

Editorial acerca de “Recomendaciones para el manejo de pacientes oncológicos que requieran tratamiento quirúrgico en contexto de pandemia por COVID-19”

Editorial on the article “Recommendations for the management of cancer patients requiring surgical treatment during COVID-19 pandemic”

Sergio D. Quildrian*

La pandemia generada por el virus COVID-19 (SARS-COV-2) constituye un evento nunca antes visto por la población mundial ni por la comunidad médica en particular. El fuerte y repentino impacto en los países afectados modificó el funcionamiento habitual de los sistemas de salud, y el distanciamiento social llevó a cambios radicales en las relaciones de la sociedad. La necesidad de reorganizar el acceso a los recursos del sistema de salud para hacer frente a las demandas de tratamiento de los pacientes afectados obligó a diferir controles y prácticas para no interferir en el manejo de la emergencia sanitaria en muchos países. No obstante, esta situación no es uniforme y depende de factores geográficos, demográficos y económicos, por lo cual cada sistema de salud debe adecuarse a la situación que debe enfrentar en cada fase de la pandemia.

Teniendo en cuenta esto, el manejo de los pacientes oncológicos que requieren tratamiento quirúrgico puede verse afectado por varios motivos. Por un lado, según el momento de la pandemia que se esté atravesando, y por ende de la disponibilidad de recursos en un momento determinado, puede dificultar la realización de procedimientos complejos que requieran recursos disponibles en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o internaciones prolongadas. Por otro, el impacto negativo en la evolución de estos pacientes en caso de presentar concomitantemente infección por COVID-19 puede obligar a una evaluación costo/beneficio que implique en algunos casos cambios en la terapéutica estándar. Al respecto, el trabajo de Lei y col., con el sesgo de todo estudio retrospectivo, informa una evolución con alta morbilidad en pacientes COVID-19 positivos intervenidos quirúrgicamente y en forma inadvertida durante el período de incubación del virus. Sobre 34 pacientes evaluados en quienes la mayoría de los procedimientos eran de mediana/alta complejidad, los autores informan que el 44,1% de los pacientes requirieron internación en UCI con una mortalidad del 20,5%, cifras mayores que las referidas acerca de la población infectada no sometida a intervenciones quirúrgicas¹.

La relación entre infección por COVID-19 y enfermedad oncológica es aún poco clara ya que no existen estudios con alto nivel de evidencia que la evalúen. Parece lógico pensar que los efectos de la infección en los pacientes oncológicos podrían verse acrecentados por la inmunodeficiencia intrínseca de estos, ya sea por la propia enfermedad oncológica o por los tratamientos

que conlleva (quimioterapia, inmunoterapia, radioterapia, estrés quirúrgico, etc.). En un estudio chino a nivel nacional, Liang y col. informan una mayor incidencia de pacientes oncológicos entre todos los infectados por COVID-19 que la incidencia en la población general (1% vs. 0,29%) con un mayor requerimiento de necesidad de internación en UCI (39% vs. 8%, respectivamente)². No obstante, las limitaciones en cuanto a la cantidad de pacientes oncológicos en la serie evaluada, el tiempo de evolución de la enfermedad y la posibilidad de comorbilidades asociadas que aumenten el riesgo de formas severas hacen difícil encontrar una clara correlación entre la infección y el cáncer. En el informe de Zhang y col., sobre 28 pacientes oncológicos, se registró un 53,6% de eventos severos con mortalidad en el 28,6%, y comunican un aumento de hasta cuatro veces en las posibilidades de desarrollar eventos adversos severos en pacientes infectados dentro de los catorce días de recibir tratamiento antitumoral³.

Debido al alto porcentaje de personas infectadas y asintomáticas se debería determinar la utilidad de un tamizaje (screening) preoperatorio con PCR (reacción en cadena de la polimerasa), sobre todo en aquellos pacientes sometidos a cirugías de gran envergadura, con requerimiento de UCI en el posoperatorio inmediato y en los que se prevé un tiempo de internación prolongado. En este sentido, algunos informes sugieren no solo la realización de prueba preoperatoria sino también la utilización de estudios por imágenes como la tomografía de tórax que detectaría pacientes infectados con falsos negativos de la PCR inicial⁴.

Parece claro que los pacientes oncológicos serán parte de los daños colaterales de esta pandemia, junto con otras patologías, al ver restringida la posibilidad de diagnóstico y tratamiento, ya sea por redireccionamiento de recursos sanitarios o por el retraso en la consulta médica⁵.

La necesidad de manejar los distintos escenarios del tratamiento de los pacientes oncológicos ha llevado a las sociedades científicas a delinear pautas mínimas que ayuden a la toma de decisiones con respecto a estos pacientes. No obstante, se debe hacer especial énfasis en la necesidad de continuar con el manejo multidisciplinario a fin de que las decisiones sean consensuadas entre expertos y, así, transmitidas al paciente. Por esta razón la Asociación Argentina de Cirugía emitió las “Recomendaciones para el manejo de

* Coordinador de la Comisión de Oncología - Asociación Argentina de Cirugía.

Jefe de Sector Cirugía Oncológica de Partes Blandas-Servicio de Cirugía General- Hospital Británico de Buenos Aires.

Departamento de Cirugía de Tumores de Partes Blandas- – Sarcomas y Melanoma - Instituto de Oncología Ángel H. Roffo - Universidad de Buenos Aires.

pacientes oncológicos que requieran tratamiento quirúrgico en contexto de pandemia por COVID-19⁶ que

se publican en el presente número de la Revista Argentina de Cirugía.

■ ENGLISH VERSION

The pandemic generated by the SARS-CoV-2, the virus responsible for COVID-19, represents an event never witnessed before by the worldwide population and the medical community. The strong and sudden impact on the affected countries modified the usual functioning of health systems, and social distancing led to radical changes in social relationships. The need to reorganize access to the health system resources to meet the treatment demands of the affected patients required deferral of follow-up and procedures so as not to interfere with the management of the health emergency in many countries. However, this situation is not uniform and depends on geographic, demographic and economic factors, and therefore each health care system should take actions tailored to the situation in each phase of the pandemic.

Keeping this in mind, management of cancer patients requiring surgical treatment may be affected for several reasons. On the one hand, depending on the phase of the pandemic, and therefore on the resources available at that time, it may be difficult to perform complex procedures that require resources available in the Intensive Care Unit (ICU) or prolonged hospitalization. On the other hand, if these patients also have COVID-19, the negative impact on their outcome may require a cost/benefit assessment that in some cases implies changes in the standard therapy. In this sense, and despite the bias of any retrospective study, the paper by Lei et al. reports high morbidity and mortality in patients with asymptomatic COVID-19 who underwent surgery during the incubation period of the disease. Of the 34 patients undergoing medium/high complexity procedures, 44.1% required admission to the ICU with a mortality rate of 20.5%, higher than the one reported for the COVID-19 patients who did not undergo surgery¹.

The association between COVID-19 and cancer is still unclear as there are still no publications with high level of evidence. It seems reasonable to think that the effects of the infection on cancer patients could be increased by their intrinsic immunodeficiency, either due to the cancer itself or to cancer treatments (chemotherapy, immunotherapy, radiotherapy, surgical stress, etc.). In a study in China involving all the country,

Liang et al. reported a higher incidence of cancer patients among all those patients with COVID-19 than in the general population (1% vs. 0.29%) with higher requirements for ICU admission (39% vs. .8%, respectively)². However, it is difficult to find a clear correlation between the disease and cancer due to limitations in the number of cancer patients in the series evaluated, the time since the disease appeared, and the possibility of associated comorbidities that increase the risk for severe disease. Zhang et al. reported that of 28 cancer patients, 53.6% had severe events with a mortality rate of 28.6%, with a four-fold increase in the likelihood of developing severe adverse events in infected patients within fourteen days of receiving anti-tumor treatment³.

As a high percentage of infected persons are asymptomatic, the usefulness of preoperative screening with PCR (polymerase chain reaction) should be determined, especially in those patients undergoing major surgery, requiring immediate admission to the ICU, and in those who are expected to stay in hospital for a long time. In this sense, some reports suggest adding imaging tests as chest computed tomography scan to PCR before surgery to detect COVID-19 patients with false-negative PCR results⁴.

It seems clear that cancer patients as well as people with other diseases will be part of the collateral damage of this pandemic, as the possibility of diagnosis and treatment is restricted either because of redirecting the health resources or due to delays in seeking medical care⁵.

The need to manage the different scenarios for the treatment of cancer patients has led scientific societies to outline minimal guidelines to help decision-making on these patients. However, special emphasis should be made to continue with multidisciplinary management so that decisions are made by expert agreement and, thus, transmitted to the patient. For this reason, Asociación Argentina de Cirugía has issued the "Recommendations for the management of cancer patients requiring surgical treatment during COVID-19 pandemic"⁶, which are published in the current issue of Revista Argentina de Cirugía.

Referencias bibliográficas

1. Lei S, Jiang F, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *E Clinical Medicine*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>
2. Liang W, Guan W, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020;21:335e7.
3. Zhang L, Zhu F, Xie L, et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann Oncol*. 2020 Mar 26. pii: S0923-7534(20)36383-3.
4. Ai T, Yang Z, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. 2020 Feb 26;200642. doi: 10.1148/radiol.2020200642.
5. Wang H, Zhang L. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2020;21:e181.
6. Quilidrian S, Zund S, Sánchez P, Badra R, Taype X, Raffa I y col. Recomendaciones: pacientes oncológicos en contexto de pandemia por COVID-19. *Rev Argent Cirug* 2020; 112(2):95-104