

also provides an adequate visualization of the defect in the preoperative surgical evaluation and in the careful planning of the repair. This offers the advantage that intraoperative errors can be rectified in the preoperative period without having to resolve them during surgery.

The prosthesis in our patient was fitted exactly and symmetrically to the patient's ribcage and no additional fixation maneuvers were necessary. It also matched the shape and contour of the patient's chest wall and provided a strong but flexible structural support, with excellent esthetic results, achieving a normal appearance and allowing maximum postoperative movement capacity. The patient tolerated the procedure well and his symptoms improved significantly in the immediate postoperative period.

In this way, the prosthesis used represents a novel design that safely protects the underlying organs, with an excellent esthetic result, which confirms the high standard and remarkable qualities of this type of prosthesis for complex reconstructions of the chest wall. According to Moradiellos et al.,⁶ the manufacturing cost is the main disadvantage in this type of surgery.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Conflict of interest

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

REFERENCES

1. Mansour KA, Thourani VH, Losken A, et al. Chest wall resections and reconstruction: a 25-year experience. *Ann Thorac Surg.* 2002;73:1720-1725.
2. Kamel M, Port J, Altorki NK. Sternal resections: new materials for reconstruction. *Curr Surg Rep.* 2015;3:16.
3. Seder CW, Rocco G. Chest wall reconstruction after extended resection. *J Thorac Dis.* 2016;8:863-871.
4. Aranda JL, Jiménez MF, Rodríguez M, et al. Tridimensional titanium-printed custom-made prosthesis for sternocostal reconstruction. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2015;48:92-94.
5. Kamel MK, Cheng A, Vaughan B, et al. Sternal reconstruction using customized 3D-printed titanium implants. *Ann Thorac Surg.* 2020;109:411-414.
6. Moradiellos J, Amor S, Córdoba M, Rocco G, Vidal M, Varela A. Functional chest wall reconstruction with a biomechanical three-dimensionally printed implant. *Ann Thorac Surg.* 2017;103:389-391.

Mario Eduardo Francisco Bustos^{a*}, Manuel España^a[1_TD\$DIFF], Siri Juan^b, Ignacio Sastre^a

^aDepartment of Thoracic Surgery, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba 5000, Argentina

^bDepartment of Anesthesiology, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba 5000, Argentina

*Corresponding author.

E-mail address: marioefb@gmail.com (M.E.F. Bustos).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.11.022>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Efectos a corto plazo de un brote inicial de COVID-19 en la atención del cáncer de mama

Short term effects of an initial COVID-19 outbreak on breast cancer care. A brief report



La atención sanitaria del cáncer de mama (CM) en España se basa en el sistema público asistencial, que ofrece programas de cribado poblacional y gestiona unidades de patología mamaria. A mediados de marzo del 2020, la pandemia COVID-19 estaba extendida en Cataluña y el gobierno decretó un confinamiento completo¹. En ese momento, la mayoría de los hospitales públicos y centros de atención primaria ya priorizaban los pacientes COVID-19, relegando inevitablemente gran parte del resto de atención sanitaria². En este contexto se detuvo nuestro programa de cribado desde el 16 de marzo hasta el 18 de mayo.

Nos propusimos analizar el impacto de esa primera ola pandémica del COVID-19 sobre la atención a pacientes con un diagnóstico nuevo o reciente (en curso de tratamiento) de CM. La primera ola fue una situación más «pura» al compararla con los brotes subsiguientes con menores carencias asistenciales.

El estudio abarca dos hospitales universitarios públicos de Terrassa (Barcelona) con una población atendida de unos 400.000 habitantes. El programa de cribado compartido por ambos centros se instauró en el 2000 y se desarrolló sin incidencias hasta marzo de 2020. En los últimos cinco años se

constató una tasa estable de nuevos diagnósticos de CM, con una media de 350 casos por año.

Los pacientes se seleccionaron a partir de las actas de los comités de mama y de las bases de datos de anatomía patológica (core-biopsias positivas para CM). En el período de estudio (desde el 15 de marzo hasta el 30 de septiembre de 2020) se incluyeron a las pacientes que cumplían alguna de las siguientes condiciones: primera visita ambulatoria con diagnóstico nuevo de CM, procedimiento quirúrgico primario de CM, procedimiento quirúrgico de CM post-neoadyuvancia o inicio de tratamiento neoadyuvante. Se excluyeron las pacientes de CM con diagnóstico o tratamiento fuera del período de estudio, así como pacientes con CM en estadio IV al diagnóstico.

Se seleccionó ese período de estudio concreto para ajustarnos a la primera ola de COVID-19 y antes del inicio del segundo brote, en octubre de 2020. De esa manera, los cambios significativos observados en las pacientes al comparar con el grupo control, deberían reflejar los efectos agudos, a corto plazo, del primer brote pandémico.

Se compararon los resultados de las variables del grupo de estudio con los del grupo control (desde el 15 de marzo hasta el 30 de septiembre de 2019).

Se registraron 104 pacientes en el grupo de estudio (2020) y 171 pacientes en el grupo control (2019), indicando una reducción del 39,2% en la actividad asistencial durante la primera ola pandémica. Con respecto a los casos de nuevo diagnóstico de CM, las cifras fueron 73 y 127 pacientes, respectivamente, indicando una reducción de 41,7%. La tasa

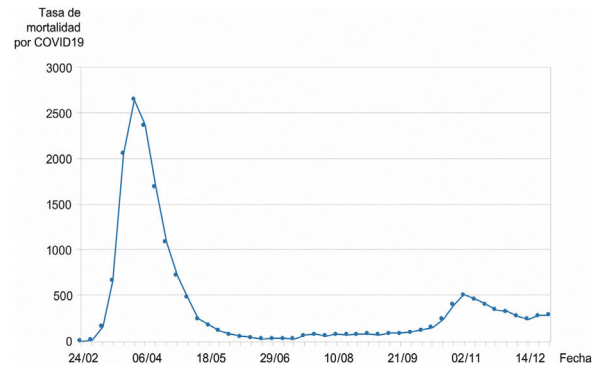


Figura 1 – Tasa de mortalidad semanal por COVID-19 en Cataluña (marzo a diciembre 2020).

de disminución en la actividad asistencial del CM en el período de estudio (2020) fue más marcada durante las primeras ocho semanas, para mejorar y estabilizarse posteriormente hacia la semana 28, aunque todavía sin una recuperación real (fig. 1).

La tabla 1 muestra los resultados de las variables más relevantes en los grupos de estudio y control.

La ominosa pandemia COVID-19 ha marcado profundamente múltiples aspectos de la atención sanitaria. Por su alta prevalencia resulta especialmente preocupante su impacto social³. El diagnóstico precoz del CM y la mayor concienciación de la población han mejorado el pronóstico en los

Tabla 1 – Diferencias en las características del cáncer de mama entre el grupo de estudio y el grupo control

	Grupo control-2019 n = 171	Grupo estudio 2020 n = 104	p
Edad – media ± DE	58 ± 13	60 ± 14	0,486
Antecedentes familiares cáncer de mama de primer grado: sí/no	30/85	81/73	0,001
Registro: Primera visita	127	73	0,343
Cirugía	15	11	
Cirugía post-QT	23	16	
QT primaria	5	4	
Diagnóstico: CM Clínico	124	78	0,380
Programa cribado	47	26	
Diagnóstico core-biopsia:			0,022
DCIS	27	7	
Carcinoma infiltrante	144	95	
Estadio T: T1	74	43	0,384
T2	67	41	
T3	10	10	
Estadio ganglionar preoperatorio:			0,217
Negativo	86	59	
Positivo	67	36	
Estadio clínico: 0	26	7	0,842
I	58	35	
IIA	48	30	
IIB	23	15	
III	10	14	
Fenotipo: Luminal A	64	25	0,061
Luminal B	64	41	
Her2 +	13	15	
Triple negativo	19	15	
Procedimiento quirúrgico:			0,416
Mastectomía	43	21	
Conservador	128	70	

CM = cáncer de mama; QT = quimioterapia; DCIS = carcinoma ductal in situ; DE = desviación estándar; Her2 = receptor-2 del factor de crecimiento epidérmico humano.

últimos años, con una tasa actual de supervivencia a cinco años de alrededor del 84% en nuestro entorno⁴. Esta mejora en el pronóstico del CM se ha logrado implementando una importante serie de recursos durante décadas, como los programas de cribado poblacionales, la optimización de la mamografía y ecografía mamaria, la resonancia magnética, la core-biopsia, los procedimientos quirúrgicos conservadores, la radioterapia y los tratamientos sistémicos. Gran parte de estos logros se pusieron en riesgo durante el primer brote de COVID-19. De entrada, es posible que algunas pacientes con un nuevo cáncer de mama no consultaran por temor a los centros sanitarios como foco de contagio⁵. Los resultados del presente estudio apuntan a una caída del 39% en la actividad asistencial del cáncer de mama y del 42% en el diagnóstico de nuevos casos. Las escasas diferencias entre sujetos de estudio y controles no muestran, como quizás podría sospecharse, un estadio más avanzado de la enfermedad en las pacientes atendidas durante la primera ola COVID-19 ni en los meses posteriores. La reducción en la tasa de CM en el período de estudio parece claramente relacionada con la interrupción del programa de cribado. Más difícil es explicar la mayor tasa de antecedentes familiares de CM entre las pacientes de estudio. Quizás tener familiares de primer grado con esta patología fue un estímulo para buscar asistencia médica. Al analizar las pacientes que consultaron durante el primer brote de COVID-19, no observamos un retraso de diagnóstico ni tratamiento, ni otros aspectos en el corto plazo. No obstante, causa cierta perplejidad y preocupación la falta de información con respecto a las pacientes «perdidas» durante ese período, hasta finales de mayo de 2020, y todavía sin recuperar a finales de septiembre de 2020, justo antes de la segunda ola.

BIBLIOGRAFÍA

1. Official statistics of Catalonia. Incidència setmanal COVID-19. Institut d'Estadística de Catalunya. [consultado 16 May 2021]. Disponible en: <https://www.idescat.cat>
2. Curigliano G, Cardoso MJ, Poortmans P, Gentilini O, Pravettoni G, Mazzocco K, et al. Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during

the COVID-19 pandemic. *Breast*. 2020;52:8–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.006>.

3. Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sánchez MJ. Implications of the COVID-19 pandemic for cancer in Spain. *Med Clin (Engl Ed)*. 2020;155:263–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2020.04.018>.
4. Izquierdo A, Gispert R, Saladie F, Espinàs JA. Analysis of cancer incidence, survival and mortality according to the main tumoral localizations, 1985–2019: Breast cancer. *Med Clin (Barc)*. 2008;131 Suppl 1:50–2. [http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753\(08\)76433-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(08)76433-9).
5. Li J, Wang H, Geng C, Liu Z, Lin Y, Nie J, et al. Suboptimal declines and delays in early breast cancer treatment after COVID-19 quarantine restrictions in China: A national survey of 8397 patients in the first quarter of 2020. *EclinicalMedicine*. 2020;26:100503. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100503>.

Israel Barco Nebreda ^{a*}, Antonio García-Fernández ^a, Lidia Menchen Palau ^b, Nuria Giménez Gómez ^{cd} y Manel Fraile López-Amor ^e

^aUnidad de Mama, Departamento de Ginecología, Hospital Universitario Mutua Terrassa, Universidad de Barcelona, Terrassa, España

^bUnidad de Mama, Departamento de Ginecología, Hospital de Terrassa, Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa, España

^cHospital Sant Jaume de Calella, Laboratori de Referència de Catalunya i Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Calella, España

^dLaboratorio de Toxicología, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España

^eDepartamento de Medicina Nuclear, Hospital Universitario MútuaTerrassa, Universidad de Barcelona, Terrassa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ibarco@mutuaterrassa.es

(I. Barco Nebreda).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.10.017>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Adenocarcinoma sobre glándula de tipo mamario perianal

Mammary-like glandule perianal adenocarcinoma



Las glándulas de tipo mamario (mammary-like glandule [MLG]), están presentes en la piel de la región anogenital de mujeres y hombres. Al igual que el tejido mamario normal, poseen potencial de degeneración y malignización, y aunque con una presentación muy infrecuente, se han

descrito neoplasias en esta localización. Por su baja incidencia y su distribución anómala, son neoplasias que suponen un reto diagnóstico siendo, normalmente, un hallazgo casual y cuyo manejo no está ampliamente definido ni sistematizado.