

# Recomendaciones en cáncer de mama en la situación actual de pandemia por COVID-19

*Recommendations in breast cancer in the current situation of pandemic by COVID-19*

Rioja Torres P

Cirugía General y Digestiva. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

## INTRODUCCIÓN

Dada la situación actual a la que nos enfrentamos (Pandemia Covid-19) y el estado de alarma instaurado en nuestro país, tanto la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), la Sección de Mama de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) así como la Asociación de cirujanos de mama (ACIMA) han establecido unas recomendaciones a la hora de manejar tanto el diagnóstico como el tratamiento de nuestras pacientes con Cáncer de Mama.

Creemos que no se deben generalizar estas recomendaciones y que deben seguirse en función de la situación individual de cada Hospital y de los recursos humanos y materiales disponibles en cada momento.

Por otro lado siempre se sopesará la mortalidad por Covid-19 frente a la mortalidad oncológica en cada paciente en particular, y todas las decisiones se tomarán de forma consensuada en los Comités

Multidisciplinares de Cáncer de Mama, que continuarán funcionando de forma no presencial, vía telemática, semanal o quincenalmente según el centro.

Toda la actividad presencial que se haga se realizará siguiendo las medidas de prevención ya establecidas, mediante el uso de mascarillas y guantes, lavado de manos, distancia de seguridad y uso de EPI en casos de pacientes Covid confirmados o ante una sospecha alta, aunque no confirmada, para evitar posibles contagios tanto del personal sanitario como de las propias enfermas.

## CONSULTAS

### Revisiones

Tanto las revisiones anuales de patología maligna ya tratada como la patología benigna, se demorarán de forma presencial, en función de cada caso, anualmente o cada 6 meses, previo contacto telefónico con las pacientes para transmitirles tranquilidad y la continuidad de su seguimiento cuando la situación lo permita.

En caso de precisar de controles radiológicos se solicitarán telemáticamente por el cirujano responsable. Se le comunicará a

### CORRESPONDENCIA

Pilar Rioja Torres  
Hospital Universitario Reina Sofía  
14004 Córdoba  
[priojat@yahoo.es](mailto:priojat@yahoo.es)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Rioja Torres P. Recomendaciones en cáncer de mama en la situación actual de pandemia por COVID-19. Cir Andalu. 2020;31(2):172-74

la paciente que será citada para dichas pruebas por el servicio de Radiodiagnóstico, y en caso de que la situación así lo precise podrá ser modificada, pero nunca será un perjuicio para su seguimiento.

Para las pacientes que han sido intervenidas recientemente, bien antes de la situación de alarma o durante ella, se les informará, telefónicamente si ya estaban de alta y sólo pendientes de Revisión post-hospitalización, o en el momento del alta hospitalaria, de que una vez recibidos los informes del estudio anatomopatológico, se le comunicarán dichos resultados por teléfono. En caso de precisarlo, o a petición de la enferma, se les podrá enviar dichos informes vía email.

La revisión de heridas (salvo complicaciones como hematomas a tensión, seromas que precisen drenaje por dolor intenso o infecciones) podrán demorarse para un futuro si la paciente así lo desea una vez superada la situación que vivimos.

Se le facilitará el teléfono de la consulta de enfermería para que contacte con la Unidad y así valorar la necesidad o no de asistir presencialmente a la misma. En caso de complicaciones que si lo precisen, se citarán en Consulta, evitando la agregación de pacientes en la sala de espera. Se le solicitará previamente información sobre su estado de salud con el fin de identificar casos posibles de Covid 19 positivos o sospechosos para así tomar las medidas de precaución oportunas por el personal sanitario.

#### Casos nuevos

Todos aquellas pacientes ya diagnosticadas histológicamente de cáncer de mama y que no precisen ninguna prueba adicional, podrán ser informadas telefónicamente de la actitud terapéutica que se va a seguir. En caso de que sea precisa su exploración para decidir el tipo de cirugía a realizar, se citará igualmente en consulta siguiendo las mismas recomendaciones dadas para las pacientes con complicaciones de la cirugía.

No se citarán a pacientes de forma presencial para inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) que se enviará por FAX al Servicio correspondiente o para firmar consentimientos informados, los cuales se podrán firmar al ingreso de la paciente.

A aquellas pacientes que puedan estar pendientes de completar estudio (por ejemplo RNM), se les solicitará dicha prueba, se les informará telefónicamente y se procederá de igual manera, una vez presentada en el Comité Multidisciplinar. Se debe evitar varias asistencias de la paciente al Hospital e intentar solucionarlo en una sola visita, siempre que sea estrictamente necesario.

Pacientes con sospecha clínica de Cáncer de Mama por tumor palpable (salvo mujeres mayores de 70 años con morbilidad asociada donde el riesgo de mortalidad es alto), serán valoradas por Atención primaria que solicitará y valorará las pruebas oportunas para evitar asistencia innecesaria al Hospital en caso de que no se confirme patología maligna. Nos referimos concretamente a quistes de mama, mastitis...que pueden ser confundidas y pueden manejarse desde Atención primaria. Confiamos también en la responsabilidad de cada mujer a la hora de hacer uso de cualquier Servicio Sanitario en estas circunstancias.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dado que el cáncer de mama es una patología prevalente en nuestro país, volvemos a recalcar que la actitud a seguir dependerá de la situación individual de cada Hospital, de forma que si no existen restricciones para continuar con el tratamiento quirúrgico porque la situación así lo permite, y si así se ha decidido en el Comité de cada centro, se continuará con la actividad de igual forma que se venía realizando.

Es responsabilidad de cada Unidad de mama la decisión de posponer o cancelar las cirugías programadas en función de la situación epidemiológica del área y del nivel de saturación personal o de medios de cada una.

Se aconseja realizar cirugía conservadora siempre que sea posible, así como en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y en un tiempo. Esto necesitará la existencia de un Servicio de Radioterapia que pueda asumir el tratamiento de estas pacientes, que puede ser demorada, de forma segura, durante 1-2 meses. Incluso algunos grupos aceptan demorarla 3-4 meses si fuera absolutamente imprescindible.

Se demorará la reconstrucción inmediata así como la reconstrucciones con colgajos autólogos, la cirugía de reducción de riesgo y la simetrización contralateral.

Las pacientes mayores de 70 años con receptores hormonales positivos, o con tumores palpables de alta sospecha, sin diagnóstico histológico, iniciaran tratamiento neoadyuvante

Si se dispone de quirófano se valorará cirugía en las pacientes con carcinomas In situ de Alto Grado

En el caso de que la situación haga imposible la realización de una actividad quirúrgica programada se considerarán las siguientes recomendaciones:

a) Valorar realización de neoadyuvancia si es posible según el fenotipo tumoral

b) Las indicaciones mínimas imprescindibles de cirugía son aquellas en las que se compromete la supervivencia si la cirugía no se realiza en los siguientes 3 meses:

Pacientes neoadyuvantes que terminan el tratamiento.

Etapa clínica T2 o N1 con receptores estrogénicos y de progesterona positivos y HER2 (-)

Pacientes triples negativos o HER2 positivos.

En caso del triple negativo se puede considerar comenzar con capecitabina oral hasta que pueda ser realizada la intervención.

c) En pacientes que hayan terminado la quimioterapia, y ante la imposibilidad de realizar cirugía se valorará administrar algún ciclo más de lo previsto para poder diferir la cirugía, o bien continuar con terapias dirigidas (terapia endocrina, anti-HER2) o terapias fáciles de administrar (por ejemplo, capecitabina en triple negativo) para mantener la continuidad del tratamiento.

## TRATAMIENTO ADYUVANTE ( Será consensuado junto a la SEOM)

En términos generales:

Se podrá demorar en pacientes de riesgo moderado el inicio de la quimioterapia hasta 90 días tras la cirugía.

Se emplearán esquemas que supongan menos visitas al Hospital y la menos toxicidad medular.

Para las pacientes que ya están en tratamiento con quimioterapia, si no se han producido reacciones adversas graves a la misma, se aconseja continuar en tratamiento en la medida de lo posible.

En caso de terapia hormonal, se podrá prescribir telefónicamente y retrasarse su inicio unas semanas, sin perjuicio para la paciente.

Entre todos podemos ofrecer el mejor tratamiento disponible a nuestro alcance en esta situación.

Un día mas es un día menos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures. American College of Surgeons. Consultado <https://www.facs.org/about-acscovid-19/information-for-surgeons>.
2. Documentos de posicionamiento y recomendaciones de la AEC en relación con la cirugía y COVID-19. Consultado <https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirurgia-yCOVID19>.
3. Resource for Management Options of Breast Cancer During COVID-19. March 23, 2020 . SSO SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY.
4. Reflexiones sobre diez temas candentes. Jiang Zefei 1 Li Jianbin 2 Zhonghua Yi Xue Za Zhi , 100 (0), E002 2020 Feb 10[Online ahead of print]. Revisión del artículo: José Ignacio Sánchez Méndez. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Miembro de la Junta Directiva de SESPM. <https://www.sespm.es/nuevo-coronavirus-diagnostico-y-tratamiento-delcancer-de-mama-en-pacientes-con-neumonia/#>.