

Recomendaciones de actividad en los servicios de cirugía visceral y digestiva de la AP-HP en el estadio 3 de la epidemia COVID-19

Versión 1 – 24 de marzo 2020

Grupo de trabajo: Jérémie Lefevre (Saint Antoine), Pierre Cattan (St Louis), y Olivier Soubrane (Beaujon) por el Colegio de Cirugía Visceral y Digestiva de la AP-HP

La epidemia COVID-19 ha impuesto una redistribución mayor de los medios dedicados a nuestra actividad quirúrgica con una disminución de las camas de hospitalización y de cuidados críticos reorientadas a la acogida de pacientes infectados. Adicionalmente, una proporción muy importante de los anestesiólogos, reanimadores y del personal no médico ha sido reasignada a la atención de enfermos COVID-19+. Al final, puede haber escasez de consumibles dedicados a la anestesia y reanimación. Esto nos ha llevado a reducir considerablemente nuestra actividad.

Como el cáncer, el acto quirúrgico en sí se considera un factor de riesgo de forma grave de infección por coronavirus y de muerte. Es por ello que resulta necesario proponer elementos de reflexión en cuanto al tratamiento quirúrgico de nuestros enfermos, para que la epidemia en curso no afecte, en la medida de lo posible, su pronóstico, en particular para los enfermos de cáncer.

Los miembros del grupo de trabajo han consultado a los cirujanos de los principales centros de cirugía digestiva de Isla de Francia. Estos cirujanos insisten en la noción de urgencia oncológica relativa de los tipos de cáncer digestivo y de posible pérdida de oportunidad en caso de retardo de varias semanas en su tratamiento quirúrgico.

Estas recomendaciones se redirigen mientras que nos encontramos en la fase 3 de la epidemia (pico). Son, pues, modulables en función del tiempo y de las disponibilidades locales.

1. Recomendaciones de tipo general:

- Tomando en cuenta las repercusiones de un estado COVID + para el paciente mismo y para la estructura de la atención que acogen es deseable el despistaje de la infección en todo paciente susceptible de ser operado, en la medida de lo posible. Esta investigación debe ser sistemática (PCR o TDM torácica) en pacientes operados de cáncer.
- La tendencia actual es transferir todas las patologías quirúrgicas que no necesiten un tratamiento específico en estructuras privadas o PSPH a fin de permitir a las estructuras más importantes hacerse cargo de los pacientes que requieran reanimación. Sin embargo, es preferible no transferir pacientes COVID + a estructuras de cuidados relativamente afectadas por la epidemia. Del mismo modo, es preferible definir sitios COVID + en los que podrían ser atendidos los pacientes afectados preferentemente.
- Toda intervención desprogramada debe ser objeto de trazabilidad y definirse el

grado de urgencia para facilitar la reprogramación al terminar la epidemia. La necesidad de reprogramar una consulta de anestesia preoperatoria (que con frecuencia ya se realizó antes de la desprogramación) debe también recopilarse, por la posible acumulación de consultas de anestesia al terminar la crisis.

- Todas las intervenciones programadas de patologías benignas no urgentes se deben posponer hasta nuevo aviso, fuera de las patologías que exponen a un riesgo de complicación inminente.

2. Urgencias quirúrgicas

Desde el inicio de la epidemia, las urgencias quirúrgicas en los hospitales públicos parecen haberse enrarecido. Las razones pueden ser múltiples: transferencia hacia centros privados o centros privados sin fines de lucro que participan en el servicio público hospitalario (PSPH), retraso o ausencia de consulta por causa del confinamiento y/o por temor de desplazarse al hospital. Esta situación podría generar una recrudescencia de las formas clínicas severas que pueden exponer a una sobremortalidad.

Cuando se presentan, las urgencias quirúrgicas se deben atender sin demora y de forma prioritaria.

3. Trasplante de hígado

Los 3 programas de trasplante de hígado (Beaujon, Paul Brousse et Pitié) se mantienen operativos, dando prioridad a los trasplantes más urgentes. La realización de un despistaje de SARS-CoV-2 es deseable en el donante y el receptor justo antes del trasplante, el cual estaría contraindicado en caso de positividad, pero se encuentra con la disponibilidad de la RT-PCR según los sitios y la sensibilidad de la técnica en los enfermos asintomáticos. La alternativa sería la realización de un escaneo torácico preoperatorio inmediato. La evolución de la epidemia COVID-19 puede reducir de manera considerable el número de camas en las estructuras de cuidados críticos «*libres de COVID*» necesarias para la fase postoperatoria precoz del trasplante. Tal situación podría requerir la mutualización de los medios de trasplante y la «santuarización» de un solo sitio de trasplante en la AP-HP.

4. Cancerología digestiva: recomendaciones por órgano

De forma general, se deben aplicar todos los medios para no comprometer las estrategias terapéuticas y las oportunidades de curación en enfermos de cáncer de las vías digestivas con indicación de resección quirúrgica establecida en RCP. Sin embargo, este principio debe considerar los medios disponibles, principalmente en términos de cuidados críticos postoperatorios, comorbilidades de los pacientes, así como del riesgo aumentado de complicaciones severas y de fallecimientos relacionados con el COVID-19 en pacientes enfermos de cáncer y operados. A veces existen soluciones alternativas temporales. La existencia de tratamientos de espera y sus resultados esperados deben ser objeto de un examen cuidadoso.

Los siguientes principios generales se aplican a todos los tipos de cáncer:

- En función de las situaciones locales, limitar, en la medida de lo posible, las intervenciones que requieran una estancia postoperatoria en reanimación
- Informar las intervenciones de pacientes en los cuales este informe no altere el pronóstico. Seleccionar los casos para los que la relación beneficio-riesgo asociado a la intervención sea la más favorable (tipo de cáncer - estadio tumoral - respuesta al tratamiento neoadyuvante - esperanza de vida)
- El estado COVID + debe incitar a la prudencia antes de programar una cirugía oncológica
- Garantizar la trazabilidad de los informes de intervenciones.

a. Cáncer esofágico (ADK y epidermoide)

El principal límite para realizar una esofagectomía (con o sin toracotomía) en el contexto actual es la necesidad de una hospitalización prolongada en reanimación después de la intervención. Se recomienda en todos los casos iniciar un tratamiento por radioquimioterapia para los adenocarcinomas y los carcinomas epidermoides. En caso de respuesta clínica completa, se instaurará vigilancia con esofagectomía de rescate en caso de recidiva al menguar la epidemia. En caso de respuesta parcial, el lapso después de la radioquimioterapia podrá prolongarse hasta 12 semanas. Sin embargo, es preferible esperar a la fase 4 de la epidemia (descenso) para reprogramar esta intervención, según las condiciones locales.

b. Cáncer de estómago y de la unión esogástrica

La misma política de informe de la intervención se debe aplicar en caso de necesidad previsible de una reanimación postoperatoria después de gastrectomía (anastomosis intratorácica por toracotomía, exéresis aumentada, comorbilidades). En los demás casos, es preferible encontrar una solución de espera para informar la cirugía en la fase 4 de la epidemia: quimioterapia neoadyuvante hasta 8 terapias.

c. GIST gástrico

Según el tamaño de la lesión y el lapso previsible de espera de la cirugía, espera sin tratamiento o tratamiento de espera mediante imatinib, hasta la fase 4 de la epidemia (descenso) antes de programar una resección quirúrgica.

En caso de cirugía compleja o lesión difícilmente resecable, tratamiento con imatinib

d. Cáncer colorrectal no metastásico:

Las resecciones para cáncer localizado realizadas según las buenas prácticas actuales (rehabilitación mejorada, vía de acceso laparoscópico...) permiten a la casi totalidad de los pacientes no pasar por la unidad de cuidados intensivos con una hospitalización comprendida entre 3 y 5 días.

No hay lugar para una quimioterapia de espera que no esté fundada en ningún dato científico y expone a complicaciones propias del tumor en caso de progresión y a la pandemia actual de Covid-19.

Proponen pues, en conformidad con las recomendaciones del TNCD (Capítulo 21 del 23/03/2020) mantener las indicaciones actuales de resección colorrectal curativa.

- Cáncer de colon cT1-T3Nx : resección inmediata
- Cáncer de colon localmente avanzado (cT4): quimioterapia neoadyuvante
- Cáncer en obstrucción intestinal: estoma previo de urgencia, luego quimioterapia o cirugía diferida después de la epidemia.
- Cáncer rectal sin indicación de radioterapia: resección inmediata. Cáncer después de radioquimioterapia prolongada: resección a las 7 - 12 semanas. Posteriormente, el riesgo de complicación y de dificultad operatoria aumenta.

e. Metástasis hepáticas de cáncer colorrectal

- Las metástasis fácilmente resecables (clase 1) que ya han recibido una quimioterapia de inducción, o sin indicación de quimioterapia neoadyuvante: resección hepática sin demora, dando prioridad a las resecciones limitadas por laparoscopia. En caso de informe de necesidad, prosecución de la quimioterapia y programación prioritaria al reanudarse la actividad.
- Las metástasis de ejercicio complejo (clase 2), principalmente los dos tiempos clásicos y ALPPS: discusión caso por caso según la urgencia oncológica y los recursos locales. En caso de suspenderse la programación, proseguir la quimioterapia.

f. Carcinoma hepatocelular:

- El carcinoma hepatocelular (CHC) pequeño con indicación de extirpación percutánea o de resección quirúrgica se debe tratar sin demora, dando prioridad para la cirugía a la resección limitada por laparoscopia.
- El CHC grande se debe operar sin demora, eventualmente después de la preparación, en caso necesario, para una resección considerable. En caso de suspender la programación, inscribir con prioridad cuando se dé la reapertura de los bloques.

g. Colangiocarcinoma

- El colangiocarcinoma intrahepático único y resecable se debe operar enseguida, sin demora. Las formas resecables pero de mal pronóstico (por ejemplo, multinodulares o N+) se pueden tratar con quimioterapia de inducción.
- El cáncer de vesícula se debe reseca enseguida en las formas precoces localizadas en la vesícula. Las formas evolucionadas se tratan mediante quimioterapia paliativa
- El colangiocarcinoma perihiliar debe tratarse según los procedimientos habituales con drenaje en caso de ictericia, embolización portal, exéresis aumentada. La morbilidad postoperatoria aumentada de estas intervenciones implica disponer de recursos de tratamientos críticos para decidir la mejor fecha de operación. En caso de suspender la cirugía programada, informar con prioridad a partir la reanudación de actividades
- Los colangiocarcinomas distales tienen las mismas indicaciones que el cáncer de la cabeza del páncreas.

h. Tumores hepatobiliares raros

Deben ser objeto de un análisis caso por caso por parte de los colegiados considerando la comorbilidad de los enfermos, la extensión de la resección y su morbilidad postoperatoria, la disponibilidad de camas y los cuidados críticos, la existencia de tratamientos de espera o alternativos.

i. Cáncer de páncreas

- Los adenocarcinomas resecables enseguida pueden ser candidatos para quimioterapia neoadyuvante, estrategia no validada pero aparentemente razonable para la comunidad de cirujanos HPB. Por el contrario, los enfermos que ya han tenido su quimioterapia neoadyuvante, con mayor motivo si fue completada con una radioterapia, se deben operar en los plazos habituales, en la medida de lo posible.
- Los tumores neuroendocrinos, los casos de cáncer pequeño en tumores papilares mucinosos intraductales (TIPMP) y de la región ampular en la mayoría de los casos se pueden reseca de forma diferida después de la discusión del caso individual por parte de los colegiados.

5. Evolución de la situación

Deben considerarse numerosos problemas:

1. La agravación de la epidemia y la disminución de los recursos quirúrgicos comportan el riesgo de conducir, a corto plazo, a la suspensión de toda actividad quirúrgica programada, incluida la oncológica. Este escenario debe conducir a los cirujanos a considerar y preparar:

- a. La transferencia de actividad para intervenciones «simples» para las cuales nuestras plataformas técnicas no aportan valor agregado (ejemplos: intervención simple de colon, resección hepática limitada para metástasis o CHC, pancreatometomía izquierda).
 - b. La mutualización en uno o dos centros de la AP disponiendo de camas críticas *libres de COVID* para los procedimientos más pesados (ejemplo: proctometomía, esofagectomía, hepatectomía mayor, DPC, trasplante de hígado).
2. Anticipar la fase 4 de vuelta a una actividad «normal» que será larga con personal que requiera descanso. Planteará varios problemas:
- a. Las intervenciones informadas no se podrán realizar sino en un período bastante largo
 - b. Existe un riesgo potencial de saturación a causa de la fatiga del PM y del PNM después de la epidemia.
 - c. Le jerarquización de las intervenciones que deben reprogramarse con prioridad debe ya ser objeto de discusión en el seno de los equipos para preparar esta fase de la mejor forma posible.

Ejemplos de reglas de desescalada / pacientes que deben reprogramarse con prioridad

- A. Tumores primitivos localizados - priorización en función de:
 1. la sintomatología
 2. la necesidad de una experiencia específica (actividad no transferible)
 3. el riesgo quirúrgico
 4. la imposibilidad de prolongar el tratamiento preoperatorio, o el plazo después del tratamiento

- B. Tumores metastásicos - priorización en función de:
 1. la tolerancia al tratamiento y las posibilidades de extender la duración del tratamiento preoperatorio
 2. el beneficio esperado del tratamiento quirúrgico
 3. la experiencia específica
 4. las posibilidades de hospitalización en reanimación en etapa postoperatoria

- C. Los pacientes sintomáticos fuera de oncología cuya espera no puede prolongarse deben priorizarse en función de la sintomatología