



GUÍA DE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE CÁNCER EN PANDEMIA COVID-19

INDICE

Páginas

INTRODUCCION

1

CÁNCER DE MAMA

5

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

15

CÁNCER DE ENDOMETRIO

18

CÁNCER DE OVARIO

21

CÁNCER GASTROINTESTINAL ALTO

24

CÁNCER HEPATOPANCREATOBILIAR

25

CÁNCER COLO RECTAL

31

SARCOMA DE PARTES BLANDAS

33

MELANOMA

36

CÁNCER DE VEJIGA

42

CÁNCER DE PRÓSTATA

45

TUMORES TORÁCICOS

48

CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

50

LINFOMAS

56

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



GUÍA DE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE CÁNCER EN PANDEMIA COVID-19

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene por objeto brindar lineamientos internacionales de instituciones y bibliografía de ámbito médico, de prestigio y trayectoria reconocida, sobre el manejo y toma de decisiones de pacientes con cáncer en la coyuntura actual de la pandemia del SARS COV-2, que ocasiona la enfermedad conocida como COVID-19. De ninguna forma reemplaza el criterio clínico del personal médico a cargo, en su coyuntura epidemiológica y recursos disponibles.

Consideraciones generales

La sensibilidad del PCR es de 70% en una sola toma, sube a 94% en una segunda toma y a 98% con una tercera muestra de hisopado.² Dentro de un estudio italiano de los pacientes contaminados por COVID-19 de 355 pacientes, 20.3% tenían cáncer activo además de múltiples comorbilidades. Aunque se vio mayor edad en esta cohorte media (79.5 ± 8.1 años) se reportó fatalidad de aproximadamente 20% en mayores de 80 años. Los pacientes con cáncer tienen 3.5 veces más riesgo de requerir UCI y muerte comparados con quienes no tienen cáncer. De manera general en pacientes oncológicos sometidos a cirugía tienen complicaciones pulmonares en 11%, que puede elevarse hasta 25% si se combina con QT-RT, y mortalidad de hasta 30%, principalmente en mayores de 65 años.^{3, 4}

Para definir como buen momento para reabrir cirugía electiva debe de existir reducción sustancial de casos de COVID-19 por al menos 14 días y la región debe de tener camas de UCI disponibles.

El colegio Americano de Cirugía realiza la recomendación de realizar cirugías de acuerdo al siguiente panorama de estado de recursos disponibles y ocupación hospitalaria.⁵

Fase Pandemia	Definición	Acción
Fase I	Pocos pacientes con COVID-19 y hospitales con recursos disponibles adecuados.	Cirugías para enfermedades que pueden mantenerse estables dentro de 3 meses.
Fase II	Estado Urgente, muchos pacientes con COVID-19, los recursos hospitalarios se encuentran limitados.	Operar si la cirugía se requerirá dentro de pocos días.
Fase III	Todos los recursos hospitalarios se encuentran dirigidos a pacientes COVID-19, no se cuenta con UCI ni ventiladores.	Operar solo si la cirugía se requiere dentro de horas.



El quirófano debe de ser idealmente un lugar con presión negativa, se recomienda también quirófano con filtrado de aire de más de 25 ciclos por hora, solo el personal esencial debe de permanecer, los equipos de energía se recomienda su uso a la menor energía posible. En cirugía laparoscópica se recomienda evacuadores de humo y el neumoperitoneo en el nivel menor posible, las superficies de las unidades de electrocirugía deben de cubrirse.

Las cirugías de cáncer requieren movilizar muchos recursos del hospital, incluyendo unidades de diagnóstico, UCI, ventiladores, hemoderivados. La pandemia por COVID-19, tiene las salas de UCI ocupadas, existen menos donadores de sangre ya sea por enfermedad o por limitación de movimiento derivado de la cuarentena.

RECOMENDACIONES DE PROTECCION PERSONAL

No sospechoso de COVID-19	Sospechoso de COVID-19	Procedimientos generadores de aerosol en sospechoso de COVID-19
No síntomas.	Tiene síntomas o tiene test positivo o resultado pendiente.	Tiene síntomas o tiene test positivo o resultado pendiente y se realizara procedimiento en vía aérea.

EQUIPO REQUERIDO	EQUIPO REQUERIDO	EQUIPO REQUERIDO
- Cubreboca quirúrgica con asa a oído. - Protección ocular	- Protección ocular, casco protector. - Cubreboca quirúrgica con asa a oído/mascarilla N95. - Traje protector. - Guantes.	- Respirador con purificador de aire o mascarilla N95 + casco con protección facial/protección ocular. - Traje protector. - Guantes.

Las similitudes entre los efectos adversos de tratamiento oncológico sistémico y COVID-19, fiebre, neumonitis, colitis representan un panorama de reto oncológico. No está claro si los pacientes con inmunoterapia tienen mayor posibilidad de presentar tormenta de citoquinas o neumonitis.

Se debe de considerar el retraso de manejo oncológico priorizando de acuerdo al subtipo y la histología, existiendo tumores para los que una espera prolongada con representa ningún riesgo en la sobrevida del paciente como el caso de cáncer bien diferenciado de tiroides subcentimétrico, con tiempos de observación superior a un año.



Sabemos que a mayor tiempo entre diagnóstico de malignidad y manejo definitivo se asocia a menor posibilidad de sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad.⁶

CAMBIO DE PRONÓSTICO EN DEMORA DE INICIO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A PATOLOGÍA.

AUTOR Y AÑO	NO DE PACIENTES	ÓRGANO	TIEMPO A CIRUGÍA	RESULTADOS
SHIN ET AL. 2013 ⁷	7.529	Colorrectal, mama. Tiroides y pulmón	12 semanas	Demora de más de 12 semanas se asocia a incremento de mortalidad
KHORANA ET AL. 2019 ⁸	3,672.561	Páncreas, Pulmón, mama, riñón, colorrectal	Media 27 días	Incremento en el tiempo de inicio de tratamiento se asoció a mayor riesgo de mortalidad.
MURPHY ET AL. 2016 ⁹	51.655	Cabeza y Cuello	Menos de 30 días contra 60-90 días	Incremento de mortalidad más allá de 46-52 días, mayor a los 60 días.
JEON ET AL. 2017 ¹⁰	2.863	Cáncer Papilar de Tiroides	Menor a 12 contra mayor a 12 meses	No diferencia en recurrencia/sobrevida libre de enfermedad.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



CÁNCER DE MAMA EN PANDEMIA DE COVID-19

PRIORIDADES DE VISITAS AMBULATORIAS

Alta prioridad

Escenario clínico postoperatorio inestable (por ejemplo, hematoma, infección).

Diagnóstico de cáncer de mama durante el embarazo.

Prioridad alta / media

Nuevo diagnóstico de cáncer de mama invasivo (para discusión multidisciplinaria en Comité del Tumor: la biología y la etapa serán prioritarias).

Pacientes en tratamiento con nuevos síntomas o efectos secundarios (según la gravedad de los síntomas / efectos secundarios, la carga de la progresión, etc.).

Convierta tantas visitas como sea posible en visitas de telemedicina.

Intensificar el monitoreo de seguridad para aquellos pacientes que reciben quimioterapia oral o terapia endocrina más agentes biológicos.

Prioridad media

Nuevo diagnóstico de cáncer no invasivo.

Convierta tantas visitas como sea posible en visitas de telemedicina.

Visitas postoperatorias en pacientes sin complicaciones.

Baja prioridad

Pacientes establecidos sin problemas nuevos: consulta por telemedicina.

Seguimiento de la supervivencia: consulta por telemedicina.

Seguimiento para pacientes con alto riesgo de cáncer de seno (portadores de BRCA, etc.) o pacientes con alto riesgo de recaída.

Visitas de apoyo psicológico (convertir a telemedicina).

PRIORIDADES PARA LA ENFERMEDAD DE MAMA: DIAGNÓSTICO E IMAGEN

Alta prioridad

Autodiagnóstico de bulto mamario u otros síntomas sugestivos de malignidad.

Evidencia clínica de recaída loco regional con abordaje radical quirúrgico factible (según estadio, histología y características biológicas de la enfermedad).

Evaluación de patología (histopatología o cito patología) para mamografías anormales o síntomas mamarios o una recaída metastásica sintomática.

Imágenes de diagnóstico adicionales para la mamografía de detección de BIRADS 5 en sujetos asintomáticos.

Prioridad media

Imágenes de diagnóstico adicionales para la mamografía de detección de BIRADS 4 en sujetos asintomáticos.

Biopsia guiada por imagen o clínicamente guiada para determinar una sospecha de recaída metastásica.

Análisis metastásico inicial (según el estadio y las características biológicas) en pacientes con cáncer de mama invasivo en estadio temprano.

Ecocardiogramas en pacientes con cáncer de mama invasivo en etapa temprana que requieren indicación de tratamiento con antraciclina o anti-HER2.

Baja prioridad

Detección de la población basada en mamografía y programas de detección de mama adaptados al riesgo para sujetos asintomáticos (por ejemplo, resonancia magnética o EE.UU.)

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Pacientes con hallazgos anormales en mamografías de detección que pueden ir a imágenes de intervalo de 6 meses (BIRADS 3).

En pacientes con cáncer de mama en estadio temprano, las imágenes de seguimiento, los estudios de reevaluación, los ecocardiogramas, los ECG y las exploraciones de densidad ósea pueden retrasarse si son clínicamente asintomáticos.

En pacientes con cáncer de mama metastásico, recomendamos un seguimiento orientado a los síntomas. Las imágenes, los estudios de reevaluación, los ecocardiogramas y los ECG pueden retrasarse o realizarse a intervalos prolongados. Implementar seguimiento de telemedicina

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CANCER DE MAMA EN TIEMPOS DE PANDEMIA DE COVID 19

El paciente infectado asintomático puede infectar al personal de quirófano cuando se genera aerosoles en los siguientes casos:

1. Procedimiento de intubación o procedimiento endoscópicos de la vía aérea.
2. En caso de cáncer de mama se recomienda las anestesiases peridurales altas.
3. La utilización de bisturí eléctrico y otros dispositivos de energía (Ligasure /Armónico) como el humo de la laparoscopia general la posibilidad de AEROLIZACIÓN en los procedimientos quirúrgicos.

Para reducir estos riesgos se sugiere utilización de:

Filtros de humo con sello de agua y lejía.

Aspirado del humo del electro bisturí.

Los pacientes oncológicos corren mayor riesgo debido a:

Mayor riesgo de infecciones la patología de base y la inmunosupresión por los tratamientos sistémicos.

Depresión por el cáncer por el cual está pasando, genera alteración del sistema inmunológico.

El objetivo del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en tiempos de pandemia es:

Realizar un tratamiento alternativo al habitual, pero igual de efectivo del cáncer de mama, el cual no afecte a la morbi-mortalidad (tanto por cáncer o por infección del Covid -19) ni la sobrevida del paciente.

Factores hospitalarios para pacientes:

- *La prevalencia de la transmisión comunitaria determinará la capacidad hospitalaria de atención de los pacientes con cáncer de mama, eso significa que, si la zona esta con elevada tasa de contagios es mejor diferir los tratamientos quirúrgicos, más al contrario, si las tasas son bajas podemos considerar en operar a las pacientes.*

Para poder realizar esto debemos contar con:

- Personal capacitado.
- Equipamiento adecuado:
 - De tratamiento.
 - protección del personal y paciente.
 - Disponibilidad de UTI: Debemos considerar que, si la cirugía oncológica que vamos a realizar tiene riesgo de requerir UTI, se debe ver la posibilidad de posponerla hasta que finalice la pandemia, ya que las camas de UTI son precias en esta época de pandemia.
 - Disponibilidad de camas hospitalarias.

Debemos sopesar cuando citamos al paciente al hospital:

- Proporción de personal de salud infectado con COVID-19 (asintomático) que pondría en riesgo a la paciente.



- Sopesar si el tratamiento de cáncer de mama pondrá en riesgo al personal sanitario.

CONSIDERACIONES PARA CIRUGÍA EN ÉPOCA DE PANDEMIA

Se debe evitar cirugías prolongadas.

Todo paciente es COVID -19 positivo hasta que se demuestre lo contrario (SSO).

- Utilizar todos los implementos de seguridad.
- BARBIJOS FFP2/FFP3/N95 (FILTRACIÓN DEL 95-98%)
- Gafas cerradas.
- Máscaras faciales si procede.

Se debería descartar infección por COVID -19 pre quirúrgicas mediante test de diagnóstico o TAC tórax en función de la urgencia (Soc. Española de cirugía).

Transmisibilidad en cirugía.

Condiciones para poder realizar una cirugía oncológica:

- Situación epidemiológica local.
- Disponibilidad de quirófanos.
- Estadío de la enfermedad.
- Riesgo de progresión o complicaciones.

Cirugía en un paciente sospechoso o con COVID-19 confirmado:

- Bata impermeable.
- Máscara de protección N95/FFP2/FFP3(FILTRAN 96Y 99%), mejor sin válvula.
- Gafas.
- Máscara facial.
- Guantes de nitrilo largos.
- Calzado exclusivo para quirófano sin perforaciones.

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS

- Importante definir cuál de las pacientes necesita cuidados más urgentes que otras y cuales pueden esperar a que frene la pandemia.
- Clasificación de pacientes con cáncer de mama en torno a la urgencia de tratamiento:
 - **PRIORIDAD A:** Paciente quienes necesitan TRATAMIENTO URGENTE.
 - **PRIORIDAD B:** Paciente quienes están en condiciones de tratarse con calma, no son urgencias; pero deben tratarse antes de que la pandemia finalice.
 - **PRIORIDAD C:** pacientes que tienen condiciones de diferir su tratamiento hasta que finalice la pandemia.

PRIORIDAD A: TRATAMIENTO URGENTE

PRIORIDAD	TRATAMIENTO EN PANDEMIA DE COVID-19
ABSCESO DE MAMA / POST QUIRURGICO	DRENAJE
HEMATOMA DE MAMA /SHOCK	DRENAJE Y CONTROL DE SANGRADO



PRIORIDAD B1: ALTA PRIORIDAD

PRIORIDAD B	TRATAMIENTO EN PANDEMIA DE COVID-19
NECROSIS DE COLGAJO AUTÓLOGO	REVASCULARIZAR O RETIRAR EL COLGAJO
ISQUEMIA DE COLGAJO DE MASTECTOMÍA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA Y EXPOSICIÓN DE PRÓTESIS	DEBRIDAR Y REMOVER EXPANSOR / IMPLANTE
FINALIZACIÓN DE QT NEOADYUVANTE PARA CA DE MAMA INFLAMATORIO	CIRUGÍA LO MÁS ANTES POSIBLE
TRIPLE NEGATIVO Y HER 2 NEU +	QT NEODAYUVANTE / TERAPIA ANTI HER2 NEU VS INICIO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (ESTA DECISIÓN DEPENDERÁ DE RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN Y DE LOS FACTORES DE LAS PACIENTES)*

SI EL RIESGO DE INTUBAR LA PACIENTE ES ALTO SE DEBERÁ REALIZAR LA CIRUGIAS DE CONSERVACIÓN CON ANESTESIA LOCAL Y SEDACIÓN, EN CASOS QUE SE DISPONGA PERIDURAL NO APLICA.

PRIORIDAD B2; PRIORIDAD MEDIA:

PRIORIDAD B2	TRATAMIENTO EN PANDEMIA DE COVID-19
NEOADYUVANCIA -FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO -PROGRESIÓN DURANTE TRATAMIENTO	CIRUGÍA SI ES POSIBLE, DEPENDIENDO DE LOS RECURSOS , EXTENSIÓN DE LA LESIÓN / EVALUACIÓN DE CAMBIO DE ESQUEMA DE NEOADYUVANCIA

PRIORIDAD B3: BAJA PRIORIDAD

PRIORIDAD B3	TRATAMIENTO EN PANDEMIA DE COVID-19
EC IIB: T2-N1 ER+/HER 2-	CONSIDERAR TRATAMIENTO HORMONAL RETRASAR LA CIRUGÍA
DISCORDANCIA CLÍNICA CON BIOPSIA	BIOPSIA EXCISIONAL AMPLIA CUANDO LAS CONDICIONES LO PERMITAN
RECURRENCIA O SOSPECHA DE RECURRENCIA	RESECCIÓN MIENTRAS LAS CONDICIONES LO PERMITAN Y SI NO EXISTE METÁSTASIS A DISTANCIA / ESTADIAJE CUANDO SEA NECESARIO

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



PRIORIDAD C: TRATAMIENTO PUEDE ESPERAR POSTERIOR A LA PANDEMIA

PRIORIDAD C1	TRATAMIENTO EN PANDEMIA DE COVID-19
CDIS ER-	RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A LA PANDEMIA, A MENOS QUE SEA DE ALTO RIESGO O CÁNCER INVASIVO (SI ES ASÍ SE MUEVE A B3)
CÁNCER INVASOR CON MÁRGENES POSITIVOS	POSPONER LA AMPLIACIÓN DE MÁRGENES HASTA FINALIZACIÓN DE PANDEMIA
EC I : T1-NO ER+/HER 2 -	TRATAMIENTO HORMONAL / RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA
CÁNCER DE MAMA QUE REQUIERE CIRUGÍA AXILAR ADICIONAL	RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA

PRIORIDAD C2	TRATAMIENTO EN PANDEMIA DE COVID-19
CDIS ER+	TRATAMIENTO HORMONAL , RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA
LESIONES DE ALTO RIESGO	RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA
RECONSTRUCCIÓN POST MASTECTOMÍA	RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA

PRIORIDAD C3	TRATAMIENTO EN PANDEMIA DE COVID-19
RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS	RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA
DISCORDANCIA DE LA BIOPSIA LA CUAL PARECE BENIGNA	RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA
MASTECTOMÍA REDUCTORAS DE RIESGO	RETRASAR LA CIRUGÍA POSTERIOR A PANDEMIA

CONCLUSIONES

- El tratamiento dependerá de la situación epidemiológica.
- **CDIS** diferir la cirugía hasta finalizar la pandemia.
 - Si es RE+ hasta 6 -12 meses se puede diferir la cirugía.
- Tumores Luminales: Empezar con tratamientos hormonales.
- TNBC y Her2 +: quimioterapia neo adyuvante.
- Cirugía:



- Post neoadyuvancia si las condiciones lo permiten.
- Progresión durante la quimioterapia.
- Carcinoma inflamatorio post quimioterapia.
- CDIS RE- PROBABILIDAD DE INFILTRACIÓN.
- Lesiones de alto riesgo: tamoxifeno o IA.
- Biopsia trucut.
 - Discordancia de biopsia con la imagen o la clínica.
 - Descartar recurrencia.

PRIORIDADES PARA EL CÁNCER DE MAMA: ONCOLOGÍA CLÍNICA CÁNCER DE MAMA TEMPRANO

Alta prioridad

Quimioterapia neoadyuvante y adyuvante para pacientes con TNBC.

Quimioterapia neoadyuvante y adyuvante en combinación con terapia dirigida para pacientes con cáncer de mama HER2 positivo.

Terapia endocrina neoadyuvante y adyuvante +/- quimioterapia para el cáncer de mama de alto riesgo ER-positivo / HER2-negativo según lo definido por las pautas actuales.

Finalización de la quimioterapia neoadyuvante (con o sin terapia anti-HER2) que ya se ha iniciado.

Continuación del tratamiento adyuvante con capecitabina en pacientes con TNBC de alto riesgo, y T-DM1 en pacientes con cáncer de mama positivo para HER2 de alto riesgo (en el entorno post neoadyuvante).

La continuación del tratamiento en el contexto de un ensayo clínico, siempre que los beneficios para el paciente superen los riesgos, con la posible adaptación de los procedimientos sin afectar la seguridad del paciente y la conducta del estudio. Las agencias reguladoras y los patrocinadores pueden brindar orientación sobre las normas de conducta del estudio durante la pandemia.

Prioridad media

Para las mujeres posmenopáusicas con cánceres en estadio I, con tumores de grado intermedio bajo, cánceres de seno lobulares, la terapia endocrina puede comenzar primero, mientras que la cirugía puede retrasarse.

Para pacientes con firmas / puntajes genómicos de bajo riesgo, se prefiere la terapia endocrina sola.

El trastuzumab adyuvante en curso solo puede posponerse entre 6 y 8 semanas en pacientes con alto riesgo de infección complicada con COVID-19.

Baja prioridad

Las imágenes de seguimiento, los estudios de reevaluación, los ecocardiogramas, los ECG y las exploraciones de densidad ósea pueden retrasarse si el paciente presenta síntomas clínicamente asintomáticos o clínicos de respuesta en el entorno neoadyuvante.

Recomendaciones específicas:

Continuación de la terapia endocrina adyuvante estándar en el entorno pre y posmenopáusico: utilice la telemedicina para controlar la posible toxicidad informada por los pacientes.

La terapia endocrina neoadyuvante es una opción para pacientes con cáncer de mama ER-positivo / HER2 negativo para permitir el aplazamiento de la cirugía entre 6 y 12 meses en los cánceres de mama en estadio clínico I o II.

Para pacientes seleccionados de cáncer de mama HER2-positivo, pacientes de bajo riesgo o ancianos con enfermedades cardiovasculares u otras comorbilidades, la terapia.

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

Los pacientes deben recibir factor de crecimiento G-CSF y, eventualmente, antibióticos para minimizar la neutropenia, mientras que el uso de dexametasona debe limitarse, según corresponda, para reducir la inmunosupresión.

Si es posible, programe exámenes de imágenes y análisis de sangre cerca de casa. Implemente monitoreo de seguridad de telemedicina siempre que sea posible.

Los horarios de quimioterapia pueden modificarse para reducir las visitas clínicas (por ejemplo, usando una dosificación semanal en lugar de una dosificación semanal para agentes seleccionados cuando sea apropiado).

En el contexto metastásico, después de una discusión multidisciplinaria del Comité del Tumor y de acuerdo con las preferencias del paciente, en líneas posteriores se puede hablar sobre las vacaciones farmacológicas, la mejor atención de apoyo y los regímenes retrasados o los regímenes de mantenimiento reducidos, cuando sea apropiado.

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Lista de abreviaturas: BIRADS, Breast Imaging-Reporting and Data System; COVID-19, enfermedad grave relacionada con el síndrome respiratorio agudo coronavirus 2; CT, tomografía computarizada; DCIS, carcinoma ductal in situ; ECG, electrocardiograma; ER, receptor de estrógenos; G-CSF, factor estimulante de colonias de granulocitos; HER2, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano; i.m., intramuscular; LHRH, hormona liberadora de hormona luteinizante; MRI, resonancia magnética; mTOR, blanco mamífero de rapamicina; PD-L1, ligando de muerte programada 1; PR, receptor de progesterona; TDM1, trastuzumab emtansina; TNBC, cáncer de mama triple negativo; Estados Unidos, ultrasonografía.

Bibliografía:

1. Ontario Health, Cancer Care Ontario, "Pandemic Planning Clinical Guideline for Patients with Cancer", <https://www.accc-cancer.org/docs/document/cancer-program-fundamentals/oh-cco-pandemic-planning-clinical-guidelines> (2nd April 2020, date last accessed).
2. European Society for Medical Oncology (ESMO). The ESMO-MCBS Score Card [esmo.org https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-magnitude-of-clinical-benefit-scale](https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-magnitude-of-clinical-benefit-scale) (2nd April 2020, date last accessed).
3. World Health Organization. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Available at: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak> (1st April 2020, , date last accessed).
4. ESMO clinical practice guidelines: Breast cancer. Available at: <https://www.esmo.org/guidelines/breast-cancer> (1st April 2020, date last accessed).
5. American College of Surgeons. COVID-19 Guidelines for Triage of Breast Cancer Patients. Available at: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/breast-cancer> (1st April 2020, date last accessed).
6. ASTRO. COVID-19 Recommendations to Radiation Oncology Practices. Available at: <https://www.astro.org/Daily-Practice/COVID-19-Recommendations-and-Information> (1st April 2020, date last accessed).
7. National comprehensive cancer network. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Resources for the Cancer Care Community. Available at: <https://www.nccn.org/covid-19/> (1st April 2020, date last accessed).

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



RADIOTERAPIA EN CANCER DE MAMA Y COVID-19

El cáncer de mama es otro de los cánceres más frecuentemente tratados con radioterapia.

Prioridad de atención

Pacientes en las que no se puede postergar el tratamiento radiante:

Pacientes clínicamente inestables por la evolución de la enfermedad.

Enfermedad localmente avanzada, se puede beneficiar de RT hipofraccionada.

Pacientes en las que se puede postergar el tratamiento de 4-6 semanas (cuando pase la pandemia).

Omitir el tratamiento

Según estudios se puede omitir el tratamiento en los siguientes casos:

Pacientes menores de 40 años de edad con lesiones menores a 2.5cm de diámetro, resecaadas con márgenes mayor o igual a 2mm.

Pacientes mayores de 70 años de edad con enfermedad invasiva con receptores de estrógeno positivo, lesiones menores a 3cm, sin ganglios comprometidos.

Retrasar el tratamiento

En caso de pacientes con carcinoma in situ se puede retrasar el inicio de radioterapia hasta 12 semanas después de la cirugía.

En caso de enfermedad invasiva y estadio temprano, ganglios negativos se puede retrasar el inicio de radioterapia de 8 a 12 semanas después de la cirugía conservadora.

En los casos de pacientes tratadas con quimioterapia se puede esperar el inicio de radioterapia hasta 6 semanas.

Tratamiento

Lo ideal es iniciar RT de 4-8 semanas después de la quimioterapia o cirugía en estadios iniciales.

Se recomiendan tratamientos hipofraccionados de 42,3Gy en 16 fracciones o 40Gy en 15 fracciones, estas técnicas demuestran una buena respuesta al igual que tratamiento convencional.

En pacientes mayores de 65-70 años o que presentan otras enfermedades que afecten la morbilidad, se recomienda iniciar tratamiento de bloqueo hormonal en caso indicado y postergar el inicio de RT para después de la pandemia.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidenta

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



MANEJO DE CÁNCER DE CERVIX EN TIEMPOS DE COVID 19

ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

Alta prioridad

Paciente inestable:

- Abdomen agudo.
- Complicaciones post quirúrgicas.
- Complicaciones durante y post radioterapia pélvica.
- Obstrucción renal.
- Sangrado persistente de tumor pélvico, cervical o vaginal ulcerado.
- Anuria.
- Trombosis venosa profunda.

Mediana prioridad

- Post operatorio sin complicaciones.
- Nuevos problemas o síntomas mejor manejarlos por TELEMEDICINA.
- Evaluación de probable recurrencia tumoral.
- Seguimiento y visitas de los pacientes con tratamientos paliativos (retrasarlo a cada 2 meses o hasta la que pandemia lo permita).

Baja prioridad

- Seguimientos y controles posterior a tratamiento paliativos para tumores avanzados recurrentes (retrasarlo a cada 2 meses o hasta la que pandemia lo permita).
- Controles anuales.

PRIORIDAD EN LA REALIZACIÓN DE IMÁGENES DE CÁNCER DE CERVIX

Alta prioridad

- Perforación vesical.
- Perforación intestinal.
- Peritonitis.
- Complicaciones post quirúrgicas (perforación o fuga de las anastomosis).
- Compresión ureteral o hidronefrosis.
- Síntomas neurológicos de compresión medular o radicular.
- Estadía (si es que la paciente no lo tiene).

Prioridad media

- Evaluación de probable recurrencia tumoral después de tratamientos de enfermedad temprana.

Baja prioridad

- Estudios de control.

PRIORIDAD DE LA CIRUGIA ONCOLOGICA EN EL CANCER DE CERVIX

Alta prioridad

- Confirmación radiológica de perforación vesical

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montañó
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



- Peritonitis
- Complicaciones durante o después de la radioterapia por recurrencia pélvica (fistulización o perforación vesical o intestinal)
- Complicaciones agudas pos cirugía (perforación, sección ureteral, hemorragia)

Prioridad media

- Estadios IA2, IB1, IIA histerectomía radical +/- salpingooforectomía bilateral y linfadenectomía
- Estadios IA1 traquelectomía – histerectomía +/- biopsia de ganglios centinela (se puede posponer más de 2 meses).

Baja prioridad

- Reparación de fistula asintomática.
- NIC 3 conización (si es preciso).
- Resección de recurrencia centrales de crecimiento lento.
- *Considerar posponer las exenteraciones pélvicas posterior a la pandemia de COVID 19.*

a. Enfermedad pre invasiva: según los estadounidenses Sociedad de colposcopia y patología cervical (ASCCP), las personas con pruebas de detección de cáncer de cuello uterino de baja grado pueden tener aplazamiento de evaluaciones diagnósticas por 6 a 12 meses. Las personas con pruebas de detección cervical de alto grado deben tener evaluación diagnóstica programada dentro de 3 meses.

b. Cáncer de cuello uterino en etapa temprana: en un entorno donde la cirugía oncológica todavía está permitida, se recomienda proceder con la atención estándar. Sin embargo, cuando el acceso a la cirugía es limitado, estos Se pueden considerar pasos. Asegurar que la enfermedad esté localizada por estudios de imágenes, como tomografías computarizadas o imágenes PET / CT (si están disponibles), y si es así, consideración de los procedimientos de posposición que puede considerarse de alto riesgo de tiempo operatorio prolongado, o posibles complicaciones intraoperatorias y / o postoperatorias, como como traquelectomía radical o histerectomía radical, por un período de 6–8 semanas, o hasta que se resuelva la crisis. En el marco de enfermedad microscópica o enfermedad de bajo riesgo (<2 cm, histología de bajo riesgo), consideración para conización o traquelectomía simple ± linfadenectomía de ganglio centinela, si están disponibles y factibles.

En el escenario de tumor visible, consideración de quimioterapia neoadyuvante.

c. Enfermedad localmente avanzada: considere hipofraccionamiento (aumento dosis por día y reducir el número de fracciones) para reducir el número de veces que el paciente tiene que ir a visitas al hospital y tratamientos. De acuerdo con la Sociedad estadounidense de Braquiterapia, los procedimientos de braquiterapia para pacientes con cáncer cervical no deben retrasarse en pacientes sin síntomas de COVID-19.

Para pacientes con radioterapia que visitan a diario, considere cambiar las visitas semanales cara a cara a la telemedicina, a menos que se requiera un examen.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montañó
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Consideraciones de la Quimioterapia

La quimiorradioterapia para cánceres cervicales, localmente avanzados son una alta prioridad y deben ser entregados siempre que sea posible, según lo permitan los recursos locales.

- La quimioterapia paliativa en el cáncer de cuello uterino metastásica debe considerarse donde los recursos lo permitan, pero el tratamiento de segunda línea y más allá es de beneficio limitado y de baja prioridad.

RADIOTERAPIA EN CANCER DE CUELLO DE UTERO EN PANDEMIA COVID 19:

El Cáncer de Cuello de Útero es una enfermedad altamente mortal en determinadas regiones, por lo que se ha planteado, hipofraccionamiento como una alternativa de Radioterapia que puede mitigar el impacto en las ya engrosadas estadísticas de cáncer de cuello de útero. La recomendación internacional indica NO DIFERIR tratamientos.

1. Dosis para Órganos de Riesgo, alfa/beta= 3Gy
2. Dosis para volumen blanco 40 Gy en 15 fracciones, 37.5 Gy en 15 fracciones, (estudio, HEROICC)
3. Braquiterapia, dosis de 7 Gy por fracción, 28 Gy en 4 fracciones
4. Boost integrado simultaneo a cadenas ganglionares 48 Gy en 15 fracciones.
5. Quimioterapia sensibilizante, cinco ciclos.
6. VMAT Mandatorio, se observan diferencias significativas en efectos secundarios, en tratamientos con técnicas de 4 campos versus VMAT

BIBLIOGRAFIA:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov;68(6):394–424.
2. Randall TC, Ghebrey R. Challenges in Prevention and Care Delivery for Women with Cervical Cancer in Sub-Saharan Africa. Front Oncol [Internet]. 2016 Jun 28 [cited 2020 Apr 18];6. Available from: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fonc.2016.00160/abstract>
3. Grover S, Xu MJ, Yeager A, Rosman L, Groen RS, Chackungal S, et al. A Systematic Review of Radiotherapy Capacity in Low- and Middle-Income Countries. Front Oncol [Internet]. 2015 Jan 22 [cited 2020 Apr 18];4. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fonc.2014.00380/abstract>
4. Mendez LC, Moraes FY, Fernandes G dos S, Weltman E. Cancer Deaths due to Lack of Universal Access to Radiotherapy in the Brazilian Public Health System. Clin Oncol. 2018 Jan;30(1):e29–36.
5. Simcock R, Thomas TV, Estes C, Filippi AR, Katz MS, Pereira IJ, et al. COVID-19: Global radiation oncology's targeted response for pandemic preparedness. Clin Transl Radiat Oncol. 2020 May;22:55–68.
6. Viegas CM, Araujo CMM, Dantas MA, Froimchuk M, Oliveira JAF, Marchiori E, et al. Concurrent chemotherapy and hypofractionated twice-daily radiotherapy in cervical cancer patients with stage IIIB disease and bilateral parametrial involvement: A phase III study. Int J Radiat Oncol. 2004 Nov;60(4):1154–9.
7. Komen A. A retrospective study of advanced carcinoma of the cervix treated with a hypofractionated radiation therapy protocol at the department of radiation oncology, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.
8. Muckaden M. Hypofractionated radiotherapy in carcinoma cervix IIIB: Tata Memorial Hospital experience. [Indian J Cancer. 2002 Oct-Dec;39(4):127-34].

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



MANEJO DE CANCER DE ENDOMETRIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA DE COVID 19

ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

Alta prioridad

PACIENTE INESTABLE

Abdomen agudo.

Complicaciones post quirúrgicas.

Complicaciones durante y post radioterapia pélvica.

Obstrucción renal.

Sangrado persistente de tumor primario o recurrente.

Anuria.

Trombosis venosa profunda / trombo embolismo pulmonar.

Mediana prioridad

Evaluación de Sangrado transvaginal en post menopaúsicas (ecografía, histeroscopia).

Pacientes post operadas sin complicaciones que requieren tratamiento adyuvante.

Nuevos problemas o síntomas mejor manejarlos por telemedicina.

Seguimiento en el contexto de estudios clínicos.

Baja prioridad

Terapia de preservación de la fertilidad en lesiones pre malignas (hiperplasia atípica/ neoplasia intraepitelial endometrial).

Seguimientos y controles a pacientes de alto riesgo posterior a tratamiento primario (examen clínico y pélvico) posponer hasta un máximo de 6 meses en ausencia de síntomas

Pacientes con riesgo intermedio o bajo puede realizarse el seguimiento por telemedicina.

Recurrencia central o vaginal de tumores de crecimiento lento.

Controles anuales.

PRIORIDAD EN LA REALIZACIÓN DE IMÁGENES DE CÁNCER DE ENDOMETRIO

Alta prioridad

Perforación intestinal.

Peritonitis.

Complicaciones post quirúrgicas (perforación o fuga de las anastomosis, abscesos, hemorragias).

Trombo embolismo pulmonar.

Compresión ureteral o hidronefrosis.

Complementar el Estadiaje si es que no lo tiene (TAC).

Prioridad media

Evaluación de probable recurrencia tumoral después de tratamientos radical de la enfermedad.

Seguimiento en el contexto de cirugía conservadora de la fertilidad en el tratamiento de cáncer de endometrio de bajo riesgo.

Baja prioridad

Estudios de control.

PRIORIDAD DE LA CIRUGIA ONCOLÓGICA EN EL CÁNCER DE ENDOMETRIO

Alta prioridad

Hemorragia uterina o pélvica.

Peritonitis.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

Complicaciones agudas pos cirugía (perforación, sección ureteral, hemorragia).

Histerectomía +/- salpingooforectomía bilateral y biopsia de ganglio centinela / linfadenectomía en cáncer de endometrio confinado al útero.

Quirugía de reducción de riesgo en pacientes con mutaciones genéticas y predisposición de cáncer endometrial.

Reparación de fistula asintomática.

Resección de recurrencia centrales de crecimiento lento.

a. Pacientes de bajo riesgo: los pacientes con enfermedad de grado 1 se pueden considerar para un tratamiento conservador con opciones no quirúrgicas, incluyendo terapia hormonal sistémica o dispositivos intrauterinos.

b. Pacientes de alto riesgo: pacientes con enfermedad de mayor riesgo (grado 2 o 3 o histología de alto riesgo) debe considerarse para la histerectomía simple y la salpingooforectomía bilateral sola $\pm$ ganglios linfáticos centinela, si está disponible y es factible, y / o postoperatorio manejo basado en factores de riesgo uterino. Riesgo de cirugía laparoscópica con respecto al neumoperitoneo en el contexto de COVID-19 debe sopesarse contra el riesgo de laparotomía.

c. Enfermedad avanzada: los pacientes con enfermedad avanzada deben ser considerado para biopsia de tejido para confirmar el diagnóstico y proceder con la terapia sistémica.

Para mujeres con cáncer de endometrio avanzado de alto grado, quimioterapia adyuvante puede aumentar la posibilidad de cura y debe considerarse si los recursos lo permiten o difieren en algunos casos por hasta tres meses.

En los cánceres de endometrio de menor riesgo, el beneficio de la quimioterapia adyuvante es menos significativa y puede ser diferida u omitida.

En mujeres con enfermedad en estadio IV, se puede ofrecer quimioterapia, cuando sea posible, dependiendo de la disponibilidad de recursos y el uso de filgrastim profiláctico o quimioterapia de agente único puede estar justificado. Tratamiento endocrino puede ser una alternativa apropiada.

En la enfermedad recidivante, el tratamiento debe considerarse en función de los síntomas y factores de riesgo del individuo, nuevamente, la terapia endocrina o el retraso del tratamiento deben ser considerados en su caso.



PRIORIDADES PARA EL CÁNCER DE ENDOMETRIO: RADIOTERAPIA

Alta prioridad

EBRT +/- quimioterapia postquirúrgica en pacientes de alto riesgo.

Radioterapia para tumor primario irresecable sintomático no apto para cirugía

Prioridad media

Braquiterapia en riesgo intermedio-alto

Radioterapia con intención curativa para la recaída vaginal aislada después de la cirugía.

Baja prioridad

Radioterapia para la recurrencia asintomática vaginal / pélvica

Lista de abreviaturas: AH, hiperplasia atípica; BSO, salpingooforectomía bilateral; ChT, quimioterapia; CT, tomografía computarizada; TVP, trombosis venosa profunda; EBRT, radioterapia de haz externo; EIN, neoplasia intraepitelial endometrial; HT, terapia hormonal; SLN, ganglio centinela; Estados Unidos, ultrasonido.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover

Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña

Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha

Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid

Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara

Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara

Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico

Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas

Vocal II



MANEJO CANCER DE OVARIO EN TIEMPO DE PANDEMIA DE COVID 19

ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

Alta prioridad

PACIENTE INESTABLE

Abdomen agudo.

Obstrucción intestinal.

Complicaciones post quirúrgicas.

Ascitis.

Derrame pleural.

Mediana prioridad

Diagnóstico de pacientes asintomáticos sin cirugía previa.

Post operatorio sin complicaciones.

Nuevos problemas o síntomas mejor manejarlos por telemedicina.

Evaluación de probable recurrencia tumoral.

Baja prioridad

Seguimiento de los pacientes con inhibidores de la PARP y bevacizumab la mayoría puede ser manejado a través de telemedicina.

Controles anuales.

PRIORIDAD EN LA REALIZACIÓN DE IMÁGENES DE CÁNCER DE OVARIO

Alta prioridad

Peritonitis

Obstrucción intestinal

Derrame pleural

Prioridad media

Diagnóstico de imágenes para sospecha clínica de cáncer de ovario

Baja prioridad

Estudios de control

PRIORIDAD DE LA CIRUGIA ONCOLOGICA EN EL CANCER DE OVARIO

Alta prioridad

Confirmación radiológica de obstrucción intestinal por una masa ovárica (nuevo diagnostico).

Peritonitis.

Perforación intestinal.

Complicaciones agudas post cirugía (perforación, fuga de la anastomosis).

Torsión de ovario.

Obstrucción intestinal o urinaria.

Prioridad media

Diagnóstico de cáncer de lesión de alta sospecha (diagnostico en laparoscopia)

Cirugía de Citoreducción primaria.

Cirugía de intervalo de masa debulking seguido de evaluación por equipo multidisciplinario.

Pacientes sintomáticos con cáncer inoperable o recurrente que requiera procedimientos paliativos (colostomía, gastrostomía).

Baja prioridad

Cirugía de reducción de riesgo por mutación genética.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Quistes de ovario.

Resección de recurrencias.

Resección de la metástasis cuando su resección completa sea factible.

a. En la sospecha de enfermedad temprana, la consideración de múltiples factores, como la edad y los antecedentes familiares de cáncer de mama / ovario, examen físico y evaluación radiológica exhaustiva con ultrasonido pélvico con Doppler color, resonancia magnética y / o marcadores séricos, como CA125 y HE4, para evaluar el riesgo de malignidad.

b. En pacientes con enfermedad en estadio avanzado, consideración de tejido biopsia para confirmar el diagnóstico de enfermedad y continuar con la quimioterapia neoadyuvante hasta que se resuelva la crisis y se considere de cirugía en un momento posterior.

c. En pacientes que ya comenzaron la quimioterapia neoadyuvante, la consideración de extender el plan de tratamiento a seis ciclos, en lugar de tres, antes de considerar el intervalo citoreductor. Sin embargo, la decisión en este entorno es altamente dependiente sobre disponibilidad de recursos y acceso al quirófano para la institución respectiva, reconociendo que ciclos adicionales de la quimioterapia puede agotar la reserva de médula ósea y provocar mayor susceptibilidad a la infección.

d. En pacientes que hayan completado la quimioterapia con platino adyuvante inicial, no se considerará ningún tratamiento adicional.

La terapia de mantenimiento puede requerir visitas repetidas por toxicidad evaluación que puede suponer una carga adicional para los pacientes, las familias y los equipos de atención médica con el riesgo de exposición adicional a infección.

e. Para los pacientes que viajan largas distancias para recibir tratamiento, considere la posibilidad de concertar una cita con los oncólogos locales para administrar la terapia, para evitar viajar, particularmente por aire, y aumentar aún más el riesgo de exposición e infección. Ofrecer evaluación distante por toxicidad a través de las telecomunicaciones.

f. Para los pacientes que han progresado en el tratamiento actual para la enfermedad recurrente, las decisiones sobre el inicio de quimioterapia adicional deben basarse en el juicio clínico y el potencial para beneficio basado en la respuesta esperada y de la disponibilidad posterior a los agentes.

Consideraciones de la quimioterapia

Se puede esperar que las mujeres con cáncer de ovario seroso y endometriode de alto grado que responden bien a la quimioterapia basada en platino de primera línea debe considerarse de alta prioridad debido al aumento significativo de la supervivencia y al beneficio sintomático.

El mantenimiento de bevacizumab usa de manera intensiva recursos, pero se tiene una falta de datos sobre la ventaja de supervivencia y debe considerarse de baja prioridad.

Siempre que sea posible, se debe considerar la quimioterapia para la recaída sensible al platino para pacientes sintomáticos y retrasados si es posible para pacientes sin síntomas o

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



con pequeño volumen de enfermedad, aunque es poco probable que conduzca a complicaciones fisiopatológicas significativas en los próximos tres meses.

La quimioterapia para la enfermedad resistente al platino sería de baja prioridad, particularmente en ausencia de síntomas. Se deben considerar estrategias alternativas para manejar los síntomas.

Para cualquier paciente ya en tratamiento considere parar antes de lo planeado (no hay datos que sugieran que 5 ciclos de la terapia de primera línea son inferiores a 6 o más). Si los pacientes son elegibles para los inhibidores de PARP después de evaluar una buena respuesta a la quimioterapia se puede comenzar la terapia oral temprano después del ciclo 4.

Ofertas de quimioterapia para cánceres de ovario no serosos, no endometrioides y cánceres de bajo grado, el beneficio es limitado y la quimioterapia adyuvante en estos pacientes es de menor prioridad. Se pueden considerar terapia endocrina donde sea apropiado y diferir la quimioterapia en el contexto recurrente donde sea posible clínicamente.

Planificación de tratamiento

a. Pacientes locales: consideración de someterse a estudios de imagen y pruebas de laboratorio indicadas y aceptar tener el médico contactado por teléfono para discutir la gestión más allá de punto de evaluación.

b. Pacientes distantes: consideración de someterse a estudios de imagen y pruebas de laboratorio a nivel local en sus ciudades de origen y enviar discos con imágenes electrónicamente o por correo para que el médico discuta el plan de manejo.

c. Pacientes internacionales: consideración para posponer visitas de pacientes internacionales hasta nueva notificación de salud a nivel global por las autoridades.

Referencia

1. Huntsman Cancer Institute Patient Scheduling Recommendations During COVID 19 Crisis 17 March, 2020
2. NHS Clinical guide for the management of non-coronavirus patients requiring acute treatment: Cancer 23 March 2020, Version 2. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/specialty-guide-acute-treatment-cancer-23-march-2020.pdf> (31 March 2020, date last accessed)
3. BGCS framework for care of patients with gynaecological cancer during the COVID-19 Pandemic (Final. 22/03/2020). <https://www.bgcs.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/BGCS-covid-guidance-v1.-22.03.2020.pdf> (31 March 2020, date last accessed)
4. SGO surgical considerations for gynecologic oncologists during the COVID-19 pandemic (March 27, 2020). <https://www.sgo.org/clinical-practice/management/covid-19-resources-for-health-care-practitioners/surgical-considerations-for-gynecologic-oncologists-during-the-covid-19-pandemic/> (31 March 2020, date last accessed)
5. Colombo N, Sessa C, du Bois A, et al. ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. Ann Oncol 2019; 30: 672-705.



TRATAMIENTO DEL CÁNCER GASTROINTESTINAL ALTO EN TIEMPOS DE COVID-19

La mayoría de los procedimientos quirúrgicos gastrointestinales no son electivos. Si no se cuenta con los suficientes recursos para realizar el procedimiento quirúrgico, este necesitará retrasarse o si es necesario referirse a un centro que cuente con los recursos necesarios. Es importante la discusión de los casos en junta médica por un equipo multidisciplinario (junta médica on line para limitar la exposición) para discutir las prioridades, recursos y personalización del tratamiento.

CÁNCER GÁSTRICO Y ESOFÁGICO

Lesiones cT1a susceptibles de resección endoscópica deben tratarse preferentemente por endoscopia donde se cuenten con los recursos.

Lesiones cT1b deben ser resecadas.

Lesiones cT2 o mayores y con adenopatías, deben ser tratados con quimioterapia neoadyuvante.

La laparoscopia diagnóstica con lavado peritoneal puede ser usada en pacientes considerados para tratamiento neoadyuvante. Dadas las preocupaciones recientes de la cirugía laparoscópica en pacientes con COVID-19 y el uso de recursos adicionales, se puede considerar proceder directamente al tratamiento neoadyuvante en pacientes con COVID-19 positivo, y si se decide realizar una laparoscopia estadificadora, deberán hacerse los esfuerzos necesarios, con la utilización de EPP, para minimizar la exposición del personal involucrado, para lo que además deberán utilizarse estrategias apropiadas de reducción del riesgo de neumoperitoneo.

Los pacientes que terminan la quimioterapia neoadyuvante pueden continuar con la quimioterapia si responden y toleran el tratamiento y no se cuentan con los recursos para realizar el procedimiento resectivo. Si los pacientes no responden al tratamiento sistémico, se puede considerar la resección y/o referencia a otro centro.

Los pacientes con obstrucción gástrica o hemorragia pueden ser tratados por vía endoscópica para permitir la nutrición enteral o control del sangrado y proceder a la cirugía si estas medidas fallan.

Se puede considerar el diferimiento de la cirugía a corto plazo para cánceres menos agresivos biológicamente, como el GIST, a menos que sea sintomático o exista sangrado.

A- CÁNCER DE ESÓFAGO Y UGE (unión gastroesofágica)

En escamosos enfatizar el uso de dosis de radioterapia definitivas con quimioterapia concurrente (por ej esquema CROSS)

En adenocarcinoma de la unión gastroesofágica cuando se considere equivalente CROSS o FLOT (Siewert 1-2, con extensión de hasta 7 cm y sin pérdida de más de



10% de peso) preferir CROSS por menor riesgo de neutropenia y (si bien exige 5 semanas de desplazamiento para RT) y menor extensión completa de tratamiento. Dosis de RT preoperatoria (45Gy/25fracciones). Evaluar esquema Cross original, 41.4Gy/23fracciones Dosis de RT definitiva (50.4Gy/28fracciones) Evaluar regímenes en enfermedad avanzada con fluoropirimidinas, IV u orales, sales de platino (Cis-Oxali), taxanos (evitar regímenes semanales) e individualizar agentes únicos o el uso de combinaciones de acuerdo a la condición clínica del paciente y las expectativas planteadas.

B- CÁNCER GÁSTRICO

Con la situación epidemiológica actual, en pacientes con baja carga tumoral se puede iniciar con la cirugía y luego considerar la adyuvancia antes que el uso de FLOT perioperatorio en forma estándar. Este escenario puede cambiar en función de la ocupación de camas para manejo POP.

CÁNCER HEPATO-PANCREATO-BILIAR (HPB)

Los tumores HPB malignos suelen ser biológicamente agresivos y no se consideran operaciones "electivas". La decisión de realizar una operación durante la pandemia de COVID-19 debe considerarse en el contexto de los recursos hospitalarios, el equipo multidisciplinario, la sintomatología de la presentación y la biología de la enfermedad. Los factores que también deben sopesarse en el proceso de toma de decisiones son: Recursos hospitalarios de EPP, capacidad y utilización de cama/UCI/ventilador, número de pacientes con COVID-19 y la afluencia proyectada de pacientes con COVID-19.

De acuerdo a fases de la pandemia del ACS (colegio americano de Cirugía) se sugiere:

Fase I

Casos que deben ser operados lo más pronto posible

- Sintomáticos y asintomáticos de adenocarcinoma duodenal.
- Sintomáticos y asintomáticos de adenocarcinoma de ampulla de vater.
- Sintomáticos y asintomáticos de colangiocarcinoma extrahepático.
- Sintomáticos y asintomáticos de colangiocarcinoma intrahepático.
- Sintomáticos y asintomáticos de adenocarcinoma de vesícula biliar.
- Pacientes con adenocarcinoma pancreático que completaron quimioterapia neoadyuvante y donde más terapia puede ser perjudicial para su estado de salud.
- Carcinomas neuroendocrinos pancreáticos (células pequeñas / grandes) que completaron quimioterapia neoadyuvante y donde más terapia puede ser perjudicial para estado de salud.
- Cáncer colorrectal metastásico del hígado que completa la quimioterapia proyectada y donde más terapia puede ser perjudicial para estado de salud.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Casos en que se puede considerar terapias alternativas que puedan retrasar de forma segura la cirugía para un momento más estable.

- Considerar la quimioterapia neoadyuvante para el colangiocarcinoma intrahepático grande que requerirá una resección hepática mayor.
- Considerar la ablación, procedimientos de terapia regional o terapia neoadyuvante para el carcinoma hepatocelular.
- Considerar terapia neoadyuvante para los pacientes con adenocarcinoma de páncreas recién diagnosticados y extender la terapia neoadyuvante planificada a la terapia inicial total si el paciente tolera el régimen.
- Considerar agregar radioterapia a los protocolos de quimioterapia neoadyuvante para retrasar la cirugía si la biología lo justifica mediante y si se basa en guías multidisciplinarias establecidas.
- Cirugías de estadificación en cánceres de vesícula biliar detectados incidentalmente en el reporte histopatológico definitivo.
- Considerar análogos de somatostatina o terapia regional en metástasis hepáticas recientemente identificadas de tumores neuroendócrinos bien diferenciados en pacientes previamente resecados, incluso si son resecables.

Casos que deberían ser diferidos

- Tumores neuroendócrinos bien diferenciados pancreáticos o duodenales asintomáticos.
- Adenomas duodenales y ampulares asintomáticos con o sin displasia de alto grado.
- GIST asintomático.
- Quistes pancreáticos asintomáticos de alto riesgo TIPM o TQM.
- Adenomas hepáticos, pólipos o tumores confinados en la vesícula biliar o neoplasias de aspecto benigno.
- Quistes de colédoco.
- Cáncer metastásico de células renales al páncreas o al hígado.

Fase II

Casos que deben ser operados lo antes posible.

- Tumores periampulares que causan obstrucción gástrica y donde el stent endoscópico no es una buena opción.
- Sangrado de tumores que no se pueden manejar de manera segura con radiología intervencionista, endoscopia o radiación.
- Tumores neuroendócrinos hormonalmente activos, como los insulinomas, que presentan una gran amenaza para la salud sin tratamiento.
- Si un retraso prolongado podría hacer que un tumor avanzado se vuelva irresecable y todas las demás formas de terapia se hayan descartado.
- Manejo de complicaciones quirúrgicas si el abordaje intervencionista no es factible



Casos que deben ser diferidos

- Los mismos casos de la Fase 1
- Todos los tumores asintomáticos de la Fase 1

Abordajes con tratamientos alternativos recomendados

- Considere la quimioterapia neoadyuvante en tumores que de otro modo no administraría quimioterapia de inicio si, pudiera hacerse de manera segura.
- Considerar agregar radioterapia a los tumores a los que de otro modo no se le daría radiación. Si pudiera hacerse de manera segura.
- SBRT a metástasis hepáticas.
- Considerar la terapia regional del hígado para tumores extensos con el objetivo de llegar a la cirugía.
- Considerar la terapia hormonal neoadyuvante cuando sea apropiado
- Observación en tumores de bajo grado.

Fase III

Casos para operar lo antes posible

- Manejo de la complicación quirúrgica si el abordaje intervencionista no es factible
- Sangrado de tumores que no se pueden manejar de manera segura con radiología intervencionista, endoscopia o radiación.
- Cualquier tumor con perforación aguda que pueda recuperarse quirúrgicamente.

Casos que deben diferirse

- Todos los tumores HPB.

Se recomiendan enfoques de tratamiento alternativos

- Lo mismo que arriba.

Bibliografía.

1. Bartlett DL, Howe J, Chang G, et. al. Management of Cancer Surgery Cases During the COVID-19 Pandemic: Considerations. Ann Surg Oncol (2020) 27:1717–1720.
2. Hwang S, Balch Ch, Balch G. Surgical oncologist and COVID-19 pandemic: Guiding cancer patients effectively through turbulence and chance. Ann Surg Oncol (2020)-06.
3. American College of Surgeons. COVID-19 guidelines for triage of cancer surgery patients 2020. Available from: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/cancer-surgery>.
4. Mazzaferro V, Danelli P, Torzilli G, Busset MDD, Virdis M, Sposito C. A combined approach to priorities of surgical oncology during the COVID-19 epidemic. Ann Surg. 2020.
5. Shankar A, Saini D, Roy S, Mosavi Jarrahi A, Chakraborty A, Bharti SJ, et al. Cancer care delivery challenges amidst coronavirus disease—19 (COVID-19) outbreak: specific precautions for cancer patients and cancer care providers to prevent spread. Asian Pac J Cancer Prev. 2020;21(3):569–73.



PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR

El pronóstico de los pacientes con CHC depende en gran medida de la etapa de la enfermedad hepática subyacente. Recientemente, la Asociación Europea para los Estudios del Hígado (EASL) ha propuesto medidas para la atención de pacientes con enfermedad hepática durante la pandemia de COVID-19. Estas recomendaciones incluyen pacientes con CHC [1].

Según la evidencia actual, los pacientes con enfermedad hepática crónica y CHC y COVID-19 deben ser ingresados para recibir atención hospitalaria.

Prioridades para pacientes con CHC.

Prioridades de visitas ambulatorias:

Alta prioridad:

Pacientes con enfermedad hepática descompensada.

Pacientes en lista de espera para trasplante de hígado.

Pacientes con sospecha de CHC.

Pacientes con CHC comprobado en espera de inicio o modificación del tratamiento.

Pacientes con efectos secundarios moderados o graves al tratamiento.

Prioridad media:

Pacientes con lesiones sospechosas de CHC <1 cm

Pacientes que muestran respuesta y tolerabilidad al tratamiento (pueden presentarse por telemedicina / visitas por teléfono)

Pacientes con efectos secundarios leves al tratamiento.

Segunda opinión.

Baja prioridad:

Pacientes en remisión a largo plazo > 5 años (programar análisis de sangre e imágenes cerca de casa e informar por telemedicina / por teléfono).

Pacientes en fase terminal de CHC (BCLC D, Child-Pugh C) sin opción de recompensar las funciones hepáticas.

Prioridades para CHC: imagenología

Alta prioridad:

Evaluación radiológica diagnóstica de lesiones sospechosas de CHC

Evaluación radiológica de la respuesta al tratamiento.

Valoración radiológica de metástasis óseas

Pacientes con descompensación de la función hepática.

Prioridad media:

Lesiones hepáticas sospechosas de CHC <1 cm sin progresión

Baja prioridad:

La vigilancia del CHC puede diferirse en función de los recursos disponibles (incluida la disponibilidad de opciones terapéuticas en caso de diagnóstico de CHC) en el centro y la evaluación de riesgos individual. Los pacientes con mayor riesgo, como los pacientes con niveles elevados de alfa-fetoproteína, cirrosis avanzada, hepatitis B crónica, NASH / diabetes, etc., pueden tener prioridad si los recursos son limitados

Pacientes en remisión a largo plazo > 5 años desde el CHC (programar análisis de sangre e imágenes cerca de casa e informar por telemedicina / por teléfono) función (la mejor atención de apoyo se puede organizar cerca de casa por teléfono)

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Prioridades para el CHC: tratamiento sistémico

Alta prioridad:

Primera y siguientes líneas de tratamientos sistémicos. Sin embargo, si es posible, evite las citas de visitas externas y planifique evaluaciones de seguimiento cerca de su hogar y comuníquese por telemedicina / teléfono

Prioridad media:

Tratamientos experimentales con baja probabilidad de respuesta.

Baja prioridad:

Exámenes de sangre semanales a menos que las condiciones clínicas y los síntomas lo requieran.

Evaluación radiológica considerando la relación riesgo / beneficio del paciente

Lista de abreviaturas: HCC, carcinoma hepatocelular; NASH, esteatohepatitis no alcohólica; SIRT, radioterapia interna selectiva; TACE, quimioembolización transarterial; TARE, radioembolización transarterial.

1. Boettler T, Newsome PN, Mondelli MU et al. Care of patients with liver disease during the COVID-19 pandemic: EASL-ESCMID position paper. JHEP Reports 2020 vol. 2.

PRIORIDADES PARA PACIENTES CON CÁNCER PANCREÁTICO

Prioridades de visitas ambulatorias

Alta prioridad:

Pacientes con cáncer resecable recién diagnosticado: convierta la mayor cantidad posible de visitas en citas de telemedicina y programe una evaluación multidisciplinaria para planificar la cirugía.

Pacientes potencialmente inestables (complicaciones en el período de recuperación posterior a la cirugía: fuga anastomótica, sangrado, pancreatitis aguda, fístulas, neumonitis; ictericia; dolor abdominal agudo consistente con oclusión intestinal superior o inferior; ascitis sintomática).

Pacientes recién diagnosticados con cáncer no resecable (localmente avanzado) o metastásico y síntomas como ictericia, dolor, pérdida de peso.

Prioridad media:

Pacientes establecidos con nuevos problemas o síntomas menores a moderados: convierta la mayor cantidad posible de visitas en citas de telemedicina.

Visitas de seguimiento considerando pacientes con alto riesgo de recaída.

Baja prioridad:

Pacientes postoperatorios sin complicaciones.

Pacientes establecidos sin problemas nuevos.

Visitas de seguimiento de supervivencia fuera de ensayos clínicos.

Prioridades para el cáncer de páncreas: imágenes

Alta prioridad:

Pacientes sintomáticos (oclusión intestinal, ictericia).

Diagnóstico por imágenes para sospecha clínica de cáncer de páncreas (tomografía computarizada, seguida de EUS en caso de enfermedad no metastásica).

Pacientes establecidos con nuevos problemas o síntomas del tratamiento.

Prioridad media:

Restauración después del tratamiento quirúrgico.

Baja prioridad:

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidenta

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Evaluaciones de seguimiento de rutina fuera del contexto de los ensayos clínicos.
Si es posible, aliente a los pacientes a realizar evaluaciones de laboratorio y de imágenes cerca de su hogar.

Prioridades para el cáncer de páncreas: oncología clínica: "enfermedad localizada y localmente avanzada"

Alta prioridad:

Inicio del tratamiento neoadyuvante o adyuvante aún no iniciado.
Finalización del tratamiento neoadyuvante o adyuvante que ya se ha iniciado.
Continuación del tratamiento en el contexto del ensayo clínico.

Prioridad media:

Se debe iniciar el tratamiento adyuvante, si la condición del paciente después de la cirugía no se ha recuperado (se pospondrá solo dentro de las 12 semanas posteriores a la cirugía)
En el caso de pacientes de edad avanzada con enfermedades cardiovasculares u otras comorbilidades no aptas para un régimen de triplete, evalúe la relación riesgo / beneficio de una monoquimioterapia.

Baja prioridad:

Seguimiento de imágenes y estudios de reevaluación en pacientes asintomáticos, teniendo en cuenta los estadios patológicos de cáncer de páncreas.

Oncología clínica: "enfermedad avanzada / metastásica"

Alta prioridad:

Quimioterapia de primera línea en pacientes aptos para un régimen combinado que probablemente mejore la supervivencia y la calidad de vida en la enfermedad metastásica.
Continuación del tratamiento en el contexto de un ensayo clínico.

Prioridad media:

En caso de pacientes ancianos asintomáticos o pauci-sintomáticos, considere con precaución la relación riesgo / beneficio derivada de un tratamiento en monoterapia.
Considere con precaución comenzar o continuar con el tratamiento de segunda línea según la condición del paciente.

Baja prioridad:

Seguimiento de imágenes y estudios de reevaluación en pacientes asintomáticos.
Terapia antirresortiva (ácido zoledrónico, denosumab) que no se necesita con urgencia para la hipercalcemia.
El uso de dexametasona debe limitarse, según corresponda, para reducir la inmunosupresión.
Considere el apoyo profiláctico secundario con G-CSF para minimizar los riesgos asociados con la neutropenia febril.
Considere la trombo profilaxis para prevenir la tromboembolia venosa, que puede empeorar las condiciones de los pacientes en caso de infección sintomática por COVID-19.

Lista de abreviaturas: BSC, mejor atención de apoyo; Enfermedad relacionada con COVID-19, SARS-cov-2; CT, tomografía computarizada; EUS, ultrasonido endoscópico; G-CSF, factor estimulante de colonias de granulocitos; PEG, gastrostomía endoscópica percutánea; PS, estado de rendimiento.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

En general Se recomienda 2 a 4 ciclos de quimioterapia neoadyuvante para tumores digestivos resecables hasta que termine la epidemia. La cirugía sin embargo se recomienda lo más pronto posible previo examen de COVID-19 en presencia de sangrado, perforación u obstrucción.

Cirugía de urgencia, solo para perforación, isquemia, obstrucción o sangrado. En perforación se recomienda procedimiento abierto, se recomienda realización de estomas sobre anastomosis, principalmente en paciente COVID-19 positivo, para evitar complicaciones y consumo de recursos hospitalarios. Los procedimientos laparoscópicos no tienen contraindicación absoluta, pero se recomienda contar con EPP apropiado para todo el equipo quirúrgico y un sistema de evacuación y filtración de humo.

Alta prioridad.

Se recomienda la realización de análisis para inestabilidad microsatélite, se sabe que MSI-H (inestabilidad microsatélite alta) el beneficio de 5FU es limitado o podría ser contraproducente. En estabilidad microsatélite se puede reemplazar el 5FU por capecitabine. En tumores de bajo riesgo EC III se debe considerar 3 meses de tratamiento adyuvante en vez de 6 meses. Se debe considerar la adición de inmunoterapia en tumores MSI-H para tumores metastásicos.

Las prioridades para radiación en cáncer colorrectal, son compresión medular, metástasis cerebral sintomática que no mejora con manejo medico esteroideo, compresión con falla de órgano, dolor, sangrado y fractura.

Considerar la aplicación de neoadyuvancia total para cáncer rectal, así como en cáncer de colon avanzado o metastásico. Retrasar cirugía para cáncer de recto avanzado postneoadyuvancia de 12 a 16 semanas de ser necesario. En caso de respuesta completa considerar resección local u observación.¹²

Para reducir el tiempo de admisión en cáncer rectal se debe de considerar hipofraccionamiento con cursos de 5x5 +/- Capecitabine.¹³

Se recomienda que la cirugía en estadio temprano no se posponga más allá de 6 semanas debido al riesgo de oclusión intestinal, perforación, sangrado o progresión. Los estadios II y III de cáncer rectal después de completar la quimioterapia neoadyuvante pueden recibir un



ciclo más de quimio si no existe disponibilidad de recursos para la cirugía en caso de buena respuesta. Por el contrario, en caso de pobre respuesta se debe de realizar la cirugía a la brevedad en caso de no respuesta.

RADIOTERAPIA EN CÁNCER GASTROINTESTINAL Y COVID-19

Dosis

Esófago: post cirugía 40Gy en 15 fracciones.

No operable 45 – 50Gy en 15 a 20 fracciones.

Paliativo: 20Gy en 5 fracciones.

Gástrico: Quimioterapia preoperatoria y cirugía: no RT

Cirugía y quimioterapia postoperatoria: no RT

Paliativa: 6-8Gy dosis única.

Recto: Enfermedad localmente avanzada operable: 25Gy en 5 fracciones.

Lesión inoperable: 52Gy en 20 fracciones.

Anal: 45 – 50Gy en 15-20 fracciones.

Referencias:

- Recommendation for the use of radiation therapy in managing whit gastrointestinal malignancies in the era of COVID-19.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover

Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña

Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha

Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid

Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara

Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara

Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico

Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas

Vocal II



CONSIDERACIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO DE SARCOMA DE PARTES BLANDAS (SPB)- Y COVID-19

A.-Tumores del estroma gastro-intestinal (GIST)

Consideraciones generales

El manejo de sarcomas de cualquier localización debe llevarse a cabo dentro de equipos multidisciplinares (MDT) para sarcoma, de tal manera los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deben discutirse en comités vía teleconferencia con una periodicidad semanal. Estos comités deben incluir las siguientes especialidades: oncología clínica, radiología, cirugía, traumatología, patología y radioterapia.

A1- La metodología diagnóstica para enfermedad localizada y avanzada:

- Localización del primario mediante estudios endoscópicos, TAC trifásica, RMN para GIST rectales y PET/ TC con FDG para casos seleccionados.
- La biopsia / escisional es el enfoque estándar para tumores ≥ 2 cm. El informe histológico de la biopsia con aguja o de la pieza quirúrgica debe incluir la morfología, el recuento mitótico e inmunohistoquímica del C-KIT, DOG-1, CD34, en casos seleccionados succinato deshidrogenasa (SDHB) y se debe determinar el riesgo evaluando el índice mitótico, el tamaño, el sitio y la ruptura del tumor.
- El análisis mutacional del KIT o PDGFR tiene un valor predictivo y siempre debe considerarse independientemente del tiempo que lleve realizarlo por la actual emergencia sanitaria, pero no debería retrasar el inicio de tratamiento sistémico en caso de requerirlo.

A2- GIST localizados:

Cirugía

- El tratamiento estándar de los GIST localizados es la resección quirúrgica (R0), evitando linfadenectomías, previniendo el riesgo de ruptura tumoral y considerando las resecciones multiviscerales según requieran. Lesiones menores a 3 cm con sospecha de GIST y sin riesgo de sangrado pueden ser observadas y reprogramadas post Pandemia COVID 19.
- En el caso de resecciones (R1), la re-operación debe ser discutida en MDT, considerando la situación de emergencia y el riesgo de exposición en los Hospitales.
- En el caso de resecciones (R2), si bien la re-operación sería mandatoria, debe plantearse diferir la cirugía, realizando tratamiento sistémico.
- Las cirugías mutilantes deben ser planteadas en MDT con intención de preservar función y órgano y se debe considerar la neoadyuvancia.
- La cirugía paliativa en caso de sangrado u obstrucción es mandatoria.
- La duración del tratamiento neo-adyuvante está establecida entre los 4-10 meses con imatinib 400 u 800 mg por día, dependiendo el estado mutacional.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Adyuvancia con Imatinib

- El estadio se establece en base a TNM 8ª edición y considerando las distintas poblaciones de riesgo, el tratamiento adyuvante con imatinib durante 3 años.
- En pacientes de bajo riesgo o con mutaciones resistentes a imatinib como la D842V del PDGFR o aquellos GIST WT, con ausencia de SDHB o NF1, se desaconseja la terapia adyuvante.
- Se plantea proponer la dosis de 800 mg de imatinib para las mutaciones del exón 9 del KIT considerando en Pandemia COVID 19 la utilización de factores o reducción de dosis.

A3- Enfermedad avanzada

- Dosis estándar de imatinib 400 mg diarios exceptuando mutación del exón 9 del gen KIT, que requiere 800 mg por día.
- En pacientes con mutaciones del PDGFRA D842V, deficientes de la SHDB o WT, el beneficio con imatinib es escaso, recomendándose evaluar en MDT (Multidisciplinary Team) la participación en estudios clínicos.
- El tratamiento con imatinib es continuo e indefinido (se discutirá junto con el paciente la continuidad del tratamiento según enfermedad no evidenciable por imágenes y largo tiempo de tratamiento continuo), adaptando tiempos y dosis en el caso de toxicidades o bien la suspensión ante progresión tumoral. Se debe suspender en el caso de sospecha de interurrencia de infección por COVID 19.
- Se podría favorecer el seguimiento telemático de los pacientes y la minimización de visitas al hospital, alargando los intervalos entre visitas si la tolerancia es adecuada.
- En el caso de progresión tumoral con imatinib 400 mg, una opción es el incremento de dosis a 800 mg diarios o bien el paso a una segunda línea con sunitinib 50 mg por día, 4 semanas de continuo y 2 de descanso o bien 37.5 mg día en forma continua. Ante la progresión o toxicidades no manejables, la tercera línea es el regorafenib 160 mg diarios durante 3 de cada 4 semanas. La cuarta línea si está disponible es ripretinib 150mg día y se recomienda avapritinib 300mg una vez al día para mutación del exón D842V del PDGFRA (recalcándose, si estos medicamentos se encuentran disponibles en nuestro medio).

B- Sarcomas de partes blandas (SPB)- Consideraciones generales

La resonancia magnética es mandatoria en la evaluación inicial de los SPB localizados en extremidades y pelvis. La tomografía computada (TAC) es el estudio primario para descartar enfermedad metastásica. La derivación temprana a centros de alto volumen de sarcomas, colaborar a disminuir el número de visitas del paciente a instituciones sanitarias, así como la cantidad de procedimientos intervencionistas y revisiones de patología optimizando el sistema a favor del paciente.

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

Cirurgía

- En pacientes con diagnóstico de SPB localizados, la indicación es cirugía más radioterapia (RT) preoperatoria o postoperatoria.
- En pacientes con síntomas compatibles con COVID-19 diferir la cirugía.

Radioterapia Neo-adyuvante

- Se debe discutir cada caso en particular en un MDT
- Puede ser considerada RT preoperatoria durante la pandemia en casos de alto riesgo quirúrgica
- La RT post-operatoria puede ser diferida.
- En caso de no poder diferir la RT por pérdida de beneficio, debe evaluarse realizar RT hipofraccionada.

Quimioterapia Neo-adyuvante

- La quimioterapia neoadyuvante, debe reservarse para pacientes sintomáticos o que no pueden realizar cirugía de inicio, con histologías sensibles (sinoviosarcoma) y en regímenes ambulatorios.
- En caso de realizar neoadyuvancia, evaluar el uso de factores estimulantes de colonias.
- En el caso de tumores de alto riesgo de recurrencia, mayores a 5 cm, alto grado histológico y profundo respecto a la fascia, discutir en forma individual con el paciente las opciones de tratamiento sistémico adyuvante con esquemas basados en agentes únicos como la doxorrubicina.

B 2.- ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN SPB AVANZADOS

- La cirugía en enfermedad oligo-metastásica debe ser considerada, pero puede llegar a postponerse en el escenario de pandemia.

Tratamientos sistémicos:

- Utilizar mono quimioterapia (doxorrubicina) y evaluar combinaciones en pacientes con histologías sensibles, como los sinoviosarcomas, combinando doxorrubicina e ifosfamida.
- La combinación de docetaxel y gemcitabine puede emplearse como régimen combinado y ambulatorio para todas las histologías.
- En pacientes progresados a doxorrubicina, evaluar ifosfamida como agente único, DTIC o pazopanib en histologías no adipocíticas.
- Discutir únicamente la utilización de trabectedina en pacientes con liposarcomas, dado que la administración se realiza por una vía central y en 24 hrs. (si se encuentra disponible)

A.-Enfermedad localizada.

Cirugía de lesión primaria

-En situaciones particulares, como léntigo maligno y regiones que impliquen resultados no aceptables estéticamente, se reconocen estrategias particulares. La técnica de microcirugía de Mohs permite lograr márgenes de mayor amplitud, obteniéndose tasas de control local de 86 a 99% con márgenes de 5 a 10 mm. Se aprecia un aumento de este índice tras la resección con márgenes más amplios.

-Durante la pandemia COVID-19, podrían considerarse retrasos de hasta 3 meses en la escisión amplia de pacientes con melanoma Tis y T1, pero dependerá de la postura adoptada por cada institución y sus profesionales en el área, dado que se trata de un procedimiento ambulatorio y de baja morbilidad.

A1- Biopsia de ganglio centinela y ampliación

- I.** Se recomienda la biopsia de ganglio centinela en pacientes con melanoma y Breslow mayor a 1 mm o Breslow mayor a 0,8mm y ulceración. Esta recomendación puede ser ofrecida también en pacientes con melanoma y Breslow menor a 0,8 mm y ulceración o con grosor entre 0,8-1mm sin ulceración. En los pacientes con melanoma y Breslow mayor a 4 mm también debe ser considerada esta recomendación.
- II.** Se pueden utilizar técnicas de linfogammagrafía o linfocistigrafía para determinar las áreas probables de drenaje previo a la planificación quirúrgica. La disponibilidad en la pandemia se deberá individualizar.
- III.** Durante La técnica de ganglio centinela, se inyecta radiocoloide intradérmico en varias localizaciones periféricas al sitio de biopsia. Estas técnicas pueden combinarse con la inyección intradérmica de colorantes, como el azul de metileno. Se efectúa el conteo gamma para identificar la zona de drenaje en forma transcutánea y se debe realizar el examen minucioso del ganglio centinela en diferido, lo cual puede involucrar la realización de cortes seriados perpendiculares al eje longitudinal del ganglio para aumentar la probabilidad de detección de enfermedad microscópica.
- IV.** Durante la pandemia COVID-19, puede considerarse una demora en la escisión amplia y la realización de ganglio centinela, contemplando individualmente cada caso y la disponibilidad de recursos.

Se recomienda la realización de linfadenectomía a pacientes con evidencia clínica de compromiso ganglionar y corroboración histopatológica.

En pacientes con diámetro máximo de ganglio centinela menor a 1 mm y ausencia de otros factores de riesgo (microsatelitosis, metástasis en tránsito, compromiso extracapsular, 3 o más regiones de drenaje en mapeo linfático o más de 3 ganglios centinela comprometidos) puede recomendarse vigilancia estricta. En la restante población la vigilancia estricta puede recomendarse únicamente luego de haber discutido riesgos y beneficios inherentes a la linfadenectomía. La vigilancia estricta debe ser jerarquizada en contexto de COVID19.

- I.** En pacientes con enfermedad ganglionar o a distancia corroborada, se recomienda la realización de estudios de imágenes, previo al inicio del tratamiento. Los mismos incluyen tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste o tomografía computada con emisión de positrones y captación de FDG corporal total (FDG/PET-TC). Puede añadirse el estudio del sistema nervioso central mediante técnicas de TC o resonancia magnética nuclear (RMN). En contexto de COVID-19, se considera adecuado iniciar la recomendación terapéutica luego de estadificar con TC.
- II.** En todos los pacientes se recomienda un examen dermatológico exhaustivo y la solicitud de exámenes complementarios dirigidos según síntomas.
- III.** Se recomienda el dosaje de LDH (lactato deshidrogenasa) en pacientes metastásicos.
- IV.** Se recomienda la investigación del status de BRAF en pacientes con enfermedad avanzada o cuando se considere la realización de terapéutica adyuvante.

A 4.-Seguimiento

- A. En pacientes que no hayan tenido compromiso ganglionar debe recomendarse seguimiento con examen físico dermatológico y ganglionar en forma semestral o anual durante 5 años, pudiendo considerarse exámenes trimestrales en pacientes de alto riesgo durante los primeros 2-3 años. Se recomienda diferir controles durante pandemia COVID-19
- B. En pacientes con compromiso ganglionar, regional o a distancia luego de la resección de la enfermedad en toda su extensión, se recomienda agregar estudios imagenológicos en pacientes asintomáticos en forma semestral o anual. Puede considerarse una frecuencia trimestral durante los primeros 2-3 años en pacientes con factores de riesgo: compromiso a distancia, satelitosis, melanomas gruesos, ulceración, compromiso ganglionar extenso. Se recomienda diferir controles durante pandemia COVID-19 en pacientes sin evidencia de enfermedad.



- C. En los pacientes con compromiso de ganglio centinela no sometidos a linfadenectomía, se recomienda su seguimiento con las pautas establecidas en trabajos randomizados:

Examen clínico, dermatológico y ecografía de la región ganglionar biopsiada en la extracción del ganglio centinela cada 4 meses en los primeros 2 años y cada 6 meses hasta el quinto año. Luego se recomienda continuar con frecuencia anual. Se recomienda analizar riesgo y beneficio del cumplimiento estricto de intervalos propuestos durante pandemia COVID-19.

A5.- Adyuvancia

Radioterapia

- I. El tratamiento radiante en la región de la lesión primaria puede ser indicado en tumores irresecables, o en ciertas situaciones de elevada recurrencia local, como el melanoma desmoplásico o infiltración perineural.
- II. La recomendación de radioterapia adyuvante en regiones ganglionares, debe evaluarse en el caso particular y se siguen los lineamientos establecidos en el trabajo de Burmeister y colaboradores, que incluyen cantidad, tamaño ganglionar y/o presencia de compromiso extranodal .
Específicamente, los pacientes incluidos presentaban:
 - a. 1 o más ganglios parotídeos comprometidos
 - b. 2 o más ganglios axilares o cervicales comprometidos o al menos un ganglio de tamaño mayor o igual a 3 cm
 - c. 3 o más ganglios inguinales comprometidos o al menos un ganglio de tamaño mayor o igual a 4 cm.
 - d. Compromiso extranodal.
- III. Los regímenes típicos suelen abarcar dosis de 48Gy en 20 fracciones con duración de 30 días o 50-66 Gy en 25-33 fracciones, con duración de 5 a 7 semanas. Se recomienda el inicio de la terapéutica dentro de las primeras 12 semanas de la linfadenectomía.
- IV. Dada la ausencia de beneficios en supervivencia global, durante la pandemia COVID19, se debe priorizar tratamiento sistémico y valorar la radioterapia para casos muy seleccionados.

Tratamiento sistémico:

Adyuvancia

- I. En pacientes con compromiso ganglionar, tras haberse efectuado la linfadenectomía o bien en el caso de pacientes con ganglio centinela positivo sin linfadenectomía, puede recomendarse tratamiento adyuvante. Se recomienda la valoración de la población incluida en los trabajos que motivaron la aprobación por agencias internacionales y nacionales de cada uno de los esquemas terapéuticos.
- II. En virtud de la pandemia COVID-19 se recomienda priorizar la administración de tratamiento adyuvante en intervalos prolongados (pembrolizumab cada 42 días y/o nivolumab cada 28 días). De



recomendarse tratamiento adyuvante con dabrafenib y trametinib, se deben efectuar esfuerzos para prevenir toxicidades y mantener comunicación con el paciente para optimizar el tratamiento inicial de las mismas. Puede iniciarse el tratamiento hasta 12 semanas luego de la resección quirúrgica (recalacandose, que dichos tratamientos podrán iniciarse siempre y cuando se encuentren disponibles en nuestro medio)

III. Esquemas terapéuticos sugeridos

Esquema	Indicación	Estudio
Nivolumab 240 mg c/14 días o 480 mg c/28 días 1 año	EIIIB, IIIC, IV (7° TNM AJCC) completamente resecados.	CHECKMATE-238
Dabrafenib 150mg c/12hs Trametinib 2,5mg/d 1 año	EIIIA-C (7° TNM AJCC) Al menos un ganglio comprometido con diámetro mayor a 1 mm No compromiso a distancia. Linfadenectomía realizada. Mutación BRAF V600E/K	COMBI-AD
Pembrolizumab 200mg c/21 días o 400mg c/42 días 1 año	Igual a anterior, pero con cualquier status de BRAF	KEYNOTE-054

A6. Neoadyuvancia

Si bien no se encuentran aprobados, la recomendación de neoadyuvancia puede ser valorada individualmente, con el objeto de postergar la fecha quirúrgica durante pandemia COVID19. En estos casos, y en virtud las respuestas patológicas completas obtenidas en estudios fase 2, se recomienda jerarquizar el tratamiento con inhibidores BRAF y MEK en combinación (en pacientes con mutaciones sensibles de BRAF) o inmunoterapia en combinación (nivolumab 3mg/kg e ipilimumab 1mg/kg). Considerar 2-3 ciclos de tratamiento y luego decidir opciones en base al estado de la pandemia.

B. Enfermedad metastásica

B1. Cirugía de metástasis

En un paciente con melanoma avanzado o recurrente debe considerarse inicialmente la posibilidad quirúrgica. Para ello, se ha de reparar en variables vinculadas a mejor pronóstico tras metastasectomía: Enfermedad oligometastásica idealmente confinada en un órgano, LDH en parámetros normales, lesiones pasibles de ser completamente resecadas, intervalo libre de enfermedad mayor a 12-24 meses.

Individualizar cada caso en el contexto de la pandemia.

Durante la pandemia COVID-19, en aquellos pacientes que se considere la resección de lesiones residuales, se debe priorizar la continuación del tratamiento sistémico para desalentar indicaciones quirúrgicas durante esta emergencia sanitaria.



B2. Tratamiento sistémico. - Terapias dirigidas:

- I. Se recomienda la indicación de inhibidores BRAF en conjunto con inhibidores MEK en pacientes con mutaciones BRAF V600E (80-90%) o V600K (10-15%) en primera línea de tratamiento o luego de progresión de enfermedad a inmunoterapia.
- II. La duración del tratamiento recomendada, en todos los casos, es hasta progresión de enfermedad o toxicidad inaceptable.

Inmunoterapia:

- I. Se recomienda la indicación de inmunoterapia a pacientes con melanoma cutáneo y enfermedad avanzada, independientemente la presencia de mutaciones BRAF. Considerar terapias orales en el contexto de la pandemia para evitar aplicaciones IV.
- II. La duración de tratamiento recomendada es 2 años para pembrolizumab de no mediar toxicidad inaceptable o progresión de enfermedad. En casos muy seleccionados, durante la pandemia COVID19, puede considerarse la discontinuación del tratamiento de confirmar respuesta completa
- III. Durante la pandemia COVID19, en pacientes sin metástasis cerebrales, se recomienda valorar la opción de inmunoterapia en monoterapia, dada su menor toxicidad y su posibilidad de administración a intervalos más largos.
- IV. Eventualmente en el grupo sintomático, metástasis cerebrales o gran volumen siendo BRAF mutado, durante la pandemia COVID-19, debería considerarse la combinación de tratamiento la realización de ipilimumab 1mg/kg y nivolumab 3mg/kg, para disminuir toxicidades inmunorrelacionadas. (considerara su uso si se encuentran disponibles en nuestro medio)

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Esquemas posteriores a TD y Anti-PD1

En aquellos pacientes con progresión de enfermedad a inmunoterapia (incluyendo ipilimumab), inhibidores BRAF/MEK y que no puedan beneficiarse de terapias locales o terapias dirigidas en virtud a mutaciones puntuales puede indicarse quimioterapia, considerando beneficios marginales y potenciales eventos adversos. La indicación de quimioterapia debe ser estrictamente analizada, y debe reservarse para casos muy seleccionados durante la pandemia

ESQUEMA
Dacarbazina ^{CHECK066} 1000mg/m ² D1 c/21 días
Temozolamida 200mg/m ² D1-5 c/28 días
CarboplatinoAUC5-6 D1 c/21 días Paclitaxel 175 mg/m ² D1
Paclitaxel ^{KEY02} 80mg/m ² semanal

Metástasis cerebrales

- I. Los pacientes con metástasis cerebrales sin tratamiento local pueden beneficiarse del inicio de terapias dirigidas (inhibidores BRAF y MEK) o inmunoterapia. Dada la tasa de respuesta intracraneal y duración de respuesta, debe priorizarse la administración de esquemas de inmunoterapia en combinación. Esta indicación debe ser valorada para el paciente individual, considerando la estabilidad clínica y los tiempos a la respuesta de las terapéuticas sistémicas. En el contexto de inicio de inmunoterapia, se debe ponderar la ausencia de requerimiento de corticoterapia a altas dosis.
- II. Dentro de las terapéuticas locales se incluyen la realización de cirugía, radiocirugía y radioterapia holocraneana (adyuvante o como tratamiento primario). La selección de la terapéutica a escoger debe ser realizada en el marco de un equipo multidisciplinario, considerando experiencia del equipo neuroquirúrgico, equipos disponibles, cantidad, tamaño y accesibilidad de lesiones y características clínicas del paciente.
- III. Pese a la pandemia COVID19, se recomienda jerarquizar estrategias de inmunoterapia en combinación. Se recomienda, a efectos de minimizar toxicidades inmunorrelacionadas, dosis de ipilimumab de 1mg/kg y nivolumab 3mg/kg. (En caso de estar disponibles en nuestro medio).



CÁNCER DE VEJIGA

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

A- Cistoscopia/Resección trans-uretral (RTU-V): Se sugiere no postergar este procedimiento ya que no hay otras alternativas que permitan el diagnóstico, estadificación y tratamiento en el caso de sospecha clínica de TVNI (diagnóstico ecográfico/TC de un tumor vesical, pacientes sintomáticos o con hematuria macroscópica). Es importante realizar una cirugía de calidad, resecar completamente la formación polipoidea e intentar obtener músculo en la muestra. En pacientes añosos, asintomáticos, con comorbilidades y diagnóstico de un tumor único y pequeño (alta sospecha de tumor de bajo grado), la RTU-V puede diferirse hasta que existan mejores condiciones sanitarias. Se recomienda tomar las medidas para realizar el procedimiento de forma ambulatoria para disminuir la exposición del paciente y del equipo de salud.

B- Re-RTU-V: La Re-RTU-V, forma parte del tratamiento estándar de los tumores vesicales de alto riesgo, pero en aquellos pacientes en los que la primer RTU-V fue realizada por un cirujano experimentado, que puede asegurar que la resección fue completa y hay demostración de músculo en la muestra (especialmente los pacientes pT1 a/b), la ReRTU-V puede evitarse

C- Tumores de vejiga no invasores del musculo (TVNI)

C1. Tumores de bajo riesgo de progresión (riesgo de recurrencia <4%): En aquellos pacientes con pólipos únicos, bajo grado, menores a 3 cm se recomienda continuar con la conducta estándar de recibir inmediatamente de terminada la resección de vejiga una única dosis de quimioterapia intravesical: Mitomicina C (MMC) o Gemcitabina. Se debe intentar que el procedimiento sea ambulatorio, evitando de esta forma internar al paciente.

C2- Tumores de riesgo intermedio (riesgo de recurrencia 10-15%): Este grupo es heterogéneo, donde la recomendación actual es BCG (preferido) o MMC durante un año. Ambas drogas, se deben instilar dentro de la vejiga, con esquemas diferentes de inducción y mantenimiento. La BCG intravesical, ha demostrado ser superior cuando sigue el esquema de Lamm (esquema 6 + 3), el que consta de una inducción de 6 semanas de duración (una dosis por semana) seguida de mantenimiento durante 3 semanas (una dosis semanal) a los 3, 6 y 12 meses. Durante la pandemia se puede ofrecer una inducción de 5 instilaciones solamente o 4 iniciales y espaciar un par de semanas hasta recibir las dosis 5 y 6. Con respecto al mantenimiento, los pacientes pueden recibir 2 instilaciones únicamente, evitando la tercera dosis. Si los pacientes reciben un esquema de 5 + 2, recibirán un esquema adecuado y concurrirá menos veces al centro. Ofrecer menos dosis de lo adecuado, podría representar un tratamiento subóptimo. El esquema de MMC consta de una inducción de 6 semanas (una instilación semanal) y luego una dosis mensual de mantenimiento durante 12 meses. Como alternativa, en aquellos pacientes, añosos, comórbidos, que debutan con tumores pequeños, múltiples (dos pólipos como máximo) o con un único tumor mínimamente > a 3 cm. una alternativa de tratamiento es una única instilación de quimioterapia intravesical pos RTU-V (como si fueran de bajo riesgo). Esto quizás los exponga a mayor riesgo de recurrencia, pero evita realizar un año de



tratamiento intravesical, con la consiguiente disminución del riesgo de infección por coronavirus.

C3- Tumores superficiales de alto riesgo (riesgo de recurrencia 30-40 %):

Este subgrupo es el que tiene más probabilidad de recaer e incluso de progresar a enfermedad músculo invasiva, por lo tanto, el tratamiento no debe posponerse. La indicación de tratamiento es BCG intravesical, inducción y mantenimiento durante 2-3 años, con el esquema de Lamm, como fuese mencionado arriba. El esquema de mantenimiento para estos pacientes es a los 3, 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses.

C4- Recurrencias de tumores superficiales

C4A- Pacientes con tumores superficiales sensibles a la BCG: reiniciar tratamiento endovesical tal como se describe en párrafo anterior.

C4B- BCG resistentes-refractario: Estos pacientes tienen un alto riesgo de recurrencia y progresión a tumor infiltrante. El tratamiento estándar al día de hoy es la cistectomía temprana. Una alternativa de manejo en estos días es realizar una RTU máxima con la idea de citorreducir la enfermedad y diferir la conducta quirúrgica definitiva.

D- Tumores uroteliales de vejiga infiltrantes de músculo

D1- Neoadyuvancia: Los que obtienen mayor beneficio de este tratamiento son aquellos que presentan un tumor urotelial T3 y ganglios positivos (N1) por lo que se sugiere priorizar esta estrategia en este grupo de pacientes. El esquema sugerido es cisplatino/gemcitabina por 3-4 ciclos por sobre M-VAC o M-VAC dosis densa a causa de la mayor inmunosupresión potencial de estos últimos. No hay evidencia de que el uso de factores estimuladores de colonia utilizados de forma sistemática tenga algún beneficio, se recomienda seguir un control estricto y utilizarlos en el caso de valores de neutrófilos dentro del rango de neutropenia.

D2- Adyuvancia: si bien no hay estudios fase III que hayan demostrado beneficio con el tratamiento adyuvante, se sugiere realizarla en pacientes que no hayan realizado neoadyuvancia caso de hallazgo de T3 o N1 en la pieza quirúrgica. El esquema sugerido es cisplatino/gemcitabina por 3-4 ciclos.

D3- Tratamiento trimodal: Es una alternativa como tratamiento curativo en pacientes seleccionados con tumores infiltrantes (tumor menor a 5 cm, ausencia de uronefrosis, buena función vesical, RTU-V máxima, ausencia de carcinoma in situ extenso). Si bien los pacientes deben concurrir diariamente al centro para realizar el tratamiento radiante sumado a la aplicación de quimioterapia concurrente, la alternativa a este tratamiento es la cistectomía radical, cirugía con alto riesgo de morbilidad. Por esta razón en los tumores T2 que cumplen con los criterios de selección para realizar tratamiento trimodal, este será la alternativa de tratamiento sugerida. Se podrá ser mas flexibles en relación al tamaño del tumor.

D4- Cistectomía: Sera el tratamiento elegido para los tumores $\geq$ a 3 o N1. Es importante tener en cuenta que la cistectomía radical es una cirugía con morbilidad/mortalidad, alta tasa de reingreso hospitalario y en general, se realiza en población añosa, muy susceptible a infección viral. Si bien esta cirugía puede demorarse, la misma no debe pasar los 3 meses, ya que luego de este período, podría ser perjudicial. Otro capítulo importante, se refiere a

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover

Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña

Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha

Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid

Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara

Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara

Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico

Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas

Vocal II



la reconstrucción post cistectomía. Dado que se ha encontrado virus SARS-CoV-2 en materia fecal, la apertura intestinal para la confección de la neovejiga/conducto ileal, podría exponer al cirujano y equipo quirúrgico a un mayor riesgo de infección, por lo tanto, debe discutirse con el paciente la realización de una derivación urinaria más simple, para reducir dicho riesgo y disminuir, además, el tiempo operatorio. El abordaje abierto versus laparoscópico debe discutirse y evaluar los pro y contras de cada uno. Si un paciente tuvo una recuperación favorable luego de la cistectomía, la telemedicina puede ayudar a controlar incisión y ostomías.

D5- Seguimiento de los pacientes luego del tratamiento: Evaluar diferir los controles. En el caso que el tiempo desde el tratamiento definitivo sea menor que un año, se sugiere realizar cistoscopias programadas si es el caso. Evaluar riesgo/beneficio de realizar estudios por imágenes.

E- Tumores uroteliales de pelvis renal

E1- Nefroureterectomía: Se recomienda no diferir el tratamiento quirúrgico por > a 3 meses a causa del alto riesgo de morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes.

E2- Adyuvancia: Evaluar el riesgo/beneficio de realizar tratamiento adyuvante en estos pacientes. Al momento este tratamiento demostró tener beneficio en supervivencia libre de progresión y no supervivencia global por lo que se sugiere reservarlo para aquellos casos con tumores localmente avanzados.

F- Tumores de vejiga uroteliales metastásicos

F1- Primera línea de tratamiento sistémico:

F1A- Pacientes aptos para tratamiento con cisplatino: se sugiere el tratamiento estándar con esquemas basados en cisplatino de preferencia cisplatino/gemcitabina. Una alternativa es realizar el cisplatino en el día 1 y 8 (cisplatino 35 mg/m² + gemcitabina 1000 mg/m² día 1 y 8) para una mejor tolerancia y menor riesgo de neutropenia.

F1B- Pacientes no aptos para el tratamiento con cisplatino: se sugiere continuar con tratamiento estándar con determinación de PDL1, si es positivo (CPS > 10 %) realizar tratamiento con Atezolizumab o Pembrolizumab, si PDL1 negativo realizar tratamiento con esquemas basados en carboplatino (carboplatino/gemcitabina)

F2-Segunda línea:

La inmunoterapia ha cambiado el paradigma de tratamiento en estos pacientes, logrando un porcentaje respuestas duraderas. Por lo que se sugiere continuar con esta conducta estándar (Pembrolizumab, Atezolizumab o Nivolumab) en segunda línea.

F3-Tercera línea:

Es escaso el beneficio de realizar tratamiento de tercera línea en esta patología, por lo que se sugiere evaluar el riesgo/beneficio de esta conducta.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover

Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña

Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha

Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid

Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara

Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara

Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico

Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas

Vocal II



CÁNCER DE PRÓSTATA

Como regla general para minimizar el número de visitas de los pacientes al centro de salud es aconsejable rotarlos a agonistas LHRH de aplicación trimensual o semestral. En el caso de los agentes protectores de hueso como ácido zoledrónico y denosumab de la misma manera es preferible optar por el subcutáneo y espaciar las aplicaciones cada 3 meses.

A- Cáncer de Próstata localizado:

Los pacientes con cáncer de próstata de **bajo riesgo** definido por los criterios de D Amico tienen un riesgo muy bajo de progresión y casi nulo de metástasis. Sin lugar a duda en este contexto actual la vigilancia activa es la estrategia más adecuada.

En el grupo de **riesgo intermedio**, tanto sea favorable como desfavorable, el riesgo de avance de la enfermedad en los próximos 6 meses a 1 año es bajo. De ser candidatos a cirugía por corta edad es aconsejable diferir el procedimiento. El tratamiento radiante debe ir acompañado de un curso corto de terapia de deprivación androgénica (ADT), es decir 4 a 6 meses por lo que se puede iniciar dicho tratamiento médico y luego del momento crítico proceder con la radioterapia que implica visitas diarias al centro. Los hipofraccionamientos son una opción adecuada que minimiza riesgos. En el caso de los pacientes de **riesgo alto** y más aún menores de 65 años en los que la conducta más indicada es la prostatectomía radical, la misma puede ser realizada con las precauciones necesarias dado que el tiempo de internación postquirúrgico es corto. En el momento más crítico de la pandemia o fase de mitigación es conveniente iniciar con ADT neoadyuvante que puede extenderse por un período de hasta 6 meses. Es adecuado la discusión multidisciplinaria sobre el agregado de abiraterone o enzalutamida a la terapia de deprivación androgénica dados los resultados de múltiples estudios fase 2 que muestran beneficios.

B- Recaída bioquímica: Dado el potencial curativo de este tratamiento no debería ser suspendido. En los pacientes que presentan recaída bioquímica post PR se sugiere iniciar con ADT y diferir la RT del lecho y/o áreas ganglionares hasta 6 meses. Si bien la utilización de ADT concurrente ha mostrado beneficios fundamentalmente en pacientes con PSA pre RT en rango superior (por encima de 1,5 ng/dl) esta estrategia permite diferir la RT en pacientes con PSA menor a ese valor. Hay reportes que la ADT y los antiandrógenos serían protectores porque el virus usa TMPRS2 para entrar, justificando el peor pronóstico de COVID19 en hombres.

C- Cáncer de Próstata sensible a la castración metastásico: Este grupo de pacientes sin dudas es heterogéneo, dado que en un extremo se encuentran los pacientes de debutan metastásicos y con alto volumen o riesgo y en el otro los pacientes que recurren luego del tratamiento del tumor localizado y que tienen una enfermedad oligometastásico, Las drogas aprobadas en Argentina para el tratamiento de estos pacientes son docetaxel y abiraterone. En comparaciones no randomizadas han demostrado ser igualmente eficaces en prolongar la sobrevida global. En el contexto de la pandemia por COVID 19 es de preferencia seleccionar abiraterone para

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



evitar el riesgo de neutropenia febril inducida por la quimioterapia. En breve serán aprobadas otras dos opciones basadas en los estudios Enzamet y Titan: enzaltamida y apalutamida . Es aún más aconsejable utilizar estas opciones ya que no requieren el uso de corticoides como sucede con abiraterone. El uso crónico de los mismos conlleva un riesgo adicional.

D- Cáncer de Próstata resistente a la castración sin metástasis: Los pacientes con cáncer de Próstata resistente a la castración sin metástasis por tomografía y centellograma óseo se encuentran ante un mayor riesgo de progresión y muerte si su tiempo de duplicación de PSA es menor a 6 meses, Es por este motivo que sólo en este subgrupo se justifica el agregado de enzalutamida o apalutamida.

E- Cáncer de Próstata resistente a la castración metastásico: Representa el fenotipo letal de la enfermedad y se puede estratificar el riesgo de progresión y muerte en base a distintos factores como la presencia de síntomas y el número y localización de las metástasis. En pacientes asintomáticos u oligosintomáticos la elección debe ser alguno de los nuevos agentes hormonales como abiraterone o enzalutamida. La utilización de radium 223 también es aceptable dada su baja toxicidad sin impacto en el recuento de leucocitos. En pacientes que se enfrentan a un riesgo elevado de eventos en el corto plazo como presencia de dolor o deterioro del estado general o metástasis viscerales será necesario iniciar quimioterapia basada en docetaxel. Si la indicación fuera una segunda línea con cabazitaxel debe utilizarse una dosis de 20 mg/m² y factores estimulantes para minimizar el riesgo de neutropenia.

RADIOTERAPIA EN CANCER DE PROSTATA Y COVID-19

Durante la pandemia se debe considerar las menores visitas posibles de los pacientes al centro médico valorando el riesgo de contagio. Se debe tener en cuenta los riesgos y beneficios de realizar el tratamiento en cada paciente.

El cáncer de próstata es uno de los tumores sólidos más frecuentemente tratados con radioterapia.

Se puede dividir en grupos para cada caso y saber cuándo se puede omitir, retrasar o apurar el tratamiento.

Omitir el tratamiento

Se omite el tratamiento en aquellos casos en los que el beneficio con radioterapia es poco o no existe.

- Si el tratamiento no cambia el curso de la enfermedad.
- Existe la posibilidad de otro tratamiento alternativo con menos riesgo de exposición y beneficio.

Retrasar el inicio de tratamiento

Se puede retrasar el inicio de tratamiento en algunos casos tomando en cuenta que no se corre peligro de evolución en la enfermedad.

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Acortar el tratamiento

En los casos que no se pueden omitir o retrasar la radioterapia se puede acortar el tratamiento utilizando técnicas de hipofraccionamiento.

En enfermedad local se puede tratar con 5 a 7 fracciones por medio de radioterapia esteriotaxica, con una dosis total de 18 a 40Gy, dependiendo del volumen tumoral.

También se puede tratar con radioterapia convencional pacientes sometidos a cirugía con una dosis total de 52,5Gy en 20 fracciones.

En casos avanzados se puede utilizar la radioterapia de forma paliativa cuando existe metástasis ósea, compresión medular o sangrado.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover

Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña

Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha

Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid

Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara

Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara

Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico

Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas

Vocal II

Tanto en enfermedad localizada, localmente avanzada y metástasis.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

1. No iniciar tratamientos de quimioterapia potencialmente inmunosupresora en pacientes en los que la demora de 2-3 semanas no suponga un riesgo cierto para el paciente. Recomendamos citar al paciente en 2-3 semanas para reevaluar la situación, telefónicamente o web.
2. Disminuir la concurrencia del paciente al servicio mediante distintas estrategias:
 - Utilizar regímenes más cortos de tratamiento
 - Aumentar el intervalo de administración de inmunoterapia
 - Asegurar la provisión de medicamentos orales para disminuir la concurrencia del paciente al centro
 - Diferir los tratamientos destinados a prevenir las complicaciones a largo plazo (ejemplo, bifosfonatos)
3. En las circunstancias actuales, antes de decidir si se debe administrar o no un tratamiento sistémico, se debe considerar el beneficio frente al riesgo asociado a la posibilidad de contagio por el SARS-CoV-2 y sus potenciales consecuencias, especialmente la necesidad de requerir ingreso hospitalario por complicaciones graves.
4. En caso de administrar quimioterapia mielotóxica, recordar la necesidad de incluir tratamiento de soporte con factores estimulantes de colonias.
5. **Priorizar los tratamientos potencialmente curativos (Adyuvancia, Neoadyuvancia, Concurrencia)**
6. **Con nivel de prioridad 1, continuará la indicación quirúrgica en los pacientes con Cáncer de Pulmón No Células Pequeñas en estadios curativos Estadios I y II.**
7. En Estadios IIIa, donde la evidencia del beneficio del tratamiento quirúrgico no supera la modalidad no quirúrgica se optará por tratamientos que no incluyan cirugía.
8. La indicación de tratamientos paliativos será discutida caso por caso, priorizando la administración a pacientes con buen Performance Status con menor riesgo de toxicidades y requerimiento de internación por complicaciones asociadas al tratamiento. Se priorizarán los tratamientos paliativos que generen paliación a largo plazo.



RADIOTERAPIA EN CANCER DE PULMON Y COVID-19

Estadio I

En caso de opacidad en vidrio esmerilado (sin componente solido) la radioterapia se puede postergar aproximadamente 6 meses.

En caso de adenocarcinoma con opacidad en vidrio esmerilado y componente solido pequeño se puede postergar la radioterapia de 3-6 meses.

En lesiones periféricas menores de 3cm se puede usar RT esteriotaxica, se puede considerar una sola fracción o 48 a 54Gy en 4 fracciones.

En el caso de lesiones centrales y mayores a 3cm.

Estadio II a III N1

Se prefieren técnicas de IMRT para disminuir el volumen blanco y reducir la toxicidad por radiación.

Se puede utilizar un hipofraccionamiento de 66Gy en 24 fracciones, con QT concomitante con cisplatino. (a los 54Gy se debe realizar boost sobre la lesión y excluir esófago).

Estadio IV paliativo

Se puede considerar radioterapia en una sola dosis de 8-12Gy, se puede aplicar 20-30Gy en 5 fracciones.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

La revisión endoscópica de nariz, senos paranasales, orofaringe, hipofaringe y laringe debido a procedimientos formadores de aerosol viral, las partículas virales se mantienen en el ambiente durante 3 horas o más. ¹⁴

Procedimientos endoscópicos de base de cráneo, son altamente riesgosos, se debe de posponer en COVID-19 positivo, en aquellos negativos usar EPP para todo el equipo de atención.

Las cirugías más contaminantes en cabeza y cuello son: Maxilectomía, resección de manubrio esternal, faringolaringectomía. La menos contaminante: disección radical de cuello, esto debido a no tener contacto con mucosas, sin embargo, el utilizar dispositivos de energía pueden provocar aerolización del virus desde la sangre u otras secreciones gastrointestinales. ¹⁵

Estratificación de riesgo de acuerdo a localización y patología

Nivel	Estratificación de cirugía de cáncer de cabeza y cuello	Objetivo en tiempo
1	Carcinoma escamoso Tumores voluminosos de laringe e hipofaringe. Cavidad Oral que requiere reconstrucción simple.	Dentro de 4 semanas
2	Tumor laríngeo pequeño, resecable por cirugía endolaríngea. Carcinoma alto grado glándula salival. Carcinoma Indiferenciado.	Dentro de 8 semanas
3	Cáncer bajo grado glándula salival Cáncer de tiroides bien diferenciado	Dentro 4 meses

Los carcinomas escamosos se priorizan debido a su corto tiempo de replicación y progresión rápida con estudios que demuestran presencia de metástasis ganglionar y progresión dentro de 4 semanas. Tumores salivales de alto grado también se priorizan debido a su buen pronóstico en estadios iniciales. Tumores iniciales de cavidad oral para evitar reconstrucciones complejas que implica mayor estancia hospitalaria. Tumores voluminosos de laringe e hipofaringe requiere atención de prioridad por la posibilidad de obstrucción de vía aérea. ¹⁶

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torri
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



En cáncer tiroideo se recomienda realizar cirugías de acuerdo a fases del ACS (colegio americano de Cirugía).

Fase I

Cáncer tiroideo que requiere manejo de vía aérea.

Cáncer de tiroides reseccable anaplásico, o poco diferenciado sin mutación de BRAFV600E.

Cáncer tiroideo medular o con diferenciación agresiva en progresión clínica.

Cáncer tiroideo voluminoso con progresión documentada.

Bocio voluminoso con compresión sintomática de vía aérea.

Carcinoma paratiroides sospechado con hipercalcemia sintomática.

Las cirugías pueden esperar en:

Cáncer diferenciado de tiroides.

Cáncer medular de tiroides.

Nódulos tiroideos indeterminados sin progresión documentada.

Bocio.

Hiperparatiroidismo primario.

Fase II

Cáncer tiroideo que requiere manejo urgente de vía aérea.

Cáncer tiroideo anaplásico reseccable o rápidamente progresiva histología poco diferenciada sin mutación de BRAFV600E.

Progresión clínica rápida y agresiva en carcinoma diferenciado o medular de tiroides.

Tumores endocrinos hiperfuncionantes incontrolables.

Carcinoma paratiroides sospechado con hipercalcemias significativa refractaria a manejo médico.

Fase III

Cáncer tiroideo que requiere manejo urgente de vía aérea.

Pueden esperar:

La mayoría de los tumores endocrinos pueden esperar hasta la resolución de la crisis por COVID-19.

La mayoría de nódulos tiroideos, bocio, cáncer diferenciado de tiroides, medular de tiroides sin requerir manejo médico.

Considerar supresión de TSH en cáncer tiroideo bien diferenciado.

Cáncer anaplásico, poco diferenciado o en progresión de carcinoma medular puede manejarse con terapia blanco sistémica (si se encuentra disponible).

Los tumores endocrinos hiperfuncionantes se pueden optimizar con manejo médico.¹⁷

PRIORIDADES PARA PACIENTES CON TUMOR CEREBRAL PRIMARIO

Prioridades de visitas ambulatorias

Alta prioridad

Tumor cerebral recién diagnosticado.

Nuevo inicio o empeoramiento de los síntomas indicativos de complicaciones relacionadas con el tumor o el tratamiento (por ejemplo, síntomas neurológicos, disnea, dolor en el pecho).

Evidencia clínica o radiológica de recurrencia tumoral.

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Aplicación de tratamiento anticanceroso intravenoso o intratecal.
Problemas de curación de heridas después de la intervención neuroquirúrgica.

Prioridad media

Evaluación del estado clínico, resultados de laboratorio o neurorradiológicos en pacientes con tumor cerebral conocido sin síntomas nuevos o que empeoran y con terapia activa (convertir a visitas de telemedicina siempre que sea posible).

Prescripción de tratamiento oral contra el cáncer (convertir a visitas de telemedicina siempre que sea posible).

Pacientes postoperatorios sin necesidad de terapia activa y sin complicaciones.

Baja prioridad

Evaluación del estado clínico, resultados de laboratorio o neurorradiológicos en pacientes con tumor cerebral conocido sin síntomas nuevos o que empeoran y sin terapia activa (convertir a visitas de telemedicina siempre que sea posible).

Visitas de pacientes en el mejor régimen de atención de apoyo.

Visitas de apoyo psicológico (convertir a telemedicina).

Visitas de supervivencia.

Visitas de segunda opinión (convertir a telemedicina).

PRIORIDADES PARA PACIENTES CON TUMOR CEREBRAL PRIMARIO: NEUROIMAGEN

Alta prioridad

Nuevo inicio o empeoramiento de los síntomas neurológicos.

Prioridad media

Seguimiento en pacientes sin síntomas neurológicos nuevos o que empeoran con tratamiento anticanceroso en curso

Baja prioridad

Seguimiento en pacientes sin síntomas neurológicos nuevos o que empeoran sin tratamiento anticanceroso en curso

Prioridades para pacientes con tumor cerebral primario: neurocirugía

Alta prioridad

Necesidad de descompresión aguda

Máxima resección segura en sospecha de glioma maligno

Biopsia diagnóstica en sospecha de linfoma primario del sistema nervioso central (PCNSL)

Prioridad media

Resección / biopsia de tumor cerebral primario sin contraste con síntomas neurológicos estables

Re-resección de glioma recurrente de grado inferior de la OMS

Baja prioridad

Resección parcial de glioma maligno recurrente

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



RADIOTERAPIA EN CABEZA Y CUELLO:

SE DESCRIBEN DOS ESCENARIOS:

1. Etapa Temprana de la Pandemia:
 - a. Mitigación de Riesgo:
 - i. Para pacientes y personal médico para reducir acceso al hospital de forma repetida.
 - ii. Mayor riesgo de contraer la infección en aquellos pacientes que reciben Radioterapia y Quimioterapia.
 - iii. Impacto Negativo en la atención medica forzada con un manejo asociado a toxicidad severa esperada con quimio-radiación intensiva.
2. Etapa Tardía de la Pandemia:
 - a. Recursos de Radioterapia severamente disminuidos. La consideración adicional es que los pacientes no están en condiciones recibir tratamientos de Radioterapia.

RECOMENDACIONES DEL PANEL:

1. NO posponer el inicio de los tratamientos de Cáncer de Cabeza y cuello de tipo Escamocelular, **FUERTEMENTE RECOMENDADO**
2. En lesiones de Cabeza y Cuello de tipo Escamocelular, la Radioterapia Radical se considera de alta o muy alta prioridad. **FUERTEMENTE RECOMENDADO.**
3. En lesiones de Cabeza y Cuello de tipo Escamocelular, la Radioterapia Postoperatoria por margen comprometido, es alta prioridad. **RECOMENDADO.**
4. En lesiones de Cabeza y Cuello de tipo Escamocelular, la Radioterapia Postoperatoria en lesiones de bajo riesgo es baja prioridad. **RECOMENDADO.**

EN PACIENTES CON INFECCION SARS-CoV-2 EN CURSO:

1. Posponer el inicio de la Radioterapia hasta la mejoría de la enfermedad con test negativos. **FUERTEMENTE RECOMENDADO.**
2. No interrumpir el tratamiento si los síntomas se presentan durante la Radioterapia. **RECOMENDADO.**
3. No interrumpir Radioterapia si se ha realizado dos o más semanas de tratamiento y se presentan síntomas de SARS-CoV-2. **FUERTEMENTE RECOMENDADO.**
4. Interrumpir la Radioterapia si los síntomas de SARS-CoV-2 son severos. **FUERTEMENTE RECOMENDADO.**

EN ESCENARIO 1. MITIGACION DE RIESGO:

1. No alterar esquemas convencionales de radioterapia radical de Cabeza y Cuello Escamocelular. **RECOMENDADO.**
2. Continuar usando quimioterapia concomitante, **FUERTEMENTE RECOMENDADO**

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

Dr. Raúl Angel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



BIBLIOGRAFIA:

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-51. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=Z1ba62e57_10pdficon. Accessed April 6, 2020.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) United States, February 12-March 16, 2020. MMWR 2020;69:343-346.
3. 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.
4. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar M, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA: RAND Distribution Services; 2003.
5. Guckenberger M, Belka C, Bezjak A, et al. Practice recommendations for lung cancer radiotherapy during the COVID-19 pandemic: An ESTRO-ASTRO consensus statement [e-pub ahead of print]. Radiother Oncol. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2020.04.001>. Accessed May 3, 2020.
6. Pignon J-P, le Maître A, Maillard E, et al. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): An update on 93 randomised trials and 17,346 patients. Radiother Oncol 2009;92:4-14.
7. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet 2020;395:507-513.
8. Gowda RV, Henk JM, Mais KL, et al. Three weeks radiotherapy for T1 glottic cancer: The Christie and Royal Marsden Hospital experience.

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



PRIORIDADES PARA PACIENTES CON LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES (DLBCL)

Alta prioridad:

Tratamiento curativo para linfomas agresivos:

Los horarios de quimioterapia pueden modificarse para reducir las visitas clínicas sin comprometer el potencial curativo del tratamiento.

Los pacientes deben recibir apoyo del factor de crecimiento G-CSF para minimizar la neutropenia

Se pueden preferir regímenes menos mielosupresores (por ejemplo, CHOP-21 en lugar de CHOEP-14 o ACVBP).

Quimioterapia de dosis altas con soporte de células madre autólogas en la recaída de DLBCL

Continuación del tratamiento en el contexto de un ensayo clínico.

Terapia de células T con CAR en DLBCL refractario.

Prioridad media:

El tratamiento no curativo (por ejemplo, la terapia sistémica para el linfoma agresivo recidivante, no elegible para el trasplante autólogo de células madre) puede modificarse para reducir las visitas clínicas.

Los pacientes deben recibir apoyo del factor de crecimiento G-CSF para minimizar la neutropenia

Evite los agentes supresores de células T (bendamustina).

Se puede omitir la profilaxis del SNC con dosis altas de metotrexato, dosis altas de citarabina y / o metotrexato intratecal.

La radioterapia paliativa puede retrasarse.

La radioterapia de consolidación (por ejemplo, debido a una enfermedad inicial o extraganglionar inicial) puede retrasarse.

PRIORIDADES PARA PACIENTES CON LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO (MCL)

Alta prioridad:

Tratamiento de primera línea para MCL.

Los horarios de quimioterapia pueden modificarse para reducir las visitas clínicas.

Los pacientes deben recibir apoyo del factor de crecimiento G-CSF para minimizar la neutropenia.

Continuación del tratamiento en el contexto de un ensayo clínico.

Prioridad media:

La terapia sistémica para el MCL recidivante puede modificarse para reducir las visitas clínicas.

Los pacientes deben recibir apoyo del factor de crecimiento G-CSF para minimizar la neutropenia.

Evite los agentes supresores de células T (bendamustina).

Quimioterapia de dosis altas con soporte autólogo de células madre, ya que la terapia de consolidación puede retrasarse.

La terapia de mantenimiento con rituximab puede retrasarse.

La radioterapia paliativa puede retrasarse.

PRIORIDADES PARA PACIENTES CON LINFOMA AGRESIVO DE CÉLULAS T

Alta prioridad:

Tratamiento de primera línea:

Los horarios de quimioterapia pueden modificarse para reducir las visitas clínicas.

Los pacientes deben recibir apoyo del factor de crecimiento G-CSF para minimizar la neutropenia.

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente
Dra. Elizabeth Cintya Montaña
Vicepresidente
Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas
Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda
Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico
Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico
Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I
Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



Continuación del tratamiento en el contexto de un ensayo clínico.

Prioridad media:

La terapia sistémica para la enfermedad recidivante puede modificarse para reducir las visitas clínicas.

Los pacientes deben recibir apoyo del factor de crecimiento G-CSF para minimizar la neutropenia

Evite los agentes supresores de células T (bendamustina).

Quimioterapia de dosis altas con soporte autólogo de células madre, ya que la terapia de consolidación puede retrasarse.

La radioterapia paliativa puede retrasarse.

Lista de abreviaturas: ACVBP, doxorrubicina / ciclofosfamida / vindesina / bleomicina / prednisona; CAR, receptor de antígeno quimérico; CHOEP, ciclofosfamida / doxorrubicina / vincristina / etopósido / prednisolona; CHOP, ciclofosfamida / doxorrubicina / vincristina / prednisolona; COVID-19, enfermedad grave relacionada con el síndrome respiratorio agudo coronavirus 2; SNC, sistema nervioso central; G-CSF, factor estimulante de colonias de granulocitos.

PRIORIDADES PARA PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKIN

Prioridades para pacientes con linfoma de Hodgkin: enfermedad en estadio limitado

Alta prioridad:

Tratamiento sistémico curativo.

Se puede preferir un tratamiento menos mielosupresor (p. Ej., ABVD).

Use llamadas telefónicas / visitas de telemedicina para reducir las visitas a la clínica los días en que el tratamiento no está programado.

Considere el uso de G-CSF para reducir el riesgo de neutropenia.

Radioterapia curativa.

Continuación del tratamiento en el contexto de un ensayo clínico.

Prioridades para pacientes con linfoma de Hodgkin: enfermedad en estadio avanzado

Alta prioridad:

Tratamiento sistémico curativo:

Se puede preferir un tratamiento menos mielosupresor (p. Ej., ABVD).

Use llamadas telefónicas / visitas de telemedicina para reducir las visitas a la clínica los días en que el tratamiento no está programado.

Se puede preferir la estrategia guiada por PET según el ensayo RATHL, ya que la omisión de bleomicina permite que se brinde apoyo de G-CSF.

Continuación del tratamiento en el contexto de un ensayo clínico.

Prioridades para pacientes con linfoma de Hodgkin: enfermedad recurrente

Alta prioridad:

Quimioterapia de dosis alta con soporte de células madre autólogas.

Prioridad media.

Radioterapia paliativa.

Mantenimiento brentuximab vedotina postratamiento.

Terapia sistémica paliativa.

Lista de abreviaturas: ABVD, doxorrubicina / bleomicina / vinblastina / dacarbazina; G-CSF, factor estimulante de colonias de granulocitos; PET, tomografía por emisión de positrones.

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover
Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño
Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha
Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid
Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara
Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara
Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico
Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II

Dra. Jimena Sánchez Sejas
Vocal II



- Lesiones localizadas que fueron extraídas quirúrgica de forma completa (linfoma folicular, linfoma cutáneo.
- Lesión nodular única resecada de forma completa.
- Casos de LNH de células B con remisión completa post quimioterapia.

Retrasar la radioterapia

Se puede considerar retrasar el tratamiento radiante en los siguientes casos:

- En casos de linfoma de bajo grado y localizado.
- Enfermedad nodular localizada sobre todo en caso de LH,
- En estadios avanzados, con intención paliativa, cuando el paciente se encuentra estable.
- En pacientes con covid-19 hasta que pase la infección.

Reducción del tiempo de tratamiento

En este caso se utiliza técnicas de hipofraccionamiento en los casos que no se pueden omitir o retrasar el tratamiento radiante.

- 1.- LH sensible a la quimioterapia: 18Gy como dosis total en 6 fracciones de 3Gy.
- 2.- LH poco sensible a la quimioterapia: 27Gy como dosis total en 9 fracciones de 3Gy.
3. LH refractario a la quimioterapia: 36Gy como dosis total en 12 fracciones de 3Gy.
- 4.- LNH agresivo sensible a la quimioterapia: 25Gy como dosis total en 5 fracciones de 5Gy.
- 5.- LNH agresivo refractario a la quimioterapia: 30Gy como dosis total en 6 fracciones de 5Gy.
- 6.- LNH localizado, no candidato a quimioterapia: 36Gy como dosis total en 12 fracciones de 3Gy.

Dr. Raúl Ángel Pérez Alcover

Presidente

Dra. Elizabeth Cintya Montaño

Vicepresidente

Dra. Ma. Eugenia Gamboa Afcha

Secretaria de Actas

Dra. Gigliana Villagómez Eid

Secretaria de Hacienda

Dr. Erick Rocha Guevara

Comité Científico

Dr. Veimar Nino Vergara

Comité Científico

Dra. Ma. Del Carmen Torrico

Vocal I

Dra. Jimena Sánchez Sejas

Vocal II