



EDITORIAL

Controversias en el manejo del cáncer de mama en mujeres de edad muy avanzada

Controversies in the management of breast cancer in women of advanced age

Jaime Feliu^{a,*} y Juan Ignacio González-Montalvo^b

^a Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

El cáncer de mama es una enfermedad frecuente entre las ancianas. Las estadísticas nos indican que la tercera parte de los cánceres de mama se diagnostican en mujeres con edad igual o superior a 70 años y que una de cada 15 mujeres en ese grupo de edad va a desarrollar este tumor¹. Estas cifras, además, debido a las actuales previsiones sobre el envejecimiento de la población, continuarán aumentando en los próximos años.

A pesar de la magnitud del problema, el tratamiento del cáncer de mama en la vejez sigue representando un desafío terapéutico. De hecho, diversos autores han advertido que las ancianas tienen menos probabilidades de recibir el tratamiento estándar para su enfermedad², incluso tras considerar factores condicionantes como la comorbilidad, el estado cognitivo, el estado funcional o el apoyo social³. Más específicamente, se ha señalado que cuanto más avanzada es la edad, menos posibilidades hay de que se les extirpe el tumor mamario, y cuando se opta por la cirugía, se modifica la técnica quirúrgica de manera que disminuye la realización de la cirugía conservadora de mama y se omite el estudio de la afectación ganglionar axilar (factor este último clave para decidir el tratamiento adyuvante más adecuado). Igualmente, es frecuente que se no se administre radioterapia adyuvante y que disminuya el empleo de la quimioterapia⁴.

Se desconocen las razones que se esconden detrás de este abordaje terapéutico subóptimo, aunque probablemente sean múltiples: 1) tumores menos agresivos (hasta el 90% tienen receptores hormonales positivos), 2) comorbilidades, 3) limitaciones funcionales, 4) actitudes negativas por parte de la enferma y/o los familiares, 5) temor a las complicaciones y toxicidades inducidas por los tratamientos, y 6) prejuicios de los profesionales, etc. Sea por la razón que sea, el resultado final es que la mortalidad por cáncer de mama aumenta con la edad⁵. Un aspecto adicional que contribuye a incrementar la incertidumbre en la toma de decisiones son los escasos

estudios realizados expresamente en la población geriátrica y la insuficiente representación de las ancianas en los ensayos clínicos. Además, las pacientes que entran en los ensayos clínicos suelen estar muy seleccionadas por su excelente condición física, por lo que pueden no ser representativas de lo que ocurre en la población geriátrica global.

El artículo de Lobato et al.⁶ aborda la cuestión sobre si el tratamiento hormonal permite obviar la cirugía local del cáncer de mama en pacientes ancianas seleccionadas. Esta estrategia evitaría el riesgo de las complicaciones quirúrgicas y anestésicas que pueden ocurrir en la población geriátrica. Tanto los resultados de los autores como los de la mayoría de los ensayos clínicos y revisiones realizadas hasta la fecha coinciden en señalar que, aunque no se detectan variaciones en la supervivencia global, el control local de la enfermedad es inferior con el tratamiento farmacológico⁷⁻⁹. La hormonoterapia logra tasas de respuestas globales del 30-60%, aunque a veces tardan varios meses en hacerse evidente. La duración de la respuesta y, por tanto, del control local de la enfermedad, es de unos 18-24 meses. Trascendido este tiempo, el tumor progresa, lo que puede obligar a hacer una mastectomía cuando la enferma es más anciana y se encuentra en peores condiciones físicas. A ello cabe añadir que diversos estudios demuestran que la mayoría de las pacientes ancianas son capaces de tolerar la cirugía y la anestesia con una morbilidad reducida y una mortalidad prácticamente nula¹⁰. Por todo ello, actualmente se considera que el tratamiento estándar del cáncer de mama en la anciana, tenga la edad que tenga, debería ser la cirugía. La excepción estaría en aquellas enfermas en las que la expectativa de vida es inferior a los 2-3 años o cuando la paciente rechaza la cirugía, en cuyo caso puede optarse por la hormonoterapia. Aquí la cuestión que surge es cómo podemos identificar de forma fiable a las enfermas que tienen esa limitada expectativa de vida y que van a morir con un cáncer pero no por el cáncer.

La edad por sí sola nunca debería utilizarse para tomar esa decisión. Cabe recordar que en los países occidentales las expectativas de vida para una mujer sana de 70, 80 y 85 años son 15,5; 9,2 y 6 años respectivamente. Así pues, debemos apoyarnos en otros datos, como son la presencia de comorbilidades, las limitaciones

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.03.007>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jfeliu.hulp@salud.madrid.org (J. Feliu).

en la capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la situación socio-familiar, el deterioro cognitivo, etc. En este sentido, es fundamental la realización de una adecuada valoración geriátrica¹¹. En los últimos años se han desarrollado diversos instrumentos con esta finalidad (Vulnerable Elderly Survey-VES13-, el G8, la valoración geriátrica integral, etc.)¹²⁻¹⁶, aunque no existe consenso sobre cuál de ellos es el más recomendable.

Dado que los especialistas que nos dedicamos al tratamiento del cáncer no nos encontramos cómodos con la complejidad del paciente anciano y que los geriatras carecen de la formación adecuada en oncología, es fundamental desarrollar programas que favorezcan la colaboración entre geriatras y especialistas en la atención del paciente oncológico para valorar adecuadamente tanto su estado de salud como la extensión del tumor. De esta forma estaremos en condiciones de ofrecer un tratamiento individualizado al paciente anciano.

Por último, y no por ello menos importante, es fundamental informar y discutir con el paciente anciano las distintas alternativas terapéuticas, considerando sus preferencias y sus circunstancias personales y familiares. Aunque la preocupación por la estética a estas edades es menor, puede haber ancianas que prefieran la cirugía conservadora o que rechacen cualquier tipo de cirugía. Compartir las decisiones terapéuticas con la paciente mejorará el cumplimiento del tratamiento y facilitará la adaptación psicológica a la enfermedad.

Bibliografía

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:10–29.
2. Crivellari D, Aapro M, Leonard R, Von Minckwitz G, Brain E, Goldhirsch A, et al. Breast cancer in the elderly. *J Clin Oncol*. 2005;23:1882–90.
3. Kimmick G, Muss HB. Breast Cancer in elderly patient. *Semin Oncol*. 2004;31:234–48.
4. Boucharly C, Rapioti E, Blagojevic S, Vlastos AT, Vlastos G. Older female cancer patients: importance, causes, and consequences of undertreatment. *J Clin Oncol*. 2007;10:1858–69.
5. DeSantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. Breast cancer statistics, 2011. *CA Cancer J Clin*. 2011;61:409–18.
6. Lobato JL, Moreno J, Arriba T, Ajuriagogeasoa S, López-Valverde M. Características y manejo del cáncer de mama primario en pacientes octogenarias: estudio retrospectivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.03.007>.
7. Johnston SJ, Kenny FS, Syed BM, Robertson JF, Pinder SE, Winterbottom L, et al. A randomised trial of primary tamoxifen versus mastectomy plus adjuvant tamoxifen in fit elderly women with invasive breast carcinoma of high oestrogen receptor content: long term results at 20 years of follow-up. *Ann Oncol*. 2012;23:2296–300.
8. Ring A, Reed M, Leonard R, Kunkler I, Muss H, Wildiers H, et al. The treatment of early breast cancer in women over the age of 70. *Br J Cancer*. 2011;105:103–89.
9. Hind D, Wyld L, Reed MW. Surgery, with or without tamoxifen vs tamoxifen alone for older women with operable breast cancer: Cochrane review. *Br J Cancer*. 2007;96:1025–9.
10. Wyld L, Reed M. The role of surgery in the management of older women with breast cancer. *Eur J Cancer*. 2007;43:2253–63.
11. Saldana J, Yuste A, Germá JR. Importancia de la valoración geriátrica en las personas mayores con cáncer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:121–2.
12. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:1691–9.
13. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005;55:241–52.
14. Gosney MA. Clinical assessment of elderly people with cancer. *Lancet Oncology*. 2005;6:790–7.
15. Luciani A, Ascione G, Bertuzzi C, Marussi D, Codecà C, Di Maria G, et al. Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13. *J Clin Oncol*. 2010;28:2046–50.
16. 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.