

Revisión

Patología Colorrectal ante la Pandemia por COVID-19

MSc. Dr. José Pablo Rivera-Chavarría¹

¹Unidad de Colon y Recto, Hospital México. Caja Costarricense del Seguro Social-Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

Autor Corresponsal:

Dr. José Pablo Rivera-Chavarría.

Unidad de Colon y Recto, Hospital México. Caja Costarricense del Seguro Social-Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica

Correo: proctologiarivera@gmail.com

Resumen

El 12 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) una pandemia. Una combinación de falta de preparación para contener los primeros casos y la agresividad del virus en sí, junto con una subestimación del problema durante las primeras fases del brote, dieron como resultado una difusión extremadamente rápida de COVID-19 a nivel mundial. Diversas Sociedades Médicas y algunos autores de lugares donde se ha vivido esta pandemia han brindado una serie de recomendaciones en pacientes quirúrgicos, a continuación presentaremos una revisión de las recomendaciones en la Cirugía Colorrectal.

Palabras clave: Covid-19, Cirugía Colorrectal

Abstract.

On March 12, 2020, the World Health Organization (WHO) declared the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) a pandemic. A combination of lack of preparedness to contain the first cases and the aggressiveness of the virus itself, along with an underestimation of the problem during the early stages of the outbreak, resulted in extremely rapid spread of COVID-19 globally. Various Medical Societies and some authors from places where this pandemic has been experienced have provided a series of recommendations in surgical patients, we present a review of the recommendations in Colorectal Surgery.

Keywords: Covid-19, Colorectal Surgery

Introducción

El coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) responsable del COVID-19, está estrechamente relacionado con el

SARS-CoV que causó la epidemia de SARS en 2003.¹ El 12 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la

enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) una pandemia.^{1,2}

Una combinación de falta de preparación para contener los primeros casos y la agresividad del virus en sí, junto con una subestimación del problema durante las primeras fases del brote, dieron como resultado una difusión extremadamente rápida de COVID-19 a nivel mundial, antes de que se establecieran medidas efectivas para contener la infección.²

Hasta el 1 de abril de 2020, más de 800 000 casos de enfermedad por COVID-19 se habían confirmado en todo el mundo. El número de muertos en Italia se acerca a 12000 personas y otros países como España han reportado cifras similares. Estados Unidos ha informado de más de 164 000 casos de la enfermedad, 38 000 casos solo en la ciudad de Nueva York. Existe la preocupación de que el COVID-19 podría saturar los sistemas de salud en todo el mundo, a la fecha muchas naciones han reportado escasez de ventiladores como principal problema.³

COVID-19 en el Paciente Quirúrgico

Se han recomendado una serie de medidas generales en lo que respecta a los pacientes quirúrgicos en general.

Consulta externa

Como norma general, se deben cancelar las consultas externas presenciales.^{4,5}

Cirugía Electiva

Se deben de diferir los procedimientos no urgentes y los no relacionados con el cáncer, para reasignar el personal sanitario para enfrentar la emergencia de COVID-19.⁵ Además se recomienda posponer las cirugías, esto reducirá el tráfico innecesario de pacientes en el hospital y disminuirá la introducción y propagación de la enfermedad entre pacientes sintomáticos, asintomáticos y el personal de atención médica.⁶

Cirugía de Emergencia

La necesidad de atender a pacientes de emergencia aún continúa durante una pandemia. Por lo tanto, el personal quirúrgico y las unidades disponibles se han modificado para equilibrar la prestación del servicio y reducir el riesgo de infección. Se recomienda reducir al mínimo el número cirujanos/asistentes en la sala.

COVID-19 y Coloproctología

La evidencia actual ha demostrado que la neumonía por COVID-19 se puede transmitir a través de pacientes asintomáticos, y se ha confirmado que se transmite a través de microgotas de saliva. Al mismo tiempo, el virus se ha aislado en las heces y la sangre de los pacientes, y no se ha excluido la transmisión fecal-oral o en aerosol.^{2,7} Debido a esto se han recomendado en lo que respecta a la cirugía colorrectal una serie de medidas.

Equipos de Protección Individual

En pacientes infectados por SARS-Cov 2 y pacientes con sospecha de infección, todo personal en contacto con ellos debe llevar Equipos de Protección Individual (EPI), que consta de:⁸

- Bata quirúrgica impermeable nivel 4 (AAMI tipo 3B, 4B, 5B).
- Gorro-capuz completa con pantalla de plástico que cubra hasta más abajo del cuello (Tipo3B, 4b o 5b). Pelo recogido.
- Mascarilla ultrafiltrante N95 o autofiltrante FFP2 o FFP3.
- Cobertura piernas y calzado con calzas impermeables.
- Guantes quirúrgicos dobles con el exterior extralargo.
- Gafas cerradas impermeables y antiempañamiento.
- En caso de que el EPI no sea estéril, el equipamiento se debe completar con una bata quirúrgica estéril, larga hasta los pies, impermeable en toda su extensión.

Endoscopias

La endoscopia implica un alto riesgo de transmisión de COVID-19. Todas las endoscopias de rutina deben ser reprogramadas. Los procedimientos de endoscopia deben limitarse a pacientes con sangrado gastrointestinal que ponga en peligro la vida o extracción de cuerpos extraños.²

Consulta externa de Coloproctología

La proctología y otros trastornos benignos son un componente de la cirugía colorrectal que ha cesado casi por completo durante la pandemia actual.⁵ En caso de exploración proctológica se recomienda el uso de doble guante.⁴ Se deberá limitar en estos momentos la práctica de ecografías endoanales, rectoscopias rígidas y pruebas funcionales.⁴

El manejo de la patología proctológica urgente más habitual será el siguiente:

- Prolapso hemorroidal trombosado con importante necrosis. En casos más leves con edema y trombosis, pero sin objetivarse necrosis hemorroidal, puede reducirse el prolapso con la aplicación directa de azúcar sobre la mucosa o con infiltración de hialuronidasa más anestésico local y añadirse el tratamiento médico conservador.⁹
- Absceso perianal. En este caso el tratamiento deberá ser el drenaje quirúrgico de urgencia. En el caso de evidenciar la fístula perianal primaria, el manejo debería ser la tutorización mediante setón.⁹
- Sinus pilonidal infectado. Su tratamiento debe ser la simple puesta a plano.⁹

Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Se ha demostrado la infección por virus de la Influenza en más de 1.000.000 pacientes con EII que utilizan diversos tipos de medicamentos, el riesgo de aumento de infección se ha asociado únicamente con la utilización de corticoesteroides, sin mostrar relación con las tiopurinas o biológicos. Basándonos en estas

observaciones, podemos suponer, (sin experiencia clínica ni apoyo bibliográfico), que el comportamiento del SARS- CoV2 será similar.¹⁰

La Organización Internacional para el Estudio de las Enfermedades Inflamatorias del Intestino (IOIBD) aconseja mantener el tratamiento con mesalamina y esteroides crónicos siempre que sea posible. Para los pacientes bajo tratamiento con inhibidores de tiopurinas o JAK, debido al efecto inmunomodulador de larga duración, su interrupción no sería beneficiosa a corto plazo. Tampoco hay indicaciones para detener las terapias biológicas.²

Cáncer Colorrectal

Para pacientes con lesiones precancerosas con anatomía patológica de displasia sin haberse dado la transición a neoplasia, se ha de tener en cuenta que el adenoma tardará un tiempo en evolucionar a cáncer.¹¹

El Colegio Americano de Cirujanos y La Asociación Española de Coloproctología recomienda dividir en 3 fases el manejo de los pacientes con Cáncer Colorrectal:

Fase I: ESCENARIO SEMIURGENTE VENTANA DE OPORTUNIDAD TERAPÉUTICA:

Pocos pacientes con COVID-19, los recursos sanitarios aún no están agotados, el hospital aún tiene camas en unidad de cuidado intensivo (UCI), reanimación operativa, con suficientes camas y la curva de crecimiento de la infección no está en crecimiento rápido.^{12,13,14}

Casos que deben hacerse lo antes posible (teniendo en cuenta el estado de cada hospital y que probablemente evolucione en las próximas semanas):

- Cáncer de colon casi obstruido.
- Cáncer de recto casi obstruido.
- Cánceres que requieren transfusiones frecuentes.
- Cánceres de colon asintomáticos.

- Cáncer de recto tras tratamiento neoadyuvante(Quimio/Radioterapia) sin respuesta al mismo.
- Cánceres que preocupan por posible perforación local y sepsis.
- Cáncer de recto en estadios iniciales donde la terapia adyuvante no está indicada

Casos que se pueden diferir:

- Pólipos (incluidos los malignos extirpados con márgenes dudosos)
- Indicaciones profilácticas para afecciones hereditarias.
- Pólipos asintomáticos grandes y de apariencia benigna.
- Carcinoides de cualquier localización asintomáticos
- Displasias en la colitis ulcerosa

Enfoques de tratamiento alternativos que pueden considerarse en caso de retrasar la cirugía (sólo si por el contexto hospitalario es posible):

- Cáncer de colon resecable localmente avanzado: Administrar quimioterapia neoadyuvante durante 2-3 meses seguida de cirugía.
- Cáncer rectal con evidencia clara de respuesta precoz a la neo- adyuvancia: Administrar quimioterapia adicional.
- Cáncer de recto localmente avanzados o cáncer de recto recidivantes que requieren cirugía con exanteración: Administrar quimioterapia adicional
- Enfermedad metastásica: Administrar quimioterapia sistémica

Fase II: ESCENARIO URGENTE. PRE-COLAPSO HOSPITALARIO: Muchos pacientes con COVID-19, el hospital tiene escasas camas en UCI y los suministros son limitados.^{12,13,14}

Casos que deben realizarse lo antes posible (reconociendo el estado del hospital que probablemente progresará en los próximos días):

- Cáncer de colon casi obstruido donde el stent no es una opción.
- Cáncer rectal casi obstructivo (debe hacerse una derivación).
- Cánceres con altos requisitos de transfusión (hospitalización).
- Cánceres con evidencia de perforación local y sepsis.

El resto de casos deben diferirse hasta que se llegue de nuevo a una ventana de oportunidad.

Enfoques de tratamiento alternativos que pueden considerarse en caso de retrasar la cirugía (sólo si por el contexto hospitalario es posible):

- Transferir los pacientes a un hospital con capacidad de tratarlos.
- Considerar la terapia neoadyuvante para el cáncer de colon y recto.
- Considerar terapias endoluminales locales para el cáncer de colon y recto en estadios iniciales, cuando sea seguro.

Fase III. ESCENARIO URGENTE. COLAPSO HOSPITALARIO: Todos los recursos van destinados a los pacientes con COVID-19, no hay capacidad de ventilación o UCI y los suministros son limitados.^{12,13,14}

Casos que deben realizarse lo antes posible (estado del hospital que probablemente progresará en horas)

- Cáncer de colon casi obstruido donde el stent no es una opción
- Cáncer rectal casi obstructivo (debe hacerse una derivación)
- Cánceres con altos requisitos de transfusión (hospitalización)

- Cánceres con evidencia de perforación local y sepsis

Enfoques de tratamiento alternativos que pueden considerarse en caso de retrasar la cirugía (sólo si por el contexto hospitalario es posible):

- Pacientes que pueden fallecer si no se le practica una cirugía urgente (sepsis, obstrucción con válvula competente, sagrado masivo)
- El resto de casos deben diferirse hasta que se llegue de nuevo a una ventana de oportunidad.

Enfoques de tratamiento alternativos.

- Transferir los pacientes a un hospital con capacidad de tratarlos.
- Cirugía control de daños (ostomías)

Cirugía Mínimamente Invasiva

Existe un riesgo postulado de propagación viral a través de la aerosolización con dióxido de carbono durante los procedimientos laparoscópicos. Este riesgo debe sopesarse en el contexto del beneficio para el paciente y la disponibilidad de recursos, equipos y protección adecuados para el personal, tales como equipos de protección personal y dispositivos de filtración viral.¹⁴

Anastomosis Colorrectales

Se recomienda evitar la anastomosis primaria en pacientes de riesgo (anastomosis ultrabajas, diabéticos, radioterapia preoperatoria, pacientes frágiles, añosos).

También se ha de tener en cuenta que, en las áreas afectadas por la epidemia, la atención postoperatoria para el manejo de la anastomosis podría aumentar el riesgo de infección para el personal médico y el propio paciente. Por lo tanto, la indicación de la estoma debe ser cuidadosamente valorada respecto a los riesgos quirúrgicos y la posibilidad de autocuidados del

paciente y por tanto individualizada en cada caso.⁷

Apendicitis

El manejo de la apendicitis debe adaptarse a un algoritmo simple: la apendicitis perforada necesita cirugía urgente, que debe realizarse a través de un enfoque abierto en pacientes con COVID-19 positivo probado. Se puede considerar la laparoscopia si las precauciones y dispositivos mencionados anteriormente están disponibles e instalados correctamente en el quirófano. Los pacientes con apendicitis no perforada demostrada por imagen deben dar consentimiento para un manejo no quirúrgico inicial, con antibióticos y atención ambulatoria, según corresponda. El tratamiento ambulatorio de la apendicitis no complicada con seguimiento telefónico (o remoto) regular es ideal y ya se ha demostrado que es seguro y efectivo antes de esta epidemia de COVID-19. Los pacientes pueden ser reevaluados en clínicas telefónicas en cualquier momento durante el seguimiento si los síntomas no resuelven y se debe considerar la readmisión si hay un deterioro.²

Radioterapia

Tradicionalmente, hay dos modalidades multidisciplinarias: i) radioterapia de ciclo corto (25 Gy en 5 Gy por fracción) seguida de cirugía inmediata (2-3 días después del final de la radioterapia); ii) radioterapia de larga duración (50.4-54 Gy en 1.8 Gy por fracción) combinada con quimioterapia concurrente basada en fluoropirimidina seguida de cirugía después de un descanso de 6-8 semanas. En caso de cáncer rectal T3N0 o T1-3N1-2 con margen circunferencial libre, estos enfoques son equivalentes y la decisión se deja a discreción del equipo multidisciplinario. En caso de margen circunferencial involucrado o enfermedad clínica T4, la quimiorradioterapia a largo plazo es obligatoria.

Con el fin de asegurar la mejor atención y reducir el impacto de la pandemia de COVID-19, se recomienda la radioterapia de corta duración

seguida de una cirugía retrasada (5-13 semanas). Se ha demostrado que la tasa de respuesta patológica completa fue significativamente mayor en la cirugía retrasada sin diferencias en la preservación del esfínter y las tasas de resección de márgenes negativos, en comparación con la cirugía inmediata. Por lo tanto, este enfoque parece garantizar resultados oncológicos comparables a los obtenidos con programas de tratamiento más tradicionales, y tiene los beneficios en áreas epidémicas para reducir la duración de la exposición de los pacientes al ambiente hospitalario durante la radioterapia y posponer la cirugía para un período cuando la epidemia sea contenida o controlada.¹⁵

En el caso de los pacientes que han completado el protocolo de radioquimioterapia neoadyuvante, con cirugía ya programada en áreas endémicas, la cirugía puede posponerse hasta 11 semanas sin consecuencias perjudiciales en la supervivencia general a 3 años y la supervivencia libre de enfermedad, según lo informado por el estudio GRECCAR 6.¹⁵

Recomendaciones Finales

El COVID-19 está afectando a los pacientes con cáncer colorrectal y la calidad de la atención de los mismos. Se ha demostrado que la supervivencia de 3 a 10 años es menor si el tratamiento se inicia a más de 90 días después del diagnóstico, y se informan datos similares para otros tipos de cáncer. Se ha estimado específicamente que el tiempo ideal de resección del cáncer de colon es entre 3 y 6 semanas desde el diagnóstico, esta situación es poco probable que se logre durante el brote de COVID-19.¹⁶

Flujo de trabajo en equipo segregado

Es importante la utilización de algunas estrategias como en el Instituto Nacional Universitario de Cáncer de Singapur, donde el principio central fue la continuidad de la atención y la necesidad de minimizar la pérdida de mano de obra. Todo el personal (clínico y no clínico) se

separó en dos equipos para garantizar que departamentos enteros no fueran puestos en cuarentena en caso de infección, además se cancelaron todas las vacaciones de los médicos, para maximizar los recursos de mano de obra.¹

Conclusiones

La pandemia por COVID-19 ha obligado a modificar el quehacer coloproctológico, teniendo que priorizar la patología oncológica y situaciones de emergencia. Se deben de racionar y optimizar los recursos disponibles para evitar un colapso del sistema sanitario por completo y así garantizar la menor afectación en la atención de los pacientes.

Créditos

Ninguno a mencionar.

Conflictos de interés

Ninguno de los autores declara conflictos de interés.

Fuentes de financiamiento

Ninguna fuente de financiamiento a declarar.

Referencias

1. Ngoi N, Lim J, Ow S, Jen WY, Lee M, Teo W, et al. A segregated-team model to maintain cancer care during the COVID-19 outbreak at an academic center in Singapore. *Ann Oncol.* 2020. Published online. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.306>
2. Di Saverio S, Pata F, Gallo G, Carrano F, Scorza A, Sileri P, et al. Coronavirus pandemic and Colorectal surgery: practical advice based on the Italian experience. *Colorectal Dis.* 2020. Published online. <http://doi.wiley.com/10.1111/codi.15056>
3. Burki TK. Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. *Lancet Oncol.* 2020. Published online. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30217-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30217-5)
4. Segura J, Reyes M, García A, et al. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AACP ante COVID-19 Documento 4_V1_marzo 2020. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://aaccp-es.org/images/site/covid/DOCUMENTO_4.pdf
5. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis: COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *Br J Surg.* 2020. Published online. <https://doi.wiley.com/10.1002/bjs.11627>

6. Brindle M, Gawande A. Managing COVID-19 in Surgical Systems: *Ann Surg.* 2020. Volume Publish Ahead of Print. doi:10.1097/SLA.0000000000003923.
7. Segura J, Reyes M, García A, et al. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AECP ante COVID-19 Documento 1_V1_marzo 2020. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://aecpes.org/images/site/covid/DOCUMENTO_1.pdf
8. Segura J, Reyes M, García A, et al. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AECP ante COVID-19 Documento 2_V1_marzo 2020. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://aecpes.org/images/site/covid/DOCUMENTO_2.pdf
9. Segura J, Reyes M, García A, et al. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AECP ante COVID-19 Documento 5_V1_marzo 2020. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://aecpes.org/images/site/covid/DOCUMENTO_5.pdf
10. Segura J, Reyes M, García A, et al. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AECP ante COVID-19 Documento 3_V1_marzo 2020. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://aecpes.org/images/site/covid/DOCUMENTO_3.pdf
11. Segura J, Reyes M, García A, et al. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AECP ante COVID-19 Documento 6_V1_marzo 2020. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://aecpes.org/images/site/covid/DOCUMENTO_6.pdf
12. American College of Surgeons. Guidance for triage of nonemergent surgical procedures colorectal cancer.pdf [Internet]. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.facs.org/-/media/files/covid19/guidance for triage of nonemergent surgical procedures colorectal cancer.ashx](https://www.facs.org/-/media/files/covid19/guidance%20for%20triage%20of%20nonemergent%20surgical%20procedures%20colorectal%20cancer.ashx)
13. Segura J, Reyes M, García A, et al. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AECP ante COVID-19 Documento_COVID_V1_marzo 2020. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://aecpes.org/images/site/covid/DOCUMENTO_COVID.pdf
14. Society of Surgical Oncology. Colorectal-Resource-during-COVID-19-4.6.20.pdf. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.surgonc.org/wp-content/uploads/2020/04/Colorectal-Resource-during-COVID-19-4.6.20.pdf>
15. De Felice F, Petrucciani N. Treatment approach in locally advanced rectal cancer during Coronavirus (COVID-19) pandemic: long course or short course?. *Colorectal Dis.* 2020. Published online. <http://doi.wiley.com/10.1111/codi.15058>
16. Pellino G, Spinelli A. How COVID-19 Outbreak Is Impacting Colorectal Cancer Patients in Italy: A Long Shadow Beyond Infection. *Dis Colon Rectum.* 2020. Volume Publish Ahead of Print. doi:10.1097/DCR.0000000000001685.