

Artículo original

Manejo quirúrgico del cáncer colorrectal en ancianos. Resultados a largo plazo

Surgical management of colorectal cancer in the elderly. Long-term results

Ulises Rodrigo Palomares Chacón,* José Víctor Pérez Navarro,* Juan Gerardo Rodríguez Navarro,* Roberto Anaya Prado,** José de Jesús González Izquierdo,** Abraham Flores Cardoza*

RESUMEN

Introducción: La mayoría de los pacientes ancianos que desarrollan cáncer de colon también tienen muchos comórbidos, tales como enfermedades cardiovasculares y pulmonares, lo que aumenta el riesgo quirúrgico, la morbilidad postquirúrgica y la mortalidad. La efectividad de la cirugía en los pacientes ancianos depende de la seguridad con que se realiza, permitiendo a los pacientes volver a su vida productiva, una mejora en la expectativa de vida o, al menos, no disminuirla con el procedimiento quirúrgico.

Material y métodos: Éste es un estudio transversal (serie de casos), en el cual se describen los resultados de los pacientes operados por cáncer colorrectal, en el Departamento de Coloproctología, con edades de 75 años o más entre enero de 2000 y diciembre de 2008.

Resultados: Se atendieron 49 pacientes mayores de 75 años, su presentación fue mayor en hombres que en mujeres, la edad promedio al momento del tratamiento quirúrgico fue de 80.9 años, el sitio anatómico más frecuente del tumor fue el recto; en tanto la cirugía más realizada fue la abdominoperineal. Se presentaron 8 complicaciones postquirúrgicas, de las cuales 5 fueron menores y 3 mayores. Tres de los pacientes fallecieron, secundario al procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: La cirugía curativa del cáncer de colon en pacientes ancianos es bien tolerada en ellos si se tiene una adecuada selección de los pacientes; considerando la edad en la cual se encuentran al realizar el tratamiento quirúrgico, la sobrevida en este grupo poblacional es aceptable.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, manejo quirúrgico.
Rev Latinoam Cir 2012;2(1):10-13

ABSTRACT

Background: Most of elderly patients who develop colon cancer also have many comorbid diseases such as cardiovascular and lung, which increases the surgical risk and postoperative morbidity and mortality. The effectiveness of surgery in elderly patients depends on the security that is done, allowing patients to return to productive lives, improved life expectancy or at least not decrease with the surgical procedure.

Material and methods: This cross-sectional study (case series) in which we describe the results of patients operated who had 75 year or more for colorectal cancer in the Department of Coloproctology aged or more between January 2000 and December 2008.

Results: A total of 49 patients over 75 year were attended, his presentation was higher in men than in women, the average age at the time of surgery was 80.9 years, the most common anatomical site of the tumor was the rectum, while the most commonly performed surgery was abdominoperineal. There were 8 postoperative complications, 5 of which were minor and 3 major. Three patients died secondary to the surgical procedure.

Conclusions: Curative surgery for colon cancer in elderly patients is well tolerated in them if they have an adequate selection of patients, considering the age at which they are to perform the surgical survival in this population is acceptable.

Key words: Colorectal cancer, surgical management.
Rev Latinoam Cir 2012;2(1):10-13

*Departamento de Coloproctología. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco.

**Dirección de Educación e Investigación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco-Obstetricia. Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco.

***Coordinación de las Unidades Médicas de Alta Especialidad. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Correspondencia:

Acad. Dr. en C. Roberto Anaya Prado.

Bld. Puerta de Hierro 5150, edificio B, segundo piso, despacho 201-B, Frac. Corporativo Zapopan, 45110, Zapopan, Jalisco. Tel. y fax: (33) 3848 5410

E-mail: robana@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:

<http://www.medigraphic.com/revlatcir>

INTRODUCCIÓN

El principal sector de la población con mayor crecimiento en los países occidentales es el grupo de mayores de 65 años. Esto significa que más personas viven lo suficiente para desarrollar cáncer. La consecuencia de esto no sólo es el aumento de la incidencia del cáncer, sino también el número de pacientes ancianos que requieren tratamiento quirúrgico.¹ Desafortunadamente, la mayoría de los pacientes que desarrollan cáncer de colon también tienen muchos comórbidos, tales como enfermedades cardiovasculares y pulmonares, lo que aumenta el riesgo quirúrgico, la morbilidad postquirúrgica y la mortalidad.² Otros factores que contribuyen a los pobres resultados quirúrgicos en los ancianos son el retraso en la presentación y una enfermedad más avanzada.³

En Europa y Estados Unidos, más del 60% de los casos nuevos de cáncer y más del 70% de las muertes por cáncer se presentan en este grupo poblacional.¹ El tratamiento del cáncer colorrectal, dependiendo de la localización y el estadio, puede ser quirúrgico, por quimioterapia, radioterapia o combinación de todos ellos. Cualquiera de éstos produce una morbilidad significativa, y todos tienen el riesgo de llevar a complicaciones fatales.⁴ La mayoría de los pacientes con un estadio I o II de cáncer colorrectal se curan completamente con la cirugía; aunque un pequeño porcentaje de los pacientes con estadio II pueden tener un beneficio adicional con el tratamiento adyuvante.^{5,6} El tratamiento estándar para el estadio III es la cirugía, seguido de quimioterapia adyuvante; mientras que en pacientes con metástasis a distancia, el manejo es con quimioterapia únicamente, o en combinación con cirugía cuando se considera necesario.¹

La efectividad de la cirugía en los pacientes ancianos depende de la seguridad con que se realiza, permitiendo a los pacientes volver a su vida productiva, una mejora en la expectativa de vida o, al menos, no disminuirla con el procedimiento quirúrgico. La importancia del tratamiento no disminuye con la edad, ya que un tratamiento inadecuado en el paciente mayor se asocia con una pobre sobrevida.⁷ A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas, el procedimiento anestésico y el cuidado postquirúrgico, que han vuelto a la cirugía más segura, menos pacientes ancianos se someten a cirugía por cáncer colorrectal, en comparación con más jóvenes.^{8,9} La razón por la que a los pacientes ancianos se les ofrece en menor proporción un "tratamiento óptimo", incluye el hecho de que tienen menos posibilidades de ser referidos a un especialista con el apropiado conocimiento para realizar esta decisión; comúnmente, debido a su fragilidad mental y física, y al hecho de que regularmente presentan comórbidos y un deterioro orgánico propio de la edad, lo cual puede volver su tolerancia a la cirugía, quimioterapia o radioterapia difícil de manejar.¹

El resultado de una cirugía mayor en el paciente anciano puede ser similar al del más joven si se realiza una selección cuidadosa y se ejerce una apropiada atención a los detalles.¹⁰ Es por esto que la cirugía curativa para cáncer colorrectal en el paciente anciano está en debate, especialmente en los pacientes de edad muy avanzada que están en el límite de la esperanza de vida. Irving y Wobbes han propuesto una cirugía extensa, incluyendo procedimientos de multietapas como los que se realizan en pacientes más jóvenes.^{10,11} Contrario a esto, Greenburg y Violi promueven una cirugía menos agresiva.^{12,13} Desde el 2006, a partir de la revisión realizada por Iggakai, considerando la capacidad de actividad física e independencia funcional, sugiere el cambio de la definición de anciano de 65 a 75 años.¹⁴ Es por esto que el objetivo de este estudio es reportar el resultado quirúrgico de la cirugía por cáncer colorrectal en el paciente de 75 o más años de edad en el Departamento de Coloproctología de nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Éste es un estudio transversal (serie de casos), en el cual se describen los resultados de los pacientes operados por cáncer colorrectal en el Departamento de Coloproctología con edad de 75 años o más, entre enero de 2000 y diciembre de 2008.

Las variables estudiadas son: edad, sitio anatómico del tumor, etapa clínica quirúrgica, cirugía realizada, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio y la presencia de complicaciones postquirúrgicas. Además, describimos la prevalencia de cada complicación y se identificó la morbilidad y mortalidad generada por ellas. Todos los valores se presentan en números crudos y/o porcentajes, el análisis se realizó con el programa Excel y SPSS.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se atendieron 208 pacientes con diagnóstico de cáncer de colon en nuestro servicio. De los cuales, 100 (48%) fueron mayores de 61 años, y de este subgrupo, 49 fueron mayores de 75 años, lo que representa el 23.5% de la población total atendida en el Departamento y el 49% del subgrupo de pacientes de la tercera edad. Su presentación fue mayor en hombres que en mujeres, siendo 28 y 21 casos respectivamente, la edad promedio al momento del tratamiento quirúrgico fue de 80.9 años. Dentro de la población, 23 de los pacientes (46.9%) tenían alguna enfermedad crónico-degenerativa al momento de la cirugía. El riesgo quirúrgico más común fue el ASA II en 28 pacientes, (57.1%) seguido del ASA III en 21 de los casos (42.9%).

El sitio más frecuente de presentación del tumor fue el recto, el cual se presentó en 27 casos (55%), seguido del

colon descendente y sigmoides en 12 casos (24%), como se muestra en el *cuadro I*. El tipo de cirugía más frecuente fue la resección abdominoperineal que se practicó en 13 casos (27%), seguida del procedimiento de Hartmann con 10 casos (20%), la anterior baja y la hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis con 8 casos (16%) cada una (*Cuadro II*).

La etapa quirúrgica más frecuente fue la II con 22 casos, en tanto que el tiempo quirúrgico promedio fue de 199 minutos con un rango de 120 a 300 minutos. El sangrado transoperatorio tuvo un rango de 100 a 600 mililitros. La estancia hospitalaria tuvo un rango de 3 a 35 días con una media de 8 días. Se presentaron 8 complicaciones (16.3%) postquirúrgicas entre los pacientes, de las cuales 5 fueron menores y 3 mayores. De las menores, la principal fue la infección de herida quirúrgica con 3 casos, seguida del seroma en 2 pacientes. En las complicaciones mayores, todas fueron por sepsis abdominal, aunque cada caso fue de etiología diferente teniendo una dehiscencia de anastomosis, una perforación intestinal y un absceso residual.

A los 30 días postquirúrgicos, hubo 3 defunciones que fueron de los pacientes que presentaron complicaciones mayores, lo que significó un 6% de la población estudiada. De los pacientes sometidos a cirugía, 28 (57%) recibieron quimioterapia adyuvante posterior a la recuperación quirúrgica. El seguimiento se realizó en los 46 pacientes restantes con un rango de 12 a 60 meses, con una media de 36 meses, encontrando una sobrevida libre de enfermedad durante ese lapso de 28.2%, esto es, 13 pacientes; en todos ellos se practicó una cirugía curativa.

DISCUSIÓN

Indiscutiblemente, la cirugía es la modalidad de tratamiento más exitosa para el manejo del cáncer colorrectal. La mejora

Cuadro I. Pacientes y características del tumor.

	Hombre	%	Mujer	%
Número de pacientes	28	57	21	43
Localización del tumor				
Colon derecho	6	12	4	8
Colon izquierdo	6	12	6	12
Recto	16	33	11	22
Enfermedades crónico-degenerativas				
Diabetes	4	8	3	6
Hipertensión	5	10	3	6
Ambas	4	8	4	8
Riesgo quirúrgico				
ASA II	12	24	16	33
ASA III	16	33	5	10

Cuadro II. Etapa quirúrgica y tipo de cirugía realizada.

	Hombre	%	Mujer	%
Etapa quirúrgica				
EC I	6	12	4	8
EC II	10	20	12	24
EC III	7	14	3	6
EC IV	5	10	2	4
Cirugía realizada				
Resección abdominoperineal	7	14	6	12
Resección anterior baja	4	8	4	8
Procedimiento de Hartmann	4	8	6	12
Hemicolectomía derecha con ileocol.	5	10	3	6
Estoma derivativo	6	12	1	2
Sigmoidectomía con CRA*	2	4	1	2

*Colorrecto-anastomosis.

Cuadro III. Complicaciones postquirúrgicas y mortalidad.

	Hombre	%	Mujer	%
Complicaciones postquirúrgicas				
Seroma	2	4	1	2
Infección de la herida quirúrgica	1	2	1	2
Dehiscencia anastomosis	1	2	0	0
Perforación intestinal	0		1	2
Absceso residual	1	2	0	0
Mortalidad a 30 días postquirúrgicos				
Sepsis abdominal	2	4	1	2

de la sobrevida de los pacientes con cáncer colorrectal se debe a la disminución de la mortalidad quirúrgica, y al aumento de los índices de resección, asociado esto a un manejo más agresivo para las recurrencias locales y a distancia.¹²

Los pacientes ancianos con cáncer colorrectal no se les debe de negar la cirugía únicamente basada en la edad. Su calidad de vida sin la operación no se puede predecir, pero el dolor, cambios en los hábitos intestinales, disminución del estado general de salud y el desarrollo de complicaciones, tales como obstrucción intestinal, son situaciones que afectarán su calidad de vida si el tumor primario no es resecado. Aunque previo a la cirugía, se debe de tener en consideración las limitaciones físicas que puede generar la cirugía, lo que disminuiría los beneficios de la misma, ya que estos pacientes pueden tener dificultades en adaptarse a la enfermedad y la discapacidad resultante por la falta de recursos económicos y sociales.¹²

En nuestra serie de casos, analizamos los resultados quirúrgicos en los pacientes mayores de 75 años, encontrando

que este grupo poblacional representa casi una cuarta parte de la cirugía realizada en nuestro departamento por cáncer colorrectal en los 8 años que abarca el estudio. Esta proporción está dentro de lo que se ha reportado en estudios previos donde el porcentaje de pacientes mayores de 75 años para neoplasia colorrectal va del 12 al 36% de la población,^{12,15,16} así como la edad, distribución por sexo y estancia hospitalaria entre nuestros pacientes también fue similar a lo ya reportado.^{15,17}

A diferencia de estos valores, encontramos en nuestra población una menor proporción de enfermedades crónico-degenerativas al momento de la cirugía que las descritas por otros autores, esto puede ser debido a que algunos de los pacientes con comórbidos no se consideraron candidatos para cirugía y no fueron referidos a nuestro departamento para su manejo quirúrgico.¹⁶⁻¹⁹ Por consecuencia entre nuestra población, los valores de la clasificación de la ASA preoperatoria, la más frecuente fue la II, comparada con la III que se reportó como la más frecuente por Hermans y cols., en 2010.¹⁵

En cuanto al sitio de presentación, éste tiene una situación anatómica similar a la que se presenta en el resto de la población manejada en el departamento; lo que llama la atención que esta proporción es completamente diferente a lo reportado por otros autores donde el colon derecho tiene una mayor frecuencia que el izquierdo e incluso que el recto.^{15,17} Esto llevo a que nuestra cirugía más frecuente sea diferente a la reportada en estudios previos.^{15,17} En este apartado es de considerar que la mayoría de las cirugías realizadas (61%) fueron sin anastomosis intestinal, lo cual no fue posible comparar ya que sólo se reportan por otros autores el segmento reseccionado, mas no si se realizó anastomosis o no.^{15,17}

En la evaluación de la morbilidad y mortalidad postquirúrgica nuestros resultados fueron similares a lo descrito en la literatura, lo que nos lleva a considerar que los pacientes sometidos a cirugía en nuestro departamento fueron bien seleccionados en cuanto a ser candidatos para realizar el procedimiento quirúrgico y el procedimiento quirúrgico *per se*.^{1,12,16,17} Durante el seguimiento, el 43.3% de los pacientes que se sometieron a cirugía curativa permanecieron libres de la enfermedad, y considerando la población total postquirúrgica, esto se reduce a sólo el 28%, lo cual es menor a lo reportado por Hermans y cols., en 2010, donde tuvieron una sobrevida de 56%, donde consideramos que este resultado es importante en el sentido que en nuestra población, los pacientes que se mantuvieron libres de enfermedad fueron únicamente a los que se les realizó cirugía curativa.¹⁵

Con base en nuestros resultados, nos parece congruente concluir que la cirugía curativa del cáncer de colon en

pacientes ancianos es bien tolerada en ellos si se tiene una adecuada selección de los pacientes; considerando la edad a la que se encuentran al realizar el tratamiento quirúrgico, la sobrevida en este grupo poblacional es aceptable.

REFERENCIAS

- Papamichael D, Audisio R, Horiot JC, Glimelius B, Sastre J et al. Treatment of the elderly colorectal cancer patient: SIOG expert recommendations. *Ann Oncol* 2009;20:5-16.
- Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S. Survival after operations for colorectal cancer in patients aged 75 years or over. *Eur J Surg* 2000;166(6):473-479.
- De Marco MF, Janssen-Heijnen MLG, van der Heijden LH, Coebergh JWW. Comorbidity and colorectal cancer according to subsite and stage a population-based study. *Eur J Cancer* 2000;36(1):95-99.
- Au HJ, Mulder KE, Fields AL. Systematic review of management of colorectal cancer in elderly patients. *Clin Colorectal Cancer* 2003;3(3):165-171.
- Andre T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L et al. Oxaliplatin, fluorouracil and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer. *N Engl J Med* 2004;350(23):2343-2351.
- Andre T, Tournigand C, Achille E et al. Adjuvant treatment of colon cancer MOSAIC study's main results. *Bull Cancer* 2006;93(Suppl 1):S5-S9.
- Goodwin JS, Samet JM, Hunt WC. Determinants of survival in older cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:1031-1038.
- Samet J, Hunt WC, Key C, Humble CG, Goodwin JS. Choice of cancer therapy varies with age of patient. *JAMA* 1986;255:3385-3390.
- Irvin TT. Prognosis of colorectal cancer in the elderly. *Br J Surg* 1988;75:419-421.
- Wobbes T. Carcinoma of the colon and rectum in geriatric patients. *Age Ageing* 1985;14(6):321-326.
- Greenburg AG, Saik RP, Pridham D. Influence of age on mortality of colon surgery. *Am J Surg* 1985;150(1):65-70.
- Colorectal Cancer Collaborative Group. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review. *Lancet* 2000;356(9234):968-974.
- Violi V, Pietra N, Grattarola M, Sarli L, Choua O, Roncori L et al. Curative surgery for colorectal cancer: long-term results and life expectancy in the elderly. *Dis Colon Rectum* 1998;41(3):291-298.
- Orimo H, Ito H et al. Reviewing the definition of "elderly". *Geriatr Gerontol Int* 2006;6(3):149-158.
- Hermans E, van Schaik PM, Prins HA, Ernst MF, Dautzenberg PJ, Bosscha K. Outcome of colonic surgery in elderly patients with colon cancer. *J Oncol* 2010;2010:865908.
- Nan KH, Qin HX, Yang G. Prognostic factors in 165 elderly colorectal cancer patients. *World J Gastroenterol* 2003;9(10):2207-2210.
- Dimick JB, Cowan JA, Upchurch GR, Colletti LM. Hospital volume and surgical outcomes for elderly patients with colorectal cancer in the United States. *J Surg Res* 2003;114(1):50-56.
- Wise WE, Padmanabhan A, Meesig DM, Arnold MW, Aguilar PS, Stewart W. Abdominal colon and rectal operations in the elderly. *Dis Colon Rectum* 1991;34(11):959-963.
- Fitzgerald SD, Longo WE, Daniel GL, Vernava AM. Advanced colorectal neoplasia in the high-risk elderly patient: is surgical resection justified? *Dis Colon Rectum* 1993;36(2):161-166.