

Carcinoma de mama y su tratamiento primario durante la pandemia COVID-19: estudio multicéntrico Unidades de Mastología de la Argentina.

Ana Clara Valerio¹, Carola Allemand¹, María Florencia Calvo¹, Sabrina Barchuk², Francisco Von Stecher³, Eduardo González⁴, Javier Stigliano⁵, Sara Etchegaray⁶, Carlos Poet⁷, José Retamazo Cáseres⁸, Rodolfo Schiaffino⁹, Gustavo Hauszpigiel¹⁰, Francisco Terrier¹¹, Sergio Martín Lucchini¹², Francisco Corrao¹

RESUMEN

Introducción

El advenimiento de la pandemia del COVID-19 generó un cimbronazo en los sistemas de salud a nivel mundial. Los centros sanitarios debieron adaptar la asistencia de sus pacientes a una situación totalmente novedosa. Priorizar el tratamiento de pacientes con cuadros graves de COVID-19 tuvo impacto en la asistencia de otras patologías, con limitantes en el acceso e incluso reubicación a otros centros asistenciales. El objetivo de nuestro trabajo fue evidenciar el impacto de estas medidas y las eventuales modificaciones en la asistencia de los pacientes con carcinoma de mama en las distintas Unidades de Mastología de la Argentina.

Material y método

Se trabajó sobre una encuesta que recopiló información en dos etapas (al inicio del tratamiento y al mes de seguimiento). Dicha encuesta fue enviada a cada responsable de su Unidad de Mastología quien completaba la misma ante un nuevo caso de carcinoma de mama durante el tiempo llamado en Argentina como ASPO (aislamiento social preventivo obligatorio). La encuesta fue desarrollada en el Hospital

1 Hospital Italiano de Buenos Aires

2 Hospital Fernández

3 Instituto Cemic

4 Istituto Roffo

5 Hospital Posadas

6 Hospital Perrupato, e Instituto Ginecomamarío

Mendoza

7 Hospital Español de Bs As

8 Hospital Santojanni

9 CEMAFE, Santa Fe

10 Hospital Penna

11 Clínica Breast, Hospital Italiano de La Plata

12 Sanatorio Allende de Córdoba

Correo electrónico:
ana.valerio@hospitalitaliano.org.ar

Italiano de Buenos Aires contando con el aval del comité de Ética de la Institución.

Resultados

En los meses del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio -ASPO (Marzo a Octubre 2020), 12 Unidades de Mastología formaron parte del trabajo, completando el cuestionario en 741 casos. Antes de iniciar el tratamiento oncológico, 44% realizó rutinariamente RT-PCR COVID-19. El 56% restante no lo tenía disponible o sólo se realizaba ante una eventual sospecha clínica. La indicación de cirugía de inicio se mantuvo estable en comparación con un escenario previo al COVID-19 (75 a 76%), pero sí se evidenció una disminución de tratamientos con quimioterapia y un aumento en la indicación de hormonoterapia neoadyuvante (5% vs 2%previo al COVID-19) que en numerosas ocasiones se indicaba en un intento de posponer el tratamiento quirúrgico. Se evidenció una disminución en las reconstrucciones mamarias, aumentando así las mastectomías simples. No se identificaron cambios en relación a la radioterapia adyuvante.

Conclusiones

La pandemia del COVID-19 modificó el tratamiento de los pacientes con carcinoma de mama. Nuestros datos reflejan la implementación de nuevos protocolos sanitarios y la adaptación de la asistencia médica del paciente oncológico en la era COVID, siendo la base para investigaciones futuras que puedan medir el eventual impacto de estos cambios de conducta en el pronóstico oncológico de nuestros pacientes.

Palabras Clave

Carcinoma mamario - protocolos tratamiento cáncer - coronavirus sars - infección coronavirus

ABSTRACT

Introduction

The advent of the COVID-19 pandemic generated a shock in health systems worldwide.

Health centers had to adapt the care of their patients to a completely new situation. Prioritizing the treatment of patients with severe symptoms of COVID-19 had an impact on the care of other pathologies, with limitations in access and even relocation to other care centers. The objective of our work was to demonstrate the impact of these measures and modifications in the care of patients with breast carcinoma in the Mastology Units of Argentina.

Material and method

We worked on a survey that collected information in two stages (at the beginning of the treatment and one month of follow-up). This survey was sent to a person in charge of each Mastology Unit who completed it as a new case of breast carcinoma during the time known in Argentina as ASPO (mandatory preventive social isolation). The survey was developed at the Hospital Italiano de Buenos Aires with the endorsement of the Institution's Ethics Committee.

Results

In the months of Mandatory Preventive Social Isolation -Argentina ASPO (March to October 2020), 12 Mastology Units were part of this collaborative work, completing the questionnaire in 741 cases.

Before starting cancer treatment, 44% routinely performed COVID-19 RT-PCR. The remaining 56% did not have it available or it was only performed in case of clinical suspicion. The indication for initial surgery remained stable compared to a scenario prior to COVID-19 (75 to 76%), but there was evidence of a decrease in chemotherapy treatments and an increase in the indication for neoadjuvant hormone therapy (5% vs 2 % prior to COVID-19) that was indicated on numerous occasions in an attempt to postpone surgical treatment. A decrease in breast reconstructions was evidenced, thus increasing simple mastectomies. No changes were identified in relation to adjuvant radiotherapy.

Conclusions

The COVID-19 pandemic modified the treatment of patients with breast carcinoma. Our data reflect the implementation of new health protocols and the adaptation of medical care for cancer patients in the COVID era, being the basis for future research that can measure the eventual impact of these behavioral changes on the cancer prognosis of our patients.

Key words

Breast carcinoma - cancer treatment protocol - coronavirus sars - coronavirus infection

INTRODUCCIÓN

La práctica médica se ha visto atravesada por una situación extraordinaria, el rápido desarrollo de la emergencia ocasionada por el Coronavirus conocido como COVID-19. La pandemia actual producto de este virus ha tenido un impacto global en numerosas patologías, entre ellas el cáncer de mama. La evidencia científica sobre la que basar la práctica clínico-quirúrgica en estos tiempos es escasa y muchas veces dicha evidencia induce a cambios en los tratamientos y seguimientos de nuestras pacientes (Curigliano et al., 2020; Karamitrousis, Lontos and Tsoukalas, 2020; Kawate et al., 2021). Desconocemos la magnitud y efectos de estos cambios. De la misma manera, desconocemos si dichos tratamientos pueden verse postergados o modificados por sobre la concreción de los mismos con el riesgo de la potencial exposición al virus y una eventual neumonía postoperatoria por COVID-19. Mientras algunos reportes sugieren que el cáncer por sí mismo sería un factor de riesgo para desarrollar cuadros respiratorios severos por COVID-19, la evidencia es aún contradictoria.

Diversos grupos de trabajo emitieron recomendaciones para poder priorizar la atención del cáncer de mama según biología tumoral y estadio al diagnóstico, considerando la crisis sanitaria impuesta por el COVID-19 a nivel nacional ([No title], no date a) e internacional (Curigliano et al., 2020; Smith et al., 2020; Kawate et al., 2021).

Datos provenientes de regiones con mayor número de contagios han adoptado medidas más restrictivas para el acceso al sistema de salud y el tratamiento concomitante de sus patologías. En algunos casos, los procedimientos médicos electivos se han reprogramado con

el objetivo de preservar los elementos de protección personal (EPP), ampliar el número de camas disponibles y por ende la capacidad hospitalaria, y proteger a los pacientes que fueran a someterse a cirugías no-urgentes de exponerse al virus dentro del entorno hospitalario. Esta última consideración podría ser de relevancia particularmente para los pacientes oncológicos, cuyo sistema inmune puede verse afectado ya sea por la enfermedad como por el tratamiento instaurado. En consecuencia serían una población más vulnerable ante una eventual infección por COVID-19 (Al-Shamsi et al., 2020; de Azambuja et al., 2020; Kuderer et al., 2020).

Analizar el manejo de estos pacientes nos ayudará a unificar conductas ajustadas a nuestra realidad actual, evaluando el riesgo beneficio del tratamiento o seguimiento de nuestros pacientes en la era COVID-19.

Para participar en este estudio, se invita a todas las Unidades de mastología de la Argentina como centros activos de tratamiento del carcinoma de mama.

OBJETIVO

Objetivo principal

- Evaluar y describir tratamiento médico/quirúrgico para el carcinoma de mama con los eventuales cambios en las indicaciones de tratamiento primario en el contexto de la pandemia COVID-19.

Objetivos secundarios

- Analizar la proporción de pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama en tratamiento activo (quimioterapia, hormonoterapia o cirugía) e infección por COVID-19 y su evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de estudio:

Cohorte ambispectiva de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Ámbito:

Estudio multicéntrico que se llevará a cabo en las distintas Unidades de Mastología de la Argentina. En el Hospital Italiano participará la sección de Patología mamaria del servicio de ginecología.

Período de estudio:

Se incluirán pacientes desde el inicio de la pandemia según definición de la Organización Mundial de la Salud (11/03/2020) hasta el fin del Aislamiento Social Obligatorio en Argentina el cual finalizó en Octubre 2020.

Se espera que la mayoría de centros completen el registro antes de Octubre de 2020 y el seguimiento en torno a Enero 2021. Sin embargo, puede haber cambios en estas fechas en función del desarrollo de la enfermedad, y podría ser necesario desarrollar una tercera fase para seguimiento a un más largo plazo.

Población de referencia:

Todas las pacientes con cáncer de mama con diagnóstico o con tratamiento primario previsto para el período de la pandemia COVID-19 en el año 2020 en Argentina.

• Criterios de selección**Criterios de inclusión:**

Podrán participar del estudio aquellos pacientes adultos mayores de 18 años diagnosticados y tratados por cáncer de mama en centros en los que se realice cirugía programada/tratamiento médico por cáncer durante la pandemia COVID-19 dentro de las Unidades de Mastología de la Argentina. Se estratificará a los centros según la repercusión nacional de la infección COVID, y para ello se utilizarán los datos de la Organización Mundial de la Salud/Registro nacional de impacto epidemiológico según localidades.

Criterios de exclusión:

Paciente cuyo Tratamiento/seguimiento se viera interrumpido ya sea por deseo propio del paciente o por continuar tratamiento en otro centro.

• Recolección de datos

Los datos serán recolectados a partir de las bases de datos hospitalarias de las Unidades de Mastología y posterior revisión de las historias clínicas electrónicas. Cada centro tendrá un investigador principal, siendo un estudio dirigido por dichos investigadores, no comercial, no intervencionista.

Se procederá a completar 2 formularios por cada paciente que cumpla los criterios de inclusión de manera anónima a partir del cual se evaluarán los objetivos propuestos (ver anexo). En el primer formulario se relevarán datos epidemiológicos y tratamiento inicial de cada paciente junto con datos propios de cada centro asistencial. En el segundo formulario se actualizará el seguimiento de cada paciente y su eventual infección por COVID-19.

• Análisis estadístico

Para la descripción de las características de la población para variables continuas se utilizarán medidas de tendencia central (media o mediana) según la distribución que presente la variables con sus respectivas medidas de dispersión (desvío estándar o rango intercuartilo 25-75). Las variables categóricas como frecuencia observada y frecuencia relativa (porcentaje).

Se presentarán las variables continuas como media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartil para las variables cuantitativas. Se presentarán las variables categóricas como frecuencia observada y frecuencia relativa (porcentaje).

• Consideraciones éticas

Por tratarse de una investigación Biomédica, todos los integrantes del proyecto se comprometen a conocer y cumplir con todos los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales e internacionales como la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Se trata de una estudio observacional que tiene como objetivo final lograr establecer si las condiciones locales actuales establecidas a partir de la pandemia COVID-19 han modificado y en qué medida el tratamiento de los pacientes con carcinoma de mama. Evaluando a la vez la exposición y eventual contagio de la infección por COVID-19. Teniendo en cuenta que la información obtenida se recabó de las historias clínicas de cada centro, no consideramos necesario contar con consentimiento informado. Asimismo, los resultados del presente estudio no afectarán bajo ninguna circunstancia el diagnóstico y/o tratamiento de las pacientes evaluadas.

Todos los datos del estudio serán tratados con máxima confidencialidad de manera anónima, con acceso restringido solo para el personal autorizado a los fines del estudio de acuerdo con las normativa legal vigente Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 Ley de Habeas data.

RESULTADOS

1. Epidemiología y características tumorales.

Durante el periodo estudiado, se obtuvieron encuestas sobre el tratamiento de 741 pacientes cuya edad promedio fue de 53 años (26-93 años). De ellas, 66% eran postmenopáusicas, el resto premenopáusicas. En relación al estadio de la enfermedad al diagnóstico según el TNM, la mayoría de las pacientes (50%) eran estadio 1. Del resto, 4,5% de las pacientes correspondían a lesiones in situ, 32% estadio 2, 12,5% estadio 3 y por último 1% presentaban enfermedad a distancia. Cuando analizamos los datos según la inmunohistoquímica tumoral, el 75% de los tumores eran luminales. De ellos el 40% de las pacientes eran Luminales A, y el 35% restante Luminales B. Del total de las pacientes, 15% presentaban sobreexpresión del oncogén Her 2 neu y un 10% fueron categorizados como tumores triple negativo.

2. Impacto del COVID-19 en las Unidades de Mastología de la Argentina.

Durante la indicación del tratamiento, el 94% de los pacientes fue atendido en un contexto sanitario en el cual, si bien presentaban casos confirmados de Covid en los centros de atención, contaban con disponibilidad de camas tanto en salas generales como en unidades de cuidado crítico. Sólo un 3% (24 pacientes) de los casos fue atendido en centros con sistemas saturados por asistencia Covid en sus unidades cerradas. El 3% restante fue asistido en centros sin atención a pacientes Covid.

3. Adecuación de la asistencia sanitaria al COVID-19

3.1. SARS-COV2 screening

En el 44% de las pacientes se realizó rutinariamente RT-PCR COVID19 prequirúrgica. El 56% restante no lo tenía disponible o sólo se realizaba ante una eventual sospecha clínica.

3.2. Equipos de protección personal en la asistencia sanitaria

En el 65% de las encuestas refieren haber adaptado el mismo durante la asistencia a sus pacientes incorporando mascarillas N95, antiparras e incluso máscaras faciales en los procedimientos. En un 20% de los casos, aguardando el resultado de la RT-PCR utilizaban la protección habitual al obtener una prueba negativa. El resto agrupa casos en los cuales no disponía de los insumos necesarios para realizar los hisopados prequirúrgicos adaptando las protecciones a los cuidados estándar o eran pacientes que iniciaban el tratamiento de manera no quirúrgica.

4. Elección del tratamiento primario.

Gráfico 1. Tratamiento primario en contexto habitual

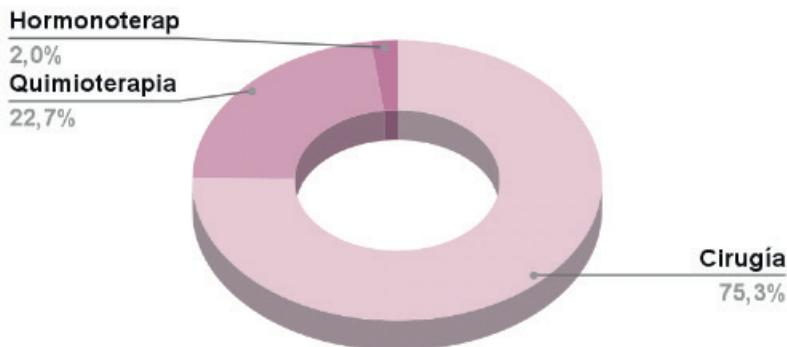
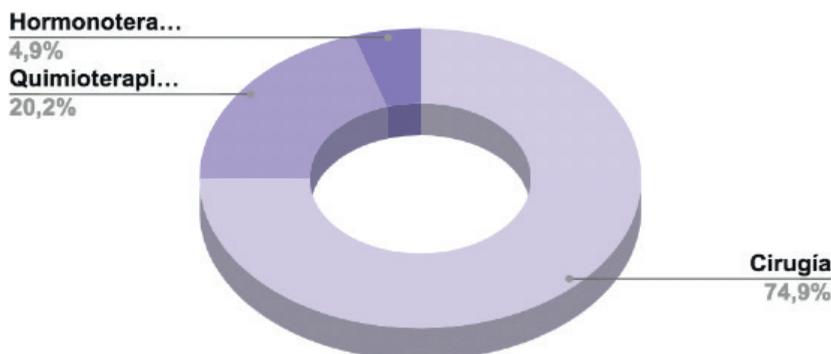


Gráfico 2. Tratamiento primario situación COVID



En los gráficos 1 y 2 se puede visualizar tratamiento instaurado de inicio en contexto Covid, en comparación con el tratamiento estándar. 555 pacientes realizaron tratamiento quirúrgico primario programado (75%), 150 pacientes realizaron quimioterapia neoadyuvante (20%) y 36 de ellas hormonoterapia como tratamiento primario (5%). En comparación con un hipotético escenario standard, en el que las pacientes candidatas a cirugía primaria hubiesen sido similares (n:557, 76%), se evidencia una mayor diferencia en relación a los tratamientos sistémicos de inicio: quimioterapia 168 pacientes (23%) y hormonoterapia 15 pacientes (2%).

4.1. Impacto en la Indicación quirúrgica

Dentro de los tratamientos quirúrgicos realizados, se describen 440 cirugías conservadoras de la mama (75%) incluyendo cirugías oncológicas. Se realizaron 148 mastectomías (25%), de las cuales 58 fueron con reconstrucción protésica (MRP-tanto expansor como prótesis directa), 2 pacientes se reconstruyeron con tejido autólogo (MRA) y 88 de ellas no realizaron procedimiento reconstructivo alguno (MSR). En relación al tratamiento que hubiese sido estándar, cirugías conservadoras y mastectomías se mantienen en similar proporción (76% y 24% respectivamente). Pero en relación a los distintos tipos de mastectomías los resultados son disímiles: se hubiesen indicado 60 MRP, 3 MRA y 69 MSR. Vemos entonces como en el contexto Covid, 60% de las pacientes que realizaron mastectomías no fueron reconstruidas en comparación con un 50% en condiciones estándar.

4.2. Impacto en la Indicación de Radioterapia

Al evaluar los tratamientos radiantes adyuvantes realizados no se obtuvieron diferencias significativas. Escenario actual Covid: 493 pacientes realizaron RT posterior a cirugía conservadora (66,5%), 91 pacientes RT post mastectomía (12,3%) y el restante 21,2% no realizó RT. Antes de la pandemia: 502 pacientes hubiesen realizado RT post cirugía conservadora (67,7%), 91 pacientes RT post mastectomías (12,3%) y 148 pacientes no hubieran tenido indicación de RT (20%).

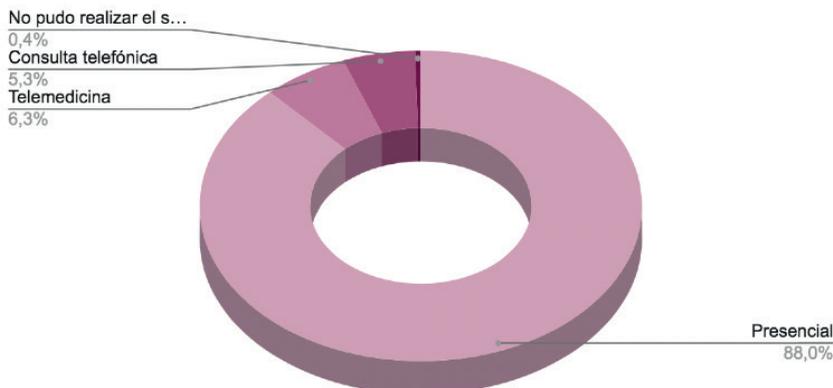
4.3. Impacto en el tratamiento sistémico con quimioterapia.

En relación a las pacientes con indicación de quimioterapia neo/adyuvante, a 371 pacientes no se les indicó (50%) porque no se consideró según los factores clínico patológicos tradicionales. En 1 caso la paciente se negó a realizar tratamiento. Recibieron QT en esquema estándar 259 pacientes (34%), 94 pacientes her2neu positivas realizaron tratamiento con QT + tratamiento anti her (13%), 6 pacientes realizaron únicamente tratamiento antiher (1%) y 7 pacientes ajustaron su tratamiento según la solicitud de una plataforma genómica (1%). Antes del COVID-19, las encuestas arrojaron resultados similares con un sutil aumento en las pacientes a las que se les había indicado quimioterapia. A saber: 49,5% sin indicación de QT, 37% QT estándar, 12,6% tratamiento QT+antiher, 0,9% sólo tratamiento con anticuerpos monoclonales.

4.4 Impacto en el tratamiento sistémico con hormonoterapia.

La indicación de hormonoterapia en ambos escenarios tampoco mostró diferencias sustanciales. Covid: 312 pacientes Anastrozol (42%), Tamoxifeno 247 (33%), Hormonoterapia con supresión de función ovárica 38 pacientes (5%), 0,5% realizaron esquema de metastásicas y el resto no presentaba indicación par hormonoterapia (19,5%). Antes del Covid se evidencian prácticamente los mismos resultados.

Gráfico 3. Seguimiento.



5. Seguimiento posterior a instauración del tratamiento.

En el gráfico 3 se detalla la modalidad de atención médica brindada una vez instaurado en tratamiento.

6. Infección por COVID-19

De todas las pacientes que recibieron tratamiento, 699 pacientes (98%) transcurrieron su postoperatorio sin presentar síntomas compatibles con Covid. 25 pacientes (3,4%) presentaron síntomas respiratorios inespecíficos, realizando vigilancia desde el domicilio, 6 pacientes (0,8%) debieron hospitalizarse para manejo general de cuadros leves confirmados de Covid, y se registró un único caso de contagio y muerte por enfermedad.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo recolectó información proveniente de distintas Unidades de Mastología de la Argentina en el periodo inicial de la pandemia con el objetivo de documentar el impacto de la misma en el tratamiento del carcinoma de mama. La mayoría de los participantes del trabajo que completaron las encuestas son mastólogos que se desempeñan en centros hospitalarios de mediana y alta complejidad, con amplia casuística en el tratamiento del carcinoma mamario, siendo Unidades de Mastología acreditadas a nivel nacional.

La disparidad en los resultados no obstante, se debe a que las medidas adoptadas variaron sustancialmente entre los distintos centros según sus posibilidades de asistencia, disponibilidad de insumos y fundamentalmente el desconocimiento sobre el manejo de los pacientes oncológicos en el contexto de una pandemia. Toda la evidencia obtenida al principio provenía principalmente de paneles de opinión de expertos, cuyas recomendaciones generaban incertidumbre sobre su aplicabilidad en el novedoso COVID19 (Joseph et al., 2020). Luego se fue ampliando la evidencia a partir de trabajos que muestran la experiencia de distintos centros en el tratamiento de sus pacientes, evidenciando principalmente los cambios de conducta y la adaptación de la práctica médica al escenario actual (Gasparri et al., 2020). Sin embargo la dicotomía entre tratar a la paciente oncológica exponiéndose a un posible contagio del COVID19 versus demorar o modificar los tratamientos en pos de evitar la exposición al virus resultó la preocupación principal de todos los equipos tratantes, y sobre ello nos centramos.

Numerosas Sociedades médicas consideran la patología oncológica de alta prioridad a la hora de brindar asistencia médica (Facs.org).

La gran mayoría de las Unidades de Mastología involucradas en el trabajo pudo mantener su actividad asistencial adaptando la práctica médica al nuevo contexto pandémico. En el 83% de los casos, las pacientes fueron atendidas en los centros de referencia contando con disponibilidad para tratamientos oncológicos y eventualmente postoperatorios o instancias de internación posterior en unidades críticas. El 10% tuvo que brindar asistencia en contextos de saturación del sistema de salud, sin disponer de unidades críticas. El resto realizó la actividad de manera habitual al no recibir pacientes COVID19 en los centros.

Para prevenir el contagio por COVID19 durante el tratamiento oncológico, las distintas Unidades de Mastología implementaron las medidas disponibles que cada una pudo tener al alcance. Zonas asistenciales libres de Covid, equipos personales de protección para el personal médico e hisopados prequirúrgicos son las principales estrategias que se mencionan en las distintas publicaciones (Gasparri et al., 2020). En nuestra casuística, el 44% de los pacientes se realizó rutinariamente RT-PCR COVID19 como medida pre quirúrgica. En el restante 56% no se encontraba disponible de manera rutinaria y sólo se realizaba ante una eventual sospecha clínica. En relación a los equipos de protección personal utilizados por los profesionales tratantes, el 65% de las encuestas mencionan haber adaptado el mismo durante la asistencia a sus pacientes incorporando mascarillas N95, antiparras e incluso máscaras faciales en los procedimientos. En un 20% de los casos, aguardando el resultado de la RT-PCR utilizaban la protección habitual al obtener una prueba negativa. El resto agrupa casos en los cuales no disponía de los insumos necesarios para realizar los hisopados prequirúrgicos adaptando las protecciones a los cuidados estándar o eran pacientes que iniciaban el tratamiento de manera no quirúrgica.

En relación a los tratamientos instaurados, tanto las pacientes candidatas a cirugía como a radioterapia adyuvante mantuvieron su indicación en comparación con un escenario hipotético previo a la pandemia. Sin embargo, se observó una disminución en la indicación de los tratamientos con quimioterapia neoadyuvante que se redujo del 23 al 20%. Como contrapartida se evidenció un aumento mayor al doble en la indicación de hormonoterapia como tratamiento primario, pasando del 2 al 5%. Esto es concordante con cambios de conducta referidos en la bibliografía (Gasparri et al., 2020), atribuibles en gran medida a evitar el riesgo de una infección más severa en caso de contraer COVID19 durante la inmunosupresión generada por el tratamiento quimioterápico. Interpretando la cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia como un riesgo menor a la hora de indicarlos.

Si bien la elección del tratamiento quirúrgico como tratamiento primario de inicio no se modificó, en las encuestas se pudo evidenciar un ligero cambio de conducta en relación al tipo de cirugía programada. Publicaciones refieren incluso un aumento en mastectomías por sobre las cirugías conservadoras, incluso sin dar opción a reconstrucción mamaria (Romics et al., 2021). El tipo de cirugía óptima depende de múltiples variables, a saber: extensión de la enfermedad, antecedentes heredofamiliares, comorbilidades, miedos y deseo de una cirugía por sobre la otra de cada paciente en particular. En nuestro trabajo, el escenario COVID-19 se agrega como una variable más en la toma de decisiones sobre la planificación quirúrgica y está descrito en la bibliografía como tanto médicos como pacientes optan por cirugías más cortas con menos riesgo postquirúrgico de complicaciones y hospitalizaciones, incluso si eso conlleva un peor resultado cosmético o la decisión de no realizar una reconstrucción mamaria (2020). En nuestra encuesta vemos un aumento en las mastectomías por sobre las cirugías conservadoras (evitando así la radioterapia) y una disminución en las reconstrucciones tanto protésicas como con tejido autólogo, aumentando así las mastectomías simples. Suponemos que esto traerá aparejado un mayor número de reconstrucciones diferidas, por lo que el trabajo multidisciplinario en comunicación fluida con los equipos de cirugía plástica es fundamental (Pace et al., 2020). El seguimiento de estas pacientes nos brindará mayor información en un futuro.

Por otra parte, en distintos trabajos se menciona un mayor uso de plataformas genómicas durante esta etapa para evitar la indicación de quimioterapia. Entre ellos Gasparri et al (2020), señala un aumento del 18,8% en la indicación de las mismas. En Argentina, las plataformas genómicas no suelen tener cobertura por parte de los prestadores de salud. La realización de las mismas queda supeditada casi en su totalidad a la autorización de la práctica por parte de la medicina privada o de las obras sociales a las cuales la paciente se encuentre afiliada (principalmente tumores luminales B con axila negativa). En el caso de no contar con la autorización para el estudio, o de realizar tratamiento en el ámbito de la salud pública, la posibilidad de realizar el estudio dependerá exclusivamente de la capacidad económica de cada paciente para costear el estudio. En nuestro trabajo, se describen sólo 7 de las 714 pacientes que realizaron alguna plataforma genómica para definir la adyuvancia.

Con respecto a la Radioterapia, vemos como en nuestro trabajo la indicación se mantuvo similar a una situación previa al COVID19.

Se describe un aumento no significativo (20 a 21%) de pacientes en las que se omitió el tratamiento radiante. Un dato no indagado pero que puede ser de relevancia es la modalidad y fraccionamiento de Radioterapia indicada. Si bien se considera una práctica segura y ya instaurada a nivel global el hipofraccionamiento en una amplia proporción de carcinomas de la mama, en muchos centros asistenciales de nuestro país se siguen realizando tratamientos radiantes estándar como práctica habitual. Probablemente el deseo de disminuir la cantidad de visitas de los pacientes a los centros de salud evitando mayores exposiciones innecesarias, en muchos casos haya definido los tratamientos hacia esquemas hipofraccionados y se planteen incluso implementar ultrahipofraccionamientos.

Por último, pero no menos importante, se analizó en el trabajo la incidencia de infección por COVID-19 dentro del primer mes de tratamiento. Se tomó este corte temporal en el seguimiento suponiendo un aumento del riesgo de contagio a partir de un mayor número de visitas al centro sanitario para recibir asistencia. De las pacientes que realizaron tratamiento en esta etapa, un 3% tuvo síntomas leves vinculables al COVID-19 que se siguieron de manera ambulatoria sin confirmación diagnóstica. Se describe un 0,6% que tuvo diagnóstico de COVID-19 y cursó internación hospitalaria para soporte básico. Una única paciente requirió cuidados en unidad cerrada, falleciendo finalmente por la enfermedad. Considerando el número total de pacientes tratadas y la alta prevalencia de contagios, internaciones y muertes por COVID-19 al principio de la pandemia (momento en el cual no había aún vacunación disponible), no se evidencia un aumento sustancial de casos con respecto a la casuística nacional en esa etapa del Ministerio de Salud de la Nación (Website, no date).

Destacamos de nuestro trabajo la gran colaboración realizada de manera multicéntrica entre las distintas Unidades de Mastología pese a la situación sanitaria y las limitaciones propias de cada centro. Todos completaron las encuestas dentro del tiempo previsto aportando un número considerable de pacientes. A nivel nacional, es la primera encuesta multicéntrica que buscó analizar los cambios de conducta y el impacto del COVID-19 en el tratamiento multidisciplinario del carcinoma de mama durante la pandemia.

CONCLUSIÓN

En nuestra población, el uso de la plataforma genómica Oncotype DX® y el Recurrence Score, resultó clínicamente significativa en relación al cambio de conducta de los tratamientos instaurados, resultando así un factor decisivo en la indicación de la adyuvancia en pacientes con receptores hormonales positivos y her2neu negativo. Si bien puede mencionarse un sesgo de selección a la hora de solicitar el estudio, esto se debe fundamentalmente a una limitante económica por falta de cobertura por las prepagas o posibilidad económica privada. Pese a esto, consideramos que el RS es una herramienta valiosa y en muchos casos deseable para poder ajustar y personalizar los tratamientos de nuestras pacientes, evitando en algunos casos una exposición innecesaria a efectos adversos de los tratamientos citotóxicos, como así también identificando a aquellas pacientes que con mayor certeza puedan obtener un beneficio con el tratamiento en términos de sobrevida.

ANEXO 1. UNIDADES DE MASTOLOGÍA PARTICIPANTES

Hospital Italiano de BA central y SJ	001
Hospital Fernández	002
Instituto Cemic	003
Istituto Roffo	004
Hospital Posadas	005
Hospital Perrupato Mendoza	006
Hospital Español de Bs As	007
Hospital Santojanni	008
CEMAFE, Santa Fe	009
Hospital Penna	010
Hospital Italiano de La Plata	011
Sanatorio Allende de Córdoba	012

REFERENCIAS

- Al-Shamsi, H.O. et al. (2020) 'A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An International Collaborative Group', *The Oncologist*, pp. e936–e945. doi:10.1634/theoncologist.2020-0213.
- de Azambuja, E. et al. (2020) 'Impact of solid cancer on in-hospital mortality overall and among different subgroups of patients with COVID-19: a nationwide, population-based analysis', *ESMO open*, 5(5), p. e000947.
- Curigliano, G. et al. (2020) 'Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic', *Breast*, 52, pp. 8–16.
- Gasparri, M.L. et al. (2020) 'Changes in breast cancer management during the Corona Virus Disease 19 pandemic: An international survey of the European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST)', *Breast*, 52, pp. 110–115.
- Joseph, A.O. et al. (2020) 'Coronavirus outbreak: Reorganising the breast unit during a pandemic', *European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 46(6), pp. 1176–1177.
- Karamitrousis, E., Lontos, M. and Tsoukalas, N. (2020) 'Cancer Patients and Oncology Clinical Practice in COVID-19 Pandemic', *Forum of Clinical Oncology*, pp. 1–2. doi:10.2478/fco-2019-0019.
- Kawate, T. et al. (2021) 'Recommendations for the management of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic from the Japan Breast Cancer Society', *Breast Cancer*, pp. 247–253. doi:10.1007/s12282-020-01214-9.
- Kuderer, N.M. et al. (2020) 'Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study', *The Lancet*, 395(10241), pp. 1907–1918. Soc. Arg. Mastología. Available at: <https://www.samas.org.ar/images/SAM-INFO-COVID-19.pdf> (Accessed: 12 March 2022).
- Facs.org Available at: COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care (Accessed: 12 March 2022).
- Pace, B.D. et al. (2020) 'Breast reconstruction and the COVID-19 pandemic: A viewpoint', *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, pp. 1357–1404. doi:10.1016/j.bjps.2020.05.033.
- Romics, L. et al. (2021) 'A prospective cohort study of the safety of breast cancer surgery during COVID-19 pandemic in the West of Scotland', *Breast*, 55, pp. 1–6.
- Smith, B.L. et al. (2020) 'A system for risk stratification and prioritization of breast cancer surgeries delayed by the COVID-19 pandemic: preparing for re-entry', *Breast Cancer Research and Treatment*, pp. 515–524. doi:10.1007/s10549-020-05792-2.
- Website (no date). Available at: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/.pdf>.

DEBATE

Dr. Cassab: Te quería preguntar, porque vi que había algunos casos de carcinoma in situ, si la primera recomendación que vino en las Guías Españolas, que fueron las primeras, en donde indicaban que había que hacer tratamiento hormonal y postergar la cirugía ¿Eso se realizó?

Dra. Valerio: No se hizo más en esas pacientes puntuales. De hecho nosotros no las terminamos excluyendo, pero habíamos aclarado que era para tumores que fueran invasores. Los terminamos incluyendo porque no era un número despreciable, pero la modificación fue la misma. Las que tenían indicación quirúrgica hicieron su cirugía conservadora y las que se las consideraba de bajo riesgo y no querían exponerse al tratamiento quirúrgico se les propuso la hormonoterapia, dentro de esa duplicación de las indicaciones.

Dr. Cassab: Otra de las cosas que vi es que hubo una igualdad en cuanto a estadio, con respecto a otras épocas “no COVID”, pero yo creo que es porque es el poco tiempo, es la primera parte. En la primera parte no tenemos un cambio de estadio. Esto fue tomado en la época del aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Dra. Valerio: Exacto, fue al principio.

Dr. Cassab: Esto no se continuó, no vieron que pasó en el 2021 y a comienzos del 2022.

Dra. Valerio: Lo que nos planteamos es en algún momento volver a hacer una tercera encuesta en la cual pudiéramos ver la evolución de esas pacientes. Pero para eso habría que tener un grupo control. Eso será a futuro.

Dr. Cassab: Nosotros sí notamos que después del año, donde no se hacían los controles, encontramos casos un poquito más avanzados que llegaban al hospital.

Dra. Calvo: Agregó a lo que dijo la Dra. Valerio recién, que tenemos un trabajo que ya está presentado de la Dra. Taboada que terminó este año, el Metropolitano, que justamente lo que evalúa es eso, los tres periodos, antes, durante y después del COVID, para evaluar cómo fue el impacto de hacer o no hacer la mamografía y el tamizaje en ese tiempo, si eso pudo determinar un impacto sobre el pronóstico de las pacientes. Por supuesto, es un seguimiento corto, hay que ver qué pasa más adelante.

Dra. Valerio: Claro, pero ese trabajo es de pacientes seleccionadas del hospital, no es multicéntrico.

Dra. Calvo: Sí, no es la respuesta exacta a su pregunta, pero apunta a investigar eso.

Dr. Cassab: Muchas gracias a todos, terminamos la última sesión del año y los esperamos el próximo, felices fiestas y buen comienzo de año para todos.