

previamente ni con bacteriemia primaria ni asociada a cáncer de colon.

Bibliografía

1. Tappe D, Valenza G, Duwe T, Frosch M, Abele-Horn M. *Clostridium subterminale* infection secondary to an open fracture. *Infect Med J.* 2009;26:28-30.
2. Gubler JGH, Wuest J, Hany A. Pleuropulmonary infection due to *Clostridium subterminale*. *J Infect.* 1989;19:277-88.
3. Patel SB, Mahler R. Clostridial pleuropulmonary infections: Case report and review of the literature. *J Infect.* 1990;21:81-5.
4. Neal G, Downing EF. Clostridial meningitis as a result of craniocerebral arrow injury. *J Trauma.* 1996;40:476-80.
5. Gibson MA, Dimitrios VM, Llaguna OH, Sheth ND. Myonecrosis secondary to *Clostridium septicum* in a patient with occult colon malignancy: A case report. *Cases J.* 2008;1:300.
6. Elsayed S, Zhang K. Bacteremia caused by *Clostridium symbiosum*. *J Clin Microbiol.* 2004;42:4390-2.
7. Katlic MR, Derkac WM, Coleman WS. *Clostridium septicum* infection and malignancy. *Ann Surg.* 1981;193:361-4.
8. Saleh N, Sohail MR, Hashmey RH, Kaabi MA. *Clostridium septicum* infection of hepatic metastases following alcohol injection: A case report. *Cases J.* 2009;2:9408.
9. Mirza NN, McCloud JM, Cheetham MJ. *Clostridium septicum* sepsis and colorectal cancer- a reminder. *World J Surg Oncol.* 2009;7:73.
10. Gruer LD, Souquet PJ, Vergnon JM, Fleurette J, Brune J. Carcinoma of the colon presenting as pulmonary microabscesses and septicaemia due to *Clostridium perfringens*. *Thorax.* 1984;39:796-7.

Marta Arellano Pérez*, Pedro Puertas Broggi,
 María Pi-Figueras Valls y Miguel Ángel Márquez Lorente

Servicio de Geriátría, Parc de Salut Mar, Hospital de l'Esperança,
 Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: MArellano@parcdesalutmar.cat
 (M. Arellano Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.12.003>

Cáncer colorrectal en pacientes mayores de 90 años: ¿cuál es el mejor tratamiento?



Colorectal cancer in a nonagenarian. What is the best treatment?

Sr. Editor:

El cáncer colorrectal es la tercera causa de muerte por cáncer^{1,2}, aumentando su incidencia por cada década por encima de los 40 años³. El aumento en la esperanza de vida y la reticencia médica de estudiar la enfermedad neoplásica en nonagenarios ocasiona diagnósticos en estadios avanzados o complicados, disminuyendo las probabilidades de éxito terapéutico⁴. Los factores que influyen en la morbilidad posquirúrgica son: intervenciones urgentes, alargamiento del tiempo quirúrgico y tumores avanzados^{5,6}.

Presentamos los resultados de un estudio retrospectivo realizado en nonagenarios diagnosticados de cáncer colorrectal del 01/01/2008 al 31/12/2012 en el Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. De cada historia clínica se recogió: edad, sexo; ingreso urgente o programado; índice de comorbilidad de Charlson⁷; tratamiento realizado (médico, quirúrgico, endoscópico); tipo de intervención quirúrgica (curativa-R0/paliativa-R1;

urgente/programada; abierta/laparoscópica); evolución postoperatoria según la clasificación Clavien-Dindo⁵; estancia hospitalaria y mortalidad. Para el análisis se utilizó el *software* Excel[®] (Microsoft, EE.UU.). Se obtuvieron los permisos necesarios para la utilización de datos clínicos.

Se diagnosticó cáncer colorrectal a 2.428 pacientes, 38 nonagenarios, representando el 1,56%. Veinte mujeres (52,6%) y 18 varones (47,4%) con una edad media de 92 años (90-98), y una media del índice de Charlson de 7,21 (5-11). En 20 pacientes (52,6%) la presentación fue urgente: obstrucción (12), perforación⁶, abdomen agudo²; y en el resto su presentación fue hemorragia (12), alteraciones del hábito intestinal⁴, anemia². Según localización anatómica fue: recto (30,8%), sigma (28,2%), colon derecho (15,4%) y ciego (12,8%), colon izquierdo (10,3%) y transverso (2,6%).

Se indicó tratamiento paliativo en 9 pacientes (23,68%) por enfermedad diseminada y deterioro cognitivo. Se intervino a 23 enfermos (60,52%), 13 de ellos de manera urgente por presentar oclusión (6 casos); perforación⁶ y uno por sospecha de apendicitis. A pesar de no recomendarse laparoscopia urgente porque la complejidad técnica aumenta el tiempo de intervención en pacientes con reservas fisiológicas disminuidas, el abordaje laparoscópico urgente fue sospechando enfermedad benigna y se realizó de manera programada en 4 pacientes con neoplasia

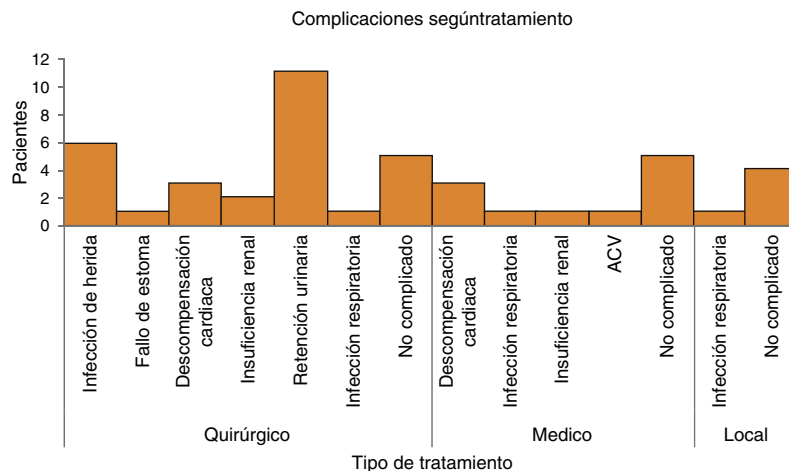


Figura 1. Complicaciones según el tipo de tratamiento. ACV: accidente cerebrovascular.

pequeña, accesible, sin antecedentes quirúrgicos. Las complicaciones posquirúrgicas se presentan en la **figura 1** y su distribución en función de la clasificación Clavien-Dindo fue: grado I: 6 infección de herida (3 programados, 3 urgentes), 11 retención aguda de orina (5 programados, 6 urgentes). Grado IIIb: fallo de estoma (uno urgente). Complicaciones médicas grado I: descompensación de enfermedad cardíaca (2 programados, 2 urgentes) y renal (uno urgente).

La estancia media fue de 22,23 días en cirugía urgente y 25,30 en cirugía programada siendo mayor por ingreso pre-intervención que permite estabilizar la situación basal. La estancia en pacientes con tratamiento médico/endoscópico fue de 16,93 días.

La mortalidad total fue de 23 pacientes (60,53%), 13 operados, falleciendo en postoperatorio inmediato 5 (27,7%): 2 por fallo renal, uno por insuficiencia cardíaca, uno por paro respiratorio y uno por sepsis de foco abdominal. Al año, 5 pacientes más habían fallecido sin relación a la intervención, encontrándose estables 10 pacientes.

Cualquier decisión terapéutica en pacientes ancianos con enfermedad tumoral debe considerar factores comórbidos y el estado basal del paciente siendo imperativa una evaluación multidisciplinaria por geriatría, oncología y digestivo, individualizando el carácter paliativo en función de cada paciente^{3,6,8}.

La mortalidad inmediata poscirugía oscila entre el 10-40%^{3,6} durante el primer año, siendo mayor si la intervención es urgente. En nuestro grupo la mortalidad inmediata y mediata es del 27%. Las complicaciones quirúrgicas fueron grado I sin re-intervenciones excepto un paciente con dehiscencia de estoma (grado IIIb). La cirugía electiva se ha probado recomendable, aumentando la supervivencia^{3,8}, por lo que un diagnóstico precoz con planificación previa disminuye la morbimortalidad relacionada a la cirugía. De los 23 pacientes operados se encontraban libres de enfermedad 10, todos intervenidos electivamente. Se debe valorar en intervenciones programadas el beneficio de instaurar programas de recuperación rápida, ya que disminuyen la morbilidad asociada y la estancia hospitalaria^{9,10}. El tratamiento endoscópico definitivo tiene buena tolerancia con una mortalidad debajo del 8% y aceptable calidad de vida. Hay indicios de que el tratamiento endoscópico es mejor tolerado y el tratamiento quirúrgico electivo proporciona niveles de supervivencia similares a pacientes de menor edad.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Catálogo de publicaciones administración general del estado. España y la UE: una comparativa sobre la mortalidad por cáncer. Boletín informativo: julio de 2012.
2. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse S, et al. SEER Cancer Statistics Review. 1975-2010, National Cancer Institute. Bethesda. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/, based on November 2012 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2013.
3. Ihedioha U, Gravante G, Lloyd G, Sangal S, Sorge J, Singh B, et al. Curative colorectal resections in patients aged 80 years and older: clinical characteristics, morbidity, mortality and risk factors. *Int J Colorectal Dis.* 2013;28:941-947.
4. Medarde-Ferrer M, Serra-Genís C, Roca J, Sala F, Palau M, Guixà M, et al. Evaluación objetiva del grado de comorbilidad en pacientes geriátricos con neoplasia de colon: relación con los resultados quirúrgicos y la supervivencia. *Cir Esp.* 2013;91:231-6.
5. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240:205-13.
6. Kunitake H, Zingmond D, Ryoo J, Ko C. Caring for octogenarian and nonagenarian patients with colorectal cancer: What should our standards and expectations be? *Dis Colon Rectum.* 2010;53:735-43.
7. Índice de Charlson [consultado 7 May 2013]. Disponible en: <http://www.rccc.eu/ppc/indicadores/Charlson.html>
8. Pokala R, Pokala N, Dudrick S. Long-term outcome after operative intervention for rectal cancer in patients aged over 80 years: Analysis of 9,501 patients. *Dis Colon Rectum.* 2006;50:604-10.
9. Rawlinson A, Kang P, Evans J, Khann A. A systematic review of enhanced recovery protocols in colorectal surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011;93:583-8.
10. Compagna R, Aprea G, de Rosa D, Gentile M, Cestaro G, Vigiotti G, et al. Fast track for elderly patients: It is feasible for colorectal surgery? *Int J Surg.* 2014;12:20-2.

Mariana Loreto-Brand*, Fernando Fernández-López, Jesús Paredes-Cotoré, María Jesús Ladra-González y Manuel Bustamante-Montalvo

Departamento de Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m3lbita@hotmail.com (M. Loreto-Brand).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.012>

Características clínicas y supervivencia a 30 días de pacientes ancianos colombianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada



Clinical characteristics and 30-day survival decompensated heart failure of hospitalized elderly patients in Colombia

La prevalencia de insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) crónica se estima en más del 10% en las personas mayores, y su manejo es muy complejo¹. En Colombia se conoce poco acerca de los resultados clínicos de la valoración geriátrica integral en el manejo de la ICD en los ancianos². El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y supervivencia a 30 días en pacientes mayores de 75 años con ICD en un hospital universitario de tercer nivel de atención.

Se incluye 106 pacientes consecutivos con edad de 75 años o más que ingresaron a las salas de hospitalización geriátrica y medicina interna general con diagnóstico clínico y ecocardiográfico de ICD, de enero/2011 a noviembre/2013. El principal criterio del ingreso a la sala geriátrica es la condición de dependencia medida por estos criterios: índice de masa corporal menor de

20 kg/m², poli-medicado, índice de Barthel < 60, enfermedad cerebro vascular subaguda, más de 2 admisiones en el último mes, delirium o demencia de base, red de apoyo social insuficiente. El programa de geriatría incluye un equipo interdisciplinario para el manejo integral y seguimiento (geriatra, nutricionistas, terapias respiratorias, trabajadores sociales, psicólogos, fonoaudiólogos, terapias ocupacionales, fisioterapeutas y enfermeras de terapia enterostomal). Los pacientes mayores quienes no se catalogan como dependientes, ingresan a la sala de medicina interna general, donde hay un médico internista con experiencia, médicos generales asistenciales, residentes de medicina interna de segundo y tercer año. En ambas salas se manejan los pacientes conforme las guías de ICD¹. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigaciones de la institución.

Para las comparaciones se utilizan la prueba t de Student o de Mann-Whitney y la Chi-cuadrado o prueba de Fisher según el caso, un valor de p < 0,05 es estadísticamente significativo. Se estima probabilidad de supervivencia a 30 días por el método de Kaplan-Meier.

La edad media es de 82 años, y la mitad son varones (**tabla 1**). Al ingreso, el 61,3% de los pacientes se encontraban en clase funcional III y IV. Los factores de riesgo asociados más frecuentes fueron