

RECOMENDACIONES SEOM-GEM PARA EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Es difícil hacer recomendaciones generales porque pueden depender del momento epidemiológico y ser además este distinto en cada comunidad autónoma por lo que la discusión con su Oncólogo será fundamental.

Si bien la información de que disponemos es limitada los pacientes oncológicos en general presentan una mayor incidencia de infección y esta puede tener unas consecuencias más graves por lo que se debe extremar las medidas higiénico-sanitarias recomendadas a toda la población, confinamiento, higiene de manos y mascarilla para asistir al hospital cuando la visita no se pueda evitar intentando realizar la mayor parte de las visitas de forma telefónica. Este incremento de incidencia y complicaciones se ha asociado tanto a la enfermedad como al tratamiento quirúrgico y farmacológico.

En caso de presentar síntomas compatibles se debería realizar un test diagnóstico de COVID-19 por tratarse de pacientes de riesgo al menos en los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento terapéutico

Tratamiento quirúrgico

- La biopsia excisión inicial se debería realizar
- La cirugía de ampliación de márgenes y de ganglio centinela se podrían demorar hasta 3 meses en función de la situación
- La cirugía de metástasis o paliativa también se podría demorar salvo en caso de compromiso vital hasta 2 a 3 meses

Tratamiento Medico

Para el tratamiento del melanoma usamos tres grupos fundamentales de fármacos terapia dirigida, inmunoterapia y quimioterapia.

La quimioterapia de forma general es inmunosupresora y debería ser evitada en la situación de pandemia por COVID-19 salvo en situaciones excepcionales. En estos casos la recomendación sería una quimioterapia oral como la temozolomida para disminuir la frecuentación hospitalaria.

Las terapias dirigidas se utilizan en pacientes con mutación de b-raf. No hay información clínica ni experimental de que estos fármacos puedan facilitar o agravar el curso de la infección por COVID-19 siendo imprescindible recoger información a este respecto. Si se recomendaría en este caso el espaciado del control médico y analítico para disminuir la frecuentación hospitalaria. Estos controles podrían realizarse cada 2 a 3 meses. Estos

fármacos producen alteraciones del QT que podrían potenciar la toxicidad cardiaca de diversos tratamientos empleados en la infección COVID-19

Respecto a la inmunoterapia de nuevo no hay información clínica ni experimental de que estos fármacos puedan facilitar o agravar el curso de la infección por cCOVID-19 y es imprescindible recoger esta información. Por el mecanismo de acción y toxicidades de estos fármacos sí que podría haber algún motivo de preocupación, por una parte, estos fármacos son capaces de producir neumonitis como toxicidad que puede ser difícil de diferenciar de la infección COVID-19 y cuyo tratamiento además es terapia inmunosupresora que podría aumentar el riesgo de padecer la infección y agravar su curso. En segundo lugar, no podemos descartar que estos fármacos agraven la fase de respuesta inflamatoria de la neumonía por COVID-19 por el mecanismo patogénico de esta. Si la situación clínica lo permite sería recomendable demorar estos tratamientos 2-3 meses y utilizar las posologías con mayor espaciado de dosis (Nivolumab cada 4 semanas o Pembrolizumab cada 6 semanas) y la reducción de los controles.

Si se desarrolla infección COVID-19 durante el tratamiento de su enfermedad, sería recomendable interrumpir el tratamiento oncológico (por el efecto desconocido sobre esta y por evitar interacciones farmacológicas con los fármacos usados en la infección COVID) durante la infección y las 2-3 semanas posteriores de confinamiento y reiniciar el tratamiento con una confirmación de la ausencia de virus en la PCR.

Para los fármacos orales, sería ideal la entrega domiciliaria si esta está disponible en el centro.

En caso de desabastecimiento un doblete de inhibidor b-raf/mek puede ser sustituido por otro de los 3 disponibles comercialmente. Lo mismo sucede con los fármacos anti PD-1 con las 2 opciones comerciales.

- Tratamiento adyuvante: Los ensayos clínicos incluyeron pacientes hasta 12 semanas tras la linfadenectomía. Por lo que es seguro demorar este tratamiento este intervalo sin comprometer la eficacia. Diferentes estadios de enfermedad tienen diferentes beneficios del tratamiento por lo que es imprescindible la evaluación individualizada de riesgo beneficio para cada paciente.
- Tratamiento enfermedad metastática: Los tratamientos disponibles pueden ser curativos incluso en esta fase de la enfermedad por lo que no deben evitarse. Al carecer de información sobre sus interacciones con la infección y curso de enfermedad COVID la recomendación sería demorar estos tratamientos máximo 2-3 meses, al menos para la inmunoterapia y la quimioterapia, teniendo en cuenta para ello la carga tumoral y la LDH.

Además de las recomendaciones generales de reducción de controles y posologías optimizadas.

- Tratamiento metástasis cerebrales: La combinación de ipilimumab y nivolumab se asocia a toxicidades que pueden requerir inmunosupresión prolongada que aumentaría el riesgo de infección y complicaciones por COVID-19 por ello se recomienda evitar este esquema terapéutico en favor de monoterapia y radioterapia para los pacientes wild-type. Los pacientes b-raf mutados pueden ser tratados con inhibidores de b-raf/mek