

RECOMENDACIONES DEL GECP SOBRE EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN EN LA SITUACIÓN DE PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN ESPAÑA

Fecha: 8 de abril de 2020

El objetivo de este documento es realizar unas recomendaciones generales de tratamiento para los pacientes con cáncer de pulmón durante la actual pandemia por SARS-CoV-2.

1. PROCESO DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN:

Se debe mantener la necesidad de la confirmación histológica/citológica antes de un tratamiento oncológico así como el estudio molecular. Se priorizarán procedimientos mínimamente invasivos. En aquellos casos en los que se precise realizar una biopsia guiada por TC, se realizará en una consulta habilitada para ello y por personal equipado con EPI adecuado y mascarillas FFP3. Asimismo, se debe realizar la estadificación correcta en cada caso, utilizando las pruebas radiológicas establecidas en el protocolo de cada centro.

2. COMITÉS DE TUMORES:

La reunión multidisciplinar sigue siendo imprescindible para un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con cáncer de pulmón. El comité puede realizarse de forma telemática y las decisiones deben quedar reflejadas en la historia clínica.

Todas las decisiones se basarán en el mejor conocimiento científico y técnico y se adaptarán a la situación de cada centro. Para ello se tendrá en cuenta la edad del paciente, sus comorbilidades, la estadificación de su neoplasia, así como la posibilidad de tratamientos en el momento de la decisión del comité ya que los recursos pueden variar según evolucione la pandemia.

3. TRATAMIENTO:

De forma general, se priorizará la consulta telefónica con valoración clínica y de pruebas complementarias para evitar desplazamientos repetidos del paciente, y la utilización de los esquemas con menor toxicidad, valorando añadir factor estimulante de colonias (G-CSF por sus siglas en inglés) en aquellos esquemas con mayor toxicidad hematológica.

3.1. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP):

- **Estadios tempranos (I-IIA):** en caso de que no sea posible la cirugía, se priorizará el tratamiento con radioterapia (*SBRT* si es posible) previa discusión en el comité multidisciplinar (valorar riesgo/beneficio con el paciente). En aquellos pacientes operados y tributarios de quimioterapia (QT) adyuvante, se valorará el riesgo/beneficio en cada caso.
- **Estadios localmente avanzados resecables (IIB-III A):**
 - Considerar el inicio de QT neoadyuvante. Podría ser útil para aquellos casos en los que no se disponga de quirófano en ese momento.
 - Si el paciente ha sido intervenido, considerar QT adyuvante teniendo en cuenta el riesgo/beneficio en cada caso.
- **Estadios localmente avanzados irresecables (IIIAN2 bulky, IIB/C):** se indicará el tratamiento con quimio-radioterapia (QT-RT) concomitante (QT-RTc) o secuencial (QT-RTs) según la función respiratoria, edad del paciente, volumen tumoral y comorbilidades.
 - **QT-RTc:** si se hacen coincidir los dos tratamientos desde el 2º ciclo, se recomiendan un total de 3 ciclos de QT. Si la concomitancia es desde el 1º ciclo, dos ciclos de QT serían suficientes. En los pacientes tributarios de durvalumab de consolidación, valorar el riesgo/beneficio de su inicio en cada caso. En aquellos que ya estén en curso, deberán continuarlo.
 - **QT-RTs:** en estos casos se recomiendan 3 ciclos de QT seguidos de RT. Valorar RT hipofraccionada en pacientes frágiles.
- **Estadios avanzados (IV):** valorar en función de la edad y estado general del paciente.
 - Pacientes tributarios de QT: plantear el inicio de tratamiento con un esquema menos tóxico. Valorar el ajuste de dosis según la edad del paciente y comorbilidades.
 - Pacientes que están ya en curso de QT: considerar 4 ciclos en lugar de 6, si la enfermedad está en respuesta.

- Pacientes en curso de QT de mantenimiento (pemetrexed): discutir con el paciente el riesgo/beneficio de continuarla o suspenderla.
- Pacientes tributarios o en curso de inmunoterapia: se preferirán los regímenes con intervalos más largos de administración (pembrolizumab 400 mg/6 semanas; nivolumab 480 mg/4 semanas).
- Pacientes tributarios o en curso de inhibidores tirosinkinasa (ITK): se recomienda elegir aquellos fármacos con mejor perfil de toxicidad (considerar la toxicidad pulmonar). En pacientes con tratamiento estable durante más de tres meses, y sin toxicidad, se aconseja control telefónico.
- Pacientes tributarios de una 2ª línea o sucesiva: individualizar caso por caso teniendo en cuenta el riesgo/beneficio.

3.2. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA PEQUEÑA (CPCP):

- **Enfermedad limitada (estadios I-III)**: considerar QRT concomitante o secuencial según la función respiratoria, edad del paciente, volumen tumoral y comorbilidades. La realización de PCI (prophylactic cranial irradiation) se deberá individualizar en cada caso.
- **Enfermedad extendida (estadio IV)**: iniciar QT. Valorar el ajuste de dosis según la edad del paciente y comorbilidades. La RT torácica de consolidación y la PCI se discutirán en cada caso.

3.3. RADIOTERAPIA PALIATIVA: se administrará siempre que esté indicada y en fracciones únicas cuando sea posible.