

Cirugía ginecológica en la anciana mayor de 80 años. Experiencia de 47 casos en 6 años

J. López-Olmos

Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

ABSTRACT

We present a series of 47 cases of women aged 80 and over, who had gynaecological surgery in our hospital over 6 years. Of these, 32 were major surgical operations (68.68%) and 15 were minor operations (31.91%).

The mean age was 82.38 years (range 80-99). The mean parity was 3.16 (range 0-11). The mean age at the menarche was 13.4 years (range 10-16). The mean age at the menopause was 49 years (range 30-56). The mean hospital stay was 3.72 days (range 1-15). There were significant differences to compare in both operation groups, in the age at menarche, $p < 0.001$, and hospital stay, $p < 0.001$, obviously less in minor operations.

There were medical antecedents in 76.59%. The most frequent was arterial hypertension, 48.93%. Senile dementia, 4.25%. The most frequent reasons for consultation were: genital mass, 42.55%; senile metrorrhagia, 27.65%; and tumours, 14.89%.

The principal diagnoses were: uterine prolapse + cysto-rectocele, 46.80%; endometrial adenocarcinoma, 19.14%; ovarian cancer, 8.51%; and vulval cancer, 6.38%.

The principal surgical procedures were: vaginal hysterectomy + plastia repair, and plastia repair only 44.68%; laparotomies, 4.25%; and surgical laparoscopy, 23.40% (with hysterectomies + bilateral adnexectomies + lymphadenectomies for endometrial cancer or biopsies in peritoneal carcinomatosis of ovarian cancer).

There was one re-operation (2.12%) for haemoperitoneum in endometrial cancer, the patient died from multiorgan failure. There were complications in 14.89%, 6.38% needed blood-transfusion. The global mortality in 10 cases was 21.27%.

_____ **Aceptado para su publicación el 21 de junio de 2004.**

INTRODUCCIÓN

En el año 2000, la esperanza media de vida en España era de 85 años. Si la menopausia ocurre por término medio a los 50 años, supone que aún queda un tercio de la vida por vivir, más de 30 años. El 40% de las mujeres son menopáusicas. Hay una necesidad y demanda de calidad de vida junto al tratamiento de sus enfermedades¹. Hay que prevenir el cáncer de mama, de ovario y de colon. Y otros aspectos: el cardiovascular, pues la enfermedad coronaria y el ictus son la primera causa de muerte en ancianas; el sistema nervioso central (SNC), la enfermedad de Alzheimer; la osteoporosis, y la atrofia genital y urinaria.

Las mujeres mayores de 80 años aumentaron del 1,1 al 4,6% en Alemania en 10 años, de 1983 a 1993, y las operaciones se incrementaron de 13 casos en 1983 a 60 en 1993². Las complicaciones postoperatorias aumentaron a 6,8%, pero es insignificante. El aumento de calidad de vida es el factor primario para la indicación quirúrgica. Las indicaciones más frecuentes fueron por prolapse uterino y por cáncer (ovario, útero, vulva y mama).

En otra serie³, en mayores de 80 años, se practicó histerectomía total + doble anexectomía en 54 (2,3%) casos; laparotomía exploradora en 41 (3,5%); linfadenectomía pelviana en 11 (3,5%); Wertheim-Meigs en 5 (1,1%); se trató el cáncer de vulva en 22 (25,6%); se practicó histerectomía vaginal + plastias en 14 (2,3%), y plastias vaginales en 11 (5,1%). La mortalidad perioperatoria fue de 11 (12,7%) casos en pacientes menores de 80 años y de 22 (18,1%) en mayores de 80 años.

El problema es el cáncer, porque la mayoría se da en la vejez, por eso necesita especial atención y control ginecológico, así como diagnóstico y tratamiento⁴. Se complica por los problemas médicos, psicológicos y sociales. Los cánceres de endometrio y ovario se dan a partir de los 60-70 años. Hay peor pronóstico en la paciente joven, y el 50% de riesgo de muerte.

A partir de los 65 años, el riesgo de cáncer de endometrio es 2 veces mayor que antes, y el de cáncer de ovario es 3 veces mayor⁵. La mortalidad aumenta con la edad, el pronóstico es peor y el 50% muere por la enfermedad. La anciana no sigue exámenes de rutina, hay estadios avanzados, sobre todo en el cáncer de ovario. La edad no es contraindicación para la cirugía radical. Se necesita un control del cáncer, con diagnóstico y tratamiento. Hay que tener en cuenta la inmunosupresión de la anciana y los problemas médicos concurrentes, y adaptarla a la cirugía, la radioterapia (RT) y la quimioterapia (QT).

El tratamiento del cáncer varía con la edad, la decisión de la terapia está influida por la presencia de otras enfermedades⁶. Pero el tratamiento quirúrgico disminuye con la edad, y en el cáncer de mama, de cérvix o de útero se da menos terapia curativa, lo que aumenta la mortalidad. La edad sola no contraindica la cirugía radical. La mortalidad es mayor sin tratamiento que con él, y mayor a mayor edad.

Con estas premisas, en este trabajo presentamos nuestra experiencia durante 6 años en cirugía ginecológica en la anciana mayor de 80 años, con 47 casos. Señalaremos luego lo que creemos que deben ser las pautas de actuación en este colectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el Servicio de Ginecología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, durante 6 años (1997-2002) se ha intervenido en 47 casos de pacientes mayores de 80 años, tanto intervenciones mayores como menores.

Las pacientes procedían tanto de nuestras consultas ambulatorias de Burjasot y Liria como de ingresos de urgencia o interconsultas de otros servicios. A todas las pacientes se les practicó estudio preoperatorio con analítica general, electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax. Las intervenciones fueron programadas tras la revisión en la consulta de anestesia. Cuando fue necesario, se obtuvo el preceptivo informe del especialista correspondiente.

El estudio estadístico incluye: rangos, medias y desviaciones estándar para los datos cuantitativos y porcentajes para los datos cualitativos. Para comparar variables cualitativas se utilizó el test de la χ^2 de Pearson, con un valor significativo de $p < 0,05$. Para la comparación de medias se empleó la prueba de la t de Student, con la misma significación, $p < 0,05$.

RESULTADOS

En la tabla I se presenta la distribución por años de la cirugía ginecológica en mayores de 80 años. En los

TABLA I. Distribución por años. Cirugía ginecológica en la paciente mayor de 80 años

AÑO	N	%
1997	8	17,02
1998	4	8,51
1999	6	12,76
2000	6	12,76
2001	14	29,78
2002	9	19,14
Total	47	99,97
OPERACIONES	N	%
Mayores	32	68,08
Menores	15	31,91
Total	47	99,99

TABLA II. Intervenciones de ginecología (1997-2002)

AÑO	ANESTESIA GENERAL	ANESTESIA LOCAL	TOTAL
1997	527	44	571
1998	530	42	572
1999	509	39	548
2000	516	35	551
2001	588	41	629
2002	592	20	612

6 años (1997-2002), se intervino en 47 casos. Fueron operaciones mayores (OM) en 32 (68,68%) casos y operaciones menores (Om) en 15 (31,91%).

En la tabla II se presenta la distribución de intervenciones ginecológicas en esos años, el total de cada año y la diferenciación entre anestesia general y local. Los mismos datos se indican en un histograma de frecuencias (fig. 1). El año 2001 fue el de más frecuencia de intervenciones, y también de intervenciones en mayores de 80 años.

En la tabla III se presentan los datos cuantitativos. No hay diferencias significativas entre ambos grupos, excepto en la edad de la menarquia ($p < 0,001$), ya que son de la misma población. Únicamente hay diferencias en la estancia hospitalaria ($p < 0,001$), lógicamente, por la menor estancia de las operaciones menores.

En el grupo A, OM, hubo antecedentes médicos en 25 (78,12%) casos. Los más frecuentes fueron: hipertensión arterial (HTA) en 17 (68%) casos y diabetes en 8 (32%). Había 1 (4%) caso de enfermedad de Alzheimer. En el grupo B, Om, hubo antecedentes médicos en 14 (93,33%) casos. Los más frecuentes fueron: HTA en 6 (42,85%) casos y neumonía en 3 (21,42%). Hubo 1 (7,14%) caso de demencia senil (7,14%). No hay diferencias significativas.

En el grupo A hubo antecedentes quirúrgicos en 22 (68,75%) casos. Los más frecuentes fueron en 4 (18,18%) casos de mastectomía por cáncer de mama,

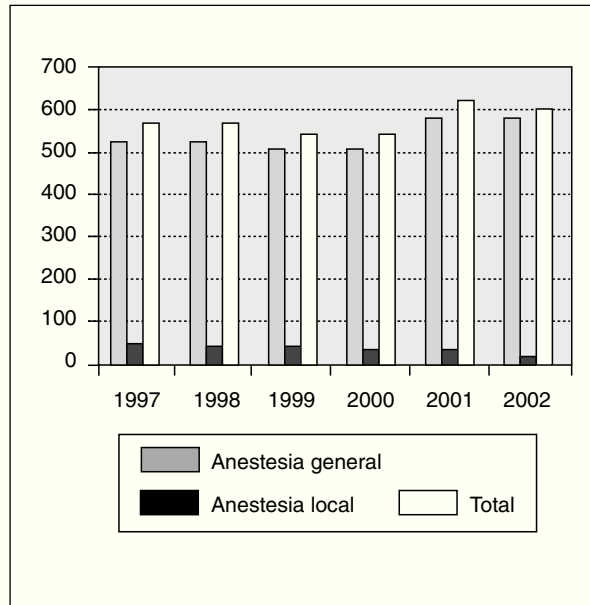


Fig. 1. Intervenciones (1997-2002).

herniorrafia por hernia inguinal y prótesis de cadera, respectivamente. Dentro de los ginecológicos, había 3 (13,63%) histerectomías vaginales, 2 legrados y 1 plastia anterior. En el grupo B, hubo antecedentes quirúrgicos en 11 (73,33%) casos. Los más frecuentes fueron colecistectomía en 4 (36,36%) casos, y dentro de los ginecológicos, 2 (18,18%) plastias anteriores. También había una salpingectomía por embarazo ectópico, una vulvectomía simple por cáncer de vulva y una histerectomía vaginal.

En las tablas IV y V, se expresa el motivo de consulta, el diagnóstico y el tratamiento de cada grupo.

En la tabla IV, grupo A, el motivo de consulta más frecuente fue el bulto genital en 16 (50%) casos, que se corresponde en el diagnóstico al prolapso uterino con cistorrectocele en 17 (53,12%) casos. La histerec-

TABLA IV. Grupo A. Motivo consulta, diagnóstico, tratamiento

	N	%
Motivo consulta		
Bulto genital	16	50
Tumor abdominal/anexial	4	12,5
Metrorragia senil	12	37,5
Diagnóstico		
Prolapso uterino + cistocele rectocele	17	53,12
Cáncer de ovario	2	6,25
Adenocarcinoma endometrio	9	28,12
Carcinomatosis peritoneal	2	6,25
Hiperplasia compleja con atipias	1	3,12
Cáncer epidermoide infiltrante de cúpula vaginal	1	3,12
Intervención		
Histerectomía vaginal + plastias	17	13,12
Laparotomía	2	6,25
HT + 2A	1	3,12
Colpectomía	1	3,12
LQ	11	34,37
HT + L	2	
Biopsias	1	
Estadificación	2	
HVAL + 2A + L	2	
HT + 2A + L	4	

HT: histerectomía total; HVAL: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia; L: linfadenectomía; LQ: laparoscopia quirúrgica; 2A: doble anexectomía.

tomía vaginal con plastias fue la intervención más frecuente, 17 (53,12%) casos. En segundo lugar, la metrorragia senil en 12 (37,5%) casos, que en 9 (28,12%) se debió fundamentalmente al cáncer de endometrio, también a hiperplasia con atipias o a cáncer epidermoide infiltrante de la cúpula vaginal. En estos casos, se practicaron laparoscopias quirúrgicas con histerectomías, dobles anexectomías y linfadenectomías. Se practicó 1 (3,12%) colpectomía en el caso del cáncer de la cúpula vaginal. El tercer lugar lo ocupan los tumores abdominales o anexiales, con 4 (12,5%) casos, que corresponden a 2 cánceres de ovario y 2 carcinomatosis peritoneales, respectivamente.

TABLA III. Datos cuantitativos

DATOS	OPERACIONES MAYORES (N = 32)			OPERACIONES MENORES (N = 15)			P
	RANGO	MEDIA	DESVIÓ	RANGO	MEDIA	DESVIÓ	
Edad	80-87	81,84	2,13	80-99	82,93	4,69	NS
Gestaciones	0-11	2,87	2,24	0-8	3,46	2,80	NS
Partos	0-7	2,21	1,69	0-7	2,8	2,33	NS
Abortos	0-9	0,65	1,65	0-3	0,66	0,97	NS
Edad menarquia	10-14	12,55	1,23	3-16	14,25	1,25	t = 4,47; p < 0,001
Edad menopausia	30-56	48,55	5,14	44-56	49,42	3,41	NS
Estancia hospitalaria	2-15	5,31	2,75	1-5	2,13	1,18	t = 5,67; p < 0,001

NS: sin significación estadística.

TABLA V. Grupo B. Motivo consulta, diagnóstico, tratamiento

	N	%
Motivo consulta		
Cáncer de vulva	3	20
Pólipo endometrial	5	33,33
Metrorragia senil	1	6,66
Bulto genital	4	26,66
Incontinencia urinaria	1	6,66
Hiperplasia adenomatosa	1	6,66
Diagnóstico		
Cáncer de vulva	3	20
Pólipo endometrial	5	33,33
Cistocele y/o rectocele	4	26,66
Sinequia vulvar completa	1	6,66
Hiperplasia compleja polipoide	1	6,66
Desfondamiento cúpula vaginal	1	6,66
Intervención		
Biopsia de vulva y tumorectomía de vulva	3	28
HQ + polipectomía	6	40
HQ + ablación endometrial	1	6,66
Plastia anterior	4	26,66
Plastia vaginal (Pozzi)	1	6,66

HQ: histeroscopia quirúrgica.

TABLA VI. Grupo A. Anestesia, anatomía patológica

	N	%
Anestesia		
General	22	68,75
Regional	10	31,25
Anatomía patológica		
Sarcoma (FHMR)	1	3,12
Adenocarcinoma de endometrio	9	28,12
Hiperplasia compleja con atipias	1	3,12
Endometrio atrófico quístico	16	50
Cáncer papilar de ovario	2	6,25
Cistadenocarcinoma mucinoso de ovario + pseudomixoma peritoneal	1	3,12
Pólipo endometrial con focos de hiperplasia compleja	1	3,12
Cáncer epidermoide infiltrante de cúpula vaginal	1	3,12

FHMR: fibrohistiocitoma maligno retroperitoneal.

El tratamiento fue 2 laparotomías y 2 laparoscopias quirúrgicas para biopsias. Hubo 1 (3,12%) reintervención con laparotomía por hemoperitoneo con alteraciones de la coagulación en un caso de adenocarcinoma de endometrio. Esta paciente falleció por fallo multiorgánico.

En la tabla V, grupo B, el motivo de consulta más frecuente fue el pólipo endometrial, diagnosticado por ecografía vaginal en 5 (33,33%) casos, seguido del bulto genital en 4 (26,66%) y del cáncer de vulva en 3 (20%). Este último se diagnosticó clínicamente y se confirmó por biopsias. En un caso, se practicó tumorectomía por tratarse de un cáncer basocelular ul-

TABLA VII. Grupo B. Anestesia, anatomía patológica

	N	%
Anestesia		
General	10	66,66
Vaginal	4	26,66
Local	1	6,66
Anatomía patológica		
Cáncer de vulva	3	20
Basocelular	1	
Epidermoide infiltrante	2	
Pólipos endometriales	6	40
Hiperplasia compleja sin atipias	1	6,66

cerado en una paciente de 99 años, caso publicado y descrito en otro trabajo⁷. El bulto genital corresponde aquí a cistocele y/o rectocele en 4 casos; muchas de estas pacientes pueden haber sido operadas anteriormente por prolapso uterino y tener una histerectomía vaginal. Así, en 1 (6,66%) caso, había desfondamiento de la cúpula vaginal. Para los pólipos endometriales u otra metrorragia senil, se practicaron histeroscopias quirúrgicas con polipectomía (6 casos; en 1 de éstos se añadió una plastia anterior por incontinencia urinaria debida a cistocele) o ablación endometrial (1 caso). En este grupo no hubo reintervenciones.

En las tablas VI y VII se expresan el tipo de anestesia y la anatomía patológica (AP) de cada grupo.

En la tabla VI, del grupo A, la anestesia fue general en 22 (68,25%) casos y regional (raquianestesia, intradural) en 10 (31,25%). Respecto a la AP, hubo 9 (28,12%) casos de adenocarcinoma de endometrio, 3 de cáncer de ovario (1 [3,12%] de ellos mucinoso con pseudomixoma peritoneal, en el que el cirujano practicó hemicolectomía derecha), 1 caso de cáncer epidermoide infiltrante de cúpula vaginal y 1 caso de sarcoma, un fibrohistiocitoma maligno retroperitoneal (FHMR) tipo estoriforme pleomórfico, caso ya publicado⁸ en una paciente de 85 años, que presentó un shock intraoperatorio y falleció. Era una cardiópata, con insuficiencia cardíaca, hipertensa y diabética.

En la tabla VII, del grupo B, la anestesia fue general en 10 (66,66%) casos, regional en 4 (26,66%) y local en 1 (6,66%), el caso de cáncer basocelular de vulva en la paciente ya referida de 99 años. Respecto a la AP, 3 cánceres de vulva, 1 basocelular y 2 epidermoides infiltrantes que afectaban ambos labios. En 5 casos de plastias no hay resultado patológico.

En la tabla VIII, comparativa, se muestran las reintervenciones, las complicaciones, las transfusiones requeridas y la mortalidad intraoperatoria y postoperatoria. No hay diferencias significativas entre ambos grupos. En el A, hubo una reintervención ya comentada. En el B, no hubo. Las complicaciones en el grupo

TABLA VIII. Reintervención, complicaciones, mortalidad

	GRUPO A OM (N = 32)		GRUPO B Om (N = 15)		p
	n	%	n	%	
Reintervención	1	3,12	0	0	–
Complicaciones	7	21,87	0	0	–
Transfusiones	2	6,25	1	6,66	NS
Mortalidad					
Intraoperatoria	1	3,12	0	0	–
Postoperatoria	6	18,75	0	0	NS

NS: no significativa; OM: operaciones mayores; Om: operaciones menores; p: significación estadística.

A (7 [21,87%] casos) fueron: el shock intraoperatorio con fallecimiento ya comentado en el caso del FHMR; un hematoma con infección urinaria; un hematoma de cúpula; un hemoperitoneo con alteraciones de la coagulación, ya comentado, también con fallecimiento; una hemorragia intraoperatoria que se resolvió, pero que luego hizo una úlcera de decúbito en nalgas; una angina de pecho el segundo día postoperatorio, y unas algias en miembros inferiores. Hubo 2 transfusiones en el grupo A y una en el B, sin diferencias significativas. Un caso del grupo A era un cáncer de vulva con anemia por metrorragia, con varios ingresos, y en el que la familia no deseaba tratamiento.

Respecto a la mortalidad, en el grupo A hubo un caso (3,12%) de intraoperatoria, el caso del FHMR, y 6 (18,75%) de postoperatoria: 2 casos en el hospital, las complicaciones graves referidas, y los otros 4 en casa, posteriormente, uno de ellos por sepsis urinaria y parada cardíaca. En el grupo B hubo 3 (20%); no hay diferencias significativas. Los 3 fueron en casa de 1 a 3 años después, uno de ellos por insuficiencia cardíaca. La mortalidad global fue 10/47 (21,27%).

DISCUSIÓN

La anciana, incluso mayor de 90 años, tolera bastante bien el estrés quirúrgico⁹. En la Clínica Mayo, en 11 años (1975-1985) tuvieron 795 casos de pacientes mayores de 90 años y 1.063 operaciones. La morbilidad a las 48 h fue del 9,4% y la mortalidad, del 1,6%. La mortalidad a los 30 días fue del 8,4%, al año, del 31,4% y a los 5 años, del 78,8%. La mortalidad está relacionada de forma significativa con la clasificación del estado de anestesia ASA (American Society of Anesthesiologists) y la supervivencia a largo plazo; según la clase ASA, $p < 0,001$; según el sexo, peor en el varón, $p = 0,004$; según afecciones de ri-

ñón, hígado o SNC, peor, $p = 0,004$, y peor con cirugía de boca, nariz y faringe, $p = 0,003$. Los procedimientos de cirugía urgente tienen mayor riesgo de morbimortalidad a corto y largo plazo. La HTA se daba en el 42%, y el 80% era ASA clase III. En la anciana aumentan los cuidados sanitarios y los costes.

La cirugía ginecológica aumenta en la edad avanzada¹⁰. Las indicaciones fueron: el 53,9% por alteraciones de la estática pelviana y el 32,7% por enfermedades premalignas y malignas de cérvix. La supervivencia está en relación con la enfermedad concomitante, no con la edad o con la cirugía. Por ello la cirugía valora el riesgo-beneficio-calidad de vida, porque la edad avanzada no la contraindica; incluso con riesgo aumentado, se justifica la cirugía por el agravamiento de la enfermedad, como ocurrió en nuestro caso⁸.

Las ancianas se clasifican en lengua inglesa en: *elderly* (> 65 años), *aged* (> 75 años) y *very aged* (> 85 años)¹¹. Al estudiar 114 casos de cáncer ginecológico en pacientes mayores de 75 años, se encontró como asociaciones más frecuentes la HTA y la diabetes. Había estadios más avanzados de lo esperado. En el 37% hubo que modificar la terapia en relación con la edad. No hubo mortalidad, pero sí hospitalización prolongada. La supervivencia a los 5 años fue del 44%. A pesar de la edad y las afecciones asociadas, la paciente anciana debe recibir la terapia adecuada y definitiva, incluyendo cirugía, tras un cuidadoso preoperatorio.

En la anciana hay aumento de enfermedades crónicas, deterioro de la función inmunológica y disminución progresiva de reservas fisiológicas. Las ancianas son remisas a someterse a exámenes ginecológicos y procedimientos de cribado, pero esto debe cambiar con la educación sanitaria. Con la edad aumenta el cáncer, y ahora hay más pacientes ancianas que requieren cuidados sanitarios.

El 55% del cáncer se da en mayores de 65 años. Hay retraso en el diagnóstico y más estadios avanzados. Hay una resistencia a tratar a la anciana como a la joven, por las enfermedades asociadas. Pero la edad sola no debe modificar el plan de tratamiento del cáncer. Hay que informar de las opciones del tratamiento, y el consentimiento informado es importante, incluso para no tratar. La anciana prefiere la calidad de vida a la cantidad¹², le interesa la calidad de vida después del tratamiento. El tratamiento no es para aumentar la vida, sino para quitar el dolor, la disfunción y las molestias o la incapacidad. No debe negarse la cirugía sólo por la edad. Y para las enfermedades asociadas se necesita la consulta con los especialistas correspondientes. Hay que individualizar el manejo del dolor y el tratamiento en casa, si es posible. El cum-

plimiento del tratamiento puede ser bueno y contar con un transporte adecuado. El seguimiento del cáncer en la anciana debe ser por el oncólogo.

El estado general y las condiciones para la anestesia son los indicadores más importantes de riesgo quirúrgico, más que la edad cronológica. Las ancianas toleran bien la cirugía, incluso la cirugía radical, que se puede hacer en el 90% de los casos¹³. Las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria son iguales. En cambio, con RT o QT hay morbilidad alta.

Las ancianas rechazan el tratamiento quirúrgico por: desinformación, desconfianza del médico o falta de soporte social¹⁴. El tratamiento debe ser individualizado, y no según la edad; si es preciso, con más estancia hospitalaria. Se necesita un manejo preoperatorio y perioperatorio cuidadoso, con control preoperatorio cardiorrespiratorio, incluso UCI (cuidado intensivo); control de presión arterial (PA) intraoperatorio; control de hemoglobina y hematocrito, incluso transfusión preoperatoria; heparina para la prevención tromboembólica; control de electrolitos; ver si hay desnutrición previa y dar nutrición parenteral si es necesaria; tratar el estreñimiento crónico; dar anestesia regional, etc.

La histerectomía radical con linfadenectomía pelviana en la paciente mayor de 65 años, según un estudio de 69 casos¹⁵, es un procedimiento seguro. No hubo mortalidad, se dio una morbilidad menor en el 14,5% y una morbilidad mayor en el 10%. La estancia hospitalaria media fue de 8,7 (4-19) días en las pacientes de 64-75 años, y de 10,4 (6-30) días en las mayores de 75 años. No hubo necesidad de UCI. En nuestra serie hubo 8 histerectomías totales + linfadenectomías pelvianas, y sólo se complicó una, un adenocarcinoma de endometrio, por hemoperitoneo y alteraciones de la coagulación, que falleció por fallo multiorgánico.

La transfusión sanguínea con cáncer ginecológico invasivo se realizó en 125 casos en 3 años¹⁶, se vio que la transfusión se asocia a recurrencia o persistencia de la enfermedad maligna, disminuye el intervalo libre de enfermedad y la probabilidad de supervivencia sin evidencia de enfermedad, todo de forma significativa. La transfusión altera el sistema inmunitario del huésped. Las indicaciones de transfusión fueron: hematocrito preoperatorio < 30%; hematocrito preradioterapia < 20%; hematocrito y hemoglobina postoperatorios < 24% y < 8 g/dl, respectivamente, y hemorragia intraoperatoria. En nuestra serie sólo hubo transfusiones en 2 casos del grupo A, y en 1 del B, en que la familia no deseaba tratamiento.

Al estudiar el paso por la UCI de 73 casos en 5 años (1987-1992) en las pacientes oncológicas gine-

cológicas, Abbas et al¹⁷ observan que en la supervivencia influye la condición médica, sobre todo cardíaca, si la estancia es > 5 días, y que en el cáncer de ovario hay mayor estancia y peor supervivencia. Las razones para el ingreso en UCI fueron: inestabilidad hemodinámica postoperatoria en el 59%, complicaciones respiratorias en el 15%, coagulopatías en el 9,5%, complicaciones cardíacas en el 11% y sepsis en el 5,5%. Las causas de muerte fueron: complicaciones respiratorias, 10 casos; sepsis, 5; fallo cardíaco, 3, y fallo multisistémico, 2. La UCI permite el aumento de supervivencia en el paciente crítico.

Los mismos autores¹⁸, en otro trabajo relacionado con la misma serie, hacen un análisis coste-beneficio. El coste aumenta en la UCI con cáncer, enfermedades preexistentes, estancia > 5 días o con varios ingresos en UCI. Gracias al seguimiento en la UCI, mucha cirugía radical oncológica en ancianas mayores de 75 tiene buen resultado. Y aunque el coste es grande individualmente, no es excesivo respecto al total hospitalario.

La afeción fundamental en la anciana es el prolapso uterino o descenso del suelo pélvico y el cáncer. En nuestra serie, globalmente corresponden a 22 y 17 casos, respectivamente. El prolapso o descenso del suelo pélvico se debe a la constitución personal, al envejecimiento y a las sobrecargas a lo largo de la vida, por embarazo y parto, menopausia, obesidad y esfuerzos físicos, entre otros.

El cáncer de endometrio es el más frecuente en ginecología; con el aumento de la longevidad, aumenta su incidencia¹⁹. En la anciana tiene menos relación con los estrógenos, es de tipo II, más agresivo, más indiferenciado y no endometriode. Cuando hay una metrorragia posmenopáusica o senil, hay que pensar en el cáncer de endometrio, mientras no se demuestre lo contrario, y debe haber una consulta inmediata. En nuestra serie hay 9 (19,14%) cánceres de endometrio.

En un estudio propio de 184 casos en 10 años²⁰ de metrorragias seniles en clínica, histeroscopia e histología, encontramos cáncer de endometrio en aproximadamente el 20%, y creció al aumentar la edad.

El cáncer de ovario aumenta su riesgo progresivamente, y más en la octava década²¹. El tratamiento conservador en la anciana disminuye la supervivencia. Hay que hacer un tratamiento de cirugía agresiva + QT + RT²², si toleran bien la anestesia. Dar tratamiento curativo, no paliativo. Si no se tolera bien la QT, habrá que disminuir las dosis o cambiar los agentes. En nuestra serie hay 3 (6,38%) cánceres de ovario.

El cáncer de vulva es el 3-5% de todos los cánceres genitales, es poco frecuente²³, pero aumenta con la edad. En una serie de 94 casos en 1978-1990, el 80%

ocurrió en mayores de 60 años. La causa es multifactorial, y en el 88% cursó con prurito vulvar. En nuestra serie hay 3 (6,38%) casos de cáncer de vulva, 2 epidermoide infiltrante y uno basocelular.

Lo que hace falta en la anciana, lo mismo que en la mujer más joven, es el cribado de la enfermedad, la promoción de la salud y la prevención²⁴ del cáncer de mama con las mamografías, incluso en las pacientes mayores de 80 años, del cáncer de cérvix con la citología, del riesgo genético, mutaciones BRCA 1 (en cáncer de mama y cáncer de ovario) y BRCA 2 (en cáncer de mama); en el 5% de los casos, la herencia es autosómica dominante.

Además, en la paciente joven, hace falta: la anti-concepción, para tener los hijos realmente deseados; el ejercicio; no fumar; no beber alcohol; la prevención de la osteoporosis, con el calcio y el ejercicio; la prevención de la obesidad; la prevención de la violencia doméstica; el cuidado obstétrico adecuado, para evitar problemas que luego influirán en el descenso pélvico y en el prolapso uterino, y el tratamiento de los síntomas de la menopausia.

Respecto al cribado de la enfermedad, no se acepta en cáncer de endometrio y ovario, pero algo hay que hacer. En el cáncer de ovario: un examen anual en pacientes mayores de 40 años o con historia familiar o antecedentes de tratamientos inductores de la ovulación por esterilidad; practicar ecografía y CA 125; con alto riesgo: hacer doble anexectomía profiláctica a los 35 años, o después del último hijo, o tomar píldoras anticonceptivas. Y en el cáncer de endometrio: un examen pélvico en pacientes mayores de 40 años, anual, y una ecografía vaginal. Y con cualquier metrorragia posmenopáusica, consulta inmediata.

La paciente anciana también requiere visitas periódicas, sobre todo para prevenir el cáncer que aparece a esas edades; para ello, según la experiencia del autor, hay que tratarla bien, lo que la hace fiel cumplidora y redundante en beneficio de todo el mundo: la paciente, el médico, la familia y la sociedad.

RESUMEN

Presentamos una serie de 47 casos de mujeres mayores de 80 años a las que se practicó cirugía ginecológica, durante 6 años, en nuestro hospital. Fueron operaciones mayores en 32 (68,66%) casos y operaciones menores en 15 (31,91%).

La edad media fue 82,38 (80-99) años; la paridad media fue 3,16 (0-11); la edad media a la menarquia 13,4 (10-16) años; la edad media a la menopausia 49 (30-56) años; la estancia hospitalaria media fue de

3,72 (entre 1 y 15) días. Hubo diferencias significativas al comparar ambos grupos de operaciones, en la edad de la menarquia ($p < 0,001$) y en la estancia hospitalaria ($p < 0,001$), lógicamente menor en las operaciones menores.

Hubo antecedentes médicos en el 76,59%, el más frecuente la HTA, en el 48,93%; demencia senil en el 4,25%. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: el bulto genital, en el 42,55%; la metrorragia senil, en el 27,65%, y los tumores, en el 14,89%.

Los diagnósticos principales fueron: prolapso uterino + cistorrectocele, en el 46,8%; adenocarcinoma de endometrio, en el 19,14%; cáncer de ovario, en el 8,51%, y cáncer de vulva, en el 6,38%.

Las intervenciones quirúrgicas principales fueron: histerectomía vaginal + plastias y plastias solas, en el 44,68%; laparotomías, en el 4,25%; laparoscopias quirúrgicas, en el 23,40% (con histerectomías + anexectomías bilaterales + linfadenectomías por cáncer de endometrio, o biopsias en carcinomatosis peritoneales de cáncer de ovario).

Hubo una (2,12%) reintervención por hemoperitoneo, en un cáncer de endometrio, que falleció por fallo multiorgánico; complicaciones, en el 14,89%; transfusiones, en el 6,38%, y mortalidad global, en 10 (21,27%) casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Botella J. Problemas que plantea la prolongación de la vida en la mujer. *Prog Obstet Ginecol*. 2000;43:437-41.
2. Hitzmann H, Heidenreich W. Zunehmenden Lebensalter bei Operationen engrifen. *Zentralb Gynakol*. 1994;116:687-90.
3. Anthuber C. Operative Geriatrie in der Gynakologie. *Arch Gynecol Obstet*. 1995;257:1-4,68-73.
4. Termrungruanglert W, Kudelka AP, Edwards CL, Delclos L, Verschraegen CE, Kavanagh JJ. Gynecologic cancer in the elderly. *Clinics Geriatric Med*. 1997;13:363-79.
5. McGonigle KF, Lagasse LD, Karlan BY. Ovarian, uterine and cervical cancer in the elderly woman. *Clinics Geriatric Med*. 1993;9:115-30.
6. Samet J, Hunt WC, Key CH, Humble CH, Goodwin JS. Choice of cancer therapy varies with age of patient. *JAMA*. 1986;255:3385-90.
7. López-Olmos J. Cáncer ginecológico en la anciana de 80-100 años. Estudio de 6 casos personales [en prensa]. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2004.
8. López-Olmos J, Navarro P. Fibrohistiocitoma maligno retroperitoneal como gran tumoración ovárica. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2001;28:335-9.
9. Hosking MP, Warner MA, Lobdell CM, Offord KP, Melton J III. Outcomes of surgery in patients 90 years of age and older. *JAMA*. 1989;261:1909-15.
10. Coronel Brizio P, Olivares Nowak J, Palafox Sánchez F. Cirugía ginecológica en la paciente geriátrica. *Ginecol Obstet Mex*. 1997;65:386-90.
11. Kennedy AW, Flagg JS, Webster KD. Gynecologic cancer in the very elderly. *Gynecol Oncol*. 1989;32:49-54.

12. McKenna RJ Sr. Clinical aspects of cancer in the elderly: treatment decisions, treatment choices and follow-up. *Cancer*. 1994;74:2107-17.
13. Lawton FG, Hacker NF. Surgery for invasive gynecologic cancer in the elderly female población. *Obstet Gynecol*. 1990;76:287-9.
14. Kirschner CV, De Serio ThM, Isaacs JH. Surgical treatment of the elderly patient with gynecological cancer. *Surg Gynecol Obstet*. 1990;170:379-84.
15. Geisler JP, Geisler HE. Radical hysterectomy in patients 65 years of age and older. *Gynecol Oncol*. 1994;53:208-11.
16. McGihee RP, Dodson MK, Moore JL, Morrison FS, Bass JD, Burrow P, et al. Effect of blood transfusion in patients with gynecologic malignancy. *Int J Gynecol Obstet*. 1994;46:45-52.
17. Abbas FM, Sert MB, Rosenhein NB, Zahyrak ML, Currie JL. Gynecologic oncology patients in the surgical ICU. Impact on outcome. *J Reprod Med*. 1997;42:173-8.
18. Abbas FM, Sert MB, Rosenhein NB, Zahyrak ML, Currie JL. Prolonged stays of OB/GYN patients in the surgical intensive care unit. A cost-benefit analysis. *J Reprod Med*. 1997;42:179-83.
19. Hoffman K, Nekhlyudov L, Deligdisch L. Endometrial carcinoma in elderly women. *Gynecol Oncol*. 1995;58:198-201.
20. López-Olmos J, Coloma F, Costa S. Metrorragias seniles. Estudio clínico, histeroscópico e histológico de 184 casos. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2000;27:329-36.
21. Young RC, Brady MF, Walton LA, Homesley HD, Avarette HE, Long HJ. Localized ovarian cancer in the elderly. *Cancer*. 1993;71 Suppl:601-5.
22. Hightower RJ, Nguyen HN, Avarette HE, Hoskins W, Harrison T, Steren A. National survey of ovarian carcinoma. IV: patterns of care and related survival of older patients. *Cancer*. 1994;73:377-83.
23. Edwards CL, Balat O. Characteristics of patients with vulvar cancer: an analysis of 94 patients. *Eur J Gynaecol Oncol*. 1996;17:351-3.
24. Bowman MA, Spangler JG. Screening, health promotion, and prevention in women. *Primary Care*. 1995;22:661-77.