

RECOMENDACIONES GEICO PARA EL MANEJO DE TUMORES GINECOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN ESPAÑA

- FECHA: 06 abril 2020
- Comité Ejecutivo GEICO: Antonio González Martín, Ana Oaknin, Andrés Redondo, María Jesús Rubio

INDICE

1. OBJETIVO
2. RECOMENDACIONES GENERALES
3. MANEJO CANCER EPITELIAL DE OVARIO
 - a. Estadios iniciales (I-II)
 - b. Estadios avanzados (III-IV)
 - c. Recaída
4. MANEJO CÁNCER DE ENDOMETRIO
 - a. Estadios iniciales
 - b. Enfermedad avanzada y metastásica o recurrente
5. MANEJO CÁNCER DE CÉRVIX
 - a. Estadios iniciales
 - b. Enfermedad localmente avanzada
 - c. Enfermedad metastásica y recurrente
6. VALORACION DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO E INFECCIÓN COVID-19

1. OBJETIVO

El objetivo del presente documento es ofrecer a los oncólogos que tratan cáncer ginecológico unas recomendaciones para el manejo de cáncer ginecológico durante el periodo de limitación de recursos sanitarios por la pandemia COVID-19 en España con el fin de preservar: la seguridad de las pacientes, la seguridad de los profesionales y, en la medida de lo posible, la aplicación y eficacia de los tratamientos contrastados por medicina basada en la evidencia. Estas recomendaciones pretenden complementar y no sustituir a las que se realicen en cada hospital o Comunidad Autónoma, puede que no sean aplicables en todos los hospitales ni en todos los periodos, y debido a la velocidad de evolución de conocimiento sobre COVID-19 deben ser revisadas periódicamente.

2. RECOMEDACIONES GENERALES

2.1 Para profesionales y pacientes

- Seguir rigurosamente las medidas de autoprotección recomendadas en cada momento por las autoridades sanitarias y el hospital o departamento.
- Se recomienda el uso universal de mascarillas, lavado de manos frecuentes, y mantener una distancia física de seguridad.

2.2 Sobre admisión de pacientes

- Se recomienda un *triage* de las pacientes antes de acudir al hospital de día o consulta con el fin de detectar pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19. Dicho *triage* se puede hacer telefónico el día antes de la consulta, a la entrada del hospital, y a la llegada de la paciente al departamento. Considerar la toma de T^ª en el hospital.
- En caso de detectar una paciente con diagnóstico o sospecha de COVID-19, se evitará que acuda al hospital de día y/o consulta y se recomendará que siga el circuito que cada hospital o Comunidad Autónoma haya establecido.

2.3 Sobre tratamientos sistémicos

- En la decisión de tratamiento sistémico durante la pandemia se evaluará especialmente el riesgo / beneficio en cada paciente, dado que las pacientes de mas de 65 años, con presencia de comorbilidad (sobre todo patología cardiovascular y pulmonar, DM e insuficiencia renal o hepática crónica), con mala situación general

o que reciben tratamientos inmunosupresores, tienen más riesgos de complicaciones en caso de adquirir infección COVID-19.

- Las pacientes infectadas por SARS-CoV-2 confirmada, sintomáticas o asintomáticas, no deberían empezar tratamiento sistémico hasta que la paciente esté recuperada y haya evidencia de negatividad para SARS-CoV-2.
- En las pacientes asintomáticas con contacto claro de riesgo (i.e familiar cercano con infección COVID-19 demostrada), se recomienda confirmar ausencia de infección SARS-CoV-2 antes de empezar el tratamiento, y si no es posible mantener una cuarentena de al menos 14 días.
- En pacientes que deben empezar un tratamiento sistémico se sugiere valorar opciones de tratamiento que no impacten negativamente en el pronóstico de la enfermedad y que minimicen las visitas de la paciente en el periodo pico de pandemia, incluyendo retraso del inicio tratamiento cuando sea posible o el uso de esquemas que requieran menos visitas al hospital.
- En pacientes que están recibiendo tratamiento sistémico, se recomienda valorar la conveniencia de la continuidad de este, así como posibles ajustes que sin pérdida de eficacia minimicen el riesgo de contraer la infección por la paciente (por ejemplo pasar esquemas de paclitaxel semanal a trisemanal en primera línea).
- Considerar el uso de soporte con G-CSF en tratamientos con cierto riesgo de neutropenia, y especialmente en pacientes mayores o con co-morbilidades.
- Valorar la posibilidad de proveer a la paciente con medicación oral (inhibidores de PARP) para periodos más largos o el envío de la medicación oral a domicilio, y realizar controles analíticos en su centro de salud o laboratorio más cercano, así como controles clínicos mediante teleconsulta.
- Se recomienda reflejar en la historia clínica que la paciente ha sido informada de los riesgos adicionales asociados a un tratamiento sistémico inmunosupresor durante el periodo de pandemia.
- Durante la fase de mayor incidencia de COVID-19, se recomienda limitar la inclusión de pacientes en ensayos clínicos, y sólo proponérselo a aquellas en las que se considere que el tratamiento del ensayo puede ser la mejor alternativa terapéutica. Para ello, el centro debe poder seguir contando con la infraestructura necesaria, de manera que no se vea comprometida la seguridad de las pacientes ni los principales procedimientos del ensayo.

2.4 Sobre organización asistencial

- Las pacientes con cáncer ginecológico requieren una valoración multidisciplinar, que resulta especialmente relevante en el tiempo de pandemia para adecuar el

tratamiento de cada paciente a los recursos disponibles. Por ello, toda paciente con nuevo diagnóstico o sospecha debe ser evaluada en el comité de tumores.

- Con el fin de minimizar el contagio entre profesionales los comités de tumores se deben realizar mediante sistemas de tele o videoconferencia.
- Priorizar la atención en consulta de pacientes con nuevo diagnóstico y enfermedad recurrente sintomática que requiera tratamiento o discusión sobre cuidados de soporte y final de la vida.
- Restringir la visita de acompañante a uno y solo si es imprescindible para la paciente.
- Minimizar el número de visitas al hospital y promover teleconsulta siempre que sea posible. Incluyendo la discusión de resultados de pruebas de laboratorio o de imagen
- Valorar retrasar la visitas y exploraciones de seguimiento (pruebas de imagen y de laboratorio) en pacientes asintomáticas, que en teleconsulta no se detecte una razón para acudir al hospital.
- Todas las decisiones individuales que se tomen durante el periodo de pandemia y que no sean estrictamente las habituales se deben registrar y justificar en la historia clínica de la paciente.

3. MANEJO DEL CANCER EPITELIAL DE OVARIO

3.1 Estadios iniciales (I-IIb)

- La cirugía de estadificación en tumores IA/B detectados incidentalmente pueden retrasarse hasta que haya disponibilidad de quirófano, especialmente en tumores de bajo grado.
- Para el tratamiento sistémico, se recomienda seguir las recomendaciones del consenso de ESMO-ESGO (Colombo et al. Annals Onco 2019), si bien en aquellos casos de duda de tratamiento sistémico o donde no es mandatorio se evitará.

3.2 Estadios avanzados (III-IV)

- El retraso de la quimioterapia tras la citorreducción primaria puede empeorar el pronóstico, sobre todo tras citorreducción óptima, por lo que en la medida de lo posible no debería postponerse más de 6 semanas.
- La quimioterapia neoadyuvante puede ser una alternativa a la citorreducción primaria en ausencia de opciones de quirófano. En ausencia de disponibilidad de quirófano para cirugía de intervalo tras 3 ciclos, se podría continuar el tratamiento (hasta no más de 6 ciclos) con la intención programar lo antes posible la cirugía de

intervalo, teniendo presente que realizarla tras más de 4 ciclos tiene un impacto negativo en la supervivencia.

- Durante la pandemia COVID-19 se debe evitar el esquema de paclitaxel y carboplatino semanal para reducir el número de visitas al hospital.
- Durante la pandemia, se debe considerar asociar soporte con G-CSF especialmente en pacientes mayores o con comorbilidad.
- No hay datos que contraindiquen el tratamiento de mantenimiento con bevacizumab o inhibidor de PARP. No obstante, su empleo debe sopesarse en función del riesgo asociado a las visitas al hospital y del potencial beneficio. En cualquier caso, se recomienda un control estrecho de la HTA en caso de uso de bevacizumab y de la mielosupresión asociada a inhibidores de PARP.

3.3 Recaída

- Salvo en centros que puedan mantener la actividad quirúrgica sin restricciones, la citorreducción secundaria no debe considerarse.
- Para el tratamiento sistémico se deben seguir las recomendaciones del consenso de ESMO-ESGO (Colombo et al. Annals Onco 2019) dando preferencia a esquemas que, sin comprometer el pronóstico de la paciente, requieran menos visitas o resulten menos mielotóxicos.
- En carcinoma seroso de bajo grado se recomienda el uso de terapia hormonal.
- La indicación de una nueva línea tratamiento en caso de progresión debe considerarse caso a caso, con el mejor juicio médico y dependiendo de la situación de la paciente y el potencial beneficio de las opciones disponibles.
- En pacientes politratadas candidatas a iniciar nueva línea de tratamiento, se puede considerar la opción de terapias orales, como tamoxifeno o ciclofosfamida oral, con baja toxicidad y sin necesidad de controles analíticos frecuentes.
- Sobre los tratamientos de mantenimiento se aplica el mismo criterio expuesto más arriba en la primera línea para estadios avanzados.

4. MANEJO CÁNCER DE ENDOMETRIO

4.1 Estadios iniciales

- Se recomienda seguir las indicaciones de tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia del consenso ESMO-ESGO-ESTRO (Colombo et al. Annals Oncol 2016).

- En los casos que la quimioterapia o radioterapia se consideran opcionales, se debe considerar no indicarlas durante el periodo de pandemia.

4.2 Enfermedad avanzada, y metastásica o recurrente

- Se recomienda seguir las indicaciones de tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia del consenso ESMO-ESGO-ESTRO (Colombo et al. Annals Oncol 2016), y las recomendaciones generales sobre tratamiento sistémico previamente expuestas.
- Priorizar el tratamiento hormonal sobre la quimioterapia en pacientes con RE+ y enfermedad no rápidamente progresiva.
- Dado que no existen tratamientos de segunda línea estándar, su administración debe ser evaluada considerando los riesgos y beneficios del esquema propuesto.

5. MANEJO CÁNCER DE CÉRVIX

5.1 Estadios iniciales

- Cada paciente se debe evaluar en el comité de tumores y adecuar el tratamiento a los recursos disponibles. Se puede considerar el retraso de la cirugía algunas semanas si es seguro para la paciente o la administración de radioterapia como tratamiento definitivo, en caso de que sea una alternativa válida ante la restricción completa de quirófanos.

5.2 Enfermedad localmente avanzada

- Se debe mantener el tratamiento estándar de quimio-radioterapia con intención curativa, y no retrasar los procedimientos de braquiterapia.
- Se pueden considerar esquemas de hipofraccionamiento (aumentar la dosis por día y reducir el número de fracciones) para disminuir las visitas al hospital.

5.3 Enfermedad metastásica y recurrente

- Se debe seguir el tratamiento habitual recomendado en la guía SEOM con las indicaciones generales previamente expuestas (de Juan A et al. Clin Transl Oncol 2020).
- La decisión sobre el uso de bevacizumab asociado a quimioterapia debe sopesar el beneficio de supervivencia frente al riesgo de fístula en la paciente individual.
- En la primera línea de pacientes que han recibido previamente cisplatino en el contexto de quimio-radioterapia, se puede considerar la administración de un

esquema basado en carboplatino en vez de cisplatino, con el fin de reducir la estancia de la paciente en hospital de día, pero debe sopesarse el riesgo aumentado de neutropenia, especialmente en combinación con bevacizumab.

- Dado que no existen tratamientos de segunda línea estándar, su administración debe ser evaluada considerando los riesgos y beneficios del esquema propuesto.

6. VALORACION DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO E INFECCIÓN COVID-19

- Las pacientes con diagnóstico previo o presente de cáncer ginecológico pueden desarrollar complicaciones de la neumonía por COVID-19 que requieran soporte en unidad de cuidados intensivos y eventualmente ventilación mecánica.
- Se recomienda que se consulte con el oncólogo el pronóstico de cada paciente como un factor más, junto con la comorbilidad de la paciente y disponibilidad de recursos entre otros, a la hora de considerar el traslado de una paciente a UCI con potencial indicación de ventilación.
- Un número significativo de pacientes con cáncer ginecológico pueden llegar a curarse, tanto en etapas iniciales como localmente avanzadas, y se pueden beneficiar de dichas medidas.
- Adicionalmente, un porcentaje de pacientes con enfermedad metastásica pueden tener actualmente la enfermedad controlada durante años mediante tratamientos biológicos como inhibidores de PARP, antiangiogénicos o inhibidores de PD-1/PD-L1, por lo que también se recomienda que en caso de deterioro de función pulmonar se consulte con el oncólogo el pronóstico de la paciente antes de tomar una decisión final.

REFERENCIAS

1. Colombo N, et al; ESMO-ESGO Ovarian Cancer Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Ann Oncol.* 2019 May 1;30(5):672-705
2. Colombo N, et al; ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016 Jan;27(1):16-41.
3. de Juan A, et al. SEOM clinical guidelines for cervical cancer (2019). *Clin Transl Oncol.* 2020 Feb;22(2):270-278.
4. Ramirez PT, et al. COVID-19 Global Pandemic: Options for Management of Gynecologic Cancers. *Int J Gynecol Cancer.* 2020 Mar 27. pii: ijgc-2020-001419.
5. SGO COVID-19 Communique. April 3, 2020: Anti-cancer Therapy and Clinical Trial Considerations for Gynecologic Oncology Patients During the COVID-19 Pandemic Crisis. www.sgo.org