

## CANCER EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA\*

Dr. Andrés Solidoro Santisteban\*\*

El factor edad tiene gran efecto sobre la tasa de morbilidad y mortalidad por cáncer. La probabilidad de desarrollar cáncer es mucho más elevada en las personas mayores de 65 años: a la edad de 25 años la probabilidad de desarrollar cáncer dentro de los próximos 5 años de vida de una persona es de 1 en 700, mientras que a los 65 años de edad la probabilidad de desarrollar cáncer aumenta a 1 en 14. O dicho de otro modo, el riesgo de desarrollar cáncer entre los 65 y 86 años de edad es de 17 por ciento para las mujeres y de 23 por ciento para los hombres, mientras que la probabilidad de desarrollar cáncer entre los 20 y 40 años de edad es de 1 por ciento en hombres y de 1.5 por ciento en mujeres.

En un estudio de 3,535 autopsias realizadas en un hospital general en pacientes de más de 65 años de edad, se demostró que 1,149 de esos pacientes (32.50/o) tenían una o más formas de cáncer. En esta población los hombres estuvieron afectados dos veces más que la mujeres (40.3 contra 23.90/o). Un total de 324 casos fueron hallazgo de autopsia no sospechado clínicamente, lo que representa el 29 por ciento del total.

### Frecuencia de las Diferentes Variedades de Cáncer en Ancianos

Las curvas de morbilidad y mortalidad por cáncer de acuerdo a la edad tienen forma variable según la neoplasia. Las neoplasias de tipo epitelial como cáncer de próstata, colon y estómago presentan curvas de aumento sostenido, agudo y regular, desde el comienzo de la vida adulta hasta los ochenta. El aumento de la incidencia de cáncer de mama con la edad es menos regular, con una moda después de los 45 años de edad. Otras neoplasias como la enfermedad de Hodgkin tienen curvas bi o trimodales.

\* Trabajo presentado en el Curso Básico de Gerontología y Geriatria dictado por el Colegio Médico del Perú y la Sociedad de Gerontología y Geriatria del Perú.

\*\* Profesor universitario y Médico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Todo esto se traduce en que hay algunas variedades de cáncer mas frecuentes en la edad avanzada, y aún propias de la edad avanzada. Las cinco formas de cáncer que producen mayor mortalidad en personas de más de 75 años de edad en U.S.A. son: próstata, colon y recto, pulmón y estómago, útero y páncreas. El cáncer de la próstata representa el 25 por ciento de todos los cánceres en el hombre entre los 75 y 79 años de edad; la proporción aumenta hasta representar el 33 por ciento de todos los carcinomas en hombres de 90 años de edad. El cáncer de la mama comprende el 20 por ciento de todos los carcinomas de la mujer entre los 75 y 99 años de edad, y la mitad de todos los casos de carcinoma mamario ocurre en mujeres de más de 65. El cáncer del aparato respiratorio alcanza al 20 por ciento de todos los carcinomas entre los 70 y 74 años, declinando rápidamente a 5 por ciento en los últimos años de la novena década de la vida.

Las tasas de incidencia por 100,000 de población de más de 65 años para el sexo masculino en el R.C.L.M. colocan a la cabeza el cáncer gástrico con 202.7 seguido de cáncer de próstata con 145.7; en tercer lugar y bastante lejos, con 47 está el cáncer de la vejiga, seguido de cáncer de pulmón y de cáncer de colon. En las mujeres de más de 65 años de edad el cáncer más frecuente es también el cáncer de estómago, seguido muy de cerca por el cáncer de cuello uterino; esta figura es muy diferente de lo que ocurre en las mujeres de 35 a 65 años, en las que el cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente seguida del cáncer de la mama, y en tercer lugar pero con una frecuencia bastante menor el cáncer del estómago. Volviendo a las mujeres de más de 65 el tercer lugar está ocupado por cáncer de la mama con 81.6 y después cáncer de pulmón, de colon y de ovario.

### Detección y Diagnóstico del Cáncer en Ancianos

Hay unos pocos carcinomas, mejor dicho unas cuantas variedades de carcinoma: estómago, próstata, cuello uterino y mama que comprenden a más del 50 por ciento de los carcinomas invasivos en pacientes de más de 60 años de edad. Los médicos generales no oncólogos y los geriatras hacen probablemente la mayoría de los exámenes físicos periódicos en consultorios. La frecuencia con que se hacen y la profundidad que se les da es muy variable de acuerdo a la filosofía individual. Pero si el médico que tiene ya un conocimiento de la historia personal y familiar del paciente, sabe qué buscar, dónde buscar y cómo buscar, entonces el médico puede jugar un importante rol en la detección temprana del cáncer y en el tratamiento subsiguiente. La detección del cáncer en ancianos debe ser parte del examen periódico, y debe dirigirse a órganos como estómago, próstata, cuello uterino y mama. Cuando se evalúa clínicamente a un anciano el

médico debe dirigir su atención a las áreas en que el cáncer ocurre comúnmente. Los pacientes deben ser estimulados a informar todos los síntomas y no asumir que están experimentando los efectos naturales del envejecimiento. Por ejemplo el cáncer gastrointestinal representa entre el 25 y el 44 por ciento de todos los carcinomas que ocurren después de los 75 años y los síntomas del cáncer gastrointestinal pueden ser mínimos: pérdida de peso, cambio de los hábitos intestinales, aparición de una nueva hernia inguinal, anemia inexplicada.

### **Mortalidad quirúrgica en ancianos**

Una parte muy importante de las neoplasias malignas puede ser curada por cirugía y la mayor parte de las veces esta cirugía tiene que ser radical. El médico que diagnostica la presencia de neoplasia maligna en un anciano tiene que confrontar la decisión de si se debe operar a su paciente. La frecuencia de alteraciones en la reserva fisiológica y el temor a una excesiva mortalidad operatoria, ha dado lugar a la resistencia por la mayoría de los médicos a recomendar procedimientos de cirugía mayor en ancianos, a pesar que son potencialmente curativos.

Entre los años 1970—1974, 22,288 pacientes fueron sometidos en el Memorial Hospital de New York a cirugía; de éstos, 2,783 fueron mayores de 70 años; en este grupo se practicaron 4,050 operaciones, de las cuales 2,744 fueron procedimientos mayores. Se registraron 1,101 muertes postoperatorias entre los 22,288 pacientes, lo que representa un 3.4 por ciento de mortalidad operatoria. Entre los 2,783 pacientes de más de 70 años hubo 193 muertes operatorias que resultaron en 4.8 por ciento de mortalidad entre las operaciones efectuadas.

La tasa de mortalidad de 4.8 por ciento de los ancianos sometidos a cirugía fue significativamente mayor que el 3.4 por ciento que presentó el grupo general, pero fue significativamente menor que el 6.8 por ciento de mortalidad que se registró en el período 1965—1969. En resumen, parece ser que los pacientes ancianos tienen una aceptable tolerancia para la cirugía potencialmente curativa del cáncer, siempre que las reservas funcionales de los órganos y sistemas mayores sean evaluados en relación a la complejidad y consecuencias fisiológicas del procedimiento planeado.

### **La Toxicidad por Drogas en el Anciano**

La quimioterapia del cáncer se ha convertido en uno de los procedimientos terapéuticos más frecuentes aplicados a pacientes con cáncer ya sea con fines paliativos o curativos. Durante mucho tiempo se ha especulado acerca de la tolerancia de los ancianos a la quimioterapia, que se asumía debía ser pobre. Esto suponía restringir las posibilidades terapéuticas

de un grupo potencialmente curable por quimioterapia. En un estudio publicado por el Eastern Cooperative Oncology Group, se analizó los datos referentes a 19 estudios de cáncer avanzado en 8 focos primarios diferentes. El propósito de la investigación fue determinar la susceptibilidad de los pacientes viejos (más de 70) a la quimioterapia del cáncer y comparar los resultados con el grupo control de menores de 70. Los resultados indican que, en general, los pacientes ancianos tienen idénticas tasas de toxicidad severa que sus contrapartes más jóvenes. La única excepción es la reacción hematológica a algunos agentes como el Methotrexate y metiCCNU.

Está demostrado que los pacientes ancianos tienen similares tasas de respuesta y expectativas de sobrevivida que los pacientes no ancianos. Consecuentemente se concluye que la aparente discriminación en no tratar a los ancianos de una manera tan agresiva como a los pacientes más jóvenes, y excluir a los pacientes viejos de los protocolos no parece estar justificada. Las exclusiones deben basarse en los parámetros funcionales tales como función renal, hepática o médula ósea, antes que en la arbitraria de la edad límite. Excepciones deben hacerse solamente para los agentes que tienen un claro y bien demostrado efecto adverso sobre los ancianos.