

¿Cuánto más podrá dañar la pandemia en la detección oportuna de cáncer de mama?

How much more can the pandemic harm in the timely detection of breast cancer?

Eva Ruvalcaba-Limón*

Subdirección de Enseñanza e Investigación, Fundación de Cáncer de Mama (FUCAM A.C.), Ciudad de México, México

Al inicio de la pandemia, ante el desconocimiento del comportamiento de la infección por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) y a la alta mortalidad, los organismos internacionales emitieron recomendaciones para priorizar la atención de pacientes oncológicos, siendo el cáncer de mama una de las neoplasias que más cambios tuvo, tanto en detección oportuna como en el manejo estándar del tratamiento oncológico. Estas guías se actualizan de acuerdo con la evidencia generada mundialmente, sin embargo, el tamizaje para cáncer de mama en población asintomática sigue considerándose una actividad de baja prioridad¹.

Otra recomendación en estas guías ha sido fomentar la atención no urgente mediante telemedicina, recurso con el que no cuenta toda la población, como nuestro país. El registro sobre enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) realizado por el *American Society of Breast Surgeons* (ASBrS), indentificó que el 6.2% la consulta inicial fue mediante telemedicina y el tamizaje se suspendió en algún momento de la pandemia en el 94.9%².

El tamizaje de cáncer de mama ha disminuido, tanto por el alto riesgo de infección al ser imposible un adecuado distanciamiento social durante la realización de los estudios³, como por la baja prioridad durante la pandemia en mujeres asintomáticas. Los organismos internacionales recomendaron interrupción de este y reanudar al término de la pandemia, sin embargo, al

no existir una fecha clara de término, estos programas de tamizaje se han reactivado en forma irregular. En algunos países como México, el tamizaje de cáncer de mama no cubría los requerimientos mínimos necesarios para ser un programa exitoso⁴, y la pandemia vino a deshacer los logros obtenidos al ya haber identificado las fallas en este programa nacional.

Muchos países interrumpieron los programas de tamizaje por 1-6 meses. El impacto de esta interrupción, ya sea en programas de tamizaje bien estructurados u oportunistas, dependerá del restablecimiento en los intervalos de tamizaje, el tipo de estudios para la detección y la población blanco que tamizar⁵.

En Taiwán, el tamizaje disminuyó en un 35, 60 y 49% en los meses de marzo, abril y mayo 2020 en comparación con los mismos meses durante los tres años previos ($p < 0.005$), sin disminuir significativamente la población referida a centros especializados con mastografías positivas, en los mismos periodos⁶.

Aún no sabemos la repercusión real a largo plazo debido a la interrupción del tamizaje. Se han creado modelos matemáticos que calculan la incidencia futura de cáncer de mama, retrasos en el diagnóstico y más a largo plazo, mortalidad.

En Canadá, mediante el modelo matemático Onco-Sims, se proyectó la repercusión de la interrupción de tamizaje por 3, 6 y 12 meses. Si la interrupción es de tres y seis meses, se disminuirá la detección de casos en el 7 y 14%, respectivamente, mientras que

*Correspondencia:

Eva Ruvalcaba-Limón

E-mail: evaruvalcaba@yahoo.com.mx

2565-005X/© 2022 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permayner. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 04-03-2022

Fecha de aceptación: 07-03-2022

DOI: 10.24875/j.gamo.M22000221

Disponible en internet: 13-06-2022

Gac Mex Oncol. 2022;21(4):146-148

www.gamo-smeo.com

el diagnóstico de cáncer de mama de pacientes sintomáticas incrementará en el 10 y 19%, respectivamente. Durante los años 2021-2029 se diagnosticarán más casos en etapas avanzadas y la mortalidad incrementará, calculándose este incremento en el 0.48% cuando el tamizaje se suspende por seis meses. A mayor tiempo sin tamizaje, más etapas avanzadas y mayor mortalidad en los años subsecuentes⁷.

El modelo *Australiano Policy1-Breast microsimulation*⁸ también calculó la repercusión de la interrupción de tamizaje de 3, 6 y 12 meses. Cuando la interrupción es por 12 meses, el modelo proyectó una diferencia del 10% en el diagnóstico de cáncer por cada 100,000 mujeres, calculando 270 casos de cáncer durante el periodo 2020-2021 y 296 casos en el periodo 2022-2023. El diagnóstico de tumores ≤ 15 mm fue menor en cuanto mayor el tiempo de interrupción, siendo del 54% cuando la pausa es por tres meses y de del 48% cuando es por 12 meses.

El modelo italiano calculó una disminución en el diagnóstico de cáncer de mama en etapas tempranas y pérdidas temporales de casos no diagnosticados según el tiempo de interrupción, siendo 8,125 casos cuando la interrupción es de tres meses y 16,250 cuando la interrupción es de seis meses⁹.

El Reino Unido también hizo estimaciones en la disminución de diagnóstico en etapas tempranas y en el incremento de etapas más avanzadas, tanto con registros propios como en población escocesa^{5,10-12}. El diagnóstico en etapas I en mujeres sin interrupción de tamizaje se ha estimado en un 40.4%, existiendo disminución de este porcentaje a mayor tiempo de interrupción, calculándose en el 37.8, 31.4, 22.6 y 12.4% en etapas I cuando el cese del tamizaje es por 3, 6, 9 y 12 meses, respectivamente. De igual forma, se proyectó un incremento progresivo en la mortalidad a cinco años para casos incidentales, siendo del 6.3% cuando la interrupción es de tres meses y del 71.5% con interrupción de 12 meses.

Por otro lado, se han utilizados modelos sobre estrategias para retomar los programas lo antes posible y minimizar los estragos en la detección temprana del cáncer mamario¹³.

México declaró la emergencia sanitaria más tardíamente en comparación con otros países de Latinoamérica¹⁴. La reconversión de hospitales, incluyendo instituciones de tercer nivel, fue una medida drástica pero necesaria para la atención de pacientes infectados, ocasionando que pacientes con otras enfermedades fueran referidos a otros centros de atención, muchos de ellos sin las especialidades necesarias,

saturados por la alta demanda y sin los recursos adecuados. Desafortunadamente, cuando las instituciones reestablecieron sus actividades, recientemente algunos nosocomios volvieron a reconvertirse como hospitales COVID, volviendo a generar en la población esa búsqueda de atención especializada y adecuada a sus padecimientos preexistentes.

Los cambios en la atención de pacientes con cáncer de mama (retraso o interrupción de los tratamientos) ocurrieron a nivel mundial, en algunos países con afectación de tan solo un 18%¹⁵ y en otros no cuantificable debido a la falta de registros. En México, donde la transformación en el sistema de salud se encontraba con importantes cambios, la pandemia por COVID-19 empeoró el panorama, reflejándose en retrasos en el tratamiento oncológico¹⁶.

Pocos registros hay en México sobre la repercusión de la pandemia. En Hospital Regional Materno-Infantil de Alta Especialidad en Monterrey, tras el cierre de Seguro Popular y el inicio de la pandemia, se volvió centro de referencia para cáncer mamario en Nuevo León. En la comparación de un año antes y un año durante la pandemia registraron disminución de consultas mensuales en un 18%, disminución en consultas de primera vez en un 20%, disminución en el porcentaje de cirugías con intención diagnóstica (biopsias escisionales), incrementando aquellas con intención curativa, disminución en realización de biopsias en el 67% y suspensión completa del tamizaje con mastografía¹⁷.

Con el objetivo de reestablecer el tamizaje, en enero 2021 se unieron 76 organizaciones encabezadas por la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) y la Sociedad Americana de Cáncer (ACS), ya que hubo un importante incremento en el número de casos de cáncer no diagnosticados tempranamente y en el retraso de tratamientos. El fundamento de este cambio es que hay evidencia de que el tamizaje salva vidas¹⁸.

A dos años del inicio de la pandemia, se conoce más el comportamiento del SARS-CoV-2; a pesar de sus mutaciones, se ha mejorado la protección tanto en pacientes como en personal de salud, la vacunación ha logrado disminuir la gravedad de la enfermedad, la población está recuperando la confianza y ha entendido que no debe posponer la atención a la salud. Esta pandemia ha cambiado al mundo, sobre todo en la forma de comunicarnos y seguir avanzando con lo realmente indispensable, sin embargo, la lucha contra el cáncer, no solo el cáncer mamario, debe continuar, con la finalidad de no retrasar los

tratamientos oncológicos, por lo que se deben reiniciar los programas de tamizaje lo antes posible.

Hasta el momento, solo podemos hacer comparaciones sobre antes y durante la pandemia, esperando el momento en que podamos publicar resultados comparando antes, durante y después de la pandemia, suceso que quizá tardará algunos años.

Bibliografía

1. European Society for Medical Oncology. ESMO management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast cancer [Internet]. European Society for Medical Oncology [consultado: 14 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/breast-cancer/breast-cancer-in-the-covid-19-era>
2. Wilke LG, Nguyen TT, Yang Q, Hanlon BM, Wagner KA, Strickland P, et al. Analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the multidisciplinary management of breast cancer: Review from the American Society of Breast Surgeons COVID-19 and Mastery Registries. *Ann Surg Oncol.* 2021;28(10):5535-43.
3. Lu M. The front line: Visualizing the occupations with the highest COVID-19 Risk [Internet]. Visual Capitalist. Economy [consultado: 14 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.visualcapitalist.com/the-front-line-visualizing-the-occupations-with-the-highest-covid-19-risk>
4. Uscanga-Sánchez S, Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A, Domínguez-Malpica R, Lazcano-Ponce E. Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso. *Salud Publica Mex* 2014;56:528-37.
5. Breast Screening Working Group (WG2) of the Covid-19 and Cancer Global Modelling Consortium, Figueroa JD, Gray E, Pashayan N, Deandrea S, Karch A, Vale DB, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. *Prev Med.* 2021;151:106585.
6. Peng SM, Yang KC, Chan WP, Wang YW, Lin LJ, Yen AM, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on a population-based breast cancer screening program. *Cancer.* 2020;126(24):5202-5.
7. Yong JH, Mainprize JG, Yaffe MJ, Ruan Y, Poirier AE, Coldman A, et al. The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *J Med Screen.* 2021;28(2):100-7.
8. Nickson CPP, Deij S, Velentzis L. COVID-19 scenario modelling for cancer screening programs, the BreastScreen Australia Program [Internet]. Cancer Council NSW, Cancer Research Division; 2020 [consultado: 14 febrero 2022]. Disponible en: [http://refhub.elsevier.com/S0091-7435\(21\)00169-9/rf0125](http://refhub.elsevier.com/S0091-7435(21)00169-9/rf0125)
9. Vanni G, Pellicciaro M, Materazzo M, Bruno V, Oldani C, Pistolesse CA, et al. Lockdown of breast cancer screening for COVID-19: Possible scenario. *In Vivo.* 2020;34(5):3047-53.
10. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020;21(8):1023-34. Erratum en: *Lancet Oncol.* 2021;22(1):e5.
11. Degeling K, Baxter NN, Emery J, Jenkins MA, Franchini F, Gibbs P, et al. An inverse stage-shift model to estimate the excess mortality and health economic impact of delayed access to cancer services due to the COVID-19 pandemic. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2021;17(4):359-67.
12. Gray E, Marti J, Wyatt JC, Brewster DH, Hall PS; SATURNE advisory group. Chemotherapy effectiveness in trial-underrepresented groups with early breast cancer: A retrospective cohort study. *PLoS Med.* 2019;16(12):e1003006.
13. Kregting LM, Kaljouw S, de Jonge L, Jansen EEL, Peterse EFP, Heijnsdijk EAM, et al. Effects of cancer screening restart strategies after COVID-19 disruption. *Br J Cancer.* 2021;124(9):1516-23. Erratum en: *Br J Cancer.* 2021;125(1):145.
14. Martínez-Valle A. Public health matters: why is Latin America struggling in addressing the pandemic? *J Public Health Policy.* 2021;42(1):27-40.
15. Dietz JR, Moran MS, Isakoff SJ, Kurtzman SH, Willey SC, Burstein HJ, et al. Recommendations for prioritization, treatment, and triage of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. the COVID-19 pandemic breast cancer consortium. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;181(3):487-97.
16. Villarreal-Garza C, Aranda-Gutierrez A, Ferrigno AS, Platas A, Aloï-Ti-meus I, Mesa-Chavez F, et al. The challenges of breast cancer care in Mexico during health-care reforms and COVID-19. *Lancet Oncol.* 2021;22(2):170-1.
17. Flores-Moreno SM, Martínez-Nieto IW, Peña-Jiménez CY, Stenner-Lechuga T. Impacto sanitario del virus SARS COV-2 en la atención hospitalaria de oncología mamaria del sector salud. En: XVIII Congreso Nacional de Mastología y XV Reunión Internacional: 14-16 octubre 2021, Ciudad de México. Ciudad de México: Asociación Mexicana de Mastología; 2021.
18. National Comprehensive Cancer Network. Major U.S. Cancer Centers and Organizations Endorse Goal of Resuming Cancer Screening and Treatment during the COVID-19 Pandemic [Internet]. National Comprehensive Cancer Network [consultado: 28 marzo 2022]. Disponible en: https://www.nccn.org/docs/default-source/covid-19/resume-screening/nccn-accs-resume_cancer_screening_treatment_letter.pdf?sfvrsn=2c66b924_2