



ORIGINAL

Experiencia de la cirugía del cáncer de mama durante la pandemia de COVID-19



Nuria Estellés Vidagany*, Marta Córcoles Córcoles, M. Rosario Martínez García, Elías Martínez López, Gonzalo Garrigós Ortega y M. Dolores Escudero de Fez

Unidad de Mama, Servicio de Cirugía General, Hospital Doctor Peset, Valencia, España

Recibido el 14 de junio de 2021; aceptado el 9 de julio de 2021
Disponible en Internet el 17 de julio de 2021

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
COVID-19;
Tratamiento
quirúrgico;
Cirugía ambulatoria

Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha tenido un importante impacto en todos los ámbitos; uno de los más afectados ha sido la sanidad. La pandemia ha supuesto una reorganización de los recursos tanto humanos como materiales, dada la saturación del sistema sanitario. Como especialistas en el cáncer de mama hemos tenido que adaptarnos a esta situación, reorganizando y ajustando los cuidados a los medios profesionales e infraestructuras de los que disponíamos en cada momento. La incidencia variable a lo largo del año ha permitido desarrollar una actividad normalizada en algunas ocasiones. Nos proponemos describir nuestra experiencia en la cirugía del cáncer de mama durante este año de pandemia de COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidas de neoplasia de mama desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 14 de marzo de 2021.

Resultados: Se han intervenido 138 neoplasias de mama en 136 mujeres.

La edad media fue de 62 años (36-88). Hubo 86 pacientes (63,2%) en régimen de cirugía mayor ambulatoria y 50 pacientes (36,8%) con ingreso. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la visita en consultas externas fue de 5,7 días y el tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento de 45 días.

Conclusiones: Durante este año de pandemia de COVID-19 hemos podido asegurar la asistencia y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama con adecuados intervalos entre el diagnóstico y el tratamiento. A este proceso ha contribuido la implementación previa de la cirugía mayor ambulatoria en el cáncer de mama.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estelles.vidagany.nuria@gmail.com (N. Estellés Vidagany).

KEYWORDS

Breast cancer;
COVID-19;
Surgical treatment;
Ambulatory surgery

Experience of breast cancer surgery during the COVID-19 pandemic

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has had an important impact in all areas; health service has been one of the most affected. The pandemic has led to a reorganization of human and material resources and has caused a saturation of the health service. As specialists in breast cancer, we have adapted to this situation by reorganizing and adapting care to the professional environments and infrastructures that were available when necessary. The incidence has varied during 2020 and it has made possible to normalize the work on some occasions. We would like to describe our experience in breast cancer surgery during this COVID-19 pandemic year.

Material and methods: Retrospective observational study of patients operated on breast cancer from 14th March 2020 to 14th March 2021.

Result: A number of 138 breast cancer have been operated on 136 women. The average age is 62 years (36-8); there were 86 patients operated on major ambulatory surgery regimen (63.2%) and 50 patients (36.8%) were hospitalized. The average time from diagnosis to outpatient visit was 5.7 days and the average time from diagnosis to the beginning of the treatment of 45 days.

Conclusions: During this COVID-19 pandemic year, we have been able to ensure the care and treatment of women with breast cancer with adequate time intervals between diagnosis and treatment. This process has also been favored by the prior establishment of major ambulatory surgery in our medical center.

© 2021 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A finales de 2019 se detectaron los primeros casos de enfermedad respiratoria causada por un coronavirus emergente, al que se denominó SARS-CoV-2 y a la enfermedad que causaba, COVID-19.

La Organización Mundial de la Salud declaró como pandemia la COVID-19 el 11 de marzo de 2020. Los datos iniciales de lo que ocurría en China mostraban que cerca del 10% de los pacientes con la enfermedad requerían cuidados en unidades intensivas y que los hospitales tenían que realizar un gran esfuerzo organizativo para atender a todos los pacientes hospitalizados.

Bien es sabido el impacto que ha tenido esta enfermedad en todos los ámbitos, con la sanidad como uno de los principales afectados. La pandemia por COVID-19 provocó una saturación del sistema sanitario que ha supuesto un cambio en la asistencia sanitaria, con reorganización de los recursos tanto humanos como materiales. Como consecuencia se han reestablecido las prioridades de asistencia sanitaria, con interrupción de los cuidados médicos rutinarios, incluyendo los de los pacientes oncológicos, población especialmente vulnerable.

En nuestro caso, como especialistas en cáncer de mama, hemos tenido que adaptarnos a esta nueva situación, reorganizando y ajustando los cuidados a los medios profesionales e infraestructuras que han estado a nuestro alcance en cada momento de la pandemia, con la intención de que estas pacientes no viesen comprometida su asistencia.

En la Comunidad Valenciana se pueden diferenciar 3 picos de mayor incidencia, el más importante el producido en enero de 2021.

El primer pico tuvo lugar desde la declaración del estado de alarma en nuestro país hasta mayo de 2020, con un

máximo de personas hospitalizadas en toda la comunidad de 2.189 el 31 de marzo y 386 en unidad de cuidados intensivos. El segundo pico de incidencia se produjo en noviembre de 2020, que llegó a alcanzar el máximo en un día de 1.634 pacientes ingresados. Sin duda, el mayor riesgo de saturación del sistema fue en enero de 2021 con 4.777 pacientes ingresados y 670 camas de UCI ocupadas a finales de este mes¹.

En nuestro centro se ha realizado un esfuerzo por mantener una mínima actividad quirúrgica mediante un circuito no COVID para garantizar los cuidados de los pacientes oncológicos.

En el año 2018, nuestra unidad de mama implantó la cirugía mayor ambulatoria en el cáncer de mama. Ello ha facilitado las intervenciones en este periodo de pandemia cumpliendo con las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas^{2,3}.

Nos planteamos como objetivo describir nuestra experiencia en la cirugía del cáncer de mama durante este año de pandemia de COVID-19.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidas de neoplasia de mama desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 14 de marzo de 2021.

Se recogen variables demográficas, características del tumor, tipo de cirugía y datos sobre su asistencia.

En el primer pico de incidencia, siguiendo las recomendaciones, no se llevaron a cabo reconstrucciones inmediatas posmastectomía. Tras este periodo, sí que se han llevado a cabo reconstrucciones mamarias inmediatas.

Protocolo

Tras el diagnóstico, se realiza una consulta única preoperatoria en la que se informa del diagnóstico y del tipo de intervención quirúrgica, así como la obtención del consentimiento informado.

Se toma un exudado nasofaríngeo con determinación de la PCR dentro de las 48 h previas a la cirugía.

Una vez confirmada la negatividad de la PCR, 24 h antes de la intervención, la paciente acude al Servicio de Medicina Nuclear para la detección del ganglio centinela o marcaje de la lesión, en el caso de que se trate de un SNOLL.

El día de la cirugía la paciente acude a la unidad de cirugía sin ingreso. Si la lesión debe ser marcada con arpón, es trasladada a radiología para colocárselo. Posteriormente acude al quirófano.

En caso de requerir ingreso, este se realiza en régimen de corta estancia; la paciente permanecerá menos de 24 h en la sala de hospitalización.

El acceso al quirófano se produce por un circuito libre de COVID-19.

Tras la intervención, se contacta telefónicamente con los familiares, a quienes se informa y se les dan las recomendaciones al alta.

Una vez la paciente se encuentra en la sala de recuperación, se contacta de nuevo con los familiares para que la recojan tras darle el alta del hospital.

Resultados

Durante el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2021 se intervinieron 138 neoplasias de mama en 136 mujeres.

La edad media fue de 62 años (36-88). Se atendió a 86 pacientes (63,2%) en régimen de cirugía mayor ambulatoria y a 50 pacientes (36,8%) con ingreso. Las características del tumor y del tipo de cirugía se describen en la [tabla 1](#).

Tabla 1 Características de la cirugía

<i>Tipo histológico n (%)</i>	
Carcinoma ductal infiltrante	105 (76,1)
Carcinoma lobulillar infiltrante	11 (8)
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	19 (13,8)
Carcinoma papilar	3 (2,2)
<i>Tipo de cirugía</i>	
Conservadora	104 (75,4)
Mastectomía	21 (15,2)
Mastectomía + reconstrucción	13 (9,4)
<i>Método de localización en cirugía conservadora</i>	
Palpable	38 (27,5)
Arpón	56 (40,6)
Snoll	9 (6,5)
Roll	1 (0,7)
<i>Estadificación axilar</i>	
BSGC	95 (68,8)
BSGC + linfadenectomía	13 (9,4)
Linfadenectomía por afectación axilar previa	28 (20,3)
<i>Neoadyuvancia</i>	39 (28,3)

BSGC: Biopsia selectiva de ganglio centinela.

No se registraron casos de infección por COVID-19 en ninguna de las pacientes en los 14 días siguientes a la intervención.

El tiempo medio desde la realización de la PCR hasta la cirugía fue de 48 h.

En 3 pacientes se retrasó la cirugía al tratarse de pacientes positivas para COVID-19 asintomáticas.

Se difirieron 3 reconstrucciones posmastectomía que, en condiciones normales, sí se hubieran llevado a cabo.

Las complicaciones registradas en este periodo fueron 8 hematomas (5,8%), 10 seromas (7,2%) y 3 casos de necrosis parcial del CAP (2,2%).

El tiempo medio desde que se estableció el diagnóstico hasta que se inició el tratamiento fue de 45 días (30-61). El tiempo medio desde que se derivó a la paciente a la consulta de cirugía y fue valorada en la primera visita fue de 5,7 días (2-10).

Discusión

Aunque la pandemia ha afectado a todos los hospitales españoles, no en todos lo ha hecho con la misma intensidad, dado que la incidencia de la infección no ha sido la misma en todas las comunidades. Esto ha provocado que el efecto sobre el paciente oncológico haya sido diferente en las distintas áreas geográficas. Tal y como indican las guías del Colegio Americano de Cirujanos, la evaluación de la situación en cada hospital debe guiar la priorización del tratamiento de los pacientes con cáncer⁴.

En los 2 primeros meses tras la declaración de la pandemia diferentes sociedades científicas emitieron protocolos muy restrictivos sobre el manejo de las pacientes con cáncer de mama. A medida que se ha obtenido conocimiento sobre la enfermedad, los centros han adquirido equipos de protección y se ha observado la incidencia variable de la enfermedad, las recomendaciones sobre qué tipo de cirugía realizar en función de la evolución de la enfermedad^{2,5} han ido variando.

Acea-Nebril et al.⁶ expusieron su experiencia en su hospital de marzo a mayo de 2020. Hacen hincapié en el hecho de que la incidencia de infección en este periodo en su ciudad fue bajo, lo que permitió seguir con una actividad normalizada, además de trabajar en un hospital libre de COVID-19. Por estas mismas razones, ya en este primer periodo, en este hospital sí que se llevaron a cabo simetrizaciones y reconstrucciones inmediatas.

El mayor impacto en nuestro centro por la infección COVID-19 tuvo lugar en enero y febrero de 2021; en el resto del periodo la incidencia fue menor que en otras comunidades lo que ha permitido, unido al esfuerzo de los profesionales, asegurar una adecuada asistencia a los pacientes con cáncer.

En nuestra unidad, hemos podido intervenir a las pacientes en un tiempo que se encuentra dentro de los estándares de calidad⁷, sin observar ninguna infección posquirúrgica por COVID-19.

Durante el primer pico de incidencia no se realizó ninguna reconstrucción. En el resto del año, dado el mejor conocimiento de las medidas de prevención de la enfermedad y gracias a disponer de circuitos libre de COVID-19, hemos mantenido las mismas indicaciones que teníamos

previamente. Por la misma razón y aunque no ha sido el objetivo de este trabajo, durante estos periodos sí que hemos llevado a cabo reconstrucciones posmastectomía diferidas, simetrizaciones y tratamientos de enfermedad benigna de la mama.

Sí que hemos ingresado a pacientes con reconstrucción o linfadenectomía, pero se trataba de ingresos de corta estancia, de modo que en menos de 24h tras la intervención la paciente era dada de alta, con un mínimo de estancia hospitalaria.

En este trabajo hemos analizado a las pacientes que sí han sido diagnosticadas, pero no el impacto de la pandemia en el retraso diagnóstico, ya sea por el atraso de las mamografías de cribado o del motivo de consulta. Aunque no ha sido el objetivo del trabajo, sí que parece un hecho que ha habido un aumento en el porcentaje de pacientes con neoplasias localmente avanzadas y con retraso en el diagnóstico. Del mismo modo, durante este año hemos percibido un descenso en el número total de pacientes intervenidas, ya que en el año 2019 en nuestra unidad fueron intervenidas 199.

En conclusión, durante este año de pandemia de COVID-19 hemos podido asegurar la asistencia y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama con adecuados intervalos entre el diagnóstico y el tratamiento. Este proceso también se ha visto favorecido por la instauración previa de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro centro.

Consideraciones éticas

Se trata de un trabajo de revisión, en el que no se ha realizado ningún tipo de experimentación. En el consentimiento informado firmado por la paciente se solicita la autorización del uso de datos con fines de investigación o revisión. Todos los datos se muestran en la redacción del trabajo y tablas.

Financiación

El trabajo carece de cualquier tipo de financiación.

Conflicto de intereses

No se declara ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Información estadística sobre el coronavirus en la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; 2020. <http://coronavirus.san.gva.es/es/estadisticas>.
2. De Azambuja E, Trapani D, Loibl S, Delaloge S, Senkus E, Criscitiello C, et al. ESMO management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast cancer. ESMO Open. May 2020;5 Suppl 3, <http://dx.doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000793>, e000793.
3. Asociación Española de Cirujanos. Recomendaciones para la gestión de los pacientes con patología mamaria ante la pandemia por COVID-19. Madrid: Asociación Española de Cirujanos; 2020. [https://www.aecirujanos.es/files/portalcontenidos//508/documentos/Patologia_Mamaria\(3\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/portalcontenidos//508/documentos/Patologia_Mamaria(3).pdf).
4. American College of Surgeon. COVID-19: Recommendations for management of elective surgical procedures. Estados Unidos: American College of Surgeons; 2020. https://www.facs.org/-/media/files/covid19/recommendations_for_management_of_elective_surgical_procedures.ashx.
5. Pardo R, Algara M, Montero-Fernández MA, Sanz X, Vernet M, Rodríguez N, et al. Diagnosis and locoregional treatment of patients with breast cancer during the COVID-19 pandemic. *Rev Senol Patol Mamar*. 2020;2:61–7.
6. Acea-Nebril B, García-Novoa A, García-Jiménez L, Escribano-Posada C, Díaz-Carballada C, Bouzón-Alejandro A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on a breast cancer surgery program. Observational case-control study in a COVID-free hospital. *Breast J*. 2020 Dec;26:2428–30, <http://dx.doi.org/10.1111/tbj.14037>.
7. Biganzoli L, Cardoso F, Beishon M, Cameron D, Cataliotti L, Coles CE, et al. The requirements of a specialist breast centre. *Breast*. 2020 Jun;51:65–84, <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>.