RECOMENDACIONES SOBRE EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-Cov-2/ COVID-19 EN COLOMBIA.

Emisión del documento: abril 3 de 2020

Avalan:











Asociación Colombiana de Mastología (ACM) - Asociación de Mastología de Antioquia (AMA) - Asociación Colombiana de Hemato-Oncología (ACHO) – Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO) - Asociación Asociación Colombiana de Radiología (ACR)

La pandemia por COVID-19 ha producido una crisis extraordinaria en los servicios de salud sin precedentes en el pasado reciente, desafiando el manejo habitual de pacientes con enfermedades mamarias. Las siguientes recomendaciones tienen como objetivo principal determinar **esquemas de priorización temporal** en la ruta de atención de estas pacientes durante la pandemia por COVID-19 en Colombia.

Estas recomendaciones van dirigidas al personal médico y otros profesionales de la salud interesados en el manejo de pacientes con enfermedad mamaria; IPS oncológicas e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Las recomendaciones emitidas se basan en las publicadas por el *American College of Sugeons* (ACS)¹ adaptadas con autorización de ACS por un grupo de expertos de ACM y AMA.² Se recibieron sugerencias de ajuste por representantes de ACHO, ACRO y ACR.)

Se plantean tres fases de gravedad de la pandemia por Covid-19 en el territorio colombiano y recomendaciones para la realización de imágenes diagnósticas, consulta ambulatoria, cirugía, manejo sistémico y radioterapia, de acuerdo a las fases de gravedad.

Estas recomendaciones no suprimen ni reemplazan el juicio médico individual, políticas de salud nacional, regionales o institucionales. Pretenden estimular interdisciplinariedad y capacidad de adaptación; y están sujetas a cambios y actualizaciones de acuerdo a nueva evidencia disponible y al comportamiento dinámico de la pandemia.

Marco Semi-Urgente (Fase de preparación). Pocos pacientes con COVID-19, sin saturación de los recursos hospitalarios, capacidad disponible de ventiladores en la unidad de cuidado intensivo y sin trayectoria de fase de rápido escalamiento de COVID-19.

Recomendaciones de Fase 1

A. Estudios imagenológicos:

- I. Se recomienda realizar imágenes y biopsias en casos de diagnóstico imagenológico para síntomas mamarios sospechosos o BIRADS 4-5.
- II. Se recomienda mantener la prestación de mamografía clínica o diagnóstica durante esta fase.#
- III. Se recomienda diferir estudios diagnósticos imagenológicos en los siguientes casos:
 - Estudios de tamización que pueden ser aplazados hasta la resolución de la pandemia. Retrasar estas mamografías de 6 a 12 meses probablemente no tendrá impacto en la supervivencia global.
 - Tamización anormal por mamografía que puedan ir a intervalo imagenológico de 6 meses.
 - Estudios de tamización con resonancia nuclear magnética mamaria o seguimiento con ultrasonido.

B. Consulta ambulatoria:

Se podrán atender pacientes, previa evaluación de triage institucional descartando síntomas respiratorios sospechosos con un solo acompañante (o ninguno) durante la cita.

- I. Se considera viable la evaluación presencial de pacientes en consulta con:
 - Diagnóstico reciente de carcinoma de mama (invasor o in situ).
 - Controles post-operatorios.

^{*} Se entiende como mamografía clínica o diagnóstica aquella que se realiza por presencia de síntomas o signos sugestivos de malignidad (masa, retracción del pezón, sangrado por pezón, etc.). No se incluye como síntoma sospechoso el dolor mamario.

- II. Se recomienda posponer la consulta hasta condiciones más seguras por la pandemia, o realizar evaluación por telemedicina previo consentimiento de la paciente y dejando registro en la historia clínica de las recomendaciones y decisiones tomadas, en los siguientes casos
 - Diagnóstico reciente de atipias mamarias.
 - Pacientes con alto riesgo heredofamiliar.
 - Pacientes conocidos en consulta de seguimiento y con síntomas atribuíbles a la terapia anticancerosa, médica o quirúrgica.
 - Pacientes sanas y visitas de seguimiento de pacientes con alteraciones mamarias benignas (se incluyen hiperplasias atípicas y otras lesiones benignas).
- III. Se recomienda definir por (o conjuntamente con) oncología clínica:
 - Manejo de quimioterapia neoadyuvante y adyuvante para carcinomas de mama triple negativo y/o HER2 positivo, así como la terapia de mantenimiento anti HER2.
 - Definir continuidad o modificaciones de tratamiento sistémico citotóxico previamente iniciado.
 - Continuación de terapia endocrina adyuvante.
 - Ajuste de tratamiento sistémico neo-adyuvante en pacientes con aplazamiento de manejo quirúrgico, según factores de riesgo de la neoplasia y comorbilidades individuales.

C) Cirugía:

- La cirugía se limitará a pacientes que tengan riesgo de alteración de la supervivencia si no se realiza en los siguientes tres meses.
 Se consideran candidatos a cirugía en la fase I, pacientes con:
 - Carcinoma de mama que han completado tratamiento con quimioterapia neo-adyuvante
 - Tumores T2 y/o N1, hormonosensibles y con Her2 negativo, no orientadas a terapia sistémica neo-adyuvante.

- Tumores malignos triple negativos o Her2 positivo, no candidatas a terapia sistémica neo-adyuvante.
- Biopsias discordantes con alta sospecha de malignidad.
- Lesión recurrente loco-regional en progresión y sin opción de manejo sistémico pre-quirúrgico.
- II. Se recomienda diferir las siguientes cirugías, hasta determinar condiciones institucionales, regionales o nacionales de mayor seguridad por la pandemia:
 - Reconstrucción mamaria.
 - Escisión de lesiones benignas mamarias: nódulos, fibroadenomas, ducto mamario, etc.
 - Biopsias discordantes probablemente benignas.
 - Lesiones de alto riesgo (atipias, papilomas, etc).
 - Cirugía mamaria reductora de riesgo.
 - Cirugía diferida para biopsia de ganglio centinela, por carcinoma detectado en biopsia escisional de la mama.
 - Carcinoma ductal in situ (DCIS) con receptores hormonales positivos o negativos.
 - Re-escisión de márgenes de cirugía mamaria.
 - Tumores malignos que estén respondiendo a terapia endocrina neoadyuvante.
 - Tumores estadio I, receptores de estrógeno (RE) positivos y/o receptores de progesterona (RP) positivos, Her2 Neu negativo, que puedan idealmente recibir terapia endocrina, determinado en junta interdisciplinaria.
 - Cirugía paliativa en tumores mamarios estadio IV.

D) Radioterapía

- Considerar con los grupos institucionales de radioterapia, alternativas de hipofraccionamiento, hipofraccionamiento extremo, retraso en el inicio u omisión de radioterapia, de acuerdo a indicaciones basadas en la evidencia. Se deberán tener en cuenta la experticia de cada grupo y los recursos técnico-científicos individuales, dado que no son homogéneos en el territorio nacional.
- Masa mamaria sangrante o dolorosa, inoperable.
- Terminación de tratamiento con radioterapia iniciada.
- Síndrome compresivo de columna, metástasis cerebrales u otras lesiones metastásicas críticas que pongan en riesgo la vida del paciente.

Marco urgente. Muchos pacientes con COVID-19, unidades de cuidado intensivo y ventiladores con capacidad limitada. Salas de cirugía con suministros limitados.

Recomendaciones de Fase 2

A. Estudios imagenológicos:

Se recomienda realización de imágenes y biopsias en casos de diagnóstico imagenológico para síntomas mamarios sospechosos o BIRADS 4-5.

B. Consulta ambulatoria:

Se podrán atender pacientes, previa evaluación de triage institucional descartando síntomas respiratorios sospechosos, con un solo acompañante (o ninguno) durante la cita.

- I. Pacientes con diagnóstico reciente de carcinoma de mama invasor.
- II. Pacientes con diagnóstico reciente de carcinoma de mama no invasor (in situ) pueden convertirse a candidatos para orientacion por telemedicina.
- III. Pacientes post-operatorios sin drenaje y sin declaración de síntomas sospechosos de complicación en triage institucional, pueden convertirse a candidatos para orientación por telemedicina.
- IV. Pacientes conocidos, con problemas nuevos o síntomas relacionados con la terapia, son candidatos para orientación por telemedicina
- V. Pacientes de alto riesgo (BRCA positivo, atipias, etc) deberán reprogramarse hasta resolución de la pandemia o evaluarse por telemedicina.

C. Cirugía:

- La cirugía debe limitarse a pacientes que tengan riesgo de alteración de la supervivencia si no se realiza en el lapso de pocos días. Se consideran candidatos a cirugía en la fase II, pacientes que requieran:
 - Drenaje de absceso mamario/axilar o evacuación de hematoma.
 - Revisión de colgajos quirúrgicos o reconstrucción autóloga por isquemia o necrosis.
 - Tratamiento del cáncer de mama operable recién diagnosticado, sin opcion de manejo neoadyuvante, con alguno de los siguientes procedimientos:

- Cirugía conservadora: requiere determinación de disponibilidad de radioterapia y consideración de riesgo mayor por visitas repetidas a la unidad de radioterapia; o por retraso en caso de requerirse cirugía adicional (v.g. re-escisión por márgenes positivos).
- Mastectomía: representa un abordaje con menor probabilidad de reintervención por márgenes comprometidos o de necesidad de radioterapia en estadios tempranos. No se recomienda realizar concomitantemente con reconstrucción inmediata
- La biopsia de ganglio centinela con radiocoloides puede ser de difícil realización por deficiencia de insumos durante la pandemia. En tal caso se recomienda realizar con colorantes vitales (en caso de disponibilidad y experticia) o vaciamiento axilar (nivel I en axila clínicamente negativa).
- **La reconstrucción mamaria** debe diferirse.
- II. Algunos pacientes con estadio clínico T2 o N1, con reporte de biopsia que sugiere subtipo molecular luminal, deben ser revisados con oncología clínica para decidir tipo de manejo neoadyuvante: terapia endocrina vs quimioterapia citotoxica, según las características y factores de riesgo en cada caso.
- III. Pacientes con tumores triple negativos y/o Her2 positivos, de acuerdo a consideraciones institucionales pueden manejarse con cirugía o iniciar quimioterapia preoperatoria. Esta decisión dependerá de los recursos institucionales, la situación regional de salud pública derivada de la pandemia y las preferencias del paciente.
- IV. Considerar diferir el inicio de agentes antiresortivos intravenosos o reemplazar por medicamentos orales.
- V. Se considera fundamental crear la **Junta Virtual de Decisiones** para presentación de los casos que requieran análisis interdisciplinario y soluciones prioritarias.

D. Radioterapia:

Como se describió en la fase I.



Todos los recursos hospitalarios enrutados a pacientes con COVID-19. Sin disponibilidad de unidad de cuidado intensivo o ventiladores, salas de cirugía sin suministros, pacientes en quienes la muerte es probable en horas si la cirugía es diferida.

Recomendaciones de Fase 3

A. Cirugía:

- La cirugía debe limitarse a pacientes que tengan riesgo de alteración de la supervivencia si no se realiza dentro de las horas siguientes. Se consideran candidatos a cirugía en la fase III, pacientes con:
 - Inestabilidad clínica por absceso mamario/axilar o hematoma.
 - Revisión de colgajos quirúrgicos o reconstrucción autóloga por isquemia o necrosis.
- II. La cirugía mamaria de cáncer recién diagnosticado y las reconstrucciones mamarias deberán diferirse.

B. Consulta:

- Pacientes con diagnóstico reciente de carcinoma de mama invasor a orientacion por telemedicina.
- II. Se sugiere evaluar presencialmente solo a pacientes con declaración de síntomas relacionados con terapias recientes realizadas dentro del manejo de cáncer de mama, que impliquen dudas sobre su estado general y que tengan menor riesgo de asistir a consulta que a urgencia hospitalaria. Lo ideal será asitencia por telemedicina
- III. En este escenario la recomendación de aplazar el inicio de tratamientos con quimioterapia citotoxica dependerá de la situacion específica regional de cada centro oncológico según las consecuencias derivadas de la pandemia en cada Institucion o región, para la atención de los pacientes.



- IV. Considerar diferir el inicio de agentes antiresortivos intravenosos o reemplazar por medicamentos orales.
- v) Se debe disponer de consulta por telemedicina para seguimiento de pacientes que esten recibiendo terapia sistemica oncologica.
- VI. Se recomienda definir por (o conjuntamente con) oncología clínica:
 - El inicio de tratamiento con quimioterapia citotóxica neoadyuvante o adyuvante, que se definirá según evaluación de riesgo/beneficio en cada paciente, comorbilidades y factores de riesgo de la neoplasia.
 - Continuidad o modificaciones de tratamiento sistémico citotóxico previamente iniciado.
 - El seguimiento de pacientes que reciben tratamiento endocrino adyuvante para realizar a través de tele-consulta.
 - Ajuste de tratamiento sistémico oncológico neo-adyuvante en pacientes con aplazamiento de manejo quirúrgico, según factores de riesgo de la neoplasia y comorbilidades.
 - Se considera fundamental crear la Junta Virtual de Decisiones para presentación de los casos que requieran análisis multidisciplinario y toma de decisiones prioritarias.

C. Estudios imagenológicos:

Ninguno.

D. Radioterapia:

Como se describió en la fase I.

Coordinador y autor correpondiente:

Fernando Herazo-Maya, MD. MSc.

Asociación Colombiana de Mastología (ACM) y Asociación de Mastología de Antioquia (AMA) Email: herazo.onco@gmail.com

Expertos metodológicos:

Fernando Herazo-Maya, MD. MSc. Coordinador. Jorge Egurrola. MD. MSc. Candidato PhD.

Panel de expertos colaboradores:

Luis F. Viaña, Presidente ACM.

Fernando Herazo-Maya, ACM. Presidente AMA.

Mauricio Lema, ACHO, ACM, Junta Directiva AMA.

Aylen Vanessa Ospina Serrano, Junta Directiva ACHO.

Iván Bobadilla, Presidente ACRO.

Carlos Alberto Vargas, ACHO.

Jairo Patiño, ACR.

Ricardo Brugés, ACHO. Junta Directiva ACM.

Ray Manneh, ACHO.

Javier Cuello, ACHO.

Néstor Llinás, ACHO, AMA.

César Álvarez, ACM.

Luis Guzmán, ACM.

John Sánchez, ACM.

José J. Caicedo, ACM.

Johanna Ibarra, ACM.

Luis Palacios, ACM, AMA.

Carlos Restrepo, ACM, AMA.

Lina Torres, ACM, AMA.

Luis Gallón, AMA.

Ana María Carvajal B, ACM, AMA.

Carolina Benavides, AMA.

Carlos Ossa, ACM.

Aurelio Angulo, ACRO.

David Gómez, ACRO, AMA.

Beatriz Adrada, ACR.

Natalia Jaramillo, ACR.

Ana L. Hincapié, ACR.

Michel Hernández, ACR.

Ricardo Rodríguez, ACR.

Avalan:











Referencias:

- Recomendations for Priorization, Treatment and Triage of Breast Cancer Patients
 During the Covid-19 Pandemic: Executive Summary. Version 1.0. The Covid-19
 Pandemic Breast Cancer Consortium. March 24, 2020. Consultado online en fecha
 26 de marzo de 2020 en: https://www.facs.org/quality-programs/cancer/executive-summary
- 2. Comunicación de autorización del Dr. Jill Dietz, miembro de The Covid-19 Pandemic Breast Cancer Consortium. Presidente de la Sociedad Americana de Cirugía de Mama y autor correspondiente de "COVID-19 Guidelines for Triage of Breast Cancer Patients. Version 1.0."