

¿Las enfermedades oncológicas en el adulto mayor son realmente terminales?

Are oncological diseases in the elderly really terminal?

Norma Cardoso¹, Mariela Morales²

RESUMEN

Introducción. La carcinomatosis peritoneal es una forma habitual de recurrencia o recidiva, y con frecuencia única, de tumores propios de la serosa y otros tumores malignos con o sin evidencia de metástasis sistémicas que son portadores de cánceres primarios de peritoneo o carcinomatosis peritoneal, que puede ser secundaria a cánceres digestivos y ginecológicos. La adecuada selección de pacientes y su manejo multidisciplinario en centros con experiencia en estos tratamientos son responsables de supervivencias superiores al 40% a cinco años, inimaginable hace años en los que era considerada como una etapa terminal con únicas opciones paliativas.

Caso. Se presenta un caso con carcinomatosis peritoneal con neoplasia primaria de ovario, lo cual se estadifica con estudio de imágenes y análisis de sangre para definir procedimiento quirúrgico. La paciente recibe la noticia de escaso tratamiento y con un pronóstico desfavorable, ofreciéndole cuidados paliativos y estadio terminal. Ante la esperanza y la lucha por vivir de la paciente se encuentran otras alternativas y respuestas positivas sobre la enfermedad, que presenta mejoría.

Conclusión. La carcinomatosis peritoneal se considera una enfermedad terminal, metastásica, con sobrevida de 12-36 meses, y con manejo limitado en algunos profesionales de salud, como también en cuidados paliativos. Al escuchar términos médicos, presenta un impacto emocional asociado a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, que puede afectar a la familia y a la paciente en la calidad de vida. Los profesionales de salud deben recurrir a todos los recursos de la ciencia y técnica hasta agotar las posibilidades de tratamiento, renunciar a nuestra entidad profesional igualmente nos puede producir sensación de impotencia hacia ellos; ya que algunas enfermedades oncológicas tienen soluciones y con el tratamiento adecuado pueden sobrevivir más años, aún con diagnóstico de estado terminal.

Palabras claves: carcinomatosis peritoneal, estadio terminal, adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction. Peritoneal carcinomatosis is a common form of recurrence or recurrence, and often only, of tumors of the serosa and others malignant tumors with or without evidence of systemic metastases that are carriers of primary cancers of the peritoneum or peritoneal carcinomatosis, which it can be secondary to gynecological and digestive cancers. The right selection of patients and their multidisciplinary management in centers with experience in these treatments they are responsible for survival rates greater than 40% a five years, unimaginable years ago in which it was considered a stage terminal with only palliative options.

Case. A case with peritoneal carcinomatosis with primary neoplasia is presented, of the ovary, which is staged with imaging and blood tests to define surgical procedure. The patient receives the news of little treatment and with an unfavorable prognosis, offering palliative care and terminal stage. Before the patient's hope and struggle to live, find other alternatives and positive responses about the disease, which presents improvement.

Conclusion. Peritoneal carcinomatosis is considered a terminal disease, metastatic, with a survival of 12-36 months, and with limited management in some health professionals, as well as palliative care. By listening medical terms, presents an emotional impact associated with an experience of suffering and vulnerability, which can affect the family and the patient in quality of life. Health professionals must use all resources of science and technique until the possibilities of treatment are exhausted, resign our professional entity can also produce a feeling of helplessness towards them; since some cancer diseases have solutions and with the right treatment they can survive longer years, even with terminal status diagnosis.

Keywords: words: peritoneal carcinomatosis, terminal stage, older adult.

Geriatría Clínica 2020;14(1):11-13

INTRODUCCIÓN

La carcinomatosis peritoneal es una forma habitual de recurrencia o recidiva, y con frecuencia única, de tumores propios de la serosa y otros tumores malignos con o sin evidencia de metástasis sistémicas¹. La incidencia exacta de carcinomatosis peritoneal como lugar de recurrencia no es conocida con certeza, pero son portadores de cánceres primarios de peritoneo o carcinomatosis peritoneal, que puede ser secundaria a cánceres digestivos y ginecológicos, donde el cáncer de ovario es la segunda neoplasia maligna ginecológica a nivel mundial, solo después del cáncer de mama. Se calcula que del 1 al 2% de las mujeres desarrollarán cáncer de ovario a lo largo de su vida². Este padecimiento se presenta principalmente en mujeres peri-

menopáusicas, y la distribución más frecuente de edades se ubica entre los 45 y los 69 años. La presentación clínica de la carcinomatosis peritoneal es variable. En oportunidades predomina la sintomatología vinculada al tumor primario que la originó, o la propia carcinomatosis y que, finalmente, es posible la concomitancia de síntomas y signos de ambos³. El diagnóstico por tomografía computada multidetector (TCMD) posee una sensibilidad de aproximadamente 90% para la detección de lesiones neoplásicas, al igual que la ecografía. La adecuada selección de pacientes y su manejo multidisciplinario en centros con experiencia en estos procedimientos son responsables de supervivencias superiores al 40% a cinco años, inimaginable hace años en los que era considerada como una etapa terminal con únicas opciones paliativas⁷.

CASO

Paciente femenina de 72 años, vecina de 10 de Octubre, La Habana, jubilada, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, depresión, osteoporosis de columna. Sin procedimientos quirúrgicos, fumadora con una cajetilla diaria con duración del hábito 50 años aproximadamente.

1. Especialista Gerontología y Geriatría
2. Residente 2do Gerontología y Geriatría. Residencia de la Especialidad de Gerontología y Geriatría. Servicio de Unidad de Consulta Externa de Gerontología y Geriatría. Centro de Investigaciones Sobre Longevidad Envejecimiento y Salud. Hospital Calixto García, La Habana, Cuba

✉ Correspondencia: marielasmu@hotmail.com

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 08/2019 | Aceptado: 08/2019

Factores de riesgo geriátrico: deterioro funcional, déficit sensorial (visual), edad igual o mayor de 75 años, trastorno nutricional.

Medicamentos que consume: metformina 500 mg 1 tableta vía oral desayuno, almuerzo y cena; sertralina 50 mg 1 tableta vía oral al día; enalapril 20 mg 1 tableta al día; clortalidona 25 mg 1 tableta cada día; clordiazepóxido 10 mg 1 tableta cada día.

Asiste a la consulta de geriatría en la que refiere que desde hace un mes presenta dolor abdominal localizado en mesogastrio, difuso, de moderada intensidad, de tipo cólico al momento de las deposiciones, que se acompaña de astenia, hiporexia, decaimiento. Agrega cambios de hábito intestinal, alternando largos periodos de estreñimiento que antes no tenía con cuadros de diarrea de poca duración, presentando este síntoma más o menos de un año de evolución.

Examen físico: se observa obesidad de grado II, orientada en las 3 esferas de la vida, en un mal estado general, hemodinámicamente estable.

No se palpan adenopatías cervicales y supraclaviculares, abdomen globoso distendido, con presencia de tejido adiposo abundante, ruidos aéreos presentes, palpándose varias tumores adheridas a la pared abdominal de diferentes tamaños, redondas más o menos 3 cm en mesogástrico e hipocondrio izquierdo, presencia de ascitis y doloroso.

Capacidad funcional: está afectada en las actividades de la vida diaria básicas (escala Barthel con 88 puntos) con dependencia moderada y conserva actividades instrumentales (Lawton 8 puntos), en referencia a la marcha y equilibrio, tiene limitación leve (escala SPPB 10 puntos), escala de Tinetti: sin riesgo de caída. esfera Psicológica: la parte afectiva y cognitiva no afectada. Presenta buena confrontación sobre la parte biomédica y seguir luchando por vivir. Esfera social: afectada por la limitación que tiene para realizar algunas tareas de la casa agredando conflicto familiar.

Exámenes de gabinete

• Hemograma:

Sept. 2017	Enero 2018
HGB 10.4	HGB: 10.8
HCT: 31.5 %	HCT: 33.3%
MCV: 89.2 fL	MCV: 86.5 fL
MCH: 29.3 pg	MCH: 31.2 pg
PLAQU: 269x10 ⁹	PLAQ: 324 X 10 ⁹
WBC: 6.9X10 ⁹	WBC: 6.2X10 ⁹
GRAN: 75%	GRAN: 74%

• VSG

Octubre del 2017: 46 mm/h.,

Enero de 2018: 96 mm/h.

• Hemoquímica:

Albúmina	Octubre 2017: 38 mmol/l Enero 2018: 36 mmol/l
Colesterol	Octubre 2017: 4.07 mmol/l Enero 2018: 3.44 mmol/l
TGG	Octubre 2017: 18 U/l Enero 2018: 23 U/l
TGP	Octubre 2017: 22 U/l Enero 2018: 24 U/l
FAL	Octubre 2017: 138 U/l Enero 2018: 96 U/l
LDH	Octubre 2017: 323

• USG abdominal - octubre 2017

Hígado: bordes fino, ecogenicidad conservada, con parénquima organizado. No hepatomegalia.

Vesícula: sin litiasis.

Páncreas: aumento, marcada ecogenicidad, se visualiza el conducto sin dilatación.

No hay líquido ascítico, se visualiza líquido en el interior Intestino delgado.

No hay pseudo riñón.

Se observa imagen isodensa bilateral intraabdominal, pegada a la pared abdominal, que no capta contraste en el estudio.

Contrastado impresiona fibrosis residual, ligera cantidad de líquido libre peritoneal.

• USG abdominal - enero 2018

Marcada ascitis, sin celularidad ni tabiques. A nivel de mesogástrico existe imagen de baja ecogenicidad, heterogénea, mal definida en contacto con peritoneo, la zona mayor mide 32x30 mm.

Sospecha de carcinomatosis peritoneal.

Vesícula: sin alteraciones.

Riñones: sin alteraciones.

Bazo e hígado: no define lesiones focales. Resto: no puede evaluarse bien por la ascitis.

• Citología líquido abdominal - 20 febrero 2018

Positivo de células neoplásicas. Carcinoma poco diferenciado. Se sugiere investigar por ginecología. Digestivo probable mesotelioma.

• TAC contrastada tórax y abdomen - 4 de abril 2018

Hígado aumentado de tamaño ligeramente a predominio del lóbulo derecho sin lesión nodular focal, ni dilataciones de vías biliares. Vesícula distendida de paredes finas. Bazo, páncreas y riñones sin alteración.

Ascitis marcada con engrosamiento nodular peritoneal visceral y parietal con extensa imagen hiperdensa con un diámetro AP de 55 mm que tiene pérdida de la interfase con el mesenterio adyacente. Adenopatías mesentéricas de 13 mm. Vejiga sin alteraciones. Histerectomizada. Ateromatosis calcificada de aorta torácica y abdominal.

Osteoartrosis degenerativa de columna vertebral sin lesiones secundarias.

• TAC tórax/abdomen simple - 22 de agosto 2018

Ganglios mediastinales menores de 10 mm.

Imagen nodular 18x18 mm con densidad 48 UH en la suprarrenal izquierda resto de órganos sin alteraciones.

Ganglios intraabdominales e inguinales menores de 10 mm.

• TAC tórax/abdomen simple - 30 de octubre 2018

Imagen hiperdensa descrita en TAC anterior en posible relación sobre con mesenterio ha disminuido de tamaño, presenta un diámetro de AP de 10 mm bien delimitado, glándula suprarrenal izquierda engrosada de 9x22 mm con densidad de 54 UH.

Vejiga sin alteración, histerectomizada. Ateromatosis calcificada de la aorta y abdomen.

• Marcadores tumorales

Octubre 2017	Febrero 2018	2019 Control
CA 125: 2253 U/ml	CA 125: 43,38 U/ml	CA 125: 20 U/ml
OCA: 1,19 no/ml		
ATP: 2,35 U/l		
CA17: 42,91 U/ml		

Interconsultas médicas

DISCUSIÓN

La carcinomatosis peritoneal representa la diseminación locorregional (peritoneal) de cánceres digestivos, ginecológicos y otros tumores malignos con o sin evidencia de metástasis sistémicas. Se manifiesta por la presencia de nódulos tumorales de tamaño, número y distribución variables en la superficie peritoneal visceral o parietal¹. La enfermedad oncológica resulta del implante en la serosa peritoneal de células malignas desprendidas desde un tumor primario, y su posterior crecimiento; fue desarrollado por Sampson en 1931 y surgió del análisis de 25 casos de carcinomatosis peritoneal secundaria a cáncer de ovario². El cáncer de ovario es la segunda neoplasia maligna ginecológica a nivel mundial, solo después del cáncer de mama, se calcula que del 1 al 2% de las mujeres desarrollarán cáncer de ovario a lo largo de su vida. Los siguientes son factores de riesgo: antecedentes familiares de cáncer de ovario, nuliparidad, infertilidad y uso de inductores de ovulación; raza blanca, dieta rica en grasas, antecedentes personales de cáncer de mama, colon o endometrio y exposición a radiación, talco o asbesto³.

La sintomatología propia de la carcinomatosis peritoneal es amplia y en inicio es asintomática, agregando sucesivamente molestias abdominales mal sistematizadas, dolor gravativo leve, tolerado, pero progresivo, distensión abdominal vinculada a la creciente ascitis, alteraciones del tránsito digestivo y en etapas avanzadas tumoración palpable, desnutrición hasta llegar a la caquexia; además, la ascitis constituye un factor de pronóstico independiente de sobrevida para algunos autores con significación estadística (ausencia de ascitis, sobrevida mediana de ocho meses, frente a presencia de ascitis, sobrevida mediana de dos meses)^{4,5}. En cuanto al diagnóstico, únicamente el 15,6% de los estudios imagenológicos (TAC y ecografía) fueron sugestivos para el diagnóstico de carcinomatosis. En ellos, la ascitis fue el principal signo imagenológico reconocido, en tanto no ocurrió lo mismo ante los nódulos de carcinomatosis peritoneal. La difusión por resonancia magnética también puede resultar útil en el seguimiento de los pacientes con cáncer de ovario metastásicos y neoplasias peritoneales primarias malignas. También existen otras pruebas de

tamizaje que ayudan a aportar al diagnóstico⁶. Usualmente, esta enfermedad se ha considerado como una condición sistémica con pobre pronóstico y de manejo únicamente paliativo con quimioterapia, procedimientos de cirugía radical con peritonectomía, y radioterapia, lo que ha permitido en los últimos años que esta patología neoplásica avanzada reciba un tratamiento radical complejo con finalidad curativa. La adecuada selección de pacientes y su manejo multidisciplinario en centros con experiencia en estos procedimientos son responsables de supervivencias superiores al 40% a cinco años, inimaginable hace años en los que era considerada como una etapa terminal con únicas opciones paliativas⁷.

CONCLUSIÓN

La carcinomatosis peritoneal se considera una enfermedad terminal, metastásica de una neoplasia primaria y aún más si es estadio IV con sobrevida de 36 meses, y con manejo limitado en algunos profesionales de salud como también en cuidados paliativos. Al escuchar estas características en términos médicos, presenta un impacto emocional asociado a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, que puede afectar la familia y al paciente en la calidad de vida, y en algunos casos, la supervivencia del afiliado que lo asocia a una muerte lenta y dolorosa en estadios terminales, y aumenta progresivamente la molestia de sus aspiraciones a la vida. Tanto en la sospecha de gravedad prediagnóstico como en el seguimiento posterior, el papel del médico es fundamental, al transmitir información, la esperanza y la lucha por vivir, como expresan la mayoría de los pacientes, son mecanismos esenciales para la subsistencia. Conocer que el cáncer es una enfermedad curable es muy beneficioso para enfrentar la enfermedad. Los profesionales de salud deben recurrir a todos los recursos de la ciencia y técnica hasta agotar las posibilidades de tratamiento, renunciar a nuestra entidad profesional igualmente nos puede producir sensación de impotencia. Algunas enfermedades oncológicas tienen soluciones y con el tratamiento adecuado pueden sobrevivir más años, aún con el diagnóstico de forma terminal. Como fue caso de esta paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- González, D., & Ruso, L. (2014). Delimitación del tema. En D. González, L. Ruso, & L. Telles, *Carcinomatosis peritoneal*. Pp.13. Montevideo, Uruguay: Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República.
- Sampson JA. Implantation peritoneal carcinomatosis of ovarian origin. *Am J Pathol*. 1931; vol. 7, no (5), pp. 423-443.
- Gómez, D. A., & González, D. D. (junio 2009). Cáncer de ovario: Diagnóstico y tratamiento. *COMEGO*, pp. 41. México
- González, D. (2014). Diagnóstico Carcinomatosis peritoneal. En D. G. Telles, *Carcinomatosis Peritoneal*, pp. 47 -53. Montevideo. Uruguay: Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República.
- Coakley FV, Choi PH, Gougoutas CA, Pothuri B, Venkatraman E, Chi D et al. Peritoneal metastases: detection with spiral CT in patients with ovarian cancer. *Radiology*. 2002; vol. 223 no (2): pp. 495-499.
- González, D., & Ruso, L. (2014). Delimitación del tema. En D. González, L. Ruso, & L. Telles. *Carcinomatosis peritoneal*. pp.13. Montevideo, Uruguay: Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República.
- Casares, F.M. (2018). Carcinoma colorrectal complicado y carcinomatosis peritoneal. Qué Aptitud debemos seguir? *Revista Cirugía Andaluza*, pp. 459-461, vol. 29, No 4.
- Verwaal VJ, van Ruth S, de Bree E, van Sloothen GW, van Tinteren H, Boot H, et al. Randomized trial of cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy and palliative surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2003; vol. 21: no 37, pp.37-43