

Protocolo

Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer de Mama en contexto de Pandemia COVID-19

El presente documento es para uso exclusivo en todas las sedes asistenciales de la Red Auna

Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a Auna como institución con su logotipo adecuadamente.

Código	Revisión	Fecha de Aprobación
GA.DC.O.02	00	28 – 08 – 2020

Referenciar como: Auna. Lineamientos de Manejo Oncológico Multidisciplinario del Cáncer de mama en contexto de Pandemia COVID-19. Lima, Perú: Auna; 2020.

GRUPO ELABORADOR

EXPERTOS TEMÁTICOS

Henry Gómez Moreno, Médico Oncólogo, Líder de Tumor, Oncocenter Auna.

Pamela Rebaza Vásquez, Cirujano Oncólogo de Mamas, Oncocenter Auna.

Joseana Paola Ayala Moreno, Médico Radioncólogo, Radioncología Auna.

Silvia Neciosup Delgado, Médico Oncólogo, Oncocenter Auna.

Carlos Castañeda Altamirano, Médico Oncólogo, Oncocenter Auna.

Juan Suazo Casanova, Médico Oncólogo, Clínica Delgado Auna.

Fernando Valencia Juárez, Médico Oncólogo, Clínica Vallesur Auna.

Víctor Castro Oliden, Médico Oncólogo, Oncocenter Auna.

Gustavo Sarria Bardales, Médico Radioncólogo, Radioncología Auna.

David Antonio Martínez Pérez, Médico Radioncólogo, Radioncología Auna.

Rubén Del Castillo Pacora, Médico Radioncólogo, Radioncología Auna.

José Antonio Galarreta Zegarra, Cirujano Oncólogo de Mamas, Clínica Delgado Auna.

Martín Falla Jiménez, Cirujano Oncólogo de Mamas, Oncocenter Auna.

UNIDAD DE GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA AUNA

Karina Aliaga Llerena, Médico Oncólogo, Jefe de Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Mariana Serrano Cardoso, Médico Oncólogo, Coordinador de Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Fradis Gil Olivares, Médico, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Laura Pérez Tazzo, Médico, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

Gisely Hljar Guerra, Epidemióloga, Miembro del equipo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica de Auna.

FINANCIAMIENTO

El presente documento ha sido financiado por Auna. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en los contenidos del documento.

Abreviaturas	Significado
AZ	Ácido Zoledrónico
CDIs	Carcinoma ductal in situ
DIEP	Colgajo perforador epigástrico inferior profundo
EKG	Electrocardiograma
NA	Neoadyuvancia
QT	Quimioterapia
RE	Receptor de estrógeno
TE	Terapia endocrina
TN	Triple negativo
TRAM	Colgajo musculocutáneo de recto abdominal transverso
VO	Vía oral

I. Introducción

El paciente oncológico pertenece al grupo vulnerable en la actual pandemia por COVID-19, debido al estado de inmunosupresión causado por la enfermedad de fondo y/o los tratamientos utilizados (corticoides, quimioterapia ablativa o trasplante alogénico). Esto ocasiona un riesgo adicional a las formas severas de la enfermedad comparado con la población estándar (1)

Liang W et al. (2), sugiere que el riesgo de desarrollar eventos serios en pacientes con infección por COVID-19 es 3 veces mayor respecto a la población general. En un estudio retrospectivo multicéntrico realizado en Wuhan – China (3), lugar del epicentro, la tasa de eventos serios en pacientes oncológicos definidos como admisión a UCI, uso de ventilación mecánica o muerte fue de 53,6% (15/28) y la tasa de mortalidad de 28,6%. Los reportes de la ciudad de Wuhan, Italia y España, observan un mayor número de casos COVID-19 en neoplasias sólidas, siendo el cáncer de pulmón la cuarta parte de ellos, seguido por cáncer de mama y gastrointestinal. Dentro de los factores pronósticos desfavorables descritos se encuentra la exposición al tratamiento antitumoral, según la serie de Wuhan (3) con un riesgo cuatro veces mayor en los últimos dos semanas ((HR 4,0, IC del 95% 1,086 – 15,322, p=0.037) y con un doble de riesgo en pacientes con tratamiento en los últimos tres meses según la experiencia italiana (HR 2,60; IC del 95% 1,32 - 5,13; p =0,006) (4). La mortalidad en los pacientes oncológicos oscila entre el 15% al 28% (3) (4)

Asegurar la continuidad de atención del paciente oncológico es la piedra angular y el principal desafío frente a la pandemia COVID-19. Se han planteado algunas interrogantes acerca del inicio o continuación o no de los tratamientos oncológicos en los pacientes, por el riesgo de exposición al ingreso o durante la hospitalización, así como riesgo de inmunosupresión y/o susceptibilidad a infecciones secundario a las terapias recibidas. Entonces, se requiere de estrategias de manejo oncológico multidisciplinario para garantizar el inicio y/o continuidad del tratamiento, minimizando el riesgo de infección por COVID-19 en los pacientes. Los lineamientos vertidos en este documento no son absolutos y deben ser discutidos periódicamente con un enfoque multidisciplinario

II. Metodología para la Selección y Priorización de Lineamientos

El presente documento reporta el consenso multidisciplinario del grupo elaborador, el cual elaboró recomendaciones mediante estrategias de adopción y contextualización de intervenciones planteadas en manuscritos internacionales y nacionales. El consenso no reemplaza a las guías de práctica clínica actuales aprobadas a nivel institucional, sino que adapta circunstancias especiales que podrían realizarse y priorizarse durante la pandemia. Los lineamientos han sido elaborados basándonos en la evidencia disponible sobre el manejo de los pacientes con cáncer de mama y su revisión debe realizarse periódicamente para evaluar la actualización de los mismos.

Los lineamientos se han priorizado según las siguientes definiciones:

Niveles de prioridad	Definición
Alta	La condición del paciente amenaza su vida o se encuentra clínicamente inestable, y/o la magnitud del beneficio califica la intervención como de alta prioridad (mejora significativa en sobrevida global, sobrevida libre de progresión o mejora sustancial en calidad de vida). El tratamiento debe ser realizado en un tiempo no mayor a 2 semanas.
Media	La situación del paciente no es crítica y/o la magnitud del beneficio califica la intervención como de prioridad media. El tratamiento debe ser realizado en un tiempo no mayor a 6 semanas.
Baja	La condición del paciente es lo suficientemente estable siendo posible ser diferida de manera segura durante el pico de la pandemia de COVID-19 y/o la intervención no se prioritaria en función de la magnitud del beneficio (no ganancia de supervivencia ni reducción de la calidad de vida). Paciente debe ser tratado en un tiempo no mayor a 8 semanas o según la coyuntura o lista de espera lo permita.
Fuente: Traducida y adaptada de "ESMO Guidelines. Cancer patient management during the COVID-19 pandemic. 2020"	

III. Generalidades del Manejo Oncológico Clínico

En pacientes con cáncer de mama, las principales sociedades de oncología clínica (5)(6)(7)(8) brindan lineamientos para un manejo de atención priorizado según niveles de atención valorando la condición del paciente, estadio clínico, biología tumoral, intención del tratamiento y el beneficio de las intervenciones.

Dentro de las medidas generales consideramos:

- Asegurar la continuidad del tratamiento intercalando atenciones presenciales con Telemedicina, excepto en casos de emergencias oncológicas, sospecha de progresión, recurrencia, pacientes nuevos y en cáncer de mama avanzado sintomático.
- Optar por presentaciones vía oral o subcutánea frente al tratamiento endovenoso.
- Indicar > 1 ciclo de tratamiento ambulatorio en pacientes sin historial de eventos adversos.
- Modificar esquemas y dosis basados en la farmacocinética del fármaco para reducir el riesgo de inmunosupresión y la frecuencia de visitas a la clínica.
- Minimizar el uso de esteroides, eliminando la pre medicación en las segundas dosis en ausencia de hipersensibilidad.
- Extender el uso de factor estimulante de colonias en la mayoría de esquemas de quimioterapia.

La neoadyuvancia en cáncer de mama luminal con hormonoterapia, el uso de plataformas genéticas para guiar el tratamiento adyuvante y mantener el manejo standard en fenotipos de alto riesgo (HER2 y Triple negativo) son considerados los

principales lineamientos del cáncer de mama en el contexto de pandemia (Ver Anexo N° 1).

IV. Generalidades del Manejo Oncológico Quirúrgico

Actualmente existen distintos lineamientos y recomendaciones (9)(5)(10)(11)(12)(13) para la priorización quirúrgica dentro de la pandemia en pacientes con cáncer de mama los cuales han sido presentados por las diferentes escuelas y sociedades internaciones dedicadas al manejo de la oncología, la patología mamaria y la cirugía.

Se recomienda establecer prioridades de atención quirúrgica basadas en la edad, biología tumoral, intención del tratamiento, tiempo de espera, posibilidad de segundas opciones terapéuticas y comorbilidades. (Ver Anexo N° 1).

Dentro de las medidas generales consideramos:

- Continuar con las reuniones del Comité multidisciplinario de manera virtual para toma de decisiones y discusiones de juntas médicas. Además, se sugiere realizar actividades de coordinación con el equipo quirúrgico de forma continua.
- De diagnosticarse infección por COVID-19 a una paciente categoría de prioridad alta, la cirugía debe proceder utilizando Equipo de Protección Individual (EPI) bajo la indumentaria quirúrgica para asegurar la adecuada protección del personal en el quirófano.
- De diagnosticarse infección por COVID -19 a una paciente categoría de prioridad media o baja, la cirugía debe posponerse hasta resolverse el problema de infección. Recordar que dicha categoría puede tener un retraso en la programación de la cirugía de hasta 6 semanas sin afectar su pronóstico.
- Diferir la valoración de ganglio centinela a parafina en pacientes con cáncer de mama temprano con cirugía de conservación de inicio que cumpla con los criterios del Z0011 a fin de disminuir el tiempo operatorio y de exposición. Considerando que la probabilidad de reingreso a SOP es menos del 5%.
- Considerar el riesgo de retraso de radioterapia externa complementaria al momento de la toma de decisión quirúrgica (mastectomía versus cirugía de conservación) y recordar que el tratamiento podría dilatarse hasta 16 semanas en pacientes de alto riesgo sin alterar su pronóstico y en pacientes de riesgo estándar o bajo riesgo hasta 24 semanas sin alterar su pronóstico. Por lo que se sugiere preferir cirugía de conservación en la medida de lo posible.
- Considerar el uso de radioterapia intraoperatoria (RIO) en pacientes con cáncer de mama Luminal A (Targit A) EC I-II axila negativa previa junta médica con radioterapia (valorar según lista de espera, tiempo quirúrgico y beneficio).
- Usar idealmente solo sutura reabsorbible ya que el monitoreo del sitio operatorio salvo excepciones deberá ser por tele consulta, salvo casos especiales.
- Limitar el uso de drenes a lo estricto indispensable ya que el manejo de los mismos será en domicilio por cada paciente (previamente instruida). Considerar según recursos retiro de drenaje por personal de enfermería o capacitado en tópicos de curaciones.

- Limitar el tiempo de hospitalización. Priorizar cirugías ambulatorias de ser viable.
- Idealmente marcación con tecnecio para el ganglio centinela, arpón o ecografía para lesiones no palpables y realizar el mismo día de la cirugía.
- De requerirse reconstrucción inmediata valorar cada caso de forma individualizada por sus médicos tratantes (cirujano oncólogo de mama y cirujano plástico) priorizando el tratamiento oncológico; considerando riesgos y beneficios, posibilidad de segundas intervenciones, lista de espera además del impacto del mismo en el tratamiento oncológico, así como en la psiquis de la paciente.

V. Generalidades del Manejo Radioncológico

En el manejo de pacientes con cáncer de mama se requieren medidas para evitar la propagación de infección por SARS-COV2 considerando aquellas que se equilibren con el riesgo oncológico. En este sentido, presentamos guías basadas en evidencia(14) (15) para omitir o acortar el tratamiento con radioterapia para esta neoplasia. (Ver Anexo N° 1).

Dentro de las medidas generales consideramos:

- Omisión de radioterapia: Considerar en carcinoma infiltrante: pacientes mayores de 70 años, con RH positivos (RE+), tumor de 2 cm, márgenes negativos y candidatas a tratamiento hormonal.
- Retrasar el tratamiento: Carcinoma ductal in situ hasta 12 semanas de la cirugía de conservación; Carcinoma infiltrante, se puede retrasar 8-12 semanas posterior a la cirugía o 4-6 semanas posterior a la quimioterapia.
- En pacientes que serán sometidos a cirugía de conservación considerar el uso de radioterapia intraoperatoria (RIO) ya que esta podría reemplazar el uso de RT externa en pacientes seleccionados o ayudar a acortar los tratamientos en pacientes con factores de riesgo.
- Irradiación parcial de la mama por braquiterapia, en pacientes mayores de 45 años de edad, tumor menor de 3.5 cm, márgenes superiores a 2 mm, luminal A like y ganglios negativos.
- Hipofraccionamiento: Considerar el uso hipofraccionamiento moderado a dosis de 4005 cGy en 15 sesiones como tratamiento complementario en pacientes con factores de riesgo.
- Post mastectomía e Irradiación ganglionar: Uso de esquemas de hipofraccionamiento tanto en pared costal como en la irradiación ganglionar, se sugiere el uso de hipofraccionamiento moderado a la pared costal con o sin campo ganglionar en pacientes sometidas a mastectomía.

VI. Referencias

1. Kamboj M, Sepkowitz KA. Nosocomial infections in patients with cancer. *Lancet Oncol.* junio de 2009;10(6):589-97.
2. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020;21(3):335-7.
3. Zhang L, Zhu F, Xie L, Wang C, Wang J, Chen R, et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann Oncol.* 1 de julio de 2020;31(7):894-901.
4. Barlesi F, Foulon S, Bayle A. Outcome of cancer patients infected with COVID-19, including toxicity of cancer research. En 2020.
5. 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.* 1 de junio de 2020;181(3):487-97.
6. Sheng JY, Santa-Maria CA, Mangini N, Norman H, Couzi R, Nunes R, et al. Management of Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic: A Stage- and Subtype-Specific Approach. *JCO Oncol Pract.* 30 de junio de 2020;OP.20.00364.
7. ESMO. ESMO management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast cancer [Internet]. [citado 23 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/breast-cancer-in-the-covid-19-era>
8. Valencia Mesías G, Benites Benites M del P, Falcón Lizaraso S, Veliz Inga K, Maldonado Meléndez M, Morón Escobar D, et al. RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO MÉDICO ONCOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. SOCIEDAD PERUANA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (SPOM).
9. ASPS Statement on Breast Reconstruction in the face of COVID-19 Pandemic. :2.
10. Documentos de posicionamiento y recomendaciones de la AEC en relación con la cirugía y COVID-19 | aecirujanos.es [Internet]. [citado 24 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/Documentos-de-posicionamiento-y-recomendaciones-de-la-AEC-en-relacion-con-la-cirurgia-y-COVID19_es_116_508_0_345.html
11. Liu B, Ma F, Wang J, Fan Y, Mo H, Xu B. [Health management of breast cancer patients outside the hospital during the outbreak of 2019 novel coronavirus disease]. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* abril de 2020;42(4):288-91.
12. March 24 O, 2020. COVID-19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care [Internet]. American College of Surgeons. [citado 24 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>

13. Ueda M, Martins R, Hendrie PC, McDonnell T, Crews JR, Wong TL, et al. Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN*. 20 de marzo de 2020;1-4.
14. Braunstein LZ, Gillespie EF, Hong L, Xu A, Bakhoum SF, Cuaron J, et al. Breast Radiation Therapy Under COVID-19 Pandemic Resource Constraints— Approaches to Defer or Shorten Treatment From a Comprehensive Cancer Center in the United States. *Adv Radiat Oncol*. 2020;5(4):582-8.
15. Smith BD, Bellon JR, Blitzblau R, Freedman G, Haffty B, Hahn C, et al. Radiation therapy for the whole breast: Executive summary of an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. *Pract Radiat Oncol*. junio de 2018;8(3):145-52.

Anexo N° 1 Priorización del Manejo Oncológico Multidisciplinario de Cáncer de Mama en el contexto de pandemia por COVID-19

Nivel de prioridad	Medicina	Cirugía	Radioterapia
Alta	Emergencias oncológicas y presentación de cáncer de mama en poblaciones vulnerables (gestantes).	Complicaciones quirúrgicas (sangrado activo, hematoma, absceso post quirúrgico, isquemia de flap quirúrgico ya sea de mastectomía o de reconstrucción mamaria).	Cáncer de mama inflamatorio.
	Neoadyuvancia en Triple Negativo (TN) con quimioterapia. Considerar antraciclinas y taxanos secuencial cada 3 semanas. Valorar el uso de dosis densa en pacientes jóvenes < 50 años, sin comorbilidades y con buena tolerancia al tratamiento.	Tumores sangrantes o necróticos. Considerar cirugía Toillete.	Post quimioterapia neoadyuvante: ganglios positivos pN+.
	Adyuvancia en Triple Negativo. En T1a N0 considerar observación, en T1b-c N0 considerar Docetaxel/ Ciclofosfamida y en T 2-4 N1-3 considerar antraciclinas y taxanos secuenciales. Valorar el uso de dosis densa en pacientes jóvenes < 50 años, sin comorbilidades y con buena tolerancia al tratamiento.	Pacientes con cáncer de mama con progresión local al tratamiento neoadyuvante o con pobre tolerancia al tratamiento.	Pacientes con 4 o más ganglios positivos (N2).
	Neoadyuvancia en HER2 positivo RE positivo o negativo. Considerar Docetaxel, Carboplatino, Trastuzumab (TCH) con Pertuzumab y en casos seleccionados considerar Pertuzumab, Trastuzumab y Docetaxel.	Pacientes post neoadyuvancia, priorizando de mayor a menor riesgo según fenotipo, edad y tiempo desde la última quimioterapia: - Triple Negativo - HER2 sobre-expresado - Pre menopáusicas con RE positivo.	Cáncer de mama recurrente.
	Adyuvancia en HER2 positivo RE negativo. En T1a N0 considerar observación; en T1b N0 y/o grado histológico 3 y T1c N0 o T2 N0 (< 3 cm) considerar Paclitaxel/ Trastuzumab; en pacientes con T > 3 cm o ganglios positivos operados de inicio considerar Docetaxel, Carboplatino, Trastuzumab (TCH) con o sin Pertuzumab.		Triple Negativo: ganglios positivos.
	Adyuvancia en HER2 positivo RE positivo. Al término de la quimioterapia, considerar terapia endocrina y anti HER2.		Pacientes jóvenes menor de 40 años.
	Neoadyuvancia en cáncer de mama luminal de alto riesgo con quimioterapia. Alto riesgo definido como grado histológico 3, Ki67 elevado, compromiso		Radioterapia paliativa: Compresión medular, metástasis cerebral, tumor de mama inoperable

	<p>ganglionar y premenopáusica. Considerar antraciclinas y taxanos secuenciales.</p> <p>Neoadyuvancia en cáncer de mama luminal que no cumpla criterios de alto ni de bajo riesgo. Discutir en Comité multidisciplinario.</p> <p>Adyuvancia en cáncer de mama luminal de alto riesgo. Considerar quimioterapia y terapia endocrina secuencial.</p> <p>En cáncer de mama TN con enfermedad residual post neoadyuvancia estándar. Considerar Capecitabina.</p> <p>En cáncer de mama HER2 positivo con enfermedad residual post neoadyuvancia estándar con al menos 4 ciclos de tratamiento. Considerar TDM1.</p> <p>En cáncer de mama avanzado HER2 positivo, considerar como primera línea de tratamiento Pertuzumab/Trastuzumab más quimioterapia (evaluar extender el intervalo de dosis a cada 4 semanas).</p> <p>En cáncer de mama avanzado RE positivo, considerar como primera línea de tratamiento terapia endocrina con inhibidores CDK 4/6. En pacientes con comorbilidades que condiciona fragilidad y que no califique para inhibidores CDK 4/6 considerar otras TE.</p> <p>En cáncer de mama avanzado triple negativo, considerar quimioterapia. Preferir tratamientos VO.</p> <p>En cáncer de mama avanzado HER2 negativo de novo con crisis visceral, considerar inicio de quimioterapia.</p> <p>Continuar el tratamiento recibido dentro de un ensayo clínico siempre que provea un beneficio superior al riesgo, en lo posible adaptar los procedimientos o seguimientos sin afectar la seguridad del paciente y la conducción del estudio de acuerdo al Instituto Nacional de Salud (INS) y/o patrocinador.</p>		<p>con sangrado y/o dolor, metástasis ósea sintomática.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------

Nivel de prioridad	Medicina	Cirugía	Radioterapia
	Neoadyuvancia en cáncer de mama luminal de bajo riesgo con IA. Bajo riesgo definido como EC I/II, postmenopáusica, grado bajo - intermedio e histología lobulillar y con fenotipo Luminal A like. Considerar IA por 6 a 12 meses.	En cáncer de mama EC I triple negativo o HER2 positivo. Si el tiempo de espera quirúrgico es mayor a 60 días considerar neoadyuvancia. Discutir en Comité multidisciplinario.	Receptores hormonales positivos con 1-3 ganglios positivos (N1a).
	Adyuvancia con terapia endocrina en pacientes con Oncotype ≤ 26 y ganglios negativos. Considerar inhibidores de aromatasa en post menopáusicas.	En cáncer de mama temprano T1-2N0 (< 3cm) HER2 negativo RE positivo pre menopáusica, considerar cirugía de inicio.	Post quimioterapia neoadyuvante: ganglios negativos pN0.
	Adyuvancia con terapia anti HER2. Considerar Trastuzumab con Pertuzumab en pacientes sin enfermedad residual post NA. En pacientes seleccionados con cáncer de mama HER2 positivo, bajo riesgo o adultos mayores con enfermedad cardiovascular u otras comorbilidades, considerar un mínimo de 6 meses de adyuvancia con terapia anti HER2 e incluso extender el intervalo de dosis a cada 4 semanas.	En cáncer de mama temprano post menopáusicas hormonosensibles, HER2 negativo. Si el tiempo de espera quirúrgico es mayor a 60 días considerar neoadyuvancia con hormonoterapia.	Triple negativo: ganglios negativos
Media	En cáncer de mama avanzado HER2 positivo expuestos a terapia anti HER2, considerar tratamiento de segunda línea conTDM1.	Excisión de recurrencia locorregional según fenotipo y extensión, en casos seleccionados considerar iniciar manejo de recurrencia con tratamiento sistémico.	
	En cáncer de mama avanzado RE positivo, considerar tratamiento de segunda línea con inhibidores de ciclina más TE. En expuestos a iCDK 4/6, considerar terapia endocrina (IA, Fulvestrant o Tamoxifeno).	Discordancia clínico patológica con alta sospecha de cáncer.	
	En cáncer de mama avanzado triple negativo, considerar tratamiento de segunda línea con quimioterapia monodroga o metronómico.	Biopsia de ganglio centinela, posterior a tumorectomía diagnóstica. Considerar edad e inmunofenotipo. Discutir en Comité multidisciplinario.	
	En pacientes con cáncer de mama avanzado HER2 positivo, con control de enfermedad > 2 años y baja carga tumoral. Considerar interrumpir la terapia anti HER2 durante el pico de la pandemia, previa evaluación de Junta Médica.	Carcinoma in situ por biopsia core o esterotaxia de alto grado o con presencia de tumor palpable.	

	Brindar subsecuentes líneas de tratamiento cuando provea beneficio clínico e impacto en los resultados.	Cirugía de cobertura de defecto (problemas de cierre)	
Nivel de prioridad	Medicina	Cirugía	Radioterapia
Baja	Terapia endocrina hasta un máximo de 6 meses en pacientes con Carcinoma Ductal in situ (CDIs) RE positivo de bajo grado post menopáusica no asociado a tumor y/o clínicamente negativo. De preferencia IA en postmenopáusicas y Tamoxifeno en pre menopáusicas. Discutir en Comité multidisciplinario.	Carcinoma Ductal in situ de bajo grado por biopsia core o esterotaxia sin presencia de tumor palpable. Considerar hormonoterapia si RE son positivos. Seguimiento clínico y radiológico hasta tratamiento quirúrgico.	Cáncer de mama temprano con RE positivos (especialmente en pacientes > 70 años).
	En pacientes asintomáticos o con respuesta clínica a neoadyuvancia considerar postergar el seguimiento con imágenes, EKG o densitometría ósea. En caso de ser necesario considerar ecocardiograma cada 6 meses.	Excisión de lesiones benignas (fibroadenomas, atipia y papilomas, etc).	Carcinoma Ductal in situ
	No usar los agentes de resorción ósea (Ácido zoledrónico) de forma regular salvo riesgo alto de eventos óseos o hipercalcemia sintomática. En caso de ser necesario administrar cada 3 meses.	Reconstrucción mamaria: Colocación de expansor de prótesis, colocación de prótesis mamaria, reconstrucción mamaria con colgajo (TRAM, DIEP, DORSAL, etc).	
		Biopsia discordante con probabilidad de ser benigno.	
	Cirugía profiláctica para pacientes asintomáticos de alto de riesgo.		