



Calle O'Donnell, 16. 1º Izq
28009, Madrid
+34 913 190 400
aec@asociacioncirujanos.es

www.aecirujanos.es

RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DEL AREA HEPATOBILIOPANCREÁTICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

*Sección de Cirugía HBP de la Asociación Española de Cirujanos
(V1, 5-4-2020)*

La infección actual con el Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) es una situación de pandemia actual que requiere una reflexión sobre la cirugía oncológica en general basada en la escasa evidencia disponible, donde se pone de manifiesto que la infección por coronavirus SARS-CoV-2 presenta mayor incidencia en los pacientes con cáncer y que las formas de presentación son más graves en los pacientes a los que se les practicó una cirugía oncológica, incluso hasta un mes anterior a la infección. Esto podría suponer un riesgo mayor de presentar formas graves de la infección y mayor probabilidad de muerte que el resto de la población sin cáncer y/o sin cirugía, aunque las evidencias son limitadas.

En este momento de pandemia la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado para cada paciente con neoplasias del área HBP, así como su cronología deberá realizarse en **Comité Multidisciplinar** donde la participación de Cirujanos, Oncólogos, Radiólogos, así como otros especialistas implicados en la gestión del proceso asistencial, deberá ser fundamental. Pero en el contexto excepcional actual y dependiendo del impacto de la pandemia y del nivel de alerta en cada centro, podrían ser necesarios modificar nuestros hábitos, teniendo en cuenta los siguientes factores del paciente, de la neoplasia, de la infección COVID-19 y de los recursos sanitarios:

1. - Edad, comorbilidad y situación funcional del paciente.
2. - Estadificación clínica del tumor (cTNM) en el momento actual.
 - Biología del tumor (tiempo de duplicación, ritmo de crecimiento estimado, riesgo de evolución a enfermedad diseminada)
 - Síntomas provocados por el tumor y posibilidad de respuesta a los mismos.
3. - Grado de inmunodepresión inducido por el tipo de tratamiento elegido (neoadyuvancia o adyuvancia).
 - Número de visitas necesarias al hospital para la administración del tratamiento, según la pauta de administración de la quimioterapia o el número necesario de sesiones de RT.
 - Valoración de tratamientos alternativos o de terapias-puente hasta que la situación se normalice.

4. - Infección presente o no por COVID-19 del paciente, en el momento actual
5. - Recursos sanitarios disponibles locales /provinciales /autonómicos /nacionales:
 - Porcentaje de pacientes ingresados con COVID-19.
 - Urgencias definidas para pacientes respiratorios vs resto.
 - Disponibilidad de quirófanos.
 - Disponibilidad de respiradores.
 - Disponibilidad de camas de críticos / reanimación.

Habitualmente, la cirugía HBP es compleja y sus complicaciones son variables según el volumen de los centros. Se reportan tasas de morbilidad en la cirugía hepática entre 10-15%, siendo mayor en la cirugía pancreática, con tasas de morbilidad >50% y tasas de reintervenciones próximas al 10%. Algunas de las complicaciones (fístulas biliares, fístulas pancreáticas, abscesos) conllevan largas estancias hospitalarias, que en ocasiones requieren de medidas invasivas o reintervenciones quirúrgicas.

El elevado riesgo de complicaciones postoperatorias graves, en pacientes COVID-19 positivos, puede hacer necesario diferir la cirugía y el tratamiento complementario, siempre que sea posible. Este hecho plantea la necesidad de garantizar la ausencia de infección, en los pacientes que van a someterse a cirugía y de cara a evitar contagios en el personal sanitario, se considerará necesario realizar test sistemático de determinación de la infección SAR-CoV-2 a todos los pacientes candidatos a cirugía oncológica, 24 horas previas a la cirugía, siempre que sea posible y haya disponibilidad, según los protocolos establecidos. En este sentido y ante la no disponibilidad de test, el TC torácica ha mostrado incluso mayor sensibilidad que la PCR, por lo que podría ser considerado como otro instrumento de elección en la detección del COVID-19 en áreas endémicas en las 24-48h previas a la cirugía.

La actividad quirúrgica oncológica dependerá del escenario en el que nos encontremos en cada hospital, pudiendo afectar a nuestras decisiones terapéuticas (riesgo de la cirugía frente al retraso del tratamiento quirúrgico). Es posible que, dado el previsible incremento en la ocupación de camas de UCI durante las próximas semanas o meses debido a la pandemia, la cirugía electiva puede resultar la opción menos viable en los casos no urgentes, debiendo darse prioridad a los tratamientos alternativos no quirúrgicos y retrasando la cirugía hasta que la epidemia haya sido controlada.

Aunque es difícil escoger la mejor secuencia terapéutica para cada paciente afecto de cáncer HBP, en el contexto de la pandemia por COVID-19 y con el objetivo de limitar las situaciones de riesgo elevado como las visitas a los lugares de atención asistencial, la cirugía y la quimioterapia, se hace necesario modificar las prácticas habituales.

Escenarios de actuación:

La definición de la actividad quirúrgica oncológica vendrá determinada por el escenario de la pandemia en el que nos encontremos:

Escenario / Fase	I (casi normal)	II (Alerta leve)	III (Alerta media)	IV (Alerta alta)	V (Emergencia)
Ingresos por COVID	Aneecdóticos	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Urgencias definidas	No	Sí (pacientes respiratorios vs resto)			
Recursos del hospital	No impacto	En alerta	Camas de UCI reservadas para COVID	Impacto en profesionales COVID-19 y camas de UCI limitadas	Limitados o agotados (UCI, ventiladores, quirófanos)
Actividad quirúrgica	Normal	Urgencias + oncológicos	Urgencias + oncológico con superv>3 m, no tto-puente alternativo o sin necesidad de cama de UCI	Compromiso de la supervivencia si la cirugía no se realiza en unos días o complicaciones	Compromiso de la supervivencia si la cirugía no se realiza en horas Complicaciones
Alternativa	Resección endoscópica Neoadyuvancia (extendida a demanda) Stent si estenosis/Ictericia Embolización si precisa	Transfer a un hospital en Fase I RQT radical y valorar rescate Drenaje biliar: Si ictericia	Drenaje biliar si ictericia Neoadyuvancia Adyuvancia	Drenaje biliar si ictericia Neoadyuvancia Adyuvancia	Drenaje biliar si ictericia Neoadyuvancia Adyuvancia

Aunque el tratamiento estándar de los tumores HBP es bien conocido y está adecuadamente protocolizado, las recomendaciones concretas en este momento de pandemia dependerán del momento evolutivo de la epidemia en cada lugar y las recomendaciones debe estar basadas en valorar si es preciso operar o se debe retrasar la intervención y, en caso de alternativas reales, se debe primar la neoadyuvancia o la adyuvancia.

Si las condiciones del hospital y el entorno lo permiten, se deben operar los pacientes oncológicos con indicación de cirugía y demorar sólo en caso de que las circunstancias del hospital no permitan realizar las intervenciones con seguridad.

RECOMENDACIONES DE MANEJO TERAPÉUTICO EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA HBP

1. Páncreas

Los pacientes que presenten ictericia obstructiva deben ser drenados.

La cirugía y quimioterapia dependerá de:

1.1 Localizado - Resecable

- Deseable el aplazamiento de la cirugía para después de la pandemia (falta de camas de reanimación, aumento de la morbimortalidad) pero según las posibilidades locales y el curso de la epidemia en cada área se podría plantear la cirugía en un primer tiempo.
- Proponer quimioterapia neoadyuvante en la espera.

1.2 Localmente avanzado

- Proponer quimioterapia según la condición general del paciente.
- Valorar un descanso o mantenimiento en caso de estabilidad.

1.3 Metastásicos

- Quimioterapia según el estado general.

2. Vías biliares intrahepáticas

Si ictericia: priorizar el drenaje biliar y/o embolización portal si lo precisa para preparación para hepatectomía.

2.1 Resecable

- Cirugía si es posible, solo en entornos seguros, porque no hay quimioterapia válida.
- Colangiocarcinoma perihilar: Valorar beneficio de la cirugía según momento/riesgos.
- Colangiocarcinoma intrahepático
 - <2 cm: diferir.
 - >2cm: Valorar beneficio cirugía / riesgos según momento y centro.

2.2 No resecable o metastásicos

- Quimioterapia según la situación clínica.

3. Carcinoma hepatocelular

3.1 Accesible a tratamiento curativo (BCLC 0 / A)

- Favorecer los tratamientos de ablación locoregionales caso por caso (RF, MW).

3.2 Etapa intermedia o avanzada (BCLC B / C)

- Tratamiento oral (sorafenib /regorafenib /cabozantinib) de mantenimiento con teleconsulta para el manejo de los efectos secundarios.
- Discutir los tratamientos locoregionales caso por caso (RF, MW).

3.3 No operable o metastásico

- Tratamiento oral (sorafenib / regorafenib / cabozantinib).
- Discutir los tratamientos locoregionales caso por caso después de la epidemia.

4. Colorrectal metastásico

4.1 Resecable

- Si el entorno y las condiciones del hospital lo permiten se deben operar, porque son los pacientes que más se benefician de la cirugía.
- Aplazamiento de la cirugía hasta el final del período epidémico (+/-quimioterapia según las características neoplásicas) si las condiciones del hospital no permiten realizar intervenciones quirúrgicas electivas.
- Se pueden valorar la cirugía de baja morbilidad o la termoablación en plazos habituales (según situaciones locales).

4.2 Potencialmente resecable

- Quimioterapia.

4.3 No resecable

- Quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Conroy T, Hammel P, Hebbar M et al. FOLFIRINOX or Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer. *New Engl J Med* 2018 ;379 :2395-2406
- Kim ST, Kang JH, Lee J et al. Capecitabine plus oxaliplatin versus gemcitabine plus oxaliplatin as first-line therapy for advanced biliary tract cancers: a multicenter, open-label, randomized, phase III, noninferiority trial. *Ann Oncol.* 2019 May 1;30(5):788-795.
- Maughan TS, Adams RA, Smith CG, et al. Addition of cetuximab to oxaliplatinbased first-line combination chemotherapy for treatment of advanced colorectal cancer: results of the randomised phase 3 MRC COIN trial. *Lancet* 2011;377:2103-14
- Simkens LHJ, van Tinteren H, May A et al. Maintenance treatment with capecitabine and bevacizumab in metastatic colorectal cancer (CAIRO3): a phase 3 randomised controlled trial of the Dutch Colorectal Cancer Group. *Lancet* 2105;385:1843-52
- Bekaii-Saab TS, Ou FS, Ahn DH et al. Regorafenib dose-optimization in patients with refractory metastatic colorectal cancer (ReDOS): a randomised, multicenter, open-label, phase 2 study. *Lancet Oncol* 2019 ; 20 :1070-82
- Mayer RJ, Van Cutsem E, Falcone A, et al. Randomized trial of TAS-102 for refractory metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 2015; 372:1909-19.