



RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA ESÓFAGO-GÁSTRICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 (V3, 2-4-2020)

Criterios a considerar en la toma de decisiones

La toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado para cada paciente y su cronología debe realizarse en torno a un Comité multidisciplinar, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Estadificación clínica del tumor (cTNM)
- Edad, comorbilidad y situación funcional del paciente
- 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
- Infección confirmada, “alto riesgo” o descartada por COVID-19
- Escenario de los recursos sanitarios: porcentaje de pacientes ingresados con COVID-19, urgencias definidas para pacientes respiratorios vs resto, disponibilidad de quirófanos, de respiradores y de camas de críticos
- Grado potencial de inmunodepresión inducido por el tipo de tratamiento escogido
- Número de contactos necesarios (visitas al hospital) para la administración del tratamiento, según la pauta de administración de la quimioterapia o el número necesario de sesiones de RT
- Posibilidad de tratamientos alternativos o de terapias-puente hasta que la situación se normalice

Habitualmente, la cirugía esófago-gástrica es compleja y sujeta a un elevado porcentaje de complicaciones: superior al 50% tras la esofagectomía y del 10-15% postgastrectomía. En la cirugía esofágica, particularmente con acceso torácico, las complicaciones pulmonares son frecuentes, lo que implica un curso notablemente peor en pacientes infectados o que puedan sobreinfectarse por coronavirus durante su ingreso. Las complicaciones sépticas, en particular la dehiscencia de sutura, pueden precisar una reintervención urgente y el uso de recursos como las Unidades de críticos.

Por otro lado, el tiempo de progresión de la enfermedad hacia formas diseminadas es relativamente lento, aunque se acelera en estadios más avanzados: unos 34 meses en estadios I-II, llegando a unos 2 meses en estadios III-IV (Oh, 2019). El tiempo de duplicación del cáncer gástrico localmente avanzado es de unos 6 meses.

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 devenir una opción menos viable. En los casos no urgentes, debe darse prioridad a los tratamientos no quirúrgicos, retrasando la cirugía hasta que la epidemia haya sido controlada.

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	Anecdóticos	<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 clave en profesionales y camas UCI	Limitados o agotados (UCI, ventiladores, quirófanos)
Actividad quirúrgica	“ Preparación” : reducir cirugía electiva en pacientes de riesgo	Urgencias + oncológicos	Urgencias + oncológico con compromiso de la supervivencia si no se opera en <3 meses, sin tto-puente alternativo o mínima necesidad de cama de UCI	Compromiso de la supervivencia en unos días: perforación (paciente no séptico), complic. quir. (HD estable)	Compromiso de la supervivencia si la cirugía no se realiza en horas: perforación (sepsis), compromiso de la vía aérea o complic. quir. (HD inestable)
Alternativa			(¿Resección endoscópica?) Neoadyuvancia (extendida a demanda) Stent si estenosis	Transferir a un hospital en Fase I RQT radical y valorar rescate	¿Transferir?

Estrategia de tratamiento multidisciplinar

Aunque es difícil escoger la mejor secuencia terapéutica para cada paciente afecto de cáncer esófago-gástrico, en el contexto de la pandemia por COVID-19 es necesario modificar las prácticas habituales con dos objetivos:

1. Limitar las situaciones de riesgo elevado, en particular la cirugía y la quimioterapia.
2. Limitar los contactos del paciente, en particular con las estructuras de salud.

La adaptación debe basarse en los recursos disponibles (escenario concreto) y en los tratamientos disponibles, y siempre en el entorno del Comité de tumores. Aunque el tratamiento estándar es bien conocido y está adecuadamente protocolizado, las modificaciones concretas dependen del momento evolutivo de la epidemia. Las primeras cuestiones son siempre: “¿Es preciso operar o hay que retrasar la intervención?” y, en caso de alternativas reales, “¿Debemos primar la neoadyuvancia o la adyuvancia?”

Existen una serie de consejos generales a la hora de ajustar los tratamientos:

- El paciente debe ser informado del mayor riesgo de complicaciones graves de la quimioterapia.
- Algunas sociedades proponen considerar el (improbable) beneficio de extender las indicaciones de resección endoscópica a lesiones T1b, aunque parece preferible diferir la cirugía.
- En pacientes con mala situación funcional en los que se sospecha una recuperación prolongada (con ocupación duradera de camas de críticos), debe priorizarse el tratamiento no quirúrgico.
- Es preciso limitar el número de fármacos y priorizar la vía oral o SC cuando es posible.
- Debe optimizarse la situación global del paciente (funcional, nutricional, anemia)
- Deben priorizarse esquemas de QT con el máximo intervalo posible entre ciclos, y valorar la posibilidad de disminuir el número de sesiones totales de RT (regímenes hipofraccionados), que reducen las visitas al hospital.
- Los pacientes que han completado la neoadyuvancia con QT, en caso de respuesta adecuada y buena tolerancia, pueden continuar con ella hasta que mejoren las condiciones globales del hospital (Society of Surgical Oncology, March 23, 2020), según el curso de la epidemia.
- En caso de carcinoma escamoso, puede considerarse el tratamiento definitivo con RQT tras evaluación de respuesta con endoscopia y TC (\pm PET-TC) a las 8 semanas, con un umbral bajo para la indicación quirúrgica en pacientes con buena situación funcional.
- La revisión británica publicada por el RCR aconseja considerar la posibilidad de demorar el tratamiento adyuvante hasta 12 semanas. El uso del FLOT adyuvante parece especialmente recomendable en caso de un grado de regresión tumoral GRT 1/2 (respuesta patológica completa o $<10\%$ de células tumorales viables) que muestre la quimiosensibilidad del tumor y buena tolerancia (más dudoso si persiste enfermedad ganglionar o resección R1).

El consorcio francés de sociedades de Cancerología digestiva propone los siguientes esquemas de elección:

1. Adenocarcinoma gástrico y de la UEG (localizado): QT perioperatoria:
 - FLOT si es posible, añadiendo GCSF (granulocyte-colony stimulating factor) profiláctico
 - CapOx como alternativa en ausencia de disfagia
 - (menos recomendable la RQT adyuvante, RCR 2020)
2. Esófago: RQT preoperatoria:
 - Esquema CROSS (carboplatino-paclitaxel + RT) preferentemente
 - En caso de respuesta completa (en carcinoma escamoso de esófago), observación o cirugía diferida (o rescate)
3. Enfermedad metastásica: CapOx con trastuzumab si HER+.

Recomendaciones para la cirugía

a) Pacientes COVID-19 +

El elevado riesgo de complicaciones postoperatorias graves en pacientes COVID-19 positivos hace necesario diferir la cirugía y el tratamiento complementario en estos pacientes. Las complicaciones pulmonares graves parecen especialmente frecuentes en caso de ventilación unipulmonar, por lo que la esofagectomía transtorácica debería postponerse hasta la negativización del virus.

Actualmente no hay ninguna indicación para realizar una cirugía por cáncer en un paciente COVID+ salvo la cirugía urgente, por lo que sólo se contempla en caso de perforación, compromiso de la vía aérea, hemorragia o complicaciones quirúrgicas con inestabilidad hemodinámica que no pueden controlarse por otros medios. Las medidas a adoptar en caso de cirugía urgente están descritas en el documento correspondiente publicado por la AEC.

b) Pacientes COVID-19 -

La SAGES y la EAES aconsejan extremar las medidas de protección individual en todas las intervenciones quirúrgicas durante la pandemia independientemente del estatus del paciente. Existen pocas dudas sobre la indicación de realizar un test preoperatorio en los casos de alto riesgo (fiebre >37,5°C, tos, disnea o exposición a pacientes con tales síntomas o infectados), aunque algunos centros prefieren solicitar una RT-PCR y/o una TC torácica a todos los pacientes 24 horas antes de la cirugía electiva, que debe retrasarse en caso de positividad.

En quirófano, debe minimizarse el número de personas y la circulación en el mismo. Es preciso extremar las medidas de protección, particularmente en los gestos que generan la formación de aerosoles, como la manipulación de la vía aérea (permanecer fuera del quirófano -excepto el personal estrictamente necesario y adecuadamente protegido- durante los 10 minutos siguientes a la intubación y a la extubación) o la laparoscopia. También si se usa un bloqueador bronquial, por la presencia de un circuito abierto en el ventilador.

En cuanto al mejor abordaje quirúrgico, la laparoscopia aporta ventajas sobre la función respiratoria y la estancia hospitalaria, por lo que sería de elección siempre que se tenga la experiencia adecuada y que se tomen una serie de precauciones conducentes a reducir el riesgo de exposición del personal a las fugas de neumoperitoneo durante la intervención o al vaciado del aire al final de la misma:

- Verificar el buen funcionamiento del sistema
- Incisiones ajustadas al diámetro de los trócares (si se dispone de ellos, mejor con balón)
- Aspirar el humo mediante el aspirador y/o a través de filtros
- Vaciar completamente el neumoperitoneo con las mismas precauciones antes de realizar una incisión de asistencia o de retirar los trócares.

Referencias bibliográficas

Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A report of 1014 cases. *Radiology* Feb 26 2020 //doi.org/10.1148/radiol.20200642.

Al-Batran SE, Goetze TO, Mueller DW, Vogel A, Winkler M, Lorenzen S et al. The RENAISSANCE (AIO-FLOT5) trial: effect of chemotherapy alone vs. chemotherapy followed by surgical resection on survival and quality of life in patients with limited metastatic adenocarcinoma of the stomach or esophagogastric junction – A phase III trial of the German AIO/CAO-V/CAOGI. *BMC Cancer* 2017;17:893.

American College of Surgeons. COVID-19: Elective case triage guidelines for surgical care. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case> (online March 24, 2020)

Asociación Española de Cirujanos. ¿Qué debemos saber los cirujanos en los casos de patología oncológica en el contexto de la pandemia por COVID-19 (SARS COV-2)? Recomendaciones del grupo “Cirugía-AEC-COVID19” de la Asociación Española de Cirujanos (AEC). https://extranet.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Pacientes_oncologicos_y_covid19_v2.pdf Versión actualizada 30/03/2020

Asociación Española de Cirujanos. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos [https://extranet.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Manejo_quirurgico_v2\(1\).pdf](https://extranet.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Manejo_quirurgico_v2(1).pdf) Versión actualizada 30/03/2020

Asociación Española de Cirujanos. Recomendaciones generales de atención de la patología quirúrgica urgente en el contexto de la pandemia por COVID-19 (SARS COV-2). https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Recomendaciones_AEC_en_CIRUGIA_DE_URGENCIASv2.pdf Versión actualizada el 31/03/2020

Association of Upper Gastrointestinal Surgery of Great Britain and Ireland (AUGIS). Surgical priority in oesophageal and gastric cancer. March 2020.

Gameski S, Hamilton D. Critical care surgery team develops hospital blueprint for handling essential operations during the COVID-19 pandemic. *JACS* 2020 (for immediate release) <https://www.facs.org/media/press-releases/2020/covid-triage033020>

International Society for Diseases of the Esophagus. ISDE Guidance Statement: Management of Upper-GI Endoscopy and Surgery in COVID-19 Outbreak. https://www.isde.net/resources/Documents/Resources/ISDE_Position_Statement_COVID19_2020.03.30.pdf March 30,2020

Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K et al. Cancer patients in SARSCoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020;21:335-7.

NHS. Clinical guide for the management of cancer patients during the coronavirus pandemic. 17 March 2020 Version 1

Oh SY, Lee JH, Lee HJ, Kim TH, Huh YJ, Ahn HS et al. Natural history of gastric cancer: observational study of gastric cancer patients not treated during follow-up. *Ann Surg Oncol* 2019;26:2905-11.

Royal College of Radiologists. Considerations for treatment of oesophagogastric cancers within the United Kingdom during the COVID-19 pandemic. v3.0 25/03/2020 <https://www.rcr.ac.uk/sites/default/files/upper-gi-cancer-treatment-covid19.pdf>

SAGES Recommendations Regarding Surgical Response to COVID-19 Crisis. SAGES 3/30/2020; In Internet: <https://www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/>

Thésaurus National de Cancérologie Digestive. Chapitre 21: Prise en charge des cancers digestifs et COVID-19 - 23/03/2020

Tuech JJ, Gangloff A, Di Fiore F, Michel P, Brigand C, Slim K et al. Stratégie pour la pratique de la chirurgie digestive et oncologique en situation d'épidémie de COVID 19. *J Chir (Paris)*. 19.03.2020. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/chirurgie/strategie-pour-la-pratiquede-la-chirurgie-digestive-et-oncologique-en-situation-depidemie-de-covid-19>