

Transcripción del episodio n.º 93 del podcast de AUA Inside Tract

Voces de la urología: Manejo de la atención del cáncer en la pandemia de COVID-19

Presentador: El Dr. Sam Chang está con nosotros esta mañana para analizar de qué manera su institución está manejando la atención del cáncer durante la pandemia de COVID-19. El Dr. Chang es profesor de la fundación Patricia and Rodes Hart de Cirugía Urológica y director de cirugía en el Centro de Cáncer Vanderbilt-Ingram. Dr. Chang, ¿cómo van las cosas en Nashville ahora?

Dr. Chang: Bueno, tenemos algunos casos acumulados, obviamente. Pero aún no estamos, como diría el gobernador Cuomo: “No estamos en nuestro apogeo”. Definitivamente lo vemos venir para la próxima semana, más o menos. Afortunadamente, hemos sido muy agresivos y nuestro liderazgo en Vanderbilt ha comenzado muy proactivamente y nuestra preparación en este momento es buena en términos de preparación con espacio de camas y capacidad de respiradores.

Pero como en todas partes, estamos trabajando para preservar nuestros equipos de protección personal para nuestros trabajadores. Afortunadamente, el alcalde de Nashville ha sido bastante agresivo con la política de confinamiento en el hogar y el distanciamiento social. No quiero ponerme político, nuestro gobernador en el estado se ha atrasado un poco al respecto. Por lo tanto, a nivel de la ciudad, creo que Nashville ha hecho un trabajo tan bueno como cualquier ciudad importante en términos de distanciamiento social y el cumplimiento de los CDC y las directrices.

Presentador: ¿Cuáles son algunas de las consideraciones clave para sus oncólogos en términos de lógica cuando se trata de cuidar a pacientes con cáncer urológico mientras luchamos contra la propagación de COVID-19?

Dr. Chang: Bueno, esta es una situación increíblemente difícil para cuidadores y pacientes. Es una combinación que implica equilibrar los riesgos del cáncer, los riesgos de la terapia y, luego, los riesgos de una posible infección con el virus COVID-19. Tienes una combinación de problemas. No solo tenemos que considerar las visitas clínicas, sino además las visitas terapéuticas como la terapia intravesical para el cáncer de vejiga y las evaluaciones de diagnóstico como biopsias de próstata y cistoscopia. Del mismo modo, debemos administrar la terapia quirúrgica para determinados tipos de cáncer que son realmente más necesarios que otros. Y luego nos preocupamos por los pacientes no solo cuando entran, sino que debemos poner en la balanza: “Bueno, ¿qué pasa si se infectan?” Está claro que el riesgo perioperatorio de contraer una infección positiva por COVID-19 aumenta verdaderamente la morbilidad perioperatoria asociada a dicho procedimiento. Y el riesgo de contraer una infección por COVID-19 durante

el tiempo de convalecencia realmente aumenta la probabilidad de morbilidad de manera significativa.

Presentador: Dr. Chang, ¿cómo ha tenido que modificar los planes de atención para pacientes con cáncer de próstata, vejiga y riñón en este momento?

Dr. Chang: Sí, esa es una muy buena pregunta que se formulan muchas organizaciones y grupos diferentes; para ello, los centros de salud han aportado diversas recomendaciones. Y, como dije antes, es una combinación del riesgo de la enfermedad, el riesgo de la terapia y el riesgo de transmisión, recepción o infección con el virus. Entonces, empezamos con el cáncer de próstata. Claramente, el cáncer de próstata es uno de nuestros tipos de cáncer más comunes que tratamos, pero también sabemos que la gran mayoría de los pacientes son realmente aquellos que, con toda honestidad, pueden sufrir algún retraso sin ningún problema o preocupación significativa. Por lo tanto, cuando se trata de la evaluación con nuevas consultas o de seguimiento de pacientes con PSA elevados, o enfermedad de bajo riesgo, o incluso enfermedad de riesgo intermedio, estamos retrasando estas citas por lo menos 8 a 12 semanas en este momento, si no más, especialmente para aquellos pacientes que ya recibieron terapia, o se encuentran en vigilancia activa.

Para aquellos pacientes con enfermedad de alto riesgo, y con eso quiero decir al menos un nivel Gleason 8 o superior o un PSA muy elevado, debemos poner en la balanza el caso y preguntarnos: “Bien, ¿tenemos la capacidad de realizar una cirugía?” Tenemos la capacidad de radioterapia acelerada y, con SBRT y las pautas Astro, nuestros radiólogos han avanzado con la aceleración de sus dosis de terapia con la tercera opción. Es decir, se puede temporizar a los pacientes con el uso de la terapia de privación de andrógenos para entre tres y seis meses. Por lo tanto, para ciertas áreas que obviamente se encuentran más afectadas, esas son áreas donde todas las cirugías como esta en realidad no están permitidas y no se encuentran en los libros de recursos de preservación para aquellos que están más enfermos con el virus. Para aquellas áreas del país que están cancelando “casos optativos” y están realizando solo casos urgentes, se está considerando operar a esos pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo, pero nosotros, personalmente en Vanderbilt, hemos dejado de hacerlo. Por lo tanto, la mayoría de estos pacientes de alto riesgo se han temporizado durante un período o están recibiendo radioterapia. Eso es en cuanto al cáncer de próstata. Es importante destacar el papel de la biopsia de próstata, que creo que es algo que todo el mundo también necesita entender. Y se trata de un tema sobre el cual no hemos debatido mucho, y en el caso de pacientes que están programados para una biopsia, la estamos retrasando de 8 a 12 semanas. En este momento, hacemos la gran mayoría de nuestras biopsias mediante ecografía transrectal en lugar de transperineal, pero incluso aquellos pacientes a quienes realizamos una biopsia transperineal, en este momento, la estamos retrasando para evitar el uso de recursos y del equipo protector.

Cuando se trata de cáncer de vejiga, se trata de un caso que hemos analizado con expertos y líderes de todo el mundo para determinar cuáles son las mejores opciones de tratamiento, qué debemos hacer por esos pacientes en términos de evaluación inicial en cuanto a temas tales como dolor, retención, ese tipo de cosas. La recomendación y el proceso de pensamiento ha sido que estos pacientes deben seguir adelante y recibir y someterse a al menos una cistoscopia diagnóstica. En el caso de pacientes que se encuentran en la primera etapa de la enfermedad y que padecen cáncer de vejiga de alto riesgo, se considera entonces proceder con sus cistoscopías y su evaluación. Para aquellos pacientes con hematuria microscópica, o con cáncer de vejiga de bajo riesgo, hemos recomendado retrasar la evaluación durante al menos tres meses. Y eso es algo que también hemos recomendado.

Para la terapia intravesical de aquellos pacientes con cáncer de vejiga no músculo invasivo de alto riesgo, que se encuentran en medio de su terapia de inducción, hemos decidido proceder y continuar con su terapia intravesical. Sin embargo, en el caso de personas con terapia de mantenimiento, o que tienen una enfermedad de riesgo intermedio, no hemos administrado la terapia de mantenimiento. Tenemos pacientes de mayor riesgo y de riesgo intermedio que han procedido con terapia intravesical, pero repito, es uno de esos actos de equilibrio porque en esos pacientes también es necesario entender y considerar qué ocurre con los problemas y su rol en cuanto a si son ancianos o no, que es el caso de la gran mayoría de estos pacientes. Por lo tanto, tenemos que equilibrar la amenaza del cáncer con la amenaza de una infección. Y así, para aquellos pacientes con enfermedad de riesgo intermedio que son ancianos, o que tienen comorbilidades significativas, donde la gran mayoría tienden a adoptar una combinación de ambas, hemos retrasado la terapia.

El caso de las enfermedades invasivas ha sido un tema de debate, una vez más, entre muchos individuos e instituciones, pero en el caso de aquellos pacientes con enfermedad músculo-invasiva o enfermedad no músculo-invasiva de alto grado, nos hemos centrado en proceder con un TURBT para los pacientes de mayor riesgo o con cistectomía para pacientes con cáncer invasivo, con histologías variables o que son bastante sintomáticos. Entendemos también que nuestra preferencia por la enfermedad invasiva sería iniciar una nueva quimioterapia [inaudible 00:08:44] y evitar el uso de requerimientos significativos de equipos de protección personal, respiradores y anestesia. Por lo tanto, nuestra preferencia sería quimioterapia neoadyuvante seguida de cistectomía posteriormente. Pero claramente, estos pacientes son de nivel más alto, o con la más alta prioridad, y son aquellos que consideraríamos proceder con la cistectomía, aunque la quimioterapia neoadyuvante es nuestra primera opción.

Entonces, el tercer tipo de cáncer más común que tratan los oncólogos urológicos y los urólogos sería el cáncer de riñón. Y para la gran mayoría de

los individuos con masas renales más pequeñas, en realidad hemos retrasado la consulta y la evaluación inicial. Para aquellos con masas renales de menos de 4 centímetros, en realidad hemos postergado la biopsia, la evaluación inicial con la programación de la evaluación en unos pocos meses, y hemos ahorrado recursos de esa manera con la probabilidad de desarrollar algo peor o metastásico en algo bastante pequeño. Para aquellos pacientes con lesiones mayores, de más de 7 centímetros, o que son sintomáticos, hemos procurado continuar con aquellos que se encuentran en la categoría de mayor riesgo, y proceder con la terapia que implicaría nefrectomía. No lo hemos hecho, y hemos postergado a aquellos pacientes con masas renales más pequeñas que estaban programados para terapia ablativa térmica o para nefrectomía parcial. Todos esos pacientes se han postergado por lo menos de dos a tres meses. Una vez más, en el caso de los pacientes que han estado en seguimiento, hemos postergado sus visitas también de dos a tres meses.

Con estos tres tipos de cáncer, hemos utilizado la telemedicina tanto como hemos podido o visitas telefónicas. Y todos, diría yo, o la gran mayoría, han sido muy comprensivos de la situación. Pero claramente, es difícil cuando equilibramos, una vez más, el riesgo de su diagnóstico real, la terapia y el riesgo de contraer realmente el virus.

Presentador: ¿Cómo se ve afectada la investigación y los ensayos clínicos por esta pandemia de COVID-19 en su institución?

Dr. Chang: Ha sido muy, muy difícil. Hemos suspendido las inscripciones de todos los ensayos clínicos nuevos, o en realidad hemos dejado de iniciar cualquier ensayo clínico nuevo en este momento para ahorrar recursos en los ensayos clínicos que hemos abierto para aquellos pacientes que tienen opciones terapéuticas limitadas. Un ejemplo sería el cáncer de vejiga no músculo invasivo de alto riesgo, donde una alternativa sería solo someterse a cistectomía, o en aquellos pacientes que tienen enfermedades de alto riesgo como cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo. Los pacientes actualmente sometidos a ensayos continúan con sus visitas y con su evaluación. Pero repito, hemos suspendido el inicio de cualquier ensayo nuevo. Y los nuevos pacientes son solo... estamos examinando a esos pacientes. Tratamos de ofrecer una alternativa que no utilice recursos que son muy necesarios en este momento.

Presentador: ¿Algún otro consejo para la comunidad urológica sobre el manejo de la atención del cáncer durante este tiempo incierto?

Dr. Chang: Todo el mundo está ayudando. Creo que todo el mundo comprende la utilización de todo el equipo del personal de enfermería, los residentes, sus socios y, lo más importante, aquellos que no pueden reconocer, el personal de programación, los MA, la gente que realmente ayuda a transportar pacientes, todos esos individuos son una parte importante

de la evaluación de todos nuestros pacientes. Creo que todo el mundo ha entendido la importancia del trabajo en equipo. Y así, como resultado, hemos intentado cambiar realmente nuestra programación para que la gente limite su propia exposición personal. Estamos asistiendo y atendiendo a pacientes que normalmente no veríamos con el fin de reducir la exposición no solo a nosotros mismos sino a nuestros pacientes. Pero también tratamos de estratificar el riesgo para aquellos pacientes que reciben atención, a fin de obtener la mejor atención posible y con el nivel de calidad que siempre hemos proporcionado. Y así, nuevamente, el trabajo en equipo está primero, junto con la comprensión de que estamos juntos en esto.

Presentador: El Dr. Sam Chang es el director de cirugía del Centro de Cáncer Vanderbilt-Ingram en Nashville. Gracias por acompañarnos esta mañana, Dr. Chang.

Dr. Chang: Gracias de nuevo, Casey. Cuídense todos.