



SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
CIRURGIA ONCOLÓGICA

**CONSIDERAÇÕES SOBRE OPÇÕES DE MANEJO DE  
NEOPLASIAS DURANTE A PANDEMIA PELO COVID-19**

**CORONAVÍRUS**

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE OPÇÕES DE MANEJO DE NEOPLASIAS DURANTE A**

<b>PANDEMIA PELO COVID-19.....</b>	<b>3</b>
NEOPLASIAS COLORRETAIS .....	5
NEOPLASIAS DE ESÔFAGO .....	8
NEOPLASIAS DE ESTÔMAGO .....	10
NEOPLASIAS GENITURINÁRIAS .....	12
NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS.....	16
NEOPLASIAS HEPATOBILIARES .....	22
NEOPLASIAS MAMÁRIAS .....	23
NEOPLASIAS DE PÂNCREAS.....	29
NEOPLASIAS PERITONEAIS.....	33
NEOPLASIAS DE PELE .....	34
SARCOMAS DE PARTES MOLES .....	36
SUORTE NUTRICIONAL .....	38
CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NO CÂNCER EM ÁREAS EPIDÊMICAS .....	40
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO.....	41
DIRETORIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA.....	42
Referências.....	43

# CONSIDERAÇÕES SOBRE OPÇÕES DE MANEJO DE NEOPLASIAS DURANTE A PANDEMIA PELO COVID-19

Após rápida expansão, a pandemia de doença respiratória aguda associada ao COVID-19 (SARS – CoV-2) atacou todos os aspectos da vida diária<sup>(1, 2)</sup>. Um grande problema para a maioria dos governos e indivíduos é o forte impacto no sistema de prestação de cuidados de saúde<sup>(3-7)</sup>.

Durante esse período extraordinário, a comunidade oncológica enfrenta desafios sem precedentes. Milhares de casos novos de câncer são diagnosticados diariamente em todos os países<sup>(8,9)</sup>. Em contrapartida, relatórios preliminares da China, relatam que os pacientes com câncer que adquiriram COVID-19 tiveram um risco maior de morbidade significativa, incluindo requisitos para suporte ventilatório ou morte (hazard ratio, 3,56 [95% CI, 1,65 to 7,69])<sup>(2)</sup>. Desta forma, especialistas em oncologia e outros profissionais envolvidos regularmente no diagnóstico, tratamento ativo e acompanhamento longitudinal de pacientes com câncer devem considerar a prevalência regional do COVID-19, tipo de hospital e recursos disponíveis e decidir:

1) como equilibrar um atraso no diagnóstico ou tratamento do câncer com o risco de um potencial COVID-19,

2) como mitigar os riscos de interrupções significativas nos cuidados associados a comportamentos sociais de distanciamento e

3) como gerenciar a alocação apropriada de recursos limitados de cuidados de saúde neste período sem precedentes de crise nos cuidados de saúde.

Mesmo levando-se em consideração que a qualidade da evidência científica atual é inadequada para apoiar afirmações que coloquem todas as neoplasias sobre a mesma métrica de avaliação, aplicáveis a todos os pacientes<sup>(10)</sup>, os cirurgiões oncológicos devem se basear na sua expertise e em dados da literatura para julgar quais pacientes precisam iniciar ou continuar o tratamento devido à biologia mais agressiva do tumor em comparação àqueles que podem tolerar um atraso tentando mitigar os riscos de exposição ao COVID-19.

Com a intenção de ajudar provedores a tomarem decisões mais apropriadas na triagem de abordagens oncológicas, com análise caso a caso, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica propõe as seguintes opções de manejo de neoplasias durante o enfrentamento da pandemia pelo COVID-19.

Obs.: Recomendamos fortemente a manutenção das reuniões multidisciplinares através de web conferência para a melhor condução dos casos.

As sugestões abaixo se baseiam nas opiniões de cirurgiões oncológicos Membros Titulares e Associados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO), embasadas na literatura disponível e poderão ser alteradas de acordo com a evolução da pandemia e com as orientações governamentais. Não pretendemos que as mesmas se adequem a todos os serviços e às diferentes realidades do país mas que sirvam de orientação para a discussão das equipes multidisciplinares e entre cada profissional e seus pacientes.

Rio de Janeiro, 2 de abril de 2020

DIRETORIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA 2020-2021

## NEOPLASIAS COLORRETAIS

Sugerimos que as cirurgias eletivas de caráter não oncológicas sejam adiadas:

- reconstruções de trânsito intestinal.
- correções de hérnias incisionais.
- colectomias por polipose adenomatosa familiar.
- dentre outras.

Os implantes de cateter para quimioterapia:

- devem ser realizados caso o tratamento quimioterápico não possa ser adiado sem prejuízo para os pacientes.

Os procedimentos de urgência e emergência devem ser realizados:

- obstruções intestinais não responsivas ao tratamento clínico.
- hemorragia digestiva.
- perfurações intestinais.
- peritonites.
- quadros de abdome agudo por coleções localizadas não passíveis de punção guiada por imagem ou responsivas ao tratamento clínico.

Os procedimentos eletivos oncológicos devem ser cuidadosamente avaliados, pesando-se os riscos e benefícios de realizar ou não o procedimento. Deve-se dividir a responsabilidade da realização ou adiamento da cirurgia com o paciente e ou familiar responsável, aplicando-se o termo de consentimento proposto pela SBCO e anotando a conduta no prontuário.

- Tumores colorretais estádios I e II:

Sem os critérios de urgência/emergência acima citados, podem ser adiados por 30 a 60 dias, se não há evidência em contrário.

- Tumores colorretais estágio III:

Para o câncer do cólon (cT4) e câncer do reto (cT3-4 ou N+), um planejamento de tratamento neoadjuvante pode ser realizado após discussão multidisciplinar.

- para câncer do cólon cT4N+, (CapeOx) quimioterapia neoadjuvante for 2 a 3 cursos (42 – 63 dias) pode ser recomendada.
- para câncer do reto cT3-4 ou N+, terapia neoadjuvante com curso longo de radio e quimioterapia ou quimioterapia isolada está recomendada.
- a cirurgia para o câncer do reto será programada dentro de 8 a 12 semanas após o fim da radioterapia neoadjuvante.
- 4 ciclos de mFOLFOX6 neoadjuvante isoladamente pode ser uma opção para a terapia neoadjuvante<sup>(11-13)</sup>.

- Tumores colorretais estágio IV metastáticos:

- para tumores ressecáveis, quimioterapia pode ser administrada por 2 a 3 cursos, e a partir do último ciclo programar a cirurgia.
- para doença irressecável, terapia translacional com quimioterapia e drogas-alvo podem ser consideradas.

\* Cirurgias complexas ou cirurgias que estão fora das recomendações dos “guidelines” devem ser evitadas nesse momento.

\* Deve-se avaliar a possibilidade de ressecção local de tumores pequenos no reto utilizando-se a microcirurgia endoscópica transanal (TEM/TEO/TAMIS), que permitem uma recuperação e alta hospitalar mais rápida ao paciente.

\* Tumores do canal anal devem ser avaliados quanto à possibilidade de se realizar tratamento exclusivo com radio e quimioterapia.

\* Para cirurgias videolaparoscópicas:

- se pacientes sabidamente testados positivos ou com alta suspeição da COVID 19, não realizar o procedimento por videolaparoscopia, obviamente nas urgências.
- nos casos testados negativos ou sem sinais ou sintomas da COVID 19 o procedimento pode ser realizado, se julgar que a laparoscopia trará mais benefícios para o paciente.
- tomar os devidos cuidados para diminuir o risco de contaminação do ambiente e da equipe de sala como o uso de filtros (raramente disponível), esvaziamento do pneumoperitônio lentamente, e ocluindo parcialmente a saída do gás com uma compressa, e só fazer a incisão para a retirada da peça operatória depois do completo esvaziamento do pneumoperitônio. Não utilizar dispositivos como “hand assisted” e protetores de feridas que normalmente permitem fuga do CO2 para o ambiente cirúrgico aumentando o risco de infecção por aerossóis.

#### **Membros da Comissão de Neoplasias Colorretais – SBCO:**

- Carlos Véo

- Maximiliano Cadamuro Neto

- Gilmar Ferreira do Espírito Santo

- Rafael Oliveira de Souza

- Daniel César

## NEOPLASIAS DE ESÔFAGO

Pacientes Virgens De tratamento:

- Adenocarcinoma de TEG ou esôfago cT1aN0: ressecção endoscópica.
- Adenocarcinoma de TEG ou esôfago cT1bN0: tratamento ideal é a cirurgia. Considerar esquema CROSS (principalmente para pacientes em que a localização do tumor favoreça ao tratamento cirúrgico com esofagectomia) e reavaliar após o término da neoadjuvância. No caso de resposta clínica completa, considerar manter controle clínico, apesar de não ser a conduta padrão (especialmente para os pacientes idosos ou com performance clínica não favorável).
- Adenocarcinoma de TEG ou esôfago  $\geq$  cT2 ou N+: encaminhar para tratamento neoadjuvante com RT/QT (esquema CROSS) ou QT peri-operatória (FLOT). Sugestão: esquema CROSS seria talvez a melhor opção no atual cenário por ser mais bem tolerado e possibilitar realização do tratamento cirúrgico em até 12 semanas após o término do tratamento clínico. Na opção de tratamento com QT peri-operatória, discutir a possibilidade de estender ao máximo os esquemas de quimioterapia na fase neoadjuvante (sempre avaliar criteriosamente o risco/benefício desta abordagem com o oncologista clínico).

Esquema CROSS possibilita postergar a cirurgia para até 12 semanas após o término da neoadjuvância. Em caso de resposta clínica completa, considerar manter controle clínico, apesar de não ser a conduta padrão.

Quimioterapia peri-operatória: operar até 8 semanas após o término da neoadjuvância. Considerar fazer todo o esquema de quimioterapia (8 ciclos) antes da cirurgia, se estiver havendo resposta objetiva e tolerância adequada ao tratamento.

- CEC de esôfago torácico cT1aN0: ressecção endoscópica.
- CEC de esôfago torácico  $\geq$  cT1b ou N+: encaminhar para neoadjuvância com esquema CROSS e operar até 12 semanas do término do tratamento. Em caso de resposta clínica completa, considerar manter controle clínico, apesar de não ser a conduta padrão (discutir com os nossos pacientes os riscos e benefícios do tratamento definitivo com RXT/QT antes da definição do esquema, mesmo

em pacientes com performance clínica adequada para o tratamento cirúrgico; deixando o tratamento cirúrgico para os casos de doença residual).

- Pacientes mais idosos e/ou mais frágeis clinicamente, considerar tratamento radical exclusivo com quimiorradioterapia. Neste caso, só caberia cirurgia se houver doença residual comprovada ou altamente suspeita após o término do tratamento quimiorradioterápico (cirurgia de resgate – em casos muito bem selecionados).
- CEC de esôfago cervical/torácico superior  $\geq$ cT1b ou N+: encaminhar para tratamento quimiorradioterápico exclusivo.
- Pacientes em curso de neoadjuvância: Esquema CROSS: operar até 12 semanas após o término da neoadjuvância. Em caso de resposta clínica completa, considerar manter controle clínico, apesar de não ser a conduta padrão. Quimioterapia perioperatória (FLOT): operar até 8 semanas após o término da neoadjuvância. Considerar fazer todo o esquema de quimioterapia (8 ciclos) antes da cirurgia, se estiver havendo resposta objetiva e tolerância adequada ao tratamento.
- Limitar a realização de laparoscopia estadiadora para os casos de mais alta suspeição de doença peritoneal.

#### **Membros da Comissão de Neoplasias de Esôfago – SBCO:**

- Igor Correia de Farias
- Flávio Duarte Sabino
- Luiz Fernando Mazzini
- Paulo Eloi Leitão
- Vinícius Basso Preti

## NEOPLASIAS DE ESTÔMAGO

Orientações para adenocarcinoma gástrico subdivididos por estadiamento (AJCC 8ª edição/2017)

### - cTis, cT1a

Preferencialmente submetido à ressecção endoscópica, caso não seja factível, considerar cirurgia de princípio ou postergar tratamento em até 60 dias em grupos de alto risco de infecção ou já positivos para COVID-19.

### - cT1b cN0

Considerar cirurgia de princípio ou postergar tratamento em até 60 dias em grupos de alto risco de infecção ou já positivos para COVID-19.

### - cT2-T4 ou cN+

Considerar neoadjuvância com QT perioperatória e reavaliação após tratamento. Se não for possível neoadjuvância, a cirurgia deve ser realizada.

### - Pacientes em fim de neoadjuvância (após 4 ciclos pré-operatórios)

- Boa resposta clínica/radiológica ou estável: considerar manter em QT, antecipando os ciclos adjuvantes (completar os 8 ciclos).
- Progressão clínica/radiológica, mas ainda ressecáveis: cirurgia com intenção curativa.

### Observações:

- Todos os casos devem ser discutidos com paciente e equipe multidisciplinar.
- Em caso de cirurgia o termo de consentimento informado (SBCO) deve ser explicado e assinado pelo paciente.
- Idealmente todo paciente antes do tratamento sobretudo aos submetidos a tratamento endoscópico ou cirúrgico, devem ser testados para COVID-19 e/ou tomografia de tórax (sem contraste/baixa dose).
- Considerar não realização de laparoscopia estadiadora pré-QT em pacientes de pior prognóstico pelo COVID-19, suspeitos ou infectados.
- Em pacientes suspeitos ou contaminados, postergar tratamento cirúrgico até melhor ou convalescência e proteção da equipe cirúrgica e de apoio em pacientes com indicação de urgência por obstrução ou sangramento que não responda com outras medidas.

### Membros da Comissão de Neoplasias de Estômago – SBCO:

- Paulo Pimentel de Assumpção
- Rafael Maia
- Antônio Carlos Accetta
- Michel Jamil Chebel
- Ana Luiza Miranda Machado

## NEOPLASIAS GENITURINÁRIAS

Visando categorizar as prioridades na realização de cirurgias oncológicas em urologia, criamos estas orientações aos cirurgiões associados da SBCO. Cabe salientar que estas orientações não são restritivas, deve-se estudar a conduta em cada caso específico e a depender da realidade local e temporária em saúde.

De forma geral, a preocupação com a atual pandemia por COVID-19 não é a taxa relativa de letalidade, e sim a absoluta.

Apesar de a grande maioria dos pacientes apresentarem quadros leves ou assintomáticos, até mesmo entre os grupos de risco; espera-se um número muito elevado de pacientes infectados ao mesmo tempo e, devido a isso, um grande número de pacientes necessitando de assistência médica em regime de internação ou cuidado intensivo esgotando sobremaneira a capacidade de atendimento de nosso sistema de saúde, seja privado ou público.

Um cenário futuro possível e bem como ocorrido na Itália, é a necessidade de uso de ventiladores mecânicos dos centros cirúrgicos em pacientes sob regime de UTI.

Assim, a comissão nacional de tumores do trato geniturinário se posiciona e recomenda a categorização de prioridades entre os tumores urológicos com indicação cirúrgica eletiva.

Visando equilibrar os riscos de infecção pelo COVID-19 e suas complicações nos pacientes e nas equipes cirúrgicas, aos riscos da postergação do tratamento oncológico e progressão de doença em nossos pacientes, categorizamos os tratamentos em prioritários ou não prioritários conforme a **tabela 1**.

Salientamos que as diretrizes podem mudar abruptamente com a piora ou melhora na situação da pandemia e essas orientações devem ser relativizadas de acordo com período e local da epidemia.

Mais recentemente, grande preocupação tem surgido na comunidade médica em relação a permanência de vírus com viabilidade de infecção em ambientes hospitalares, em especial o centro cirúrgico. Há ainda a preocupação relacionada a pulverização viral decorrente do uso do eletrocautério e do efluxo do pneumoperitônio pelos trocarteres de cirurgias videolaparoscópicas e robóticas.

Tumores	Prioritários	Não prioritários	Nota
<b>Câncer de Bexiga Não músculo invasivo</b>	<p>RTU de bexiga em suspeita de casos <math>\geq T1</math>, presença de hematúria ou obstrução urinária, <math>&gt;3\text{cm}</math> à imagem ou casos de recidiva;</p> <p>reRTU em casos de pT1, alto grau, CIS ou <math>&gt;3\text{cm}</math> com ressecção incompleta;</p> <p>cistectomia em caso de carcinoma <i>in situ</i> refratário à BCG</p>	<p>Cistoscopia armada de seguimento, reRTU em ressecção completa prévia, Cistectomia precoce em tumores não músculo invasivos mas recidivantes ou irressecáveis por via endoscópica.</p>	<p>Considerar iniciar BCG indução nos casos com RTU completa prévia, mesmo que apresente indicações para reRTU.</p> <p>Opção às cistoscopias de seguimento: USG vias urinárias e se sugestivo de lesão, avaliar indicação de RTU prioritária.</p>
<b>Câncer de Bexiga Músculo invasivo</b>	<p>Cistectomia (principalmente se pós neoadjuvância), RTU máxima por terapia de preservação vesical,</p> <p>Cistectomia paliativa em quadro de hematúria refratária.</p>	<p>Cistectomia higiênica em pacientes com quadros de obstrução urinária ou fístula. Considerar medidas menos mórbidas de desobstrução urinária.</p>	<p>O atraso no tratamento de CA de bexiga músculo invasivo causa considerável perda em sobrevida global e sobrevida livre de recidiva, assim consideramos a postergação de procedimentos somente em casos de prognóstico já definido.</p>
<b>Câncer de próstata localizado</b>	<p>Prostatectomia radical no alto risco.</p>	<p>Prostatectomia em risco intermediário e baixo risco.</p>	<p>A depender da disponibilidade de recursos: considerar início de hormonioterapia e postergação do tratamento cirúrgico. Considerar tratamento radioterápico, mas deve-se ponderar os diversos deslocamentos e visitas do paciente ao hospital.</p>
<b>Câncer de próstata Metastático</b>		<p>Orquiectomia bilateral</p>	<p>Substituir por hormonioterapia (castração medicamentosa)</p>
<b>Câncer de rim</b>	<p>Nefrectomia em <math>\geq T2</math>, presença de trombo venoso tumoral ou sintomáticos.</p>	<p>Nefrectomia em <math>\leq T1</math></p>	<p>Favorecer vigilância em tumores até 4cm (biópsias renais percutâneas neste cenário também devem ser não prioritárias no período da epidemia)</p>

<b>Tumor trato urinário Alto</b>	Nefroureterectomia em alto grau e $\geq T1$ , ureteroscopia diagnóstica	Ureteroscopia diagnóstica em suspeita de baixo risco	O atraso nos tumores de alto risco comprometem consideravelmente SG e SLD. Assim, não postergar tratamento - Cirurgia ou Neoadjuvância se indicada.
<b>Tumor de testículo</b>	Orquiectomia radical ou parcial, LND RP	Orquiectomia parcial em pequenas massas testiculares com marcadores negativos e de suspeita de benignidade.	Considerar a agressividade da patologia e a baixa morbidade na realização de orquiectomia bem como a perspectiva de alta precoce.
<b>Tumor de pênis</b>	Penectomia total ou parcial, linfadenectomia inguinal ou ilíaca em doença clínica ou radiológica.	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca em paciente N0 (profilática), ablação, exérese ou glandectomia parcial em CIS, cTa, papilífero exofíticos.	Considerar penectomia parcial em centro cirúrgico ambulatorial.
<b>Tumor de adrenal</b>	Adrenalectomia em pacientes com suspeita de feocromocitoma com má tolerância ao alfa e beta bloqueio e na suspeita de carcinoma de córtex de adrenal.	Adenomas $>4$ e $<6$ cm, feocromocitomas com boa tolerância ao bloqueio alfa e beta, demais tumores funcionantes oligossintomáticos.	Dada a raridade do feocromocitoma maligno, consideramos factível a postergação da adrenalectomia no paciente bloqueado bem adaptado. Deve-se seguir o mesmo raciocínio em tumores produtores de cortisol oligossintomáticos ou de aldosterona com bom controle medicamentoso. Em caso de adenomas $>6$ cm, discutir caso a caso pela possibilidade de CA de adrenal.
<b>Tumor de uretra</b>	Se cirúrgico, caso prioritário dada a agressividade da patologia		
<b>Tumores RP</b>	Sarcomas, Lipossarcomas, alto grau, invasivos.	Lipomas, baixo grau, não invasivos.	Discutir cada caso visto heterogeneidade histológica em grandes tumores, biópsia pode ter acurácia ruim.
<b>Duplo J</b>	Trocas e retiradas em infectados e/ou sintomáticos	Trocas e retiradas em não infectados e assintomáticos	



<b>Obstrução urinária Pós vesical</b>	RTU de próstata desobstrutiva por CA avançado, uretrotomia interna.		Considerar cistostomia.  Casos de CA de próstata com obstrução pós vesical mas com SVD, iniciar bloqueio hormonal e considerar tunelização de próstata em momento oportuno.
<b>Obstrução urinária Pós renal</b>	Nefrostomia percutânea, implante de duplo J.	Derivações cirúrgicas - conduto ileal, reimplante ureteral, uretrotomia cutânea.	Favorecer derivações menos mórvidas.

---

---

Sugerimos o uso de EPIs de segurança o mais completo possível: máscara N95, óculos de proteção, duas luvas em cada mão bem como a higienização de mãos e face antes e depois dos procedimentos cirúrgicos.

Novos estudos nesta área devem sair em breve.

#### **Membros da Comissão de Neoplasias Geniturinárias – SBCO:**

- Jayme Quirino Caon Nobre
- Vladimir Pinheiro de Oliveira
- Murilo de Almeida Luz
- Nário Rodolfo Takimoto
- Eliney Ferreira Faria

## NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS

A atual proposta tem objetivo de servir como ferramenta auxiliar na decisão do tratamento oncológico durante a epidemia do COVID-19 e não como estratégia permanente de conduta. Deve ser reconhecida que a estratégia de tratamento é dinâmica e mutável no contexto individual da paciente e de disponibilidade de equipamentos de proteção e de suporte ao tratamento oncológico em cada instituição.

### CONSULTAS MÉDICAS

- a) As consultas médicas presenciais a novos pacientes devem se restringir aos casos oncológicos em diagnóstico ou tratamento.
- b) O número de profissionais de saúde deve ser restringido ao mínimo necessário no atendimento ambulatorial.
- c) Redução do número de acompanhantes a apenas uma pessoa.
- d) Adiamento de consultas de rotina ambulatoriais de seguimento em pacientes assintomáticas.
- e) Adiamento de exames de imagem e laboratoriais em pacientes assintomáticas.
- f) Avaliar possibilidade de “teleconsulta/consulta *online*” e posterior anotação em prontuário médico, observando-se os termos da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.227/18 que define e disciplina a telemedicina.

### TRATAMENTO ONCOLÓGICO

#### 1. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

**1.1. Doença Pré-invasiva:** pacientes com diagnóstico de NIC II/III deverão ser reavaliadas em 3 meses.

## 1.2. Câncer do Colo do Útero Inicial (EC Ia1-Ib2)

- Confirmação da doença inicial com exames de imagem de imagem (TC, RNM) sempre que disponível.
- Estádio Ia1 sem IVL pós conização com margens livres: reavaliação em 3 meses se não desejar preservar fertilidade e/ou histologia adenocarcinoma.
- Estádio Ia1 com IVL pós conização com margens livres: reavaliação em 2 meses ou protocolo do linfonodo sentinela (LNS), se disponível.
- Estádio Ia2 pós conização com margens livres: reavaliação em 2 meses ou LNS, se disponível.
- Estádio Ia2 pós conização sem margens livres: considerar reconização ou histerectomia/traquelectomia radical tipo B + LNS (ou linfadenectomia pélvica se LNS não disponível).
- Estádio Ib1: histerectomia/traquelectomia radical tipo B + LNS (ou linfadenectomia pélvica se LNS não disponível).
  - a) Caso diagnóstico pós conização com margens livres, sem IVL e invasão estromal <10mm, considerar reavaliação em 2 meses ou LNS, se disponível
  - b) Considerar radioterapia radical ou quimioterapia neoadjuvante se não houver acesso à cirurgia no período de 2 meses.
- Estádio Ib2: histerectomia radical tipo B ou C1 + LNS ± linfadenectomia pélvica. Considerar radioterapia radical ou quimioterapia neoadjuvante se não houver acesso à cirurgia no período de 2 meses.

## 1.3. Câncer do Colo do Útero Localmente Avançado (EC ≥Ib3)

- Tratamento com radioterapia com quimioterapia concomitante: considerar hipofracionamento.
- Recidiva ou persistência locorregional após tratamento radioterápico: considerar quimioterapia neoadjuvante caso não haja disponibilidade de acesso ao tratamento radical de resgate.

## 2. CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

### 2.1. Pólipos e Espessamento Endometrial

- Assintomáticos: reavaliação em 3 meses.
- Sintomáticos (sangramento): histeroscopia diagnóstica com biópsia ou curetagem semiótica.

### 2.2. Câncer de Endométrio de Baixo Risco (EC Ia, endometrióide G1 ou G2)

- Confirmação da doença inicial com exames de imagem de imagem (TC, RNM) sempre que disponível.
- Histerectomia total + anexectomia bilateral  $\pm$  LNS.
- Como alternativa à cirurgia, preferencialmente na histologia endometrióide G1, pode ser considerado tratamento hormonal o uso de DIU com levonogestrel ou acetado de megestrol via oral.

### 2.3. Câncer de Endométrio de Risco Intermediário e Alto Risco (EC Ib, endometrióide G3 ou histologia não endometrióide)

- Confirmação da doença inicial com exames de imagem de imagem (TC, RNM) sempre que disponível.
- Histerectomia total + anexectomia bilateral + LNS  $\pm$  linfadenectomia pélvica.
- Caso não haja disponibilidade de tratamento cirúrgico em 2 meses, considerar hormonioterapia neoadjuvante no endometrióide G1 e G2 e quimioterapia neoadjuvante nas histologias de alto grau.

### 3. CÂNCER DE OVÁRIO (EPITELIAL)

- Devem ser considerados: idade, história familiar, sintomatologia, achados radiológicos e marcadores tumorais.
- Cistos e tumores anexiais sem suspeita de malignidade e CA125 normal: reavaliação em 3 meses.

#### 3.1. Câncer de Ovário Inicial

- Tumorações anexiais suspeitas de malignidade (imagem e CA125) devem ter o diagnóstico realizado.
- Acesso laparoscópico preferencial com medidas de proteção da equipe cirúrgica para diagnóstico e estadiamento adequados.
- Caso não seja possível o estadiamento cirúrgico no período de 2 meses, reavaliar com imagem e CA125.
- Caso não seja possível o estadiamento cirúrgico no período de 6 meses, reavaliar com imagem e CA125 e considerar biopsia guiada por imagem com subsequente quimioterapia neoadjuvante.

#### 3.2. Câncer de Ovário Avançado (ECIII-IV)

- Caso haja disponibilidade citorredução primária (infraestrutura hospitalar e médica, idade e comorbidades): laparoscopia para avaliar extensão de doença seguido de citorredução primária se escore de Fagotti laparoscópico < 8.
- Caso não haja disponibilidade de citorredução primária (infraestrutura hospitalar e médica, idade, comorbidades ou extensão de doença): iniciar quimioterapia neoadjuvante após biopsia guiada por imagem.
- ECIV: iniciar quimioterapia neoadjuvante após biopsia guiada por imagem.

- Pacientes em vigência de quimioterapia neoadjuvante após 3-4 ciclos: considerar seguir até 6 ciclos se não houver infraestrutura hospitalar e médica no momento para citorredução de intervalo.
- Carcinoma de ovário recidivado: tratamento com quimioterapia independente se doença ressecável ou sensibilidade à platina.

## 4. CÂNCER DE VULVA

### 4.1. Câncer de Vulva Inicial (tumor <4cm e cN0)

- Ressecção ampliada com margens de 2cm + LNS (ou linfadenectomia inguinofemoral se LNS não disponível)
- Considerar radioterapia neoadjuvante caso não haja acesso ao tratamento cirúrgico.

### 4.2. Câncer de Vulva Localmente Avançado (tumor >4cm, cN1)

- Ressecção ampliada ou vulvectomia radical com margens de 2cm + linfadenectomia inguinofemoral.
- Radioterapia neoadjuvante caso não haja acesso ao tratamento cirúrgico.
- No caso de término da radioterapia neoadjuvante e resposta parcial, considerar quimioterapia caso não haja acesso ao tratamento cirúrgico.
- No caso de recidiva e tratamento prévio com radioterapia, considerar quimioterapia neoadjuvante caso não haja acesso ao tratamento cirúrgico de resgate.

**Membros da Comissão de Neoplasias Ginecológicas – SBCO:**

- Glauco Baiocchi
- Eid Coelho
- Audrey Tsunoda
- Gustavo Guitmann
- Thales Paulo Batista

## NEOPLASIAS HEPATOBILIARES

Recomendamos a abordagem de todos os pacientes com neoplasias hepatobiliares com caráter agressivo, conforme indicado:

- Nos casos em que a quimioterapia sistêmica é indicada, além da cirurgia, considerar quimioterapia neoadjuvante como um meio de adiar a operação.
- Em casos de neoplasias de pâncreas, colangiocarcinomas, neoplasias periampulares, e metástases hepáticas de câncer colorretal que estiverem respondendo e tolerando a quimioterapia neoadjuvante, continuar o tratamento e adiar a cirurgia.
- Adiar operações para tratamento de PNET assintomático, adenomas duodenais e ampulares, bem como de GIST e IPMN de alto risco, a menos que o atraso afete a ressecabilidade<sup>(14)</sup>.
- Usar ablação ou radiocirurgia estereotáxica em vez de ressecção para metástases hepáticas sempre que possível. Considerar ablação ou embolização ao invés da ressecção cirúrgica para carcinoma hepatocelular.

### **Membros da Comissão de Neoplasias Hepatobiliares – SBCO:**

- Mauro Monteiro Correia
- Luiz César Bredt
- Alessandro Landskron Diniz
- Victor Hugo Ribeiro Vieira

## NEOPLASIAS MAMÁRIAS

A epidemia pelo covid-19 tem desafiado a comunidade médica, fundamentalmente as especialidades cirúrgicas relacionadas a oncologia pelos seguintes fatos:

- Necessidade em potencial de espaço hospitalar (leitos e estrutura) para receber pacientes.
- Prevenir eventos adversos em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, mas que podem ser fatais em pacientes infectados (assintomáticos) pelo COVID-19.
- Necessidade de cuidar dos pacientes para que a patologia oncológica não progrida e mude o prognóstico deste paciente.

Nesta perspectiva, necessitamos traçar planos objetivos para realizar cirurgias que se façam necessárias durante a pandemia. As cirurgias devem ser favorecidas para os pacientes na qual a não realização da cirurgia irá impactar negativamente no prognóstico do paciente.

### **Circunstâncias de possibilidade de adiamento sem impacto prognóstico**

- Má formação mamária.
- Ginecomastia.
- Nódulos benignos (que por algum motivo tiveram indicação cirúrgica).
- Reconstrução mamária tardia.

### **Circunstâncias de possibilidade de adiamento com baixíssimo impacto prognóstico**

- Cirurgias profiláticas (pacientes com mutação deletérias BRCA1/BRCA2/TP53/PALB2)
- Ressecções de lesões atípicas (HDA/HLA/CLIS)

### **CDIS sem suspeita de doença invasiva associada**

- RH + → discutir farmacoprofilaxia inicial.
- RH – → sem indicação de farmacoprofilaxia.
- Adiar cirurgia por ~ 3-6 meses.
  - Cirurgia logo que seguro e com logística hospitalar adequada.

### **CDIS com suspeita de doença invasiva associada (lesões extensas/lesões palpáveis onde existe a possibilidade de doença invasiva subestimada pela biopsia)**

- RH + → discutir farmacoprofilaxia
- RH – → sem indicação de farmacoprofilaxia
  - Cirurgia logo que seguro e com logística hospitalar adequada.

## **MANEJO DO CÂNCER DE MAMA PELA BIOLOGIA TUMORAL**

### **CÂNCER DE MAMA LUMINAL A**

#### **- CARCINOMA INVASIVO – LUMINAL A - ESTADIAMENTO CLÍNICO I-II**

- Tratar com endocrinoterapia neoadjuvante.
- Cirurgia após ~ 3-6 meses ou em momento oportuno.

#### **- CARCINOMA INVASIVO - LUMINAL A - ESTADIAMENTO CLÍNICO III**

- Discutir QT neoadjuvante x endocrinoterapia neoadjuvante.
- Cirurgia após neoadjuvância.
  - Obs.: em caso de neoadjuvância, marcar a lesão com clipe.

## CÂNCER DE MAMA LUMINAL B (RH+ HER 2- KI 67 ALTO)

### - CARCINOMA INVASIVO - LUMINAL B - ESTADIAMENTO CLÍNICO I-II

- Discutir QT neoadjuvante x endocrinoterapia neoadjuvante.
- Cirurgia após neoadjuvância ou em momento oportuno.

### - CARCINOMA INVASIVO - LUMINAL B - ESTADIAMENTO CLÍNICO III

- QT neoadjuvante.
- Cirurgia após neoadjuvância (> 6 meses).
  - Obs.: em caso de neoadjuvância, marcar a lesão com clipe

## CÂNCER DE MAMA TRIPLO NEGATIVO

### - CARCINOMA INVASIVO – $\geq$ cT1c e/ou cN+

- Tratar com quimioterapia neoadjuvante

### - CARCINOMA INVASIVO – cT1b

- Discutir em reunião multidisciplinar se vale a pena QT NEO para CA invasivo T > 6mm.
- Se cirurgia de princípio → Considerar o primeiro momento oportuno.
  - Obs.: em caso de neoadjuvância, marcar a lesão com clipe.

### - CARCINOMA INVASIVO – cT1a

- Cirurgia de princípio.
  - Considerar cirurgia no primeiro momento oportuno.

## CÂNCER DE MAMA COM HER2 SUPEREXPRESSO ( RH+ HER 2+ / RH- HER2+)

- CARCINOMA INVASIVO HER2+ →  $\geq$  cT2 e/ou cN+

- Tratar com quimioterapia neoadjuvante com anti-HER2 (preferencialmente com duplo bloqueio).

- CARCINOMA INVASIVO HER2+ →  $\geq$  cT1b

- Discutir em reunião multidisciplinar se vale a pena QT NEO para CA invasivo HER2+ > 6mm uma vez que já receberia tratamento citotóxico adjuvante + antiHER2 para lesões  $\geq$  pT1b.
- Se cirurgia de princípio → Considerar o primeiro momento oportuno.
  - Obs.: em caso de neoadjuvância, marcar a lesão com clipe.

- CARCINOMA INVASIVO HER2+ →  $\geq$  cT1a

- Cirurgia de princípio
  - Considerar cirurgia no primeiro momento oportuno.

## CIRURGIAS APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

- Retardar a cirurgia pós-quimioterapia pelo maior tempo possível caso seja necessário (limite técnico de 6-8 semanas) ou até que surjam condições logísticas e de segurança adequada considerando pacientes que tiveram resposta objetiva.
- Para pacientes sem resposta objetiva ou resposta pobre à QT neoadjuvante considerar cirurgia logo após a recuperação medular e de acordo com a segurança e logística hospitalar adequada.
- Se RH+ com quimioterapia neoadjuvante encerrada, considerar hormonioterapia neoadjuvante “como ponte” até a cirurgia segura.

- Se HER2+ continuar duplo-bloqueio por mais algumas doses após término da quimioterapia neoadjuvante, até a cirurgia segura.

## **CIRURGIAS COM MÁXIMA BREVIDADE**

- Pacientes com progressão de doença durante terapia neoadjuvante (considerar recuperação medular e disponibilidade logística hospitalar).
- Tumor filóide maligno.
- Sarcoma mamários.

## **CIRURGIAS URGENTES**

- Abscessos mamários.
- Hematoma.
- Prótese infectada.
- Necrose de retalhos que necessitem desbridamento.

## **RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA**

- Poderão ser realizadas por ocasião do tratamento oncológico ablativo, fundamentalmente, com retalhos locais (em caso de cirurgia conservadora) ou próteses/expansores (em caso de mastectomia) na dependência das condições clínicas da paciente e acréscimo do tempo cirúrgico.
- Reconstrução mamária com retalhos miocutâneos ou microcirúrgicos deverão ser avaliadas caso a caso e, se possível, reservada para um segundo momento.

**Membros da Comissão de Neoplasias Mamárias – SBCO:**

- Wesley Andrade
- Gustavo Iglesias
- Sabas Carlos Vieira
- René Aloísio da Costa Vieira
- Maurício Romano

## NEOPLASIAS DE PÂNCREAS

### ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS RESSECÁVEL

Seguir com tratamento cirúrgico. Considerar neoadjuvância, em pacientes idosos com comorbidades (ASA 3), *borderlines* biológicos e *borderlines* clínicos.

- **Borderline Biológico** - Pacientes com neoplasias potencialmente ressecáveis por critérios anatômicos, porém com fatores de mau prognóstico:
  - ✓ CA 19-9 > 500 U/ml.
  - ✓ Lesões hepáticas e pulmonares indeterminadas.
  - ✓ Metástases de linfonodos regionais diagnosticados por biópsia ou por PET CT com 18 FDG.
- **Borderline Clínico** - Pacientes com neoplasias potencialmente ressecáveis por critérios anatômicos e biológicos, porém com performance status (ECOG)  $\geq 2$ .
- **Adenocarcinoma de Pâncreas Borderline Anatômico, Biológico ou Clínico:** Tratamento neoadjuvante.
- **Adenocarcinoma de Pâncreas irresecável ou metastático:**
  - Palição da via biliar:* Preferencialmente por via endoscópica ou transparieto-hepática.
  - Palição da obstrução duodenal:* Considerar inicialmente prótese duodenal endoscópica. Se não disponível ou no insucesso, tratamento cirúrgico paliativo.

### CONSIDERAÇÕES SOBRE A NEODJUVÂNCIA

Na decisão sobre tratamento neoadjuvante, certificar-se da disponibilidade atual, dos serviços de apoio como biópsia por ECOEDA ou radiologia intervencionista, CPRE e acesso a prótese biliar, equipe multidisciplinar e estrutura para realização tratamento sistêmico adequado, associado ou não a radioterapia.

## ADENOCARCINOMA DE PAPILA DUODENAL E COLANGIOPANCREATOCARCINOMA DISTAL

- Seguir com cirurgia recomendada.

## TUMORES NEUROENDÓCRINOS PANCREÁTICOS (PNET)

- TNE < 2 cm: Controle e seguimento. Considerar biópsia com imuno-histoquímica por ECOEDA, para avaliação do grau.
- TNE ≥ 2 cm: Seguir com cirurgia recomendada.
- PNET funcionante (insulinoma, gastrinoma, vipoma, glucagonoma, somatostatina): Discussão multidisciplinar. Iniciar análogos de somatostatina para controle dos sintomas e inibidores de bomba de prótons nos gastrinomas.

## IPMN

- **Estigmas de alto risco** - Seguir com tratamento cirúrgico, se qualquer um dos fatores abaixo:

- Componente sólido > 5 mm.
- Ducto pancreático principal ≥ 10 mm.
- Icterícia obstrutiva.
- Presença de massa sólida.
- Citologia oncótica positiva ou biópsia com displasia de alto grau.

- **Crítérios Preocupantes:** Individualizar caso a caso, seguir investigação com ECOEDA com biópsia/citologia ou tratamento cirúrgico na presença de 2 ou mais fatores:

- IPMN de ducto secundário ≥ 3 cm.

- Parede do cisto espessada e com realce ao contraste.
- Nódulo mural < 5 mm.
- Ducto pancreático principal 5-9 mm.
- Linfonodomegalia.
- Alteração abrupta no calibre do ducto pancreático com atrofia pancreática distal.
- Taxa de crescimento do cisto  $\geq 5$  mm em dois anos.
- CA19-9 elevado.
- Pancreatite aguda.

## NEOPLASIAS CÍSTICAS MUCINOSAS

- **Se lesão < 4 cm** - Considerar controle e adiamento da cirurgia.
- **Se lesão  $\geq 4$  cm:** Seguir com cirurgia.
- **Presença de nódulo mural:** Seguir com cirurgia, independentemente do tamanho do cisto.

## TUMOR SÓLIDO-CÍSTICO PSEUDOPAPILAR DO PÂNCREAS (TUMOR DE FRANTZ)

- **Pacientes sintomáticos:** seguir com cirurgia.
- **Pacientes assintomáticos:** Considerar adiar a cirurgia em 2 meses, exceto nos casos *borderline* para ressecabilidade (Contato com vasos mesentéricos, veia porta, tronco celíaco, artéria hepática) pelo risco de tornar-se irresecáveis.

## **METÁSTASES PANCREÁTICAS DE CÂNCER RENAL**

- Seguir com tratamento cirúrgico recomendado, observando o histórico, estadiamento e evolução da neoplasia primária.
- Considerar tratamento sistêmico inicial com terapia alvo ou imunoterapia (discutir em reunião multidisciplinar).

### **Membros da Comissão de Neoplasias Pancreáticas – SBCO:**

- Márcio Fernando Boff
- Rafael Oliveira Albagli
- André Luis de Godoy
- Felipe José Fernandes Coimbra
- Alexandre Menezes de Brito

## NEOPLASIAS PERITONEAIS

- Pacientes com obstrução intestinal maligna que necessitam devem ser conduzido de acordo com o quadro de urgência.
- Postergar a citorredução/HIPEC para neoplasias mucinosas apendiculares de baixo grau.
- Considerar quimioterapia sistêmica para metástases peritoneais de câncer de apêndice de alto grau, câncer gástrico, câncer colorretal, mesotelioma de alto grau, câncer de ovário e tumores desmoplásticos de pequenas células redondas.
- Se os pacientes estiverem concluindo a quimioterapia neoadjuvante com boa tolerância, considere continuar a quimioterapia diante de boa resposta objetiva.
- Operar aqueles que não podem continuar a quimioterapia neoadjuvante ou há risco de perda da ressecabilidade.
- Adiar cirurgia para metástases peritoneais de malignidades raras de baixo grau, como tumores neuroendócrinos e tumores estromais gastrointestinais.

### **Membros da Comissão de Neoplasias Peritoneais – SBCO:**

- Bruno Sarmento
- Daniel Paulino Santana
- Cláudio de Almeida Quadros
- César Augusto Vendas Galhardo
- Andrea Petruziello

## NEOPLASIAS DE PELE

### PRIMEIRA CONSULTA (avaliação do caso)

- Pacientes cujos exames ficarão prontos (pré e pós-operatórios); avaliação prévia e se necessário consulta presencial para discussão e definição da conduta.
- Revisões e “*follow-up*” - postergar ao máximo.

### MELANOMA

- Lesões clinicamente suspeitas: biópsia (melanoma – sempre que possível excisional).
- Ampliação de margens (exceto para melanoma “in situ”) e biópsia de linfonodo sentinela em todos os casos com indicação (nos casos de positividade: avaliação de terapia sistêmica pelo oncologista clínico).
- Linfonodos clinicamente positivos (com confirmação histológica): linfadenectomia (desde que tenha sido feito o estadiamento prévio adequado, não evidenciando doença sistêmica).

### NÃO MELANOMA

- CBC e CEC de alto risco (resseção prioritária para lesões extensas e em áreas anatomicamente desfavoráveis).
- CEC com comprometimento linfonodal deverá ser tratado à semelhança do melanoma cutâneo.
- Neoplasia de células de Merkel deverá ser tratada à semelhança do melanoma cutâneo.
- Pacientes com comorbidades (imunodeficiência) avaliar se é possível o atraso no tratamento.
- Pacientes não submetidos ao tratamento (nessa situação temporária que vivemos - COVID-19) considerar a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

**Membros da Comissão de Neoplasias de Pele – SBCO:**

- Miguel Brandão
- Flávio Cavarsan
- André Sapata Molina
- Felice Riccardi
- Luiz Fernando Nunes

## SARCOMAS DE PARTES MOLES

- Os sarcomas de partes moles primários ou recidivado sem evidência de doença metastática e que a primeira opção de tratamento seja a cirurgia devem ser encaminhados para a realização de procedimento cirúrgico.
- As lesões de baixo grau (Lipossarcoma bem diferenciado, tumores desmoides e *dermatofibrossarcoma protuberans*) devem ter suas cirurgias postergadas em 2-3 meses, sendo reavaliados neste intervalo.
- Outras lesões de baixo grau, com comportamento indolente conhecido e baixo risco metastático, em pacientes assintomáticos da neoplasia podem ter seu tratamento adiado por 2-3 meses (Exemplo: lipossarcoma retroperitoneal bem diferenciado, tumor fibromixóide de baixo grau).
- As ampliações de margens de sarcoma com margens R0 devem ser postergadas por 3 meses e nos pacientes com indicação de radioterapia adjuvante (tumores de alto grau e/ou maiores que 5cm) a mesma deve ser indicada e posteriormente será realizado o tratamento cirúrgico.
- As ampliações de margens de sarcomas com margens R1 podem ser adiadas por 3 meses caso haja restrição de recursos nos hospitais.
- Se houver indicação de realização de radioterapia, planejar a realização de maneira neoadjuvante, adiando dessa maneira a cirurgia em 3 ou 4 meses.
- O uso de terapia neoadjuvante para sarcomas de alto grau, lesões maiores que 5 cm pode ser considerado, caso histologia favorável, adiando a cirurgia por 3 ou 4 meses.
- Protocolos de observação ativos ou opções sistêmicas de baixa toxicidades devem ser considerados para pacientes com doença recidivada. A cirurgia para doenças recidivadas pode ser oferecida a pacientes que:
  - a cirurgia aumente a sobrevida global e sobrevida livre de doença.
  - necessitem de palição (sangramento, ulceração ou dor intratável).
- As reconstruções complexas com retalhos microcirúrgicos e reconstruções vasculares não devem ser realizadas, a menos que a não realização resulte em incapacidade funcional ou amputação do membro.
- Nas cirurgias de sarcomas retroperitoneais com possíveis ressecções multi-orgânicas devem ser avaliadas o comportamento biológico do subtipo histológico, comorbidades, uso de hemoderivados e uso de leito de terapia intensiva no pós-operatório.

**Membros da Comissão de Sarcomas de Partes Moles – SBCO:**

- Marcelo Sá
- Flávio Conte
- Jadivan de Oliveira
- Paulo Stevanato
- Frederico José Ribeiro Teixeira

## SUPORTE NUTRICIONAL

Não há evidência na literatura para recomendação de suporte nutricional diferente

do habitual (em tempos de não-pandemia), com exceção de evitar o atendimento/avaliação presencial pelo risco de disseminação da doença.

### RECOMENDAÇÕES ATUAIS:

- Manter observação constante dos pacientes oncológicos pelo risco de desnutrição associado.
- Estimular a alimentação via oral diversificada e, na sua impossibilidade ou dificuldade, considerar a via enteral não-cirúrgica (sonda nasoenteral) como uma alternativa (isolada ou em associação a via oral).
- Não há indicação de nenhum suplemento alimentar / polivitamínico como forma de prevenção ou combate ao COVID-19.
- Avaliação nutricional ambulatorial (pré e pós-operatória) deve ser mantida e estimulamos o uso da telemedicina como alternativa a consulta presencial, assim como ferramentas subjetivas de triagem e diagnóstico nutricional.
- Avaliação pré-operatória de sarcopenia e seu combate deve ser estimulados.
- Reabilitação pré-operatória:
  - considerar exercícios domiciliares e não em grupo.
  - utilizar o teleatendimento e plataformas multimídias para adequada orientação.
- Em pacientes sarcopênicos/desnutridos com alto risco de complicações cirúrgicas devemos considerar inicialmente tratamentos oncológicos não operatórios enquanto ocorre uma adequada reabilitação física e nutricional.
- Imunonutrição perioperatória, volume estimado de 500ml ao dia, por no mínimo 10 dias (5 dias pré-operatório e 5 dias após a alta hospitalar).
- Abreviação do jejum (carboidrato  $\pm$  proteína) entre 2 - 4 horas antes do procedimento cirúrgico para todos os pacientes, com exceção de obesos mórbidos, refluxo gastresofágico importante, obstrução intestinal ou aqueles com esvaziamento gástrico retardado.
- Avaliação em paciente internado deve ser precoce (até 48 horas após a cirurgia) e restrita, além de priorizar ferramentas subjetivas de triagem/diagnóstico nutricional e avaliação de sarcopenia.

## Recomendações da SBCO para suporte nutricional durante a pandemia de COVID-19

- Adequada ingestão proteica (alimentos e suplementos) no período de recuperação pós-operatória e após a alta hospitalar (recomendado 1,5 gramas/quilo de peso/dia).

### Membros da Comissão de Nutrologia – SBCO:

- Robson Freitas de Moura
- Marcos Adriano Jota
- Mário Bernardes
- Pedro Portari Filho

## CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NO CÂNCER EM ÁREAS EPIDÊMICAS

- Após a discussão reforçamos a necessidade de avaliação criteriosa do risco benefício para uso de cirurgia minimamente invasiva neste período. Sugerimos que, quando disponíveis, testes laboratoriais e tomografia de tórax devam ser empregados na avaliação pré-operatória de pacientes candidatos a cirurgia, especialmente por via minimamente invasiva.
- Enfatizamos que as informações e recomendações mudam com muita frequência, portanto, o que sugerimos hoje é fortemente susceptível a mudanças nos próximos dias.
- O ponto em discussão aqui é o risco de exposição da equipe cirúrgica, anestésica e de enfermagem em sala cirúrgica, durante cirurgias laparoscópicas ou robóticas. O risco está teoricamente relacionado à circulação do vírus durante liberação de CO2 do pneumoperitônio. Perdas de CO2 da cavidade para o meio externo ocorrem em vários momentos durante as cirurgias minimamente invasivas. Apesar de não haver, até o momento, relatos de identificação do COVID-19 em aerossóis liberados em cirurgias, é bastante lógica a extrapolação baseada na identificação de outros vírus nesses aerossóis.
- O cenário ideal, portanto, seria testar para COVID-19 todos os pacientes candidatos a cirurgias oncológicas minimamente invasivas. Pacientes positivos, com cirurgia inadiável, teriam indicação formal de cirurgia aberta. Os sabidamente negativos, seguiriam com indicação de cirurgia minimamente invasiva (MI). Caso os testes não estejam disponíveis – o que é a realidade da imensa maioria dos serviços, o julgamento da indicação da via de acesso fica a critério do cirurgião responsável, considerando a amplitude do benefício da via MI no caso específico. O uso de EPIs como máscara N95 e proteção facial são fortemente recomendados. Cuidados constante também na aspiração de gás durante trocas de pinças e retirada das peças. Uso de filtros na aspiração também tem sido recomendado na literatura e pela experiência de diversos serviços internacionais.

### **Membros da Comissão de Cirurgia Minimamente Invasiva – SBCO:**

- Eduardo Linhares Riello de Melo
- Marcus Valadão
- Antônio N. Kalil
- Samuel Aguiar Júnior
- Fernando A. Santos

## ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO

Devido à necessidade de continuidade do tratamento dos pacientes portadores de câncer grave e eminente exaustão de recursos e lotação dos hospitais por doentes com COVID-19 a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) **recomenda fortemente a criação urgente de vias livres de COVID-19 para tratamento de pacientes com doenças não relacionadas a esta infecção.**

Essas vias devem ser pactuadas pelos gestores locais tanto da saúde pública quanto suplementar. Este centros devem estar preparados para a qualquer momento serem convocados a entrar no combate direta contra a epidemia, abandonando a condição de livre de COVID-19.

A medida que a normalidade seja reestabelecida, estes hospitais deverão ser os primeiros também a retomar suas atividades normais tendo em vista a prioridade dos casos que atendem.

Alguns pontos que a SBCO leva em conta para este apelo em relação a manutenção de Hospitais Oncológicos livres de COVID (HLD):

- Hospitais livres de COVID consumiriam menos EPIs liberando seu uso para os demais hospitais.
- As equipes de saúde de HLC estariam menos temerosas da infecção e poderão trabalhar com menor absenteísmo.
- Pacientes oncológicos são com frequência imunodeprimidos e a realização de tratamento em HLC diminuiria seu risco de contaminação e consequente morbimortalidade.

## DIRETORIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

**Presidente** – Alexandre Ferreira Oliveira – Juiz de Fora - MG

**Vice Presidente** – Héber Salvador De Castro Ribeiro – São Paulo - SP

**Secretário Geral** – Élio José Silveira da Silva Barreto – Natal - RN

**Primeiro Secretário** – Gustavo Andreazza Laporte – Porto Alegre - RS

**Segundo Secretário** – Janina Ferreira Loureiro Huguenin – Rio de Janeiro - RJ

**Tesoureiro** – Marco Antônio Corrêa Guimarães Filho – Rio de Janeiro - RJ

**Segundo Tesoureiro** – Manoel Jesus Pinheiro Coelho Júnior - Manaus - AM

**Diretor científico** - Reitan Ribeiro – Curitiba - PR

**Vice Diretor Científico** – Paulo Henrique de Sousa Fernandes – Uberlândia - MG

**Diretor de Defesa Profissional** – Rodrigo Nascimento Pinheiro - Brasília - DF

**Vice Diretor de Defesa Profissional** – Roberto Queiroz Gurgel – Aracajú - SE

**Diretor de Relações Internacionais** – Alberto Julius Alves Wainstein – Belo Horizonte - MG

**Vice Diretor de Relações Internacionais** – Glauco Baiocchi Neto – São Paulo - SP

**Diretor de Comunicação** – Jorge Soares Lyra – Imperatriz - MA

**Vice Diretor de Comunicação** – Vinicius Negri Dall’Inha – São Miguel do Oeste - SC

**Diretor de Relações Institucionais e Ações Sociais** – Bruno José de Queiroz Sarmiento – Brasília - DF

**Vice Diretor de Relações Institucionais e Ações Sociais** – Gumercindo L. da Silva Filho – Imperatriz - MA

**Diretor de Ensino e Residência Médica**– Marciano Anghinoni – Curitiba - PR

**Vice Diretor de Ensino e Residência Médica** - Eduardo Zanella Cordeiro – Florianópolis - SC

**Diretor Financeiro e de Captação de Recursos** – Ranyell Marheus Spencer Sobreira Batista – São Paulo - SP

**Vice Diretor Financeiro e de Captação de Recursos** – José Humberto Simões Corrêa – Rio de Janeiro - RJ

## REFERÊNCIAS

- 1- Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London. 16 March 2020. Accessed at [www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/news--wuhan-coronavirus](http://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/news--wuhan-coronavirus) on 17 March 2020.
- 2- Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020;21:335-337. [PMID: 32066541] doi:10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
- 3- Di Marco F, Barbaro M. 'It's like a war.' *New York Times.* 17 March 2020.  
Accessed at [www.nytimes.com/2020/03/17/podcasts/the-daily/italy-coronavirus.html?showTranscript=1](http://www.nytimes.com/2020/03/17/podcasts/the-daily/italy-coronavirus.html?showTranscript=1) on 19 March 2020.
- 4- Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020; 395:507-513. [PMID: 32007143] doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
- 5- Chopra V, Toner E, Waldhorn R, et al. How should U.S. hospitals prepare for coronavirus disease 2019 (COVID-19)? *Ann Intern Med.* 11 March 2020. [Epub ahead of print]. doi:10.7326/M20-0907.
- 6- Stensland KD, Morgan TM, Moinzadeh A, et al. Considerations in the triage of urologic surgeries during the COVID-19 pandemic. *Eur Urol.* 16 March 2020. [Forthcoming]. Accessed at <https://els-jbs-prod-cdn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/eururo/EURUROLD-20-00380-1584548684213.pdf> on 27 March 2020.
- 7- Bootsma MC, Ferguson NM. The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in U.S. cities. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007;104:7588-93. [PMID: 17416677].
- 8- Mooney M, McCaskill-Stevens W. Memorandum: Interim guidance for patients on clinical trials supported by the NCI Cancer Therapy Evaluation Program and the NCI Community Oncology Research Program (NCORP). Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. 13 March 2020. Accessed at [www.ncicirb.org/system/files/Interim\\_Guidance\\_Clinical\\_Trial\\_Activities\\_Affected\\_%20by\\_Novel\\_Coronavirus\\_3-13-2020\\_0.pdf](http://www.ncicirb.org/system/files/Interim_Guidance_Clinical_Trial_Activities_Affected_%20by_Novel_Coronavirus_3-13-2020_0.pdf) on 18 March 2020.
- 9- Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, et al. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103:117-28. [PMID: 21228314] doi:10.1093/jnci/djq495.

10- Kutikov A, Weinberg DS, Edelman MJ, Horwitz EM, Uzzo RG, Fisher RI. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. Ann. Intern Med. Accessed at <https://annals.org/aim/fullarticle/2764022/war-two-fronts-cancer-care-time-covid-19>.

11- AIS – Advances in Surgery, COVID 19 Resources Center.

12- The Royal College of Surgeons of England.

13- Society American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons.

14- Society of Surgical Oncology.

## CREDITOS

A capa foi desenhada usando recursos do Freepik.com