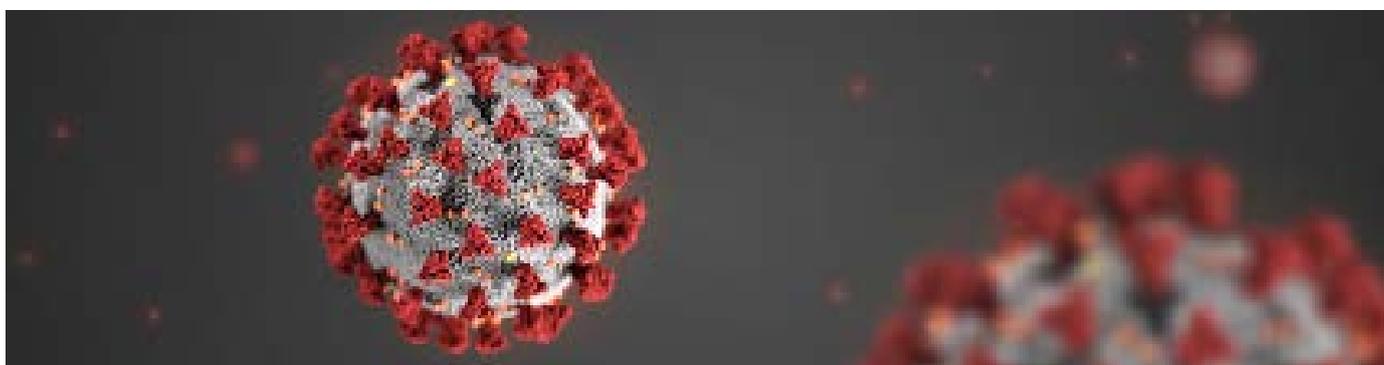




**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

**Recomendaciones de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria
de la SEGO para el manejo de los tumores ginecológicos
durante la pandemia por COVID-19**



La situación creada por la pandemia del COVID-19 ha cambiado radicalmente el enfoque de toda la sanidad del país, y por supuesto, de la ginecología oncológica. Gran cantidad de dudas y decisiones deben ser solventadas en el mejor de los sentidos para mejorar, dado el escenario, el resultado oncológico de nuestras pacientes en este periodo.

El objetivo debe ser preservar en la medida de lo posible todos los recursos sanitarios y estar preparados para lo que podría suponer un incremento continuo en el número de casos afectos por el COVID-19.

Pretendemos con este documento dar alternativas al manejo de los tumores ginecológicos durante el tiempo que dure esta pandemia, ayudando a nuestros socios en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, siempre considerando el ámbito territorial y epidemiológico de cada centro. Estas medidas deben estar sujetas a revisión según la situación epidemiológica y a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas. Cada equipo de ginecología oncológica las implementará en función de sus circunstancias individuales.

El escenario actual o futuro de muchos centros es la limitación de posibilidad quirúrgica, debido a los siguientes factores:

- Bloqueo de la gran mayoría de circuitos intrahospitalarios.
- Centralización por parte de las unidades de cuidados intensivos de la mayor parte de respiradores disponibles, así como de las camas intensivas.
- Riesgos quirúrgicos para el paciente y para el personal sanitario:
 - Se estima un 30% de bajas por enfermedad o cuarentena de la plantilla, afectando en nuestro caso a personal especializado en patología oncológica.
 - Debemos considerar que los procedimientos quirúrgicos tienen riesgo de formación de aerosoles (anestesia general, humo quirúrgico...).
- Limitación del tiempo y el espacio quirúrgico para realizar tratamientos estándares.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

Las decisiones en cuanto al tratamiento deben hacerse de forma individual teniendo en cuenta las características de la paciente, el tumor y la capacidad del centro. Las decisiones acerca de la demora/abstinencia de tratamiento pueden ocasionar, dada la poca certeza actual de la evolución de la pandemia en los próximos meses, progresión o complicaciones graves y condicionar un impacto en la supervivencia de nuestras pacientes.

Por lo tanto, queremos desde la Sección dar unas pautas útiles, cubiertas en la medida de lo posible con evidencia científica, que naturalmente es limitada, de alternativas médico-quirúrgicas para distanciar/sustituir el tratamiento estándar del tumor. Estas alternativas deben ser consensuadas con la paciente y contempladas en el consentimiento informado definitivo.

Medidas generales

- Se recomendará que las pacientes no acudan acompañadas al centro, incluso durante el ingreso, salvo circunstancias inevitables.
- Facilitar la distancia social.
- Las pacientes deben ser responsables de determinar su temperatura o comunicar cualquier síntoma que sugiera infección por el COVID-19 antes de llegar al centro, sea para una intervención quirúrgica o para una valoración ambulatoria.
- Se recomienda facilitar instrumentos de comunicación (teléfono, correo electrónico) para el contacto continuo con las pacientes de forma telemática.
- Informar a las pacientes de la situación y explicarles el cambio de estrategia diagnóstica y terapéutica, contemplándose en el consentimiento informado.
- Adaptar las medidas a la situación epidemiológica y a las posibilidades de cada centro.

Cáncer de endometrio

- Considerar los tratamientos hormonales hasta el tratamiento quirúrgico definitivo en los tumores de bajo riesgo (acetato de medroxiprogesterona 400-800 mg/d o acetato de megestrol 160-320 mg/d), junto a un antitrombótico (ácido acetilsalicílico [AAS] 100 mg/d), o bien dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel. Otras alternativas pueden ser los inhibidores de la aromatasa como el anastrozol, el letrozol, o el exemestano.
- En los tumores de intermedio o alto riesgo se recomienda emplear la histerectomía vaginal con doble aneختomía, o la cirugía mínimamente invasiva con histerectomía y estudio (determinación) del ganglio centinela. En caso de no existir migración bilateral, reinyectar es una buena opción.
- En los tumores avanzados, considerar la quimio-radioterapia, así como el tratamiento hormonal.

Cáncer de ovario

- Ante la sospecha de un tumor de ovario inicial se recomienda minimizar el gesto quirúrgico, es decir, extracción de la/s masa/s ovárica/s, sin recurrir a un estudio histológico intraoperatorio y valorar, en caso de positividad en la anatomía definitiva, una estadificación por imagen o diferida, en orden a establecer un tratamiento adyuvante futuro.
- Ante el tratamiento de pacientes con tumores de ovario avanzados se deberá balancear la posibilidad de tratamientos quirúrgicos (imposibilidad de espacio quirúrgico físico, riesgo de precisar cuidados intensivos bloqueados, complicaciones quirúrgicas, una anestesia con ventilación) con tratamientos quimioterápicos (estatus de inmunosupresión) y el estatus general de la paciente, así como su comorbilidad. En los casos donde se prevea una estancia en cuidados intensivos y/o falta de espacio quirúrgico se recomienda comenzar el plan terapéutico con quimioterapia neoadyuvante.
- Es recomendable seleccionar el tratamiento en base a estudios de imagen, incluyendo la biopsia dirigida para el diagnóstico, evitando la realización de laparoscopia y la ocupación de un espacio quirúrgico.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

- De forma individualizada, en aquellas pacientes que ya están siendo manejadas con esquemas de neoadyuvancia podrán prolongarse los ciclos de tratamiento en función de su respuesta por técnicas de imagen, marcadores tumorales y la extensión de la cirugía de intervalo prevista para alcanzar una citorreducción completa.

Cáncer de cuello

La posibilidad de utilizar procedimientos con raquianestesia debe ser considerada. Además, se deben considerar la edad de estas pacientes y su alta supervivencia en estadios iniciales, en situaciones extremas de manejo hospitalario. En un escenario sin disponibilidad de quirófano, se debe considerar manejar estas pacientes con radioterapia.

- Los tumores menores de 2 cm, sobre todo en los infiltrantes sin lesión macroscópica y con histopatología no desfavorable (G3, histologías inusuales) podrán ser manejados con una conización amplia/traquelectomía y demorar el tratamiento quirúrgico definitivo, siempre y cuando se puedan asegurar unos márgenes quirúrgicos libres en aras de un procedimiento rápido, con anestesia locoregional y ambulatoria. Se procurará la realización de la detección del ganglio centinela siempre que la situación lo permita.
- Los tumores IB1-IIA1, por su elevada supervivencia, debieran ser manejados con una histerectomía radical con ganglio centinela. Sin embargo, en el actual escenario, se puede considerar la radioterapia como tratamiento curativo.
- Los cánceres de cérvix localmente avanzados deben ser estadificados con una exploración física y técnicas de imagen.

Cáncer de vulva

- Posibilidad de retraso del tratamiento (individualización).
- Los cánceres de vulva con tamaños menores de 2 cm debieran ser manejados siempre que sea posible con escisiones radicales con anestesia local/locoregional.
- Cuando las características del tumor exijan una cirugía estándar se debe hacer escisión radical y biopsia selectiva del ganglio centinela, evitando, en lo posible, cirugías ultraradicales y linfadenectomías que aumenten la morbilidad y el tiempo de estancia en el hospital.
- Cuando el tamaño del tumor o la proximidad a esfínteres obligue a procedimientos complejos de reconstrucción, se puede considerar el tratamiento quimio-radioterápico neoadyuvante.
- De acuerdo con las características del tumor y de la paciente, y en el escenario actual de limitación de tiempo quirúrgico, se puede valorar tratamiento quimio-radioterápico definitivo.

Cáncer de mama

En áreas de epidemia severa se debe recomendar a las pacientes con cáncer de mama que pospongan el tratamiento quirúrgico después del diagnóstico, dando prioridad al tratamiento neoadyuvante. Se debe reforzar la atención telemática para apoyo psicológico.

En líneas generales, se considerará:

- Diferir al máximo los diagnósticos y tratamientos hospitalarios.
- En caso de precisar tratamiento quirúrgico, hacerlo en régimen ambulatorio, sin ingreso, intentando las cirugías menos agresivas que puedan llevarse a cabo mediante anestesia local y sedación. En caso de ser necesaria mastectomía, no hacer reconstrucción mamaria inmediata.
- En tumores luminales, se recomendará la hormonoterapia neoadyuvante con inhibidores de la aromatasa, que en el caso de las mujeres premenopáusicas deberá asociar análogos de LH-RH.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
S.E.G.O.**

- En tumores Her2(+) y RRHH(-), así como en el triple negativo, se apostará por el tratamiento neoadyuvante, previo consenso con Oncología Médica.
- En tumores triple negativo se valorará el tratamiento neoadyuvante.
- En todos los tratamientos que precisen quimioterapia se emplearán esquemas que supongan el menor número de visitas al hospital.
- Más información aportada por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM): <https://www.sespm.es/nuevo-coronavirus-diagnostico-y-tratamiento-del-cancer-de-mama-en-pacientes-con-neumonia/>

Nuevos diagnósticos

- Informar a las pacientes de la situación extrema sanitaria, y definir la situación en los consentimientos informados que la paciente debe asumir.
- Manejar siempre que sea posible de forma telemática, aunque será necesaria al menos en una ocasión una exploración física y con las técnicas disponibles en la consulta.
- Intentar, siempre que sea posible, que el asesoramiento clínico sea basado en la exploración física y en la exploración ecográfica, abdominal y vaginal, para evitar saturar el resto de circuitos hospitalarios.

Seguimiento

- Durante la duración de la pandemia, o al menos en el periodo de mayor probabilidad de transmisión, se deben minimizar el número de visitas presenciales. Se deben posponer las visitas de seguimiento rutinarias.
- Se debe procurar que el seguimiento sea siempre telemático, salvo presencia de síntomas que sugieran recaída tumoral.
- Se evitarán en la medida de lo posible pruebas complementarias hasta el fin de la pandemia, salvo en pacientes cuyos síntomas lo indiquen, o como control del tratamiento.

La Junta de la Sección de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de la SEGO

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

TXANTÓN MARTÍNEZ-ASTORQUIZA ORTIZ DE ZÁRATE

VICEPRESIDENTE

MARÍA JESÚS CANCERO HIDALGO

SECRETARIA

CORAZÓN HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

TESORERO

JOSÉ EDUARDO ARJONA BERRAL