



¿Cuál es el tratamiento más apropiado para pacientes mayores con cáncer pulmonar de células no pequeñas avanzado? ¿La edad altera las recomendaciones?

What is the most appropriate treatment for elderly patients with non-small cell lung cancer in advanced stage? Age affects the recommendations?

**Antonio Calles, MD, Medical Oncologist
Thoracic Oncology Program Hospital General Universitario Gregorio Marraron,
Madrid, Spain**

Spanish TRANSCRIPT

El cancer de pulmón, en general, es una enfermedad de población mayor. La edad mediana en la que se produce cancer de pulmón es de 65 años, esto quiere decir que la mitad de los pacientes que atendemos tiene más de 65 años. Paciente anciano es una definición difícil de establecer, algunos estudios dicen que es más de 65 años, pero normalmente se acepta más de 70 años. Tenemos pacientes con cáncer de pulmón con 80 y con 90 años.

La pregunta es si la edad es por si sola un factor para cambiar las recomendaciones de tratamiento. La biología del cáncer de pulmón no difiere con la edad; el cáncer de pulmón se comporta exactamente igual en pacientes jóvenes y en pacientes mayores, y a veces, el cancer de pulmón limita su expectativa de vida. Es por eso que el uso de quimioterapia y de tratamientos específicos contra el cancer puede mejorar su calidad de vida y la supervivencia.

El problema de la población anciana no es la edad. La edad es un factor cronológico, pero también tiene un factor biológico. Hay pacientes con 70 años que están en una situación excepcional y hay pacientes que desafortunadamente con 70 años tienen una situación clínica más deteriorada. Por tanto, la edad no es el único factor a tener en cuenta y nadie debe de ser excluido únicamente por la edad.

Lo más importante en población anciana de cáncer de pulmón es una valoración global en distintas esferas. Por supuesto que tenga en cuenta la edad biológica pero también la edad se asocia a que pueda haber comorbilidades, es decir, enfermedades crónicas asociadas con la edad como diabetes, hipertensión, problemas de corazón, de audición por lo que tienen que ser tomado en cuenta.

También es muy importante en la valoración geriátrica, el soporte social y familiar. Hay pacientes de edad avanzada que tienen un excelente soporte de familia y de organización socio familia, sin embargo; hay otros pacientes ancianos que viven solos y no tienen acceso a recursos por lo que se tiene que tomar en consideración a la hora de tomar decisiones.

Por otro lado, la esfera biológica en donde los pacientes de edad avanzada metabolizan de manera diferente los fármacos, la distribución de la materia grasa y muscular ha cambiado, la función renal suele estar sobreestimada y hay que tener en cuenta como está el resto de la situación orgánica por lo que hay que hacer una valoración exacta de cómo es la función hepática, renal, cardíaca y neurocognitiva.

En global, tomar una decisión en población anciana no es fácil porque implica la valoración de múltiples parámetros. La edad, por sí, no debería excluir a los pacientes de recibir quimioterapia porque hemos observado en los ensayos clínicos que los pacientes se benefician en la misma magnitud que pacientes más jóvenes. El beneficio obtenido de las quimioterapias es exactamente el mismo que en pacientes más jóvenes, la diferencia es que existe un mayor riesgo de toxicidad por lo que una evaluación geriátrica nos ayudara a ver si preferimos combinaciones, dosis atenuadas o solo el tratamiento paliativo de soporte.

Los estudios nos han ido diciendo a lo largo del tiempo que la quimioterapia monoterapia vinorelbina, docetaxel y pemetrexed eran superior a no recibir nada y los pacientes que recibían ese tratamiento vivían más. También sabemos que los dobletes de platino mejoran los resultados sobre las monoterapias, es decir, hay que tratarlos como los pacientes se tratan en una primera línea a pacientes más jóvenes.

La adición de bevacizumab en población anciana también tiene una similar magnitud de efecto que los pacientes más jóvenes, sin embargo; es una combinación más toxica por lo que se limita el uso en ancianos que estén en perfectas condiciones generales. En general, los pacientes con cáncer de pulmón se deberían de tratar con quimioterapia. También se debería determinar las mutaciones de FGFR y LK porque estos pacientes pueden recibir tratamiento con terapias dirigidas. La inmunoterapia que tiene un perfil de toxicidad mucho más favorable que la quimioterapia, también puede beneficiar a pacientes ancianos con cancer de pulmón metastásico.

Recientemente, hemos visto que ciertas quimioterapias pueden ser especialmente útiles en ancianos, como abraxane, que en un análisis de subgrupo del estudio en pacientes de más de 70 años, los pacientes se beneficiaron especialmente de esta combinación sobre la quimioterapia convencional de carboplatino y taxol.

En general, existe una serie de fármacos quimioterápicos que son más fáciles de usar por el oncólogo porque producen menos tasa de toxicidad en los pacientes. El pemetrexed que se elimina fundamentalmente por vía renal se debe de tener seguridad que el paciente tiene función renal adecuada. El paclitaxel, en pauta semanal, es muy bien tolerado. El carboplatino se prefiere al uso del cisplatino porque este tiene toxicidad cardíaca, renal y auditiva. Los pacientes pueden perder audición, perder función renal y tener problemas de corazón y vasculares por lo que el carboplatino es más seguro.

Por otro lado, hay esquemas que son más tóxicos; docetaxel produce más neutropenias, toxicidades hematológicas, más fatiga y cansancio y son esquemas que producen en general un detrimento de la sintomatología oncológica.

En general y para concluir, en los pacientes de edad avanzada se debe de individualizar el beneficio y analizar el riesgo de toxicidades. Una vez analizados se pueden tratar como un paciente joven y en pacientes que tienen comorbilidades o no tiene un aporte suficiente para hacer quimioterapia debía recibir tratamiento paliativo de soporte.

English TRANSCRIPT

Lung cancer, in general, is a disease of older people. The mean age of onset is 65 years old, which means that half of the patients we see are older than 65. Elderly patient is not an easy definition to make, some studies say that it's a person older than 65, but it regularly accepted to be older than 70 years old. We have patients with lung cancer that have 80-90 years old.

The question here is if age it's a factor that can change the treatment recommendations. Lung cancer's biology does not change with age, it behaves the same in young patients as in the elderly, so chemotherapy and other treatments affect the quality of the patient's life.

The problem with elderly population is not age, because it is only a chronological factor but it also has a biological factor. There are 70-year-old patients in great shape and there are others the same age with an instable clinical situation. So, age is not the only factor to consider, thus, no one should be excluded just for the age.

The most important in elderly patient with lung cancer is a global assessment in different areas. Of course, biological age is important but so is some comorbidities that increase with age, like heart disease, diabetes, hypertension and hearing loss. It is very important to have a geriatric assessment with the social support and the family relationship. There are patients with great family support, but there are other who live alone and have no access to certain situations, so family is an important factor to consider when it comes to decision.

There is also de biological aspect where elderly patients have different metabolism for drugs, their fat and muscle distribution changes and the renal functions worsens with time. We have to check the organ functions with an exact assessment in renal, hepatic and cardiac function as in the neurocognitive aspect.

Taking a decision in an elderly population is not easy because it means taking different aspects in consideration. Age, by itself, should not exclude patients from receiving chemotherapy because we have seen in clinical trials that elderly patients get the same benefits as younger ones. The only difference is the greater risk for toxicity that geriatric assessment can help solve with different drug combinations, fewer doses or just palliative support therapy.

Studies have told us that mono-chemotherapy with vinorelbine, docetaxel and pemetrexed are superior to not using anything. But now we know that the use of platinum doublets improves results over monotherapies, so this means, that patients have to be treated with first line therapy like younger patients.

The addition of bevacizumab in elderly patients is similar to the effect on younger patients, however; it is a more toxic combination so it's limited to older patients who are in perfect conditions. In general, lung cancer patients should be treated with chemotherapy. It is also important to determine mutations in FGFR and LK because these patients could get targeted treatment. Immunotherapy has a more favorable toxicity risk so it can also help older patients with lung metastatic cancer.

Recently, we have seen that certain chemotherapies can be especially useful in elderly patients, like abraxane who under analysis in 70-year-old patients showed better result than with carboplatin and taxol.

There are some drugs that are easier to use because they are not so toxic in these patients. Pemetrexed, who clears via renal function is perfectly safe to use in these patients. Paclitaxel, in weekly doses, is well tolerated. Carboplatin is preferred over cisplatin because of its cardiac, renal and hearing toxicity. Patients can lose hearing, renal function and have heart and vascular problems, so carboplatin is safer. There's also more toxic treatments like docetaxel, that produces neutropenia, hematological toxicities and fatigue causing a decremting in oncological symptomatology.

To sum up, elderly patients have to individualized their benefits and toxicities to assess the possible outcomes. Once they are analyzed, they could be treated like a young patient, however, patients with comorbidities o not enough support need support palliative treatment.