



Carta científica

Cáncer de ciego obstructivo en paciente centenaria: tratamiento quirúrgico



Obstructive cecal cancer in a centennial patient: Surgical management

Dado el aumento de la incidencia del cáncer colorrectal (CCR) y el envejecimiento de la población, tanto en términos demográficos como de esperanza de vida, el CCR en ancianos es un tópico que supone un reto cada vez más frecuente en nuestra práctica diaria.

Múltiples estudios afirman que la edad como dato biológico aislado no es un factor de riesgo independiente para cirugía pero, ¿debería existir algún límite? Por otra parte, ¿puede la edad representar algún impedimento para prestar el tratamiento que se considere adecuado?

Se presenta una paciente centenaria intervenida en nuestro Servicio por presentar un cáncer de colon derecho, lo que la convierte en el caso de mayor edad reflejado en la literatura.

Mujer de 100 años que como único antecedente personal padece hipertensión arterial; se trata de una persona independiente.

Acude al Servicio de Urgencias por presentar ausencia de deposición o ventoso los 4 días previos. No refiere náuseas, ni vómitos, ni ninguna clínica asociada. En la anamnesis dirigida niega hábito intestinal estreñido, rectorragias previas ni otra sintomatología de interés.

A la exploración física presenta abdomen discretamente distendido, blando, depresible y no doloroso. No se palpan hernias. Se realizan analítica y radiografías de tórax y abdomen, sin hallazgos significativos. Dada la buena situación clínica de la paciente se decide ingreso a cargo del Servicio de Geriátrica para controlar evolución y completar estudio. Se solicita tomografía computarizada de abdomen que muestra una lesión ocupante de espacio a nivel de ciego, sin otros hallazgos (fig. 1). Se realiza colonoscopia en la que se aprecia una neoformación vegetante que engloba la válvula ileocecal, confirmando el diagnóstico radiológico (fig. 2); la biopsia realizada es informada como adenocarcinoma de intestino grueso. El resto de estudios de extensión no muestran ningún dato digno de mención.

Tras una valoración conjunta por los equipos de Geriátrica, Cirugía Colorrectal y Anestesiología se decide tratamiento quirúrgico, estableciéndose un riesgo ASA III.

Se realiza hemicolectomía derecha oncológica por vía abierta sin incidencias anestésicas ni quirúrgicas. El postoperatorio inmediato transcurre con normalidad, siendo dada de alta a los 12 días de la intervención, sin complicaciones.

La paciente ha permanecido asintomática y libre de enfermedad durante 22 meses, momento en el que presenta un episodio de insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, como consecuencia del cual fallece. Durante el tiempo de supervivencia la situación clínica fue muy similar a la preoperatoria.

La edad como factor independiente de riesgo quirúrgico, en ausencia de comorbilidades asociadas al envejecimiento, sigue siendo un aspecto sin resolver en la actualidad¹⁻³, aunque la metodología de valoración es sumamente variable. Mientras que en algunos trabajos se objetiva que los resultados vienen condicionados por la existencia de comorbilidades⁴, otros autores encuentran que la edad, en sí misma, sí supone un mayor riesgo de complicaciones e incremento de la mortalidad postoperatoria⁵.

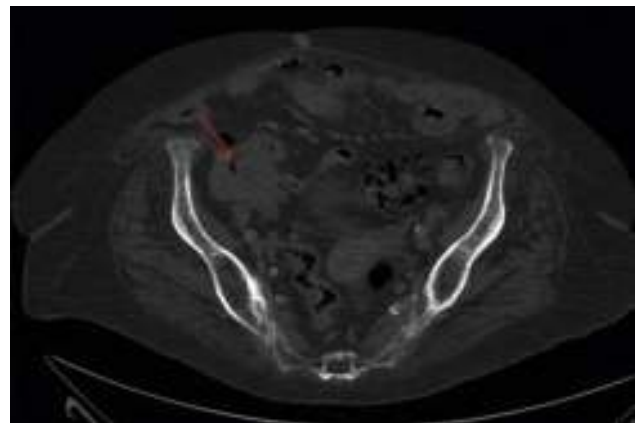


Figura 1 – Engrosamiento de aspecto tumoral a nivel de ciego.

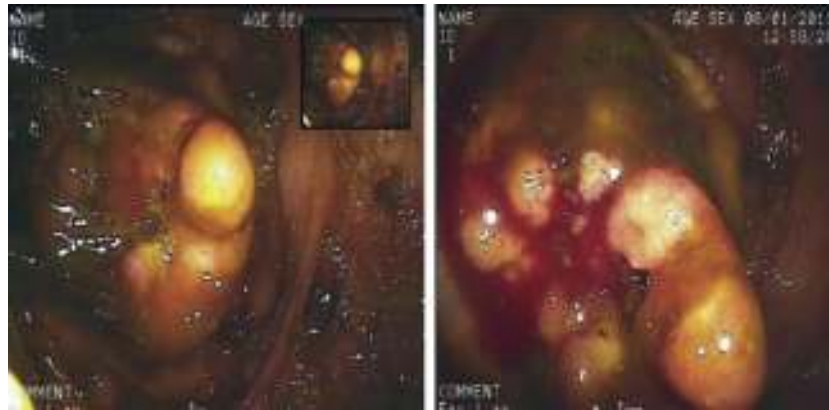


Figura 2 – Neoformación vegetante a nivel de ciego que engloba la válvula ileocecal.

Aun cuando no existan comorbilidades añadidas, la reserva funcional fisiológica de estos pacientes está claramente disminuida. Aunque este hecho no tenga implicación directa en resultados postoperatorios a corto plazo, sí puede condicionar una menor capacidad de respuesta en presencia de complicaciones y una recuperación funcional más lenta³.

Uno de los retos que persisten en la actualidad es desarrollar herramientas que permitan discriminar en qué pacientes el riesgo quirúrgico es asumible y en cuáles no⁶. En este sentido ha sido creciente el interés de la comunidad científica y existen diferentes índices que pueden resultar de mucha ayuda dada su fiabilidad y la identificación de parámetros cada vez más específicos^{2,7}.

Durante cierto tiempo todos los esfuerzos se dirigían a cuidar aspectos técnicos de la cirugía y anestesia con el fin de minimizar el impacto y mejorar los resultados tras una intervención. Progresivamente se ha concedido una importancia creciente a otros detalles peroperatorios que se han mostrado como factores claramente beneficiosos como son una correcta situación nutricional y actividad física.

Además de todos los aspectos que se han comentado, de manera particular en población anciana, las consideraciones peroperatorias tienen que ir más allá. Son cada vez más los autores que han identificado también un riesgo potencial en el entorno extrahospitalario, sobre todo en lo que a pérdida de autonomía funcional se refiere, y que puede condicionar una mayor tasa de reingresos e incluso estar asociado con una mayor mortalidad postoperatoria temprana (primer año)⁸.

Los tratamientos que se ofrecen a pacientes en edades extremas de la vida en muchas ocasiones están por debajo de los estándares admitidos para la dolencia que se trata, incluido el cáncer colorrectal⁹. Este hecho ha sido discutido por algunos autores¹⁰.

Afrontar el tratamiento quirúrgico en estos pacientes parece razonable dentro de grupos multidisciplinarios, llevando a cabo una exhaustiva evaluación, revirtiendo aquellas situaciones que sean identificadas en el preoperatorio y que acarreen un mayor riesgo, realizando una técnica adecuada en el seno de unidades de alta especialización en la dolencia quirúrgica a tratar, con cifras bajas de morbimortalidad, y

asegurando en la medida de lo posible un entorno adecuado para la mejor recuperación tras el alta hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Faiz O, Haji A, Bottle A, Clark SK, Darzi AW, Aylin P. Elective colonic surgery for cancer in the elderly: An investigation into postoperative mortality in English NHS hospitals between 1996 and 2007. *Colorectal Disease*. 2011;13:779–85.
2. Al-Refaie WB, Parsons HM, Habermann EB, Kwaan M, Spencer MP, Henderson WG, et al. Operative outcomes beyond 30-day mortality. *Colorectal cancer surgery in oldest old*. *Ann Surg*. 2011;253:947–52.
3. Arenal Vera JJ, Tinoco Carrasco C, del Villar Negro A, Labarga Rodríguez F, Delgado Mucientes A, Cítores MA. Cáncer colorrectal en el anciano. Características y resultados a corto plazo. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:408–15.
4. Medarde-Ferrer M, Serra-Genís C, Roca J, Quer X, Sala F, Palau MA, et al. Objective assessment of the level of comorbidity in geriatric patients with bowel cancer: Relationship between the surgical results and survival. *Cir Esp*. 2013;91:231–6.
5. Kurian AA, Wang L, Grunlemeier G, Bhayani NH, Swanström LL. Defining «the elderly» undergoing major gastrointestinal resections. Receiver operating characteristic analysis of a large ACS-NSQIP cohort. *Ann Surg*. 2013;258:483–9.
6. Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2010;26:275–86.
7. Kiran RP, Attaluri V, Hammel J, Church J. A novel nomogram accurately quantifies the risk of mortality in elderly patients undergoing colorectal surgery. *Ann Surg*. 2013;257:905–8.
8. McGory ML, Kao KK, Shekelle PG, Rubenstein LZ, Leonardi MJ, Parikh JA, et al. Developing quality indicators for elderly surgical patients. *Ann Surg*. 2009;250:338–47.
9. Quipourt V, Jooste V, Cottet V, Favre J, Bouvier AM. Comorbidities alone do not explain the undertreatment of colorectal cancer in older adults: A French population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:694–8.
10. Cerdán J. Cáncer colorrectal en el anciano». En: Ribera JM, Gil P, editores. *Guías clínicas geriátricas* Madrid: Editores Médicos; 2000. p. 91–100.

Carlos Cerdán Santacruz^{a,*}, Marta Vigara García^b,
Fernando Jiménez Escovar^c, Mario Ortega López^d
y Javier Cerdán Miguel^a

^aUnidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General,
Clínica Santa Elena, Madrid, España

^bServicio de Geriátrica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid,
España

^cServicio de Cirugía General, Unidad de Coloproctología,
Hospital de Galdakano Usansolo, Bilbao, España

^dUnidad de Coloproctología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carloscerdansantacruz@hotmail.com
(C. Cerdán Santacruz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.010>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.