

DANIELA GARCÍA  
NEOPLASIAS  
FRECUENTES EN  
MUJERES ADULTAS

# EPIDEMIOLOGIA

La incidencia y prevalencia del cáncer en mayores de 65 años ha aumentado en los últimos años a medida que también ha aumentado la esperanza de vida, que en España se sitúa en 75 años para los hombres y 83 para las mujeres, según el Instituto Nacional de Estadística.





# EDUCACIÓN

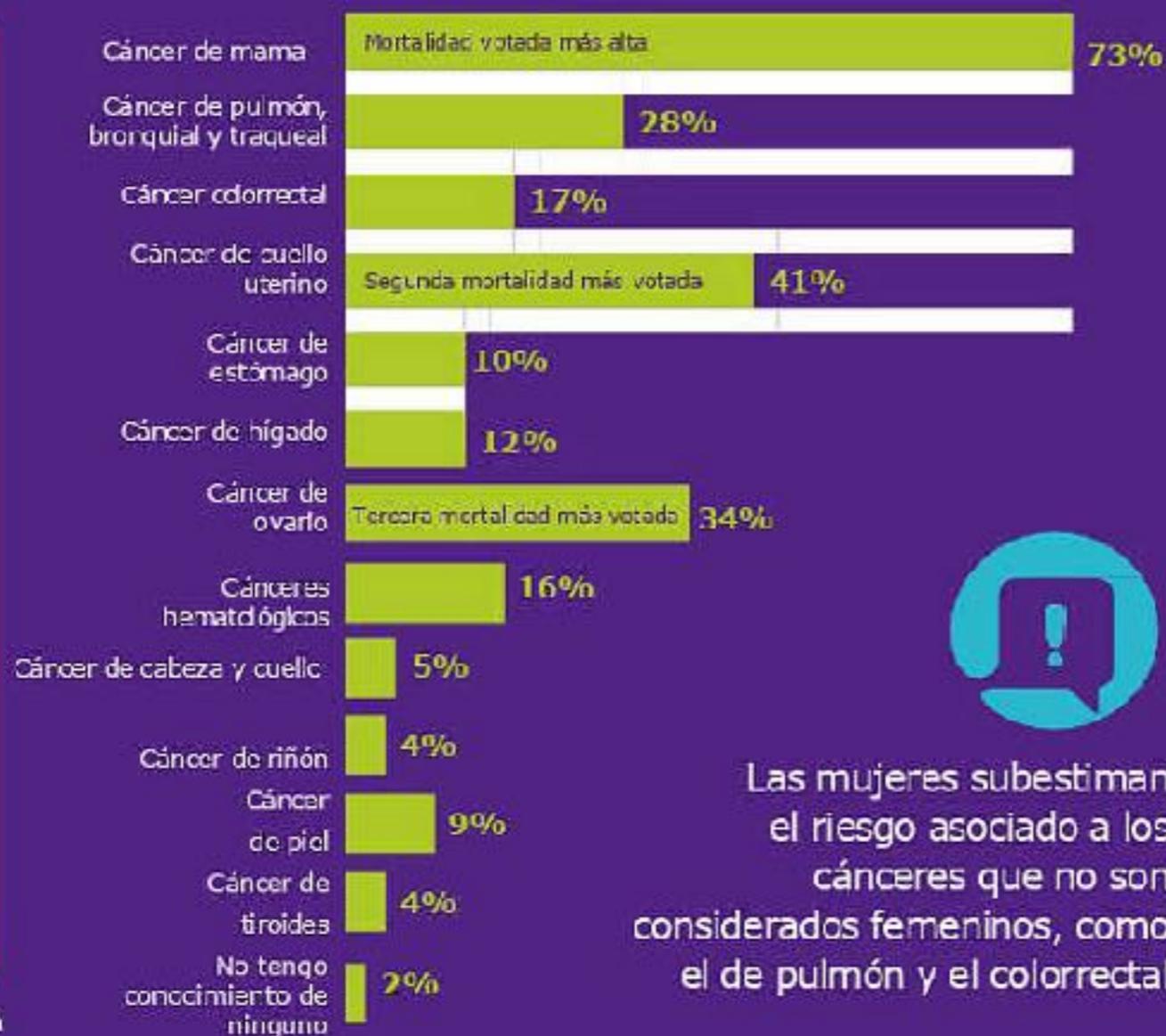
Mortalidad de mujeres (número proyectado/estimado de muertes en todo el mundo para 2018 por la OMS)<sup>3</sup>

ALTA



BAJA

Tipos de cáncer percibidos como más mortales entre las mujeres:



Las mujeres subestiman el riesgo asociado a los cánceres que no son considerados femeninos, como el de pulmón y el colorrectal



Sólo el **45%** afirmó que era consciente de los signos y síntomas del cáncer antes de su diagnóstico



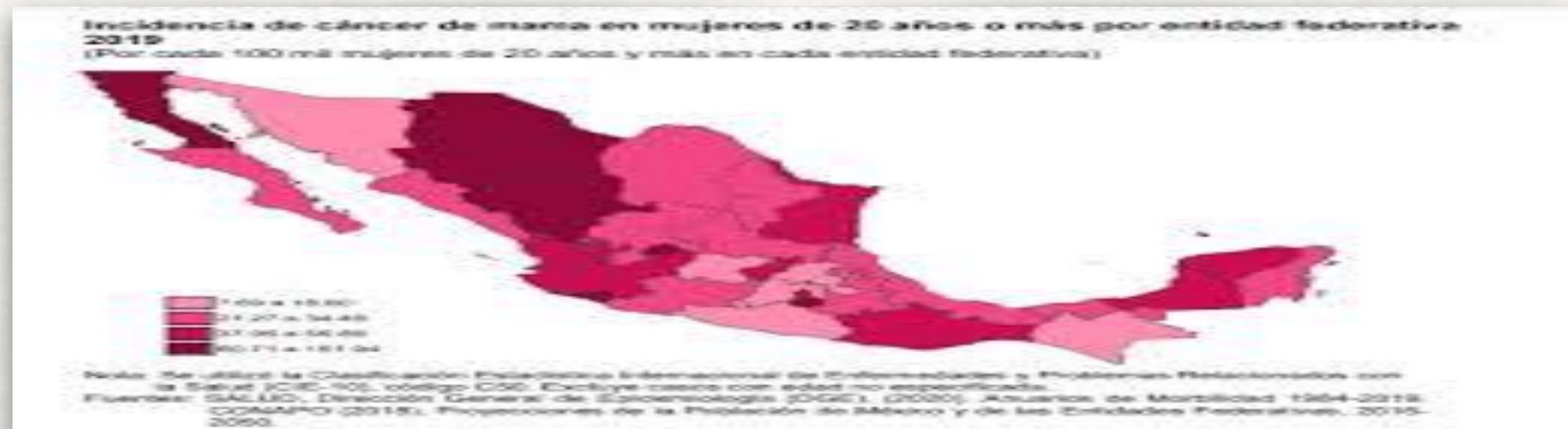
Las mujeres con un bajo nivel de educación, con baja o ninguna escolaridad, son las más propensas a desconocer los factores de riesgo asociados al cáncer

## Dificultades para el diagnóstico precoz

A pesar de que el cáncer es más frecuente en la población anciana, hay varios aspectos que dificultan la realización de técnicas de detección precoz, retrasando así la obtención de un diagnóstico precoz.

Este retraso diagnóstico en la población anciana puede explicarse por los siguientes factores:

- . a) La presencia de síntomas y signos de varias enfermedades crónicas puede enmascarar las manifestaciones tempranas de las neoplasias malignas.
- . b) En muchos casos, los pacientes ancianos no se benefician de los programas de detección precoz para el cáncer. Ello se debe, en parte, a la falta de estudios clínicos que incluyan a pacientes de este grupo de edad y a la poca adherencia a los programas de detección debido a una falta de información del valor clínico y de las características de la técnica.



## Técnicas de detección precoz del cáncer

Los tipos de cáncer donde las técnicas de detección precoz han demostrado ser útiles en la población general para reducir la mortalidad son la neoplasia de mama, la de cérvix y la de colon.

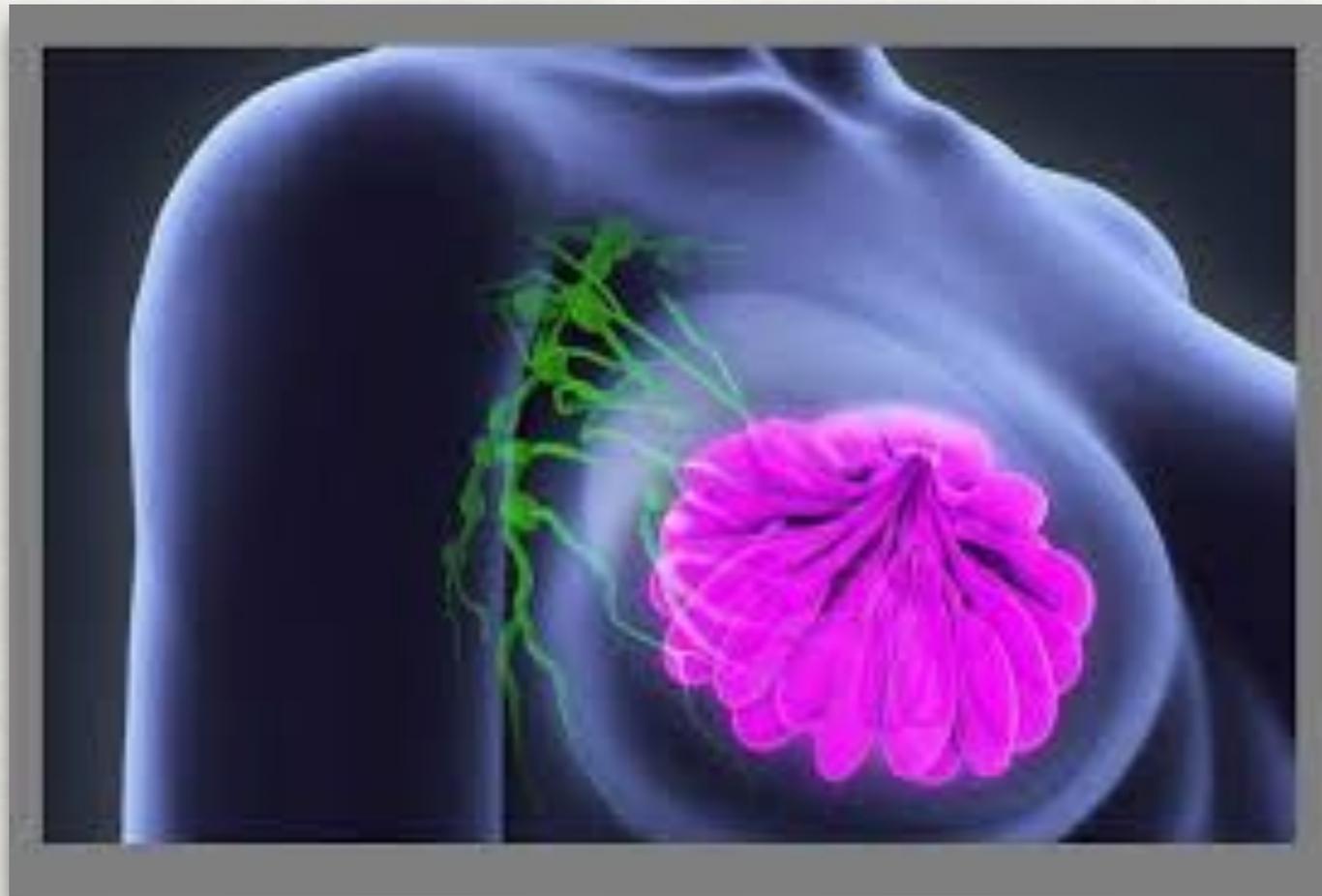
La prueba del antígeno prostático o PSA, por ejemplo, permite que el cáncer de próstata sea detectado en un estadio más precoz, pero la mayoría de estudios no han podido demostrar la reducción de la mortalidad.

Por otro lado, todavía hoy ningún estudio ha demostrado el beneficio de mantener las campañas de detección precoz en mayores de 75 años, sobre todo por la escasez de estudios clínicos que incluyan a pacientes de este grupo de edad, por lo que es difícil decidir a partir de cuándo deben interrumpirse las campañas de detección en ancianos.



## Tratamiento

Los beneficios del tratamiento del cáncer comportan desde aumentar la supervivencia, mantener y mejorar la calidad de vida y la funcionalidad, hasta paliar los síntomas. Sus riesgos incluyen las complicaciones de la cirugía, de la radioterapia y de la quimioterapia (infecciones por neutropenia, anemia, hemorragia, mucositis, cardio y neurotoxicidad, alteraciones cognitivas, del humor, del equilibrio, alteraciones visuales, auditivas e incontinencia esfinteriana), pudiendo todos estos factores precipitar la dependencia funcional del paciente.



La edad avanzada no debe ser un impedimento para recibir un tratamiento efectivo contra el cáncer. A la hora de establecer un tratamiento adecuado, se considera tan importante el conocimiento del estado de salud general del enfermo, como la capacidad para tolerar los tratamientos, el soporte social y la expectativa de vida.

El estadiaje y la agresividad tumoral determinan el riesgo de la recurrencia y la progresión tumoral.

El principio básico para el control del proceso neoplásico radica en el adecuado establecimiento del pronóstico de la enfermedad, debiéndose diferenciar



**Tabla 2.** Recomendaciones para la detección del cáncer en los pacientes ancianos

Cáncer	Prueba	Recomendación de la ACS	Recomendación de la USPSTF
Mama	Autoexploración	Mensual	Sin recomendación
	Exploración física de la mama	Anual	Cada 1-2 años, hasta los 69 años
	Mamografía	Anual	Si >70, individualizar
Cérvix	Test de Papanicolau	Anualmente hasta tres o más frotis normales, luego individualizar	Cada 1-3 años hasta los 65; si es normal no hacer más
Colon	Tacto rectal	Cada 5 años	Sin recomendación
	Sangre oculta en heces	Anual	Anual
	Sigmoidoscopia	Cada 5 años	Sin recomendación
	Fibrocolonoscopia o enema de doble contraste	Cada 5-10 años	Sin recomendación
Próstata	Tacto rectal	Valoración anual	No recomendado
	PSA	Anual *	
Ovario	Ecografía	No recomendado	No recomendado
	Marcadores séricos	No recomendado	No recomendado
	Exploración pélvica	No recomendado	No recomendado
Pulmón	Radiografía de tórax	No recomendado	No recomendado
	Citología de esputo	No recomendado	No recomendado
Piel	Inspección cutánea	Anual	Sin recomendación
Cavidad oral	Inspección y palpación de la boca	Anual	Sin recomendación

\* Con expectativa de vida > 10 años.

ACS = American Cancer Society; USPSTF = US Preventive Services Task Force; PSA = antígeno prostático específico.

**Tabla 2.** Recomendaciones para la detección del cáncer en los pacientes ancianos

Cáncer	Prueba	Recomendación de la ACS	Recomendación de la USPSTF
Mama	Autoexploración	Mensual	Sin recomendación
	Exploración física de la mama	Anual	Cada 1-2 años, hasta los 69 años
	Mamografía	Anual	Si >70, individualizar
Cérvix	Test de Papanicolau	Anualmente hasta tres o más frotis normales, luego individualizar	Cada 1-3 años hasta los 65; si es normal no hacer más
Colon	Tacto rectal	Cada 5 años	Sin recomendación
	Sangre oculta en heces	Anual	Anual
	Sigmoidoscopia	Cada 5 años	Sin recomendación
	Fibrocolonoscopia o enema de doble contraste	Cada 5-10 años	Sin recomendación
Próstata	Tacto rectal	Valoración anual	No recomendado
	PSA	Anual *	
Ovario	Ecografía	No recomendado	No recomendado
	Marcadores séricos	No recomendado	No recomendado
	Exploración pélvica	No recomendado	No recomendado
Pulmón	Radiografía de tórax	No recomendado	No recomendado
	Citología de esputo	No recomendado	No recomendado
Piel	Inspección cutánea	Anual	Sin recomendación
Cavidad oral	Inspección y palpación de la boca	Anual	Sin recomendación

\* Con expectativa de vida > 10 años.

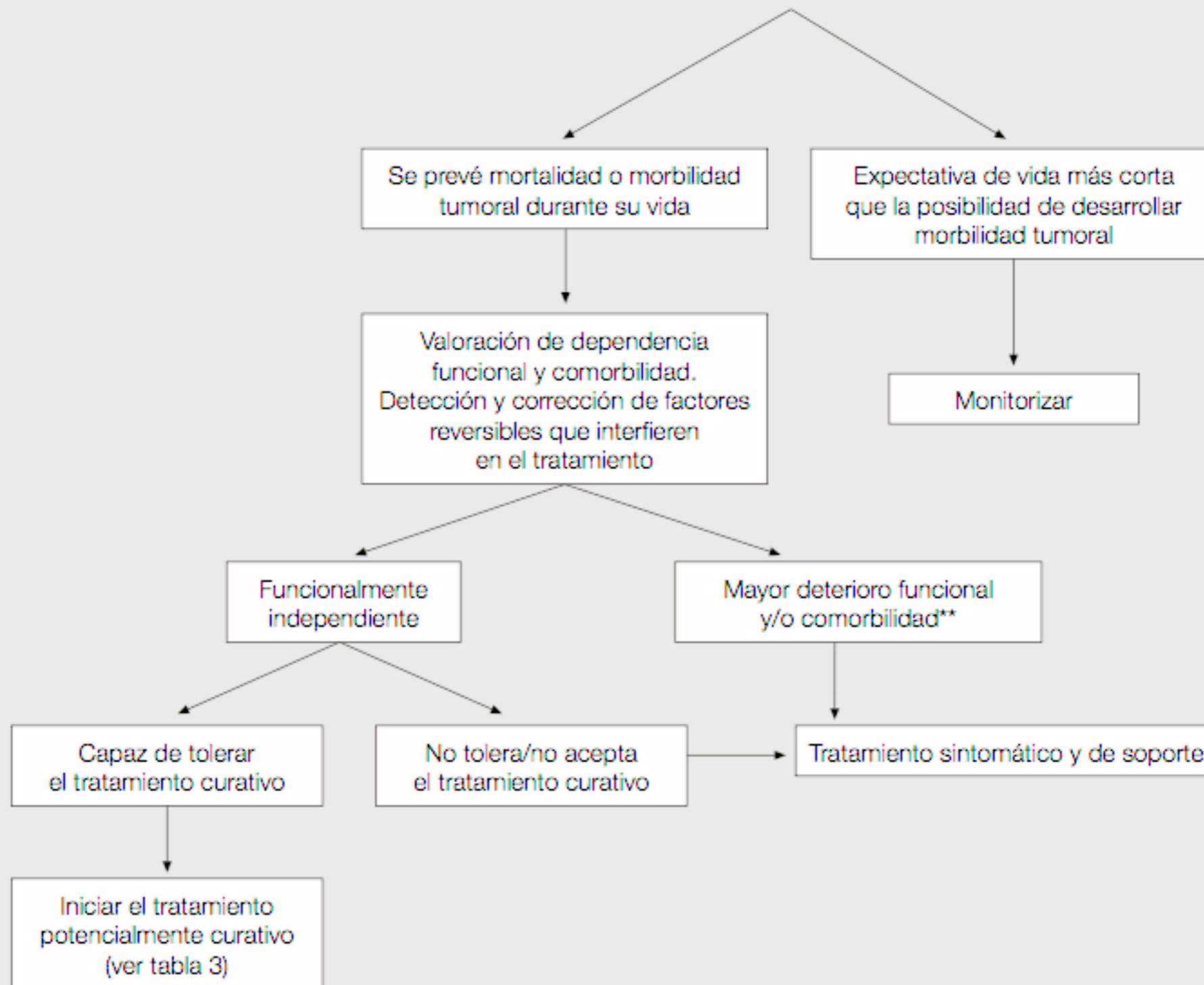
ACS = American Cancer Society; USPSTF = US Preventive Services Task Force; PSA = antígeno prostático específico.

# DONEC QUIS NUNC

**Figura 1.** Evaluación de la decisión terapéutica en el paciente anciano con cáncer [5]

1. Estimar la expectativa de vida basada en la valoración funcional y la comorbilidad.
2. Estimar el riesgo de morbilidad del cáncer:
  - a) Estadíaje tumoral al diagnóstico.
  - b) Riesgo de recurrencia y progresión tumoral.
  - c) Agresividad tumoral.
3. Valoración de las condiciones que podrían interferir en el tratamiento contra el cáncer y en su tolerancia\*:
  - a) Malnutrición.
  - b) Polifarmacia.
  - c) Ausencia de soporte social.
  - d) Depresión.
  - e) Deterioro cognitivo.
  - f) Riesgo de caídas.
4. Valorar los objetivos del paciente al tratamiento (qué espera el paciente del tratamiento):

4. Valorar los objetivos del paciente al tratamiento (qué espera el paciente del tratamiento):



\* Los pacientes con necesidades médicas, funcionales y psicosociales pueden beneficiarse de la valoración geriátrica integral.

\*\* Se prevé que será del 5 al 10% de los pacientes.

**Tabla 4.** Fármacos antineoplásicos para quimioterapia en ancianos

Fármaco	Tumores sensibles al tratamiento	Toxicidad	Comentarios
Taxanos (docetaxel, paclitaxel)	Mama, pulmón, ovario, cabeza y cuello, tracto GI superior.	Mielosupresión, retención de líquidos (docetaxel), neurotoxicidad (paclitaxel).	Se precisa de dexametasona previamente a la utilización de estos fármacos.
Fludarabina	Leucemia linfática crónica, linfomas de bajo grado.	Mielosupresión, sobre todo de la inmunidad celular, neurotoxicidad.	Mayor tasa de respuesta en estos tumores. Utilizar profilaxis con CTX los fines de semana para evitar neumonía por <i>Pneumocystis</i> .
Cladribina	Leucemia de células peludas.	Leucopenia (puede ser intensa y prolongada).	El más eficaz, puede ser curativo, Bien tolerado en general.
Gemcitabina	Páncreas, pulmón, ovario.	Leucopenia.	Tratamiento paliativo para el cáncer de páncreas, tasas respuesta relativamente buenas para cánceres de pulmón y ovario.
Capecitabina	Mama, probablemente otros tumores donde el 5-FU es eficaz.	Inflamación y descamación de manos y pies (síndrome mano-pie y disestesia palmo-plantar).	Análogo oral del 5-FU.
Doxorrubicina (encapsulada liposomal)	Sarcoma de Kaposi, ovario, mama.	Disestesia palmo-plantar.	Menos efectos secundarios cardiacos y mielosupresores que otros fármacos.
Tamoxifeno	Mama, también en prevención.	Cáncer de endometrio (raro), sofocos, hipercoagulabilidad.	Ineficaz si receptores de estrógenos y progestágenos son negativos.
Raloxifeno	Mama.	Cáncer de endometrio (dudoso), sofocos e hipercoagulabilidad	Nuevo SERM. Puede ser superior al tamoxifeno para la mejora de densidad ósea.
Toremifeno	Mama (estadio avanzado).	Sofocos.	SERM. Respuestas ocasionales en pacientes que recaen después del tamoxifeno.
Astemizol, letrozol	Mama.	Sofocos.	Tratamiento hormonal de segunda línea del cáncer de mama con mayor eficacia y