una probable toxicidad cutánea inferior. También hacen mención al ultrahipofraccionamiento, esquema conocido como FAST-FORWARD⁷, que ha sido el esquema recomendado durante las épocas más críticas de la pandemia. Concluyen que se deben utilizar los esquemas hipofraccionados, ya que son equivalentes al clásico y disminuyen las visitas de las pacientes a los hospitales.

Esta revisión pone de manifiesto la necesidad de reevaluar los esquemas hipofraccionados de radioterapia. La pandemia ha obligado a hacerlo y así los incrédulos se han visto obligados a creer. Los resultados a largo plazo del hipofraccionamiento moderado se publicaron en 2010 y 2013. En 2017, en Cataluña hicimos un estudio⁸ con datos del 2015 para comprobar la utilización del hipofraccionamiento y únicamente era del 29%; al preguntarles a diversos especialistas por qué no se adoptaba el nuevo esquema, se apoyaban en la necesidad de un mayor seguimiento, miedo a la toxicidad y finalmente se llegó a la conclusión de que el motivo más importante para no adoptar los nuevos esquemas era la fuerza de la costumbre. Por ello, posteriormente se ejecutaron diversas acciones y el porcentaje aumentó por encima del 50%. La pandemia ha hecho cambiar de forma súbita, no solo al hipofraccionamiento moderado, sino al ultrahipofraccionamiento, así hay servicios de oncología radioterápica que prácticamente han pasado de los esquemas clásicos de 30–35 sesiones de tratamiento, a las 5 sesiones en el nuevo estándar. Toda esta tendencia propiciará que, en poco tiempo, el nuevo estándar para la mayoría de las pacientes con

cáncer de mama sin afectación ganglionar sea el esquema de una semana y así es recomendado por las sociedades científicas⁹.

En el segundo⁶, utilizan la misma técnica y seleccionan los estudios en relación con el CDIS y con el carcinoma invasivo. Llegan a la conclusión de que es posible plantear la omisión de la radioterapia tras tumorectomía por CDIS en aquellas pacientes con un tumor detectado por mamografía, inferior a 25 mm, márgenes superiores a 2 mm y grado nuclear bajo o intermedio. No citan la edad, pero expresan su preocupación en las pacientes menores de 40 años. En cuanto al carcinoma invasivo, los criterios serían pacientes mayores de 65 años, tumor inferior a 30 mm, márgenes y ganglios no afectados, grado histológico I o II, receptores hormonales positivos, HER2 negativo y que vayan a ser tratadas con tratamiento antiestrogénico. También mencionan que durante la pandemia, podría retrasarse el inicio de la radioterapia hasta 12 semanas en el CDIS y hasta 8–12 semanas en el carcinoma infiltrante.

Tal como las autoras comentan, a los médicos nos cuesta mucho retirar un tratamiento, especialmente cuando se están obteniendo unos resultados de curación y calidad de vida excelentes. Es cierto que la radioterapia tras tumorectomía, en el CDIS o el carcinoma infiltrante, en algunos grupos de pacientes no aumenta la supervivencia, pero en todos los grupos aumenta siempre el control local de forma significativa, si la omitimos el seguimiento de las pacientes, ¿será el mismo?, ¿o decidiremos ser más estrictos con el consiguiente aumento de la ansiedad para ellas? La decisión es compleja y exige que, en caso de plantear la omisión de la radioterapia, deba consensuarse con la paciente, explicando los pros y los contras, debiendo plantear como alternativa una radioterapia actual y moderna. Todos los casos mencionados son candidatas a irradiación parcial de mama¹⁰, y por tanto puede realizarse forma intraoperatoria¹¹, en 5 sesiones de irradiación externa¹² o con braquiterapia, con lo que la calidad de vida de la paciente se verá mínimamente afectada.

La pandemia ha provocado múltiples cambios en el ámbito sanitario, con relación al cáncer de mama: retrasar, acortar u omitir tratamientos; visitas telemáticas o telefónicas, concentrar exploraciones; disminuir visitas de seguimiento, entre otras. Cuando finalice, será el momento de analizar qué ha sucedido exactamente con los retrasos en el diagnóstico, el impacto de los cambios en el tratamiento y el seguimiento, y con un poco de perspectiva analizar qué medidas deben ser consideradas definitivas y cuáles deben ser consideradas únicamente en periodos de crisis.

Bibliografía

1. Estellés Vidagany N, Córcoles Córcoles M, Martínez García MR, Martínez López E, Garrigós Ortega G, Escudero de Fez MD. Experiencia de la cirugía del cáncer de mama durante la pandemia de COVID-19. *Rev Senol Patol Mamar*. 2021 <https://doi.org/10.1016/j.senol.2021.07.002>.
2. Pardo R, Algara M, Montero-Fernández MA, et al. Diagnosis and locoregional treatment of patients with breast cancer during the COVID-19 pandemic. *Rev Senol Patol Mamar*. 2020;33(2): 61–7.
3. Martín M, Guerrero-Zotano A, Montero A, et al. GEICAM guidelines for the management of patients with breast cancer during the COVID-19 pandemic in Spain. *Oncologist*. 2020;25 (9):e1339–45.
4. Curigliano G, Cardoso MJ, Poortmans P, et al. Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Breast*. 2020 <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.006>.
5. Briceño Morales X, Briceño Morales C. Implicaciones de la pandemia en la radioterapia para el cáncer de mama. *Rev Senol Patol Mamar*. 2021 <https://doi.org/10.1016/j.senol.2021.12.008>.
6. Briceño Morales C, Briceño Morales X. Implicaciones de la pandemia en la radioterapia para el cáncer de mama. Omisión de la radioterapia. *Rev Senol Patol Mamar*. 2021 <https://doi.org/10.1016/j.senol.2021.12.007>.
7. Murray Brunt A, Haviland JS, Wheatley DA, et al. Hypofractionated breast radiotherapy for 1 week versus 3 weeks (FAST-Forward): 5-year efficacy and late normal tissue effects results from a multicentre, non-inferiority, randomised, phase 3 trial. *Lancet*. 2020;395(10237):1613–26.
8. Prades J, Algara M, Espinas JA, et al. Understanding variations in the use of hypofractionated radiotherapy and its specific indications for breast cancer: A mixed-methods study. *Radiother Oncol*. 2017;123(1):22–8.
9. Meattini I, Becherini C, Boersma L, et al. European Society for Radiotherapy and Oncology Advisory Committee in Radiation Oncology Practice consensus recommendations on patient selection and dose and fractionation for external beam radiotherapy in early breast cancer. *Lancet Oncol*. 2022;23(1): e21–31. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00539-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00539-8).
10. Correa C, Harris EE, Leonardi C, et al. Accelerated Partial Breast Irradiation: Executive summary for the update of an ASTRO Evidenced-Based Consensus Statement. *Pract Radiat Oncol*. 2017;7(2):73–9.
11. Vaidya JS, Bulsara M, Baum M, et al. Long term survival and local control outcomes from single dose targeted intraoperative radiotherapy during lumpectomy (TARGIT/IORT) for early breast cancer: TARGIT-A randomized clinical trial. *BMJ*. 2020 Aug;19(370):m2836. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2836>.
12. Meattini I, Marrazzo L, Saieva C, et al. Accelerated Partial-Breast Irradiation compared with whole-breast irradiation for early breast cancer: Long-term results of the randomized phase III APBI-IMRT-Florence Trial. *J Clin Oncol*. 2020;38(35):4175–83.

Manuel Algara
Oncología Radioterápica, Hospital del Mar, Barcelona,
España
Departamento de Medicina, Universidad Pompeu Fabra,
Barcelona, España
Correo electrónico: malgara@psmar.cat