

Impacto de la Pandemia COVID-19 sobre el tamizaje del cáncer de mama y su tratamiento.

*María Victoria Taboada¹,
Carola Allemand², Claudio
Lorusso², Roberto Orti³,
Francisco Corrao⁴*

RESUMEN

Introducción

El presente trabajo se propuso evaluar las variaciones en screening mamográfico a lo largo de un período habitual de trabajo, durante el aislamiento por pandemia COVID 19 y en la reapertura y retorno gradual a la actividad, en la población de mujeres pertenecientes al Plan de Salud del Hospital Italiano. Así también, se evaluaron las cirugías llevadas a cabo durante esos períodos, analizando características clínico-patológicas y tratamiento adyuvante.

Materiales y método

Se trató de un estudio observacional de cohorte retrospectivo, llevado a cabo bajo la Sección de Mastología del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se compararon los períodos octubre 2019-marzo 2020 / abril 2020-septiembre 2020 / octubre 2020-marzo 2021. Los datos fueron recolectados de la historia clínica electrónica.

1 Médica asociada del servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

2 Médica staff del servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

3 Médico asociado del servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

4 Jefe de sección de Patología Mamaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Mail de contacto:
mariav.taboada@hospitalitaliano.org.ar

Resultados

El número de mamografías realizadas durante el aislamiento cayó en forma considerable (12.315 en el período pre-pandemia, 3.994 durante el aislamiento y 15.483 en la apertura gradual), así como el número de cirugías llevadas a cabo (94, 37 y 55). Se observó una diferencia significativa en cuanto al número de tumores palpables diagnosticados en el tercer período, con mayor número de cirugías no conservadoras. No hubo diferencias significativas en cuanto a estadio tumoral o cambios en la adyuvancia.

Conclusiones

Nuestros resultados mostraron un mayor número de tumores palpables con cirugías no conservadoras. Podrían ser datos de ayuda a la hora de evaluar intervalos de screening de nuestras pacientes.

Palabras Clave

COVID-19, cáncer de mama, screening mamográfico

ABSTRACT

Introduction

The present study aimed to evaluate the variations in mammographic screening over a typical work period, during the COVID-19 pandemic lockdown, and during the reopening and gradual return to activity, in the population of women enrolled in the Health Plan of the Italian Hospital. It also assessed the surgeries performed during these periods, analyzing clinical-pathological characteristics and adjuvant treatment.

Materials and method

This was a retrospective observational cohort study conducted under the Mastology Section of the Gynecology Department at the Italian Hospital of Buenos Aires. The periods compared were October 2019–March 2020, April 2020–September 2020, and October 2020–March 2021. Data was collected from electronic medical records.

Results

The number of mammograms performed during the lockdown decreased significantly (12,315 in the pre-pandemic period, 3,994 during lockdown, and 15,483 during gradual reopening), as did the number of surgeries performed (94, 37, and 55, respectively). A significant increase was observed in the number of palpable tumors diagnosed in the third period, along with a higher number of non-conservative surgeries. There were no significant differences in tumor stage or changes in adjuvant treatment.

Conclusions

Our results showed an increased number of palpable tumors treated with non-conservative surgeries. These findings may help guide the evaluation of screening intervals for our patients.

Key words

COVID-19, breast cancer, mammographic screening

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el carcinoma más frecuente a nivel mundial y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo. En Argentina, también es la enfermedad oncológica más frecuente entre las mujeres y la que causa más defunciones; se diagnostican 19.386 casos nuevos y fallecen 5.645 mujeres por año. El objetivo de los programas de tamizaje es reducir la mortalidad por cáncer de mama y/o lograr un diagnóstico precoz con tratamientos menos agresivos.¹

La infección por COVID-19 se trata de una enfermedad respiratoria provocada por un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2.² Los primeros casos se presentaron en Wuhan en diciembre de 2019 y, para marzo de 2020, la enfermedad ya se había diseminado a más de 180 países transformándose en una pandemia.³ El 3 de marzo de 2020 se confirma el primer caso en Argentina. El 16 de ese mes se cierran fronteras y el 19, se decreta el aislamiento social, preventivo y obligatorio para toda la población: el gobierno nacional ha dispuesto restringir la circulación tanto en las rutas nacionales como dentro de las ciudades de todo el país. Sólo se permitirán traslados por cuestiones excepcionales. Para abril, se confirman más de un millón de casos y más de 60 mil muertes a nivel mundial.

La edad avanzada y comorbilidades como el cáncer son identificadas como factores de riesgo para las formas más graves de infección por COVID: necesidad de ingreso a unidad cerrada, asistencia ventilatoria y muerte. Tal riesgo podría estar influenciado, no obstante, por el tipo de cáncer, el tratamiento, la edad del paciente y sus otras comorbilidades.⁴

La pandemia se transforma entonces en un desafío para pacientes, médicos y sistemas de salud, por la necesidad de reorganización de los recursos para poder dar respuesta a la emergencia, minimizar las exposiciones de riesgo y asegurar la continuidad de los cuidados de enfermedades crónicas, incluidas las oncológicas. Surgen entonces múltiples guías de distintas sociedades con recomendaciones de conductas, que van variando de un momento a otro.⁵⁻⁸

Pese a que nuestra Institución continuó con su atención, la imposición del aislamiento se transformó en una barrera de acceso de la población al sistema de salud. Este trabajo se propone evaluar cuál fue el impacto de la pandemia por COVID -19 sobre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en estadios iniciales en mujeres pertenecientes al plan de salud del Hospital Italiano.

Los objetivos primarios son describir los estudios realizados durante tres períodos distintos: seis meses de trabajo habitual, seis de aislamiento y seis de retorno gradual a los controles habituales (desde octubre que fue cuando el gobierno gradualmente eliminó restricciones). Para ello se comparará la proporción de mamografías en los distintos períodos estratificadas por grupo etario y Bi-Rads y el número de cirugías por cáncer de mama. Como objetivo secundario, para analizar el impacto del aislamiento, se describirán y analizarán las características clínicas de los tumores diagnosticados en cada intervalo y sus tratamientos.

MATERIALES Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de cohorte retrospectivo, llevado a cabo bajo la Sección de Mastología del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se compararon los períodos octubre 2019-marzo 2020 (de ahora en más denominado Pre-Pandemia) / abril 2020-septiembre 2020 (Aislamiento) / octubre 2020-marzo 2021 (Post-Aislamiento).

Las variables continuas se expresaron como media o medianas con sus respectivos desvíos estándar o rango intercuartil, según la distribución. Las variables categóricas se expresaron como proporciones o como valores absolutos. Las comparaciones entre variables con-

tinuas se realizaron mediante test de T, mientras que las comparaciones entre variables categóricas, se realizaron con test de chi cuadrado. Se consideró un valor de $p < 0.05$. El análisis se realizó con el paquete estadístico Stata 13.1

Los datos fueron recolectados de la historia clínica electrónica de la Institución. La conducción de esta investigación se desarrolló cumpliendo los principios éticos acorde a las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional e internacional, en concordancia con la Resolución del Ministerio de La Nación Número 1480/2011, la Disposición 6677/10 de ANMAT, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6. El protocolo fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Protocolos de Investigación del HIBA.

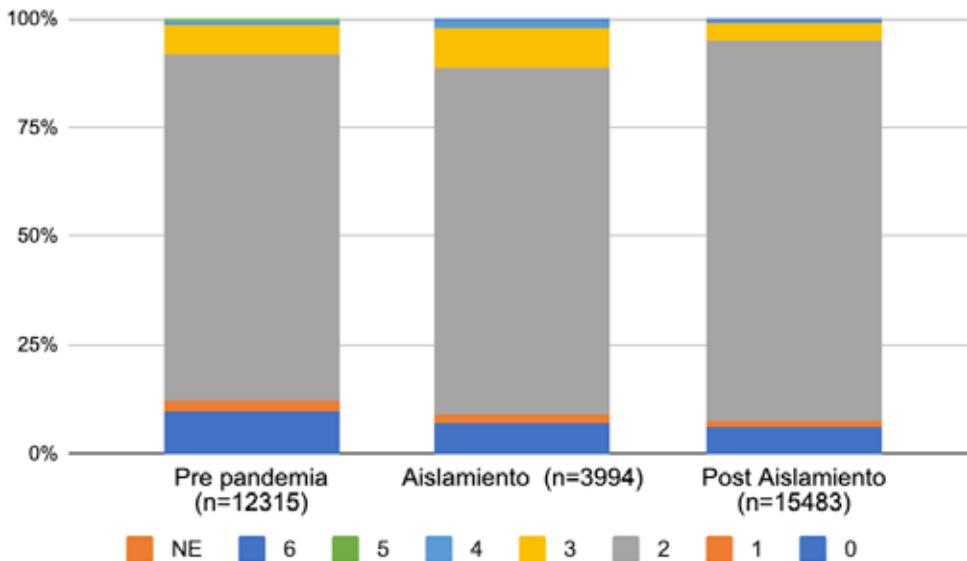
RESULTADOS

Entre octubre de 2019 y marzo de 2021 se realizaron en el Hospital Italiano de Buenos Aires un total de 31.792 mamografías (12.315 en el período Pre-Pandemia, 3.994 durante el Aislamiento y 15.483 en Post-Aislamiento). En la TABLA 1 puede observarse la distribución de las mismas en cada período según franja etaria.

Tabla 1. Número de mamografías por período y edad.

Grupo Etario (años)	Mamografías totales		
	Pre-Pandemia (n=12.315)	Aislamiento (n=3.994)	Post-Aislamiento (n=15.483)
18-40 años	744 (6,04%)	273 (6,84%)	782 (5,05%)
41-50 años	2.976 (24,17%)	1.135 (28,42%)	3.766 (24,32%)
51-70 años	5.813 (47,20%)	1.912 (47,87%)	7.539 (48,69%)
71 y más	2.782 (22,59%)	674 (16,87%)	3.396 (21,94%)

Gráfico 1. Porcentaje de mamografías según Bi-Rads v período.



En el GRÁFICO 1 se expone el número de mamografías de acuerdo a Bi-Rads en cada período (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, NE-no especificado).

Tabla 2. Características clínico patológicas de los casos.

	Pre-Pandemia	Aislamiento	Post-Aislamiento	Valor p
N	94	37	55	
Edad mediana (RIC)	68,5 (61-75)	65 (59-73)	67 (56-78)	-
Estado				
Premenopáusicas	10 (11%)	6 (16%)	9 (16%)	0,44
Postmenopáusicas	84 (89%)	31 (84%)	42 (82%)	
Tumor palpable	55 (59%)	19 (51%)	41 (75%)	0,05
Lesión radiológica				
Sin imagen	12 (12%)	4 (8%)	4 (4%)	0,579
Nódulo	51 (55%)	11 (31%)	24 (44%)	0,036
Microcalcificaciones	14 (15%)	3 (8%)	2 (4%)	0,081
Distorsión / asimetría	13 (14%)	18 (50%)	23 (44%)	Menor 0,001
Nódulo + microcalcificaciones	4 (4%)	1 (3%)	2 (4%)	0,914
Estadio				
I	62 (66%)	25 (67%)	33 (60%)	0,77
IIA	22 (23%)	10 (27%)	15 (27%)	
IIB	5 (5%)	0 (0%)	5 (9%)	
IIIA	3 (3%)	1 (3%)	2 (4%)	
IIIB	1 (1%)	1 (3%)	0 (0%)	
IV	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	

(Nota: En el grupo de Post-Aislamiento hay un hombre.)

En el primer período, el porcentaje de pacientes con indicación de biopsia por Bi-Rads (4 y 5) fue de un 1,06%, en el segundo del 1,57% y en el tercero de un 0,72%.

Respecto a las cirugías, salvo por un período de dos semanas al inicio del período Aislamiento, la programación de intervenciones por patología oncológica continuó. En el primer período se operaron 137 pacientes, 94 pertenecientes al Plan de Salud. La mediana de edad fue de 68,5 años (RIC 25-75% 61-75). En el período Aislamiento se operaron 73 pacientes, 37 pertenecientes al Plan de Salud. La mediana de edad fue de 65 años (RIC 25- 75% 59-73). Y en el tercero, 98 pacientes, 55 de Plan de Salud, mediana de edad de 67 (RIC 25-75% 56-78). En la TABLA 2 se representan las características clínico-patológicas.

En el tercer período se observó un mayor número de pacientes con tumor palpable en relación al primero 74,55 vs 58,5 % (p=0,05).

Respecto al tipo de cirugías llevadas a cabo, en el primer período se realizó una mayor proporción de cirugías conservadoras (76,60% vs 51,85%; p=0,007) en relación al período post aislamiento. En la TABLA 3 se pueden ver esos resultados.

Tabla 3. Tipo de cirugía por período.

	Pre-Pandemia (n=94)	Aislamiento (n=37)	Post-Aislamiento (n=55)	Valor p
Cirugía				
Conservadora	72 (77%)	25 (68%)	31 (56%)	0.044
No Conservadora	21 (22%)	11 (30%)	22 (40%)	
Vaciamiento axilar	1 (1%)	1 (3%)	2 (4%)	
Reconstrucción	13 (62%)	8 (72%)	13 (59%)	0.28

No se observa diferencia significativa respecto al número de reconstrucciones inmediatas. En todos los casos se llevaron a cabo con expansor, salvo una paciente del primer período donde se empleó prótesis y una del tercero donde se realizó el primer DIEP de la Institución.

En dos pacientes se realizó vaciamiento axilar como único procedimiento por diagnóstico de cáncer de mama oculto, y en una por recaída regional.

En el GRÁFICO 2 se visualiza el grado tumoral y en el GRÁFICO 3 la inmunohistoquímica de las lesiones.

Gráfico 2. Grado tumoral por período.

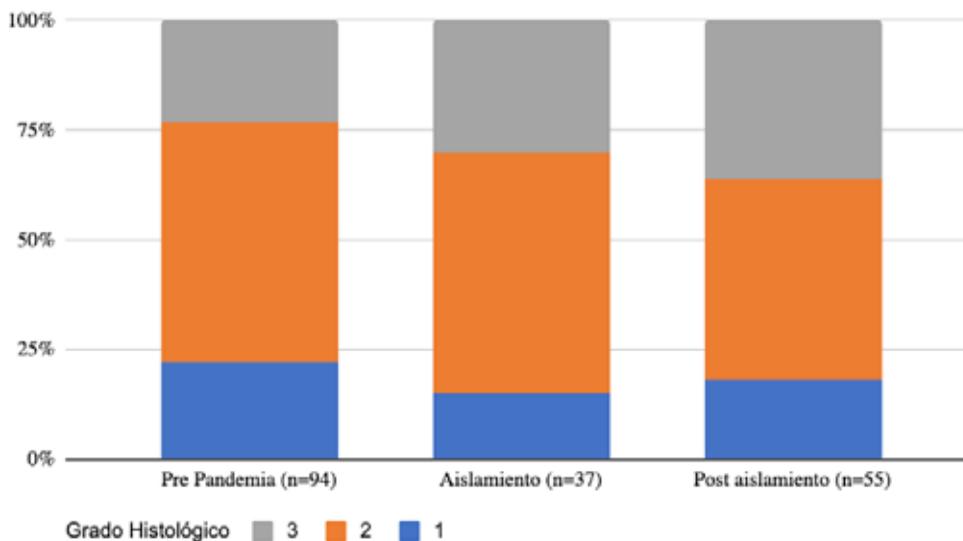
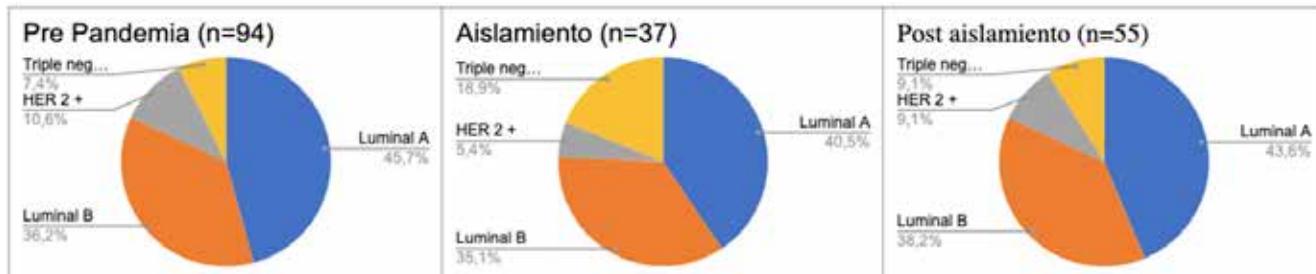


Gráfico 3. Inmunohistoquímica tumoral en cada período.



En relación a la adyuvancia, si bien en algunos casos puntuales hubo alguna desviación del tratamiento estándar no se observa diferencia significativa entre períodos. Como novedad, en el tercero se inició el empleo de la radioterapia intraoperatoria (IORT). (Tabla 4)

Tabla 4. Tratamientos adyuvantes por período.

	Pre-Pandemia (n=94)	Aislamiento (n=37)	Post-Aislamiento (n=55)	Valor p
Radioterapia	65 (69%)	26 (70%)	33 (60%)	0,45
Hormonoterapia				
No	11 (12%)	7 (19%)	10 (18%)	0,38
Tamoxifeno	47 (50%)	13 (35%)	23 (42%)	
Anastrozol	34 (36%)	17 (46%)	19 (35%)	
Otros	2 (2%)	0 (0%)	3 (5%)	
Quimioterapia	16 (17%)	9 (24%)	15 (27%)	0,30

DISCUSIÓN

Como era de esperar, el número de mamografías y cirugías durante el período de aislamiento por la pandemia de coronavirus fue menor. Es lógico si se tienen en cuenta las restricciones impuestas por parte del gobierno en cuanto a circulación y las recomendaciones de guías internacionales (ASCO, ESMO)^{9,10} y nacionales (SAM)¹¹, que entre otras medidas sugirieron postergar estudios de tamizaje en mujeres asintomáticas, control de Bi-Rads 3 o síntomas como mastalgia.

Estos resultados no difieren de los reportados por la literatura. Algunos países con programas de screening nacionales los suspendieron por períodos de 1 a 6 meses (Canadá, Países Bajos, Alemania,

Italia, Australia).¹² Una publicación de la población de Estados Unidos muestra una disminución del 85% en el screening de cáncer de mama de marzo a julio 2020 vs mismo período en 2019 y una reducción del 71% para biopsias percutáneas.¹³

Similares son los hallazgos en Europa. En Inglaterra, se compararon los primeros seis meses del 2020 con el mismo período en 2019. Se encontró una disminución del 28% de derivaciones por sospecha de cáncer de mama y del 16% en el inicio del tratamiento de nuevos cánceres diagnosticados.¹⁴ Un estudio de Países Bajos muestra una disminución de la incidencia del cáncer de mama, en todos los grupos etarios y en todas las regiones. Pero ocurre sobre todo en estadios tempranos, con lo que infieren que esta demora en el diagnóstico no tendría impacto en el pronóstico a largo plazo.¹⁵

En nuestra población se observó una mayor proporción de pacientes con tumores palpables en el tercer período, con mayor número de cirugías no conservadoras. Un dato que llama la atención es que no hubo diferencia en el número de reconstrucciones, considerando recomendaciones de las distintas sociedades (ASBrS, SSO)^{16,17}, entre ellas la Sociedad Argentina de Mastología: "Considerar diferir las reconstrucciones mamarias inmediatas u otro procedimiento oncoplastico salvo situaciones excepcionales de necesidad para reparar defectos de resección. Excepcionalmente en instituciones que puedan disponer de medios e infraestructura se pueden considerar reconstrucciones inmediatas con expansores o prótesis, pero no con tejido autólogo." Afortunadamente y quizás porque en nuestra institución nunca se alcanzó la saturación de camas, se mantuvo la disponibilidad de quirófano con medidas de protección como ser hisopados prequirúrgicos de todas las pacientes, equipo de protección, etcétera. Al ser un estudio de un único centro, fuera del sistema de la salud pública, los resultados podrían no ser representativos del escenario país.

Una debilidad del trabajo radica en la imposibilidad de inferir directamente que el cambio en el tipo de cirugía tenga que ver necesariamente con el aumento de tiempo entre las mamografías, porque no se cuenta con el dato de intervalo entre estudios para cada paciente. La unidad de análisis fue el número de mamografías, no las pacientes.

Otra debilidad del trabajo es no contar con el total de pacientes con diagnóstico de cáncer, sino sólo con aquellas con estadios iniciales de manejo quirúrgico. El poder evaluar aquellas donde se indicó neoadyuvancia y de qué tipo, o cómo fue el manejo y tratamiento de

pacientes con tumores estadios IV. A diferencia de lo publicado por otros trabajos, que observaron más proporción de axilas positivas o mayor grado tumoral¹⁸⁻²⁰, en nuestro trabajo no encontramos diferencias respecto a estadio o grado histológico.

Como ya se mencionó, fueron múltiples las guías de recomendaciones con distintos escenarios según gravedad de los casos, creando una suerte de triage, y recomendaciones sobre diagnóstico y tratamiento. Todas ellas resaltaban la importancia del manejo multidisciplinario y la toma de decisión poniendo en la balanza, para cada paciente, el riesgo de infección y muerte por formas severas vs el riesgo de progresión de su enfermedad.²¹ Planteaban analizar cada caso dentro de las reuniones de las unidades de mastología o de ateneos multidisciplinarios y volcar a la historia clínica la indicación tomada con sus fundamentos. En la Unidad de Mastología del Hospital Italiano, los ateneos continuaron con la misma periodicidad, pero en forma virtual.

Si bien en la revisión de historias clínicas hay casos puntuales donde no se siguió con la conducta estándar de acuerdo al tipo y estadio de enfermedad (por edad, comorbilidades o solicitud de la paciente), no hubo diferencias significativas respecto a los tratamientos adyuvantes en los tres períodos.

Un interrogante que queda y que escapa al objetivo de este trabajo, es evaluar el pronóstico a largo plazo de pacientes con demora en diagnóstico producto de la pandemia.²²

CONCLUSIÓN

La pandemia por coronavirus fue un desafío para el sistema de salud. Posponer el screening pudo haber sido una conducta prudente y apropiada al inicio. No obstante, entendemos que no es posible desatender el resto de las patologías crónicas incluida la oncológica. Vimos como resultados significativos, un mayor número de tumores palpables con mayor requerimiento de cirugías más radicales. Llamativamente no así una diferencia significativa en los estadios. Si bien no podemos probar una asociación entre intervalo y este cambio en el tipo de cirugía, podrían ser datos de ayuda a la hora de evaluar intervalos de pesquisa de nuestras pacientes. A tal fin, sería interesante el seguimiento en el tiempo para evaluar eventos y comparar el impacto de intervalos y pronóstico.

REFERENCIAS

1. 2018. Efectividad del tamizaje mamográfico en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Alejandro Javier Di Sibio. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en <https://iah.ms.gov.ar/doc/Documento202.pdf> ◀
2. Baloch S, Baloch MA, Zheng T, Pei X. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Tohoku J Exp Med.* 2020 Apr;250(4):271-278. ◀
3. Liu NN, Tan JC, Li J, Li S, Cai Y, Wang H. COVID-19 Pandemic: Experiences in China and Implications for its Prevention and Treatment Worldwide. *Curr Cancer Drug Targets.* 2020;20(6):410-416. ◀
4. Papautsky E, Hamlish T. Patient-reported treatment delays in breast cancer care during the COVID-19 pandemic. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;184(1):249-254. ◀
5. Ueda M, Martins R, Hendrie PC et al. Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *J Natl Compr Canc Netw.* 2020 Mar 20;1-4. ◀
6. Toss A, Isca C, Venturelli M, et al. Two-month stop in mammographic screening significantly impacts on breast cancer stage at diagnosis and upfront treatment in the COVID era. *ESMO Open.* 2021;6(2):100055. ◀
7. Curigliano G, Cardoso MJ, Poortmans P, et al. Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Breast.* 2020;52:8-16. ◀
8. de Azambuja E, Trapani D, Loibl S, et al. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: *Breast Cancer. ESMO Open.* 2020;5 (Suppl 3):e000793. ◀
9. Marzo 2020. COVID-19 provider and practice information, *Am Society of Clinical Oncology. COVID-19 patient care information, American Society of Clinical Oncology.* ◀
10. de Azambuja E, Trapani D, Loibl S, et al. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: *Breast Cancer. ESMO Open.* 2020;5 (Suppl 3):e000793. ◀
11. Marzo 2020. Protocolos y normas terapéuticas operativas durante la pandemia COVID-19 para profesionales de la salud, *Sociedad Argentina de Mastología.* Disponible en: <https://www.samas.org.ar/index.php/publicaciones/infosam/385-protocolos-y-normas-terapeuticas-operativas-durante-la-pandemia-covid-19-para-profesionales-de-la-salud> ◀
12. Figueroa JD, Gray E, Pashayan N, et al. Breast Screening Working Group (WG2) of the Covid-19 and Cancer Global Modelling Consortium. The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. *Prev Med.* 2021 Oct;151:106585. ◀
13. Patt D, Gordan L, Diaz M, et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clin Cancer Inform.* 2020;4:1059-1071. ◀
14. Gathani T, Clayton G, MacInnes E, Horgan K. The COVID-19 pandemic and impact on breast cancer diagnoses: what happened in England in the first half of 2020. *Br J Cancer.* 2021;124(4):710-712. ◀
15. Filipe MD, van Deukeren D, Kip M, et al. Effect of the COVID-19 Pandemic on Surgical Breast Cancer Care in the Netherlands: A Multicenter Retrospective Cohort Study. *Clin Breast Cancer.* 2020;20(6):454-461. ◀
16. Dietz JR, Moran MS, Isakoff SJ, 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* 181, 487–497 (2020). ◀
17. Marzo 2020. Resource for Management Options of Breast Cancer During COVID-19, *Society of Surgical Oncology.* Disponible en: <https://www.surgonc.org/wp-content/uploads/2020/03/Breast-Resource-during-COVID-19-3.30.20.pdf> ◀
18. Simão D, Sardinha M, Reis AF, Spencer AS, Luz R, Oliveira S. What Has Changed During the COVID-19 Pandemic? - The Effect on an Academic Breast Department in Portugal. *Eur J Breast Health.* 2021;18(1):74-78. ◀
19. Patt D, Gordan L, Diaz M, et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clin Cancer Inform.* 2020;4:1059-1071. ◀
20. Vanni G, Tazzioli G, Pellicciaro M, et al. Delay in Breast Cancer Treatments During the First COVID-19 Lockdown. A Multicentric Analysis of 432 Patients. *Anti-cancer Res.* 2020;40(12):7119-7125. ◀

21. Dietz JR, Moran MS, Isakoff SJ, 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):487-497. ◀
22. Sharpless NE. COVID-19 and cancer. Science. 2020;368(6497):1290. ◀

DEBATE

Dr. Terrier: Vamos a discutir o comentar el trabajo de la doctora Taboada.

¿Alguna pregunta o comentario del público sobre el trabajo?

Creo que, como vos decías al comienzo, parece viejo, pero ya no es tanto.

Nos recuerda un poco lo que se vivió en esa época y no solo los mastólogos,

sino todo el sistema de salud, donde algunos lo pasaron mejor que otros.

Creo que este trabajo tiene una importancia, por supuesto que, tan grande y tiene sus limitaciones, vos lo dijiste, porque aparecieron muchos trabajos comparando prepandemia con pandemia, pero este es de los pocos que tiene tres periodos, que también abarca algo de pospandemia. Ahí es donde, como vos decías, en muchas notas periodísticas y de todo, se suponía que íbamos a ver una ola de cáncer avanzado y como suposición estaba bien, pero en la práctica, creo que a la gran mayoría, empíricamente, porque no todos hemos hecho esto en nuestro centro este trabajo, pero no fue así. Sí valen algunas cosas, sobre todo en los tumores palpables y las mastectomías. Eso creo que es el resultado más claro de ustedes.

Después tiene algunas cosas, no digo inconsistencias del trabajo, sino inconsistencias del razonamiento, por ejemplo las axilas no aumentaron. Uno en cualquier caso dice si aumentan el T, debería aumentar la axila, pero bueno, hay cosas que el trabajo no las puede explicar, seguramente que esa fue una de las preguntas que también se hicieron ustedes.

Dra. Taboada: Sí, y eso era mirando algunos otros trabajos que hablaban de aumento en el número de axilas positivas o en el estadio y eso en los números no se reflejó.

Dr. Terrier: Sí, una cosa iba de mano de la otra, ¿no?

Dra. Taboada: Sí.

Dr. Terrier: Bien, eso es lo más importante. Lo de la reconstrucción también es interesante, pero puede ser más discutible, hasta dependía de la política de cada centro.

Yo recuerdo que más de un paciente, incluso la misma paciente, decía hagamos lo mínimo posible, y no alarguemos ni el tiempo quirúrgico ni la internación o hasta, en el caso nuestro no, pero en algunas instituciones, recuerdo que no se permitía ese tipo de cirugía.

Me parece que es lo más importante y resaltable del trabajo, sobre todo ese tercer tiempo, ese tercer periodo.

Muy bien, muchas gracias doctora.

Dra. Taboada: Muchas gracias