

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS PACIENTES
CON CANCER DE MAMA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.
RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE
CIRUJANOS DE LA MAMA (AECIMA)**

Actualmente nos enfrentamos a una pandemia que va a afectar a una parte importante de la población. Durante estas semanas y tras la aparición del COVID19 a los especialistas que nos ocupamos del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama se nos plantean múltiples problemas relacionados con como realizar el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de estas pacientes.

La carencia de recursos, como la falta de quirófanos programados para su uso a otras labores (respiradores dedicados al COVID) y la de personal afectado por la enfermedad en las Unidades de Mama, es una realidad con la que nos estamos enfrentando, además con una duración que todavía parece indefinida. Esto obligará a adoptar nuevas medidas para el manejo y el tratamiento del cáncer de mama. Nuestro deber profesional pasa por intentar minimizar en todo lo posible el daño que esta situación pueda originar a nuestras pacientes.

Tanto la Sociedad Española de Senología Y Patología Mamaria (SESPM) como la Sección de Mama de la AEC han sacado recomendaciones, que desde AECIMA apoyamos. A nivel internacional múltiples entidades han redactado y lo siguen haciendo diariamente recomendaciones que creemos pueden ser de interés para nuestros compañeros.

Nosotros deseamos aportar nuevas ideas que se sumen a ese esfuerzo de tratar lo mejor posible a nuestras pacientes en unos momentos en los que los recursos sanitarios se dedican en un porcentaje importante a atender a los pacientes graves infectados por el COVID-19.

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE MAMA

CONSULTA:

Se están haciendo solo visitas presenciales a las **primeras consultas** en los casos de pacientes con sospecha de cáncer de mama así como a las que presentan un diagnóstico de malignidad y hay que informarlas para ponerlas en lista de espera. El resto de las pacientes que deberían acudir a recoger los resultados, se les llama por teléfono y se les informa de los resultados benignos y se solicita una cita presencial en 2 meses.

Las pacientes **mayores y frágiles**, especialmente si están en residencias, remitidas por tumoraciones palpables, **no deben ser evaluadas** hasta que la situación cambie. Los pacientes **mayores de 70 con comorbilidad** tampoco deben acudir al Hospital

Si los resultados no son benignos y se precisa de estudios complementarios, se valora en cada caso, se les piden las pruebas telemáticamente y se les cita para darles resultado.

Por ejemplo, un caso diagnosticado de carcinoma ductal infiltrante por BAG con la IHQ completa y que necesita una RM de mama, se evita la consulta, se pide y se cita para recoger el resultado y ponerla en la lista de espera con el fin de que la población este circulando lo menos posible.

En la actualidad, los especialistas pasan las consultas con mascarilla quirúrgica siempre intentando mantener las distancias de seguridad de un metro y medio. Es importante minimizar el contagio. Si se hace una exploración física siempre se realizará con mascarilla y guantes, seguida al terminar de lavado de manos con agua y jabón durante un mínimo de 20 segundos. En todo momento se toman las medidas adecuadas para no contagiarse ni contagiar a los compañeros que trabajan con nosotros.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

QUIROFANO

Cada hospital, sistema sanitario y cirujano tendrá que revisar su actividad para minimizar, posponer o cancelar las cirugías programadas o procedimientos invasivos.

Creemos que es innecesario someter a las pacientes a una cirugía que se puede diferir salvo excepciones. Las pacientes sometidas a Cirugía o QT tienen más posibilidades de presentar infecciones graves respecto a las que no reciben tratamiento.

Dada la carencia de recursos sobre todo quirófanos dotados correctamente y la disminución de personal sanitario para realizar las intervenciones habrá que tomar decisiones complicadas sobre qué pacientes operar y cuales diferir.

La Sociedad de Cirugía Oncológica ha creado las guías de tratamiento quirúrgico de las pacientes con cancer de mama dentro de las condiciones de la pandemia

1. Para las pacientes con CDIS, si se dispone de quirófano, se pueden priorizar los de Alto Grado. Si no, determinar los RE+ para HT.
2. Las mastectomías profilácticas, mastectomías de reducción de riesgo y patología benigna deben diferirse un mínimo de 3 meses salvo que la paciente presente abscesos de repetición que no mejoren con tratamiento médico.
3. La segunda parte de la reconstrucción en dos tiempos debe ser diferida un mínimo de tres meses
4. Se deben evitar las reconstrucciones inmediatas y se puede ofrecer la posibilidad de mastectomía con reconstrucción diferida.
5. Para los tumores triple negativo/HER2+ invasivo, los pacientes con T1N0M0 deben ser considerados de **alta prioridad** quirúrgica. Se podría dar neoadyuvancia en T1 en el límite alto del tamaño o por decisión del Comité de Patología Mamaria
6. Después de quimioterapia neoadyuvante
 - a. Carcinoma invasivo con receptor hormonal positivo

1. Si ha tenido una respuesta parcial o completa se puede continuar con la HT para **retrasar la cirugía 4-8 semanas**. Habría que llamar a las pacientes cada **dos semanas** para ver si existe progresión.
 2. Si la paciente es ER+ y HER2+ se puede añadir tratamiento endocrino al tratamiento anti HER2 para retrasar la cirugía 4-8 semanas llamando a las pacientes cada mes para detectar progresiones de la enfermedad
- b. Triple negativo/HER2+ invasivo
- i. Retrasar 4-8 semanas la posibilidad de cirugía que tiene que ser con carácter prioritario una vez normalizada la situación.

En algunos centros y dependiendo de la disponibilidad se pueden realizar los test a las pacientes antes de someterlas a cirugía y en caso de ser positivo la intervención podría ser cancelada

CONSIDERACIONES ESPECIALES

CIRUGIA DE URGENCIAS

Enfermedad progresiva en tratamiento sistémico que no controla la enfermedad

Angiosarcomas

Tumor Phyllodes Maligno

Si es posible LAS CIRUGIAS DEBEN SER realizadas en régimen ambulatorio. INTENTAR SIEMPRE CERRAR CON SUTURAS REABSORBIBLES QUE NO PRECISEN SER RETIRADAS.

TODOS LOS POSTOPERATORIOS SE DEBEN SEGUIR NO PRESENCIALES SALVO EN LOS CASOS DE RETIRADAS DE DRENAJES O COMPLICACIONES.

Las llamadas de los cirujanos responsables a las pacientes son esenciales para transmitir tranquilidad y sobre todo para explicar que los retrasos del tratamiento quirúrgico no van a tener ninguna incidencia sobre la evolución de su enfermedad.

Hay una reflexión muy interesante publicada con dos preguntas que creo que todos nos tenemos que hacer y resolver con el paso del tiempo

1.- ¿Volverán alguna vez las cosas a ser como fueron?

2.- ¿Las modificaciones que estamos aplicando ahora pasarán a ser lo que se considere normal en el futuro?

NO TENEMOS NINGUNDA DUDA DE QUE SOBREVIVIREMOS Y CUANDO LA PANDEMIA ACABE ESTAREMOS ORGULLOSOS DE LO QUE HICIMOS POR NUESTRAS PACIENTES EN ESTOS MOMENTOS CRITICOS PARA LA HUMANIDAD

BIBLIOGRAFIA

- Joint Policy statement from the Royal Surgical Colleges. UK
- Statement from the Association of Breast Surgery, 15th March 2020 . UK
- Information for Surgeons. American College of Surgeons
- Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol 2020; 21:335–337
- Resource for Management Options of Breast Cancer During COVID-19
March 23, 2020 . SSO SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY
- JNCCN Special Feature Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal . Masumi Ueda et al doi: 10.6004/jnccn.2020.7560

Dr. R Pardo, Dra. Mar Vernet, Dr. Rogelio de Luna en representación de la Junta Directiva de la Asociación Española de Cirujanos de Mama (AECIMA)