

REVISIÓN DE CONJUNTO

Cáncer ginecológico en la anciana de 80-100 años.

J. López-Olmos

Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

ABSTRACT

We present 6 cases of gynaecological cancer which we encountered in very elderly women aged 80 to 100 years: breast, vulvar, bladder, endometrial, uterine sarcoma and ovarian cancer, with the corresponding iconography.

We make specific considerations of these cases, and review gynaecological cancer in the elderly woman in general: the characteristics and management, the role of the patient and her family, and the methods of prevention that her physician should adopt. We emphasize the need to screen all women, and even more so in the very elderly woman, to prevent cancer.

INTRODUCCIÓN

La esperanza media de vida de la mujer en España, en el año 2000, se cifra en los 85 años. Si la menopausia ocurre a los 50 años, supone que aún queda un tercio de la vida por delante, y más de 30 años de vida. El 40% de las mujeres son menopáusicas. Hay una necesidad y demanda de calidad de vida, junto al tratamiento de sus enfermedades¹. Se trata de salud, entorno familiar y social. Hay que prevenir el cáncer de mama, útero, ovario y colon.

La mayoría de los cánceres ocurren en la anciana, por eso necesitan una especial atención y control ginecológico del cáncer, diagnóstico y tratamiento². Se complica con los problemas médicos, psicológicos y sociales. A partir de los 60-70 años, se dan los cánceres de endometrio, ovario y cérvix. Hay peor pronóstico que en la joven, con 50% de riesgo de muerte.

En el año 2030, un quinto de las personas tendrá más de 65 años, con predominio de mujeres. Habrá

necesidad de control del cáncer, diagnóstico y tratamiento. Se deberá tener en cuenta la inmunodepresión de la vejez y los problemas médicos concurrentes³. Hay que adaptar la cirugía, radioterapia y quimioterapia al anciano. El 81% de los cánceres ginecológicos en las ancianas son cánceres de endometrio y cánceres de ovario. A partir de los 65 años, hay 2 veces más riesgo de cáncer de endometrio y 3 veces más riesgo de cáncer de ovario que antes. La mortalidad aumenta con la edad, el pronóstico es peor, y el 50% mueren por la enfermedad.

La anciana no tiene exámenes de rutina, se encuentran estadios más avanzados, peor pronóstico y más mortalidad (sobre todo en el cáncer de ovario). La edad no es una contraindicación para la cirugía radical. Con radioterapia aumenta la morbilidad. Con quimioterapia aumenta el riesgo de cardiotoxicidad, neurotoxicidad y nefrotoxicidad, y aumentan las náuseas y vómitos persistentes.

La disfunción sexual se da en 30-90%. La frecuencia de actividad sexual depende de tener pareja sana e interesada.

El cáncer de ovario se da en estadios avanzados, estadios III-IV en el 57% de los casos. La supervivencia a los 5 años es del 10%; a los 10 años del 5%. Es el 50% cánceres ginecológicos y el 50% de las muertes³. La edad es una variable pronóstica². Otros factores son: el tumor residual, el tumor de alto grado y el pobre estado físico.

En la paciente con más de 85 años, al 45% no se le ofrece tratamiento quirúrgico, frente al 1,6% en la paciente joven de menos de 45 años², independientemente del estatus funcional, de las enfermedades y del soporte social. La quimioterapia necesita menos dosis, sino hay peor tolerancia. Cuando es inoperable en la anciana, no se hace laparotomía. En la anciana la linfadenectomía no es precisa. La anciana tolera peor la radioterapia, hay más complicaciones, como obstrucción intestinal³, con necesidad de nutrición parenteral.

Aceptado para su publicación el 10 de mayo de 2004.

El cáncer de útero, de endometrio, tiene alta incidencia en la anciana, puede hacerse diagnóstico en estadios precoces y es curable con cirugía o radioterapia². Toda metrorragia posmenopáusica (MPM) es cáncer de endometrio mientras no se demuestre lo contrario. Hay 2 tipos: el I, dependiente del estrógeno, y el II, independiente del estrógeno, éste es menos diferenciado, no endometriode y es más agresivo en la anciana. Los factores asociados son: nuliparidad, obesidad, diabetes, hipertensión arterial (HTA) y estrógenos sin progesterona en la posmenopausia.

Con la edad aumenta la frecuencia y la mortalidad. La MPM y el cáncer de endometrio son el 20 y el 60% a partir de los 80 años³. El estadio y el grado son los factores pronósticos. La supervivencia a los 5 años es del 76% en estadio I y del 10% en estadio IV. Influye el alto grado la invasión miometrial profunda y las metástasis en anexos o ganglios pélvicos o para-aórticos. Con enfermedad extrauterina, la radioterapia y la quimioterapia son paliativas.

Sobre 160.977 casos de cáncer genital por histología o citología, en 15 años, 1973-1987, hubo 89.943 cánceres invasivos y 71.034 cánceres *in situ*⁴. El más frecuente es el cáncer escamoso: en cérvix, 77,1%; en vulva, 74,4%, y en vagina, 70,8%. El adenocarcinoma más frecuente es en cuerpo uterino, 81,5%, y en ovario, 86,6%.

En el cáncer, la proporción de casos con terapia curativa disminuye con la edad. Para cánceres locales, la proporción sin tratamiento aumenta con la edad. La tasa de mortalidad en el primer año tras el diagnóstico es más alta en casos locales sin tratamiento que con tratamiento. El tratamiento del cáncer varía con la edad⁵, la decisión de la terapia está influida por la presencia de otras enfermedades. Hay factores de la supervivencia: la condición biológica del tumor, el estadio al diagnóstico, la respuesta del huésped, la elección del tratamiento y la toxicidad de la terapia.

El tratamiento quirúrgico disminuye con la edad, en cáncer de mama o de útero. Las ancianas pueden rechazar el tratamiento por: mala información, falta de soporte social o sentido de fatalismo. El médico puede no ser entusiasta del tratamiento por: la morbi-mortalidad, el riesgo quirúrgico, la toxicidad de la quimioterapia o las enfermedades crónicas. La edad sola no contraindica la laparotomía. La anciana tolera, por ejemplo, la mastectomía radical. La mortalidad es mayor sin tratamiento que con tratamiento, en todas las edades, y mayor a mayor edad.

La sexualidad es un parámetro de calidad de vida. La sexualidad femenina sufre cambios con la edad, en relación con tener pareja sexual activa y con la enfermedad. La sexualidad disminuye con la edad pero no

es inevitable⁶. La historia sexual es parte de la evaluación en las pacientes ancianas. La necesidad de amar e intimidad sexual no disminuye con la edad. La circulación vaginal está en relación con el déficit de estrógenos, pero éste es reversible con el tratamiento. La infección vaginal contribuye a la dispareunia y la evitación del contacto sexual. La pérdida del deseo sexual es un mecanismo protector de aumento de actividad sexual, y compensa su pobre autoimagen. Con el cáncer y la cirugía, disminuye el coito en un 30%, disminuye el orgasmo, y aumenta la ansiedad y la insatisfacción sexual. La incontinencia urinaria también afecta a la sexualidad.

Con cirugía más quimioterapia para el cáncer, el 75% de las pacientes rechazan la vida sexual⁷, por espera de la muerte, falta de información sexual después de la cirugía o rechazo de la sexualidad por la pareja. El empeoramiento de la vida sexual no es sólo por la mutilación. El ginecólogo tiene un papel importante en el consejo para la vida y la vida sexual de la paciente. La sexualidad es uno de los elementos más importantes de la calidad de vida.

Tras el cáncer ginecológico, la sexualidad es lo que más empeora, lo que tiene importancia para la calidad de vida. Influye la extensión de la enfermedad y el tratamiento. Hay más distrés emocional en la paciente joven que en la mayor. Hay depresión, ansiedad y problemas de comportamiento. La intervención psicológica para el cáncer disminuye el distrés emocional y mejora el ajuste general y la función sexual, en particular para mejorar la calidad de vida⁸.

Tras esta panorámica de lo que ocurre con el cáncer genital en la anciana, presentamos en este trabajo 6 casos personales de cáncer ginecológico en la anciana de 80-100 años, y después revisaremos aspectos generales y particulares del cáncer ginecológico en estas edades.

RESULTADOS

Se recogen 6 casos personales del autor sobre cáncer ginecológico en la anciana, mayor de 80 y hasta 101 años, tratados durante los años 1997-1999 en el Servicio de Ginecología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. El estudio se cierra el año 2000, como fecha final del apartado evolución.

Se trata de un caso de cáncer de mama en paciente de 84 años (caso 1); otro de cáncer de vulva en paciente de 99 años (caso 2); se incluye un caso de cáncer de vejiga en paciente de 101 años (caso 3), porque nos la remitieron por metrorragia senil y en realidad era una hematuria; un caso de cáncer de endometrio con piómetra en paciente de 90 años (caso 4), ya pu-



Fig. 1. Caso 1. Imagen macroscópica: tumor de mama izquierda. Retracción del pezón.

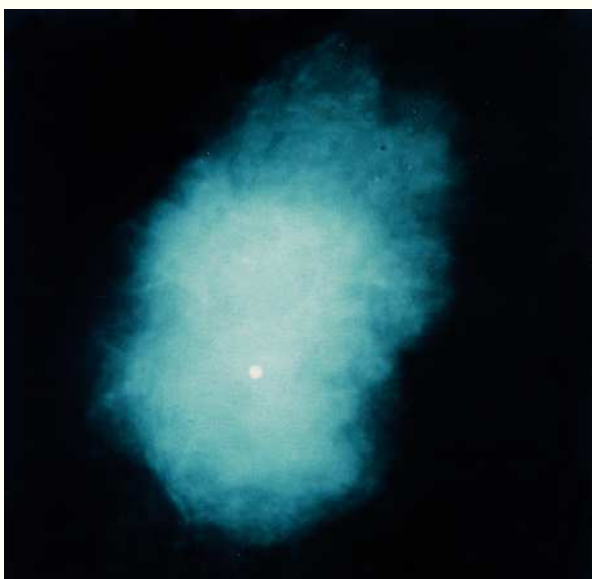


Fig. 2. Caso 1. Mamografía: masa polilobulada, mal delimitable, sugestiva de cáncer de mama.

blicado⁹; un caso de sarcoma uterino en paciente de 84 años (caso 5), y un caso de cáncer de ovario en paciente de 86 años (caso 6).

En las figuras 1-12 se presenta la iconografía de los 5 casos (se excluye la del caso 4, ya publicado), para mostrar la diferente patología que puede encontrarse en las ancianas.

En la tabla I se presenta un resumen de la casuística, 6 casos de cáncer ginecológico en la anciana de 80-101 años. La edad media es de 90,66 años (rango, 84-101 años). La paridad expresada como gestaciones, partos y abortos, fue: media de gestaciones 2,16

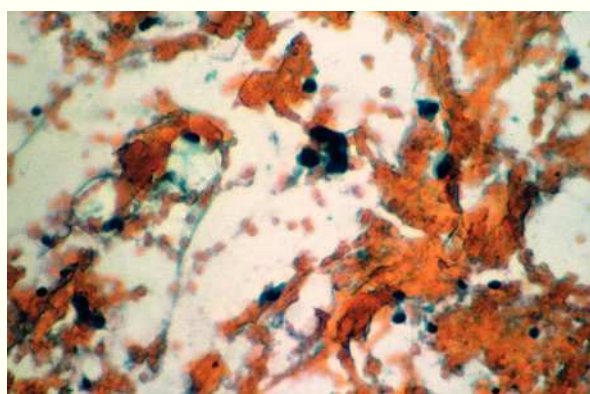


Fig. 3. Caso 1. Punción aspiración con aguja fina (PAAF). Citología: positiva para células malignas de estirpe epitelial.



Fig. 4. Caso 2. Imagen macroscópica. Lesión de vulva: labio mayor derecho ulcerado, sugestiva de neoplasia vulvar.

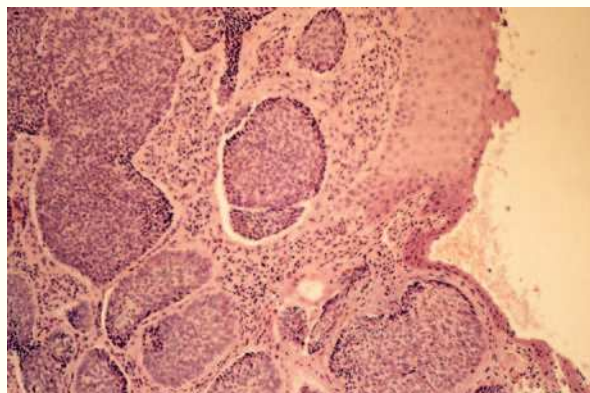


Fig. 5. Caso 2. Anatomía patológica (HE, 100): carcinoma basocelular, sólido y ulcerado.

(una esterilidad); media de partos 2, y media de abortos 0,16. La media de edad a la menarquia fue de 12,5 años. La media de edad a la menopausia fue de 50,4 años (una no lo recordaba, la más anciana). Se indi-



Fig. 6. Caso 3. Imagen macroscópica: genitales externos de mujer de 101 años, irritados y macerados, con restos hemáticos.

Fig. 7. Caso 3. Ecografía vaginal: útero atrófico; hidrómetra.

Fig. 8. Caso 3. Ecografía vaginal: masa intravesical. Cáncer de vejiga.

Fig. 9. Caso 5. Ecografía vaginal: útero con tumor sólido quístico.

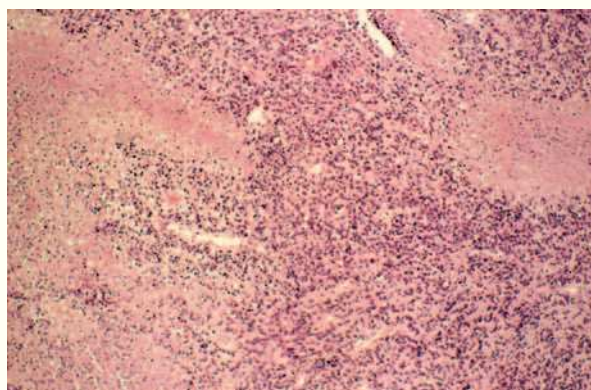


Fig. 10. Caso 5. Anatomía patológica (HE, 40): sarcoma de la estroma endometrial de alto grado.

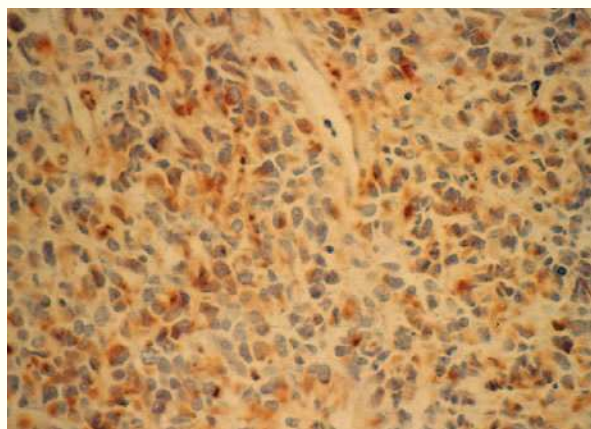


Fig. 11. Caso 5. Anatomía patológica: sarcoma de la estroma endometrial de alto grado. Celularidad a mayor aumento, detalle. Vimentina positiva.

Fig. 12. Caso 6. Ecografía vaginal: tumor de ovario izquierdo, heterogéneo, sólido y algo quístico, con ascitis a su alrededor.

can los antecedentes médicos y quirúrgicos que, excepto el caso 2, tenían todas. Esta paciente de 99 años, curiosamente, no había ido al médico nunca en su vida, hasta que su hija de 65 años la llevó por este proceso.

La intervención que se realizó fue: en el caso 1, la paciente con cáncer de mama avanzado no quiso que se la remitiera a quimioterapia, y en su defecto la tratamos con análogos de la GnRH (triptorelina) y alendronato. Posteriormente, recibió quimioterapia y se le practicó una mastectomía radical. En el caso 2, se practicó una tumorectomía en un cáncer de vulva basocelular. En el caso 3 no se practicó intervención, sino cuidados paliativos, y falleció por anemia. En el caso 4, la familia no aceptó la intervención. En el caso 5, tampoco se practicó intervención por estadio IV. En el caso 6, la familia tampoco aceptó la intervención.

Respecto a la evolución, al año 2000, salvo el caso 3 (la más anciana), las demás vivían. El caso 2 cumplió los 100 años, y sabemos que falleció al año siguiente.

En la tabla II, presentamos las pacientes ambulatorias, que el autor visitó los años 1996-1999 en la consulta de Ginecología de Liria, dependiente del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, y el motivo de consulta. Puede notarse un aumento progresivo aritmético de un caso en 1996 a 7 en 1999. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: metrorragia senil, 5 casos; revisión, 4 casos, y prolapso uterino, 3 casos.

TABLA I. Casuística

CASO	EDAD	PARIDAD	MENARQUIA	MENOPAUSIA	ANTECEDENTES	PATOLOGÍA	INTERVENCIÓN	RESULTADO ANATOMÍA PATOLÓGICA	EVOLUCIÓN
1	84	0	12	54	HTA, diabetes, cataratas	Cáncer de mama	Análogos GnRH + alendronato Quimioterapia Mastectomía radical	Carcinoma ductal infiltrante	86 años, vive
2	99	220	14	50	—	Cáncer de vulva	Tumorectomía	Carcinoma basocelular	100 años, vive
3	101	330	12		Anemia, insuficiencia cardíaca	Cáncer vesical	Sin intervención	—	Fallece por anemia, 101 años
4	90	220	10	50	HTA Trombosis cerebral Amputación cérvix + plastias	Carcinoma de endometrio + piómetra	No acepta familia	—	93 años, vive
5	84	220	15	50	Cataratas	Sarcoma uterino	Sin intervención	—	84 años, vive
6	86	431	12	48	Fiebre de Malta Depresión Demencia senil	Cáncer de ovario	No acepta familia	—	86 años, vive

HTA: hipertensión arterial.

TABLA II. Pacientes ambulatorias

N	AÑO	EDAD (AÑOS)	MOTIVO CONSULTA
1	1996	90	Metrorragia senil
3	1997	84	Incontinencia urinaria esfuerzo
		80	Prolapso uterino-pesario
		85	Metrorragia senil (pólipo endometrial)
5	1998	80	Prolapso uterino
		80	Revisión
		99	Neoplasia vulvar
		88	Metrorragia senil
		81	Prolapso uterino
7	1999	81	Prurito vulvar
		82	Revisión pesario
		85	Metrorragia senil
		86	Metrorragia senil
		80	Revisión
		81	Revisión
		80	Revisión

CASUÍSTICA

Caso 1

Mujer de 84 años, nuligesta, menarquia a los 12 años y menopausia a los 54. Con antecedentes de HTA, diabetes e intervenida de cataratas. Consultó el 13 de enero de 1997 por bulto en la axila derecha desde hacía 3 meses. Su médico le dio antiinflamatorios y desapareció. A los 10 días nota un bulto en la mama. A la exploración, se detecta una tumoración dura de 5 cm, poco móvil, en línea intercuadrántica de mama izquierda (fig. 1). La mama derecha era normal. Pezones invaginados en ambas mamas, de siempre.

En la mamografía (fig. 2) se observa una gran masa en cuadrante superoexterno de la mama izquierda, próxima a la línea intercuadrántica y al pezón. Masa polilobulada, mal delimitada, sugestiva de cáncer, con diámetro máximo de 6 cm. En la ecografía se observa una masa sólida mal delimitable, muy típica de carcinoma. En área axilar se pueden ver numerosas adenopatías de gran tamaño, con toda probabilidad metastásicas. Estadio IIIB. $T_3N_1M_0$.

Se practica punción aspiración con aguja fina (PAAF) (fig. 3), positiva para células malignas de estirpe epitelial.

La paciente no quiere quimioterapia, por lo que se indica triptorelina 3,75 mg intramusculares/mes (Decapeptyl) + alendronato (Fosamax), 1 comprimido/día + calcio oral. Toleró bien 4 inyecciones.

El 9 de abril de 1997 consultó por aumento de tamaño del tumor (7 cm de diámetro) y por notar la mama caliente. Se remitió a quimioterapia. Recibió navelbina 3 ciclos, y luego ciclofosfamida, metotrexato y 5 fluoruracilo, ondansetrón y dexametasona.

El 24 de junio de 1998 se practica mastectomía radical modificada (MRM). La anatomía patológica fue: cáncer ductal infiltrante residual de 1 cm de diámetro, con masiva reacción fibrosa y cambios necróticos celulares. Mastopatía fibroquística (MFQ) asociada. Ausencia de metástasis en los 5 ganglios axilares. pT 1 N 5+/5 M0. A finales del estudio, en el año 2000, la paciente vivía. Falleció posteriormente.

Caso 2

Mujer de 99 años, G2P2, con menarquia a los 14 años y menopausia a los 50. Antecedentes sin interés, únicamente tomaba un hipnótico para dormir. Consultó el 14 de septiembre de 1998 por lesión en vulva desde hacía un mes (aunque ya la notaba desde hacía un año), úlcera en labio mayor derecho (fig. 4).

A la exploración, se observó una lesión de 3 cm en el labio mayor derecho de la vulva, con tonos eritroplásicos y otros blanquecinos, aspecto de neoplasia de vulva. Vagina libre y atrófica. En la citología vulvar no había material. En la ecografía vaginal: útero atrófico. Línea endometrial de 2 mm. Ovarios, no visualizables. La biopsia de vulva (7 de octubre de 1998) informó de carcinoma basocelular ulcerado e infiltrante. El 19 de enero de 1999 se practica tumorectomía con márgenes de seguridad, con anestesia local, que confirma el diagnóstico de toda la lesión. El informe de anatomía patológica fue de carcinoma basocelular sólido y ulcerado. Bordes de resección libres (fig. 5).

Al principio, la familia se negó a la intervención (la hija de 65 años, también paciente mía), pero tras mi insistencia, aceptó. La paciente cumplió 100 años, y la vi en la calle el 13 de octubre de 1999. Falleció a los 101 años.

Caso 3

Mujer de 101 años, G3P3, con menarquia a los 12 años, pero no recuerda la edad de la menopausia. Antecedentes de anemia crónica, insuficiencia cardíaca. Consultó el 11 de agosto de 1998 por metrorragia. En la exploración se observó una vulva macerada y engrosada por irritación crónica por el pañal (fig. 6). La ecografía vaginal informó de útero atrófico, con hidrómetra, línea endometrial de 6 mm (fig. 7). Masa intravesical de 16 x 28 mm, cáncer de vejiga (fig. 8). Se remite a urología.

La paciente tenía anemia aguda, hemoglobina, 7,4 g/dl. Se le dio terapia sintomática con ácido épsilon-aminocaproico (AEAC) (Caproamin), 2 ampollas/6 h. La familia estaba de acuerdo en no indicar cirugía. Tenía sangrado vesical continuo (hematuria desde ha-

cía meses), y se procedió a sondaje uretral. Llegó a tener hemoglobina de 4,5 g/dl y hematocrito del 14%. El 20 de agosto de 1998 se le transfundieron 4 U de concentrado de hematíes. El último ingreso en urgencias fue el 10 de septiembre de 1998, y falleció el 19 del mismo mes por anemia crónica del tumor vesical.

Caso 4

Mujer de 90 años, G2P2, con menarquia a los 10 años y menopausia a los 50. Antecedentes: HTA, trombosis cerebral e intervenida de plastias vaginales y amputación de cérvix. El caso es de 1997 y ya está publicado⁹. Consultó por metrorragia senil, y al practicar histeroscopia se descubrió que se trataba de un piómetra que ocultaba un adenocarcinoma de endometrio. Se indicó intervención quirúrgica, pero la familia no aceptó. Desconocemos la evolución de la paciente, pero en el año 2000 vivía.

Caso 5

Mujer de 84 años, G2P2, menarquia a los 15 años y menopausia a los 50. Antecedentes: intervenida de cataratas. Remitida por metrorragia maloliente y tumor pélvico. A la exploración de observó leucorrea purulenta, piómetra. Vagina friable e infiltrada. Tumora-ción abdominal dura y fija en el lado izquierdo, que llega al ombligo. En la ecografía (fig. 9) se observó una tumoración solidoquística de 103 95 mm que parece depender del útero. Sin ascitis. Los marcadores tumorales fueron: CEA, 3,7 ng/ml (normal, 0-5) y CA-125, 17,02 U/ml (normal, 0-35).

En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica se apreció una gran masa que ocupa prácticamente toda la pelvis, compleja, con nivel hidroaéreo en su interior, y paredes mamelonadas, que probablemente corresponda a un gran útero de aspecto tumoral y con obstrucción del orificio cervical, que está provocando la existencia de piómetra y/o hematómetra. La masa está improntando en la pared abdominal, y no se ve bien si puede estar afectada o no, y está provocando una discreta uropatía obstructiva bilateral. Entre el hígado y el riñón derecho, se observa un gran quiste de 8 cm de diámetro máximo, que debe corresponder a un quiste renal. Hígado normal.

La biopsia de endometrio informó de material necrótico con fibrina y polimorfonucleares neutrófilos. Alguna tira de epitelio endocervical con metaplasia escamosa inmadura. Sarcoma de la estroma endometrial de alto grado (figs. 10 y 11). Al ser estadio IV, no procedía la cirugía.

Caso 6

Mujer de 86 años, G4P3A1, menarquia a los 12 años, menopausia a los 48. Antecedentes de fiebre de Malta, depresión e infecciones urinarias.

Ingresada en medicina interna por síndrome confusional agudo, con focalidad neurológica y fiebre. Infección urinaria por *Escherichia coli* con bacteriemia. Insuficiencia renal moderada-ligera y déficit de vitamina B₁₂. En la TAC cerebral se observó atrofia cerebral difusa (demencia senil). En la TAC abdominopélvica una masa quística de 10 12 cm, septada, con calcificación en su pared, sugestiva de cistoadenocarcinoma de ovario con ascitis. Dilatación de uréter derecho en la pelvis. Hernia hiatal. Mínimo derrame pleural izquierdo.

Nos hacen interconsulta en agosto de 1999. En la exploración ginecológica se aprecia un tumor abdominal mal delimitable. En la ecografía vaginal (fig. 12) se observa un tumor de 70 40 mm, heterogéneo, sólido y algo quístico, parece depender del ovario izquierdo, con tabiques y compartimientos internos. Ligera ascitis a su alrededor. Útero atrófico. Ovario derecho no visualizable. Sospecha de cáncer de ovario. Se programa intervención para el 10 de septiembre de 1999, pero la paciente no acudió a la intervención, y nos confirmaron telefónicamente que la familia no aceptaba.

DISCUSIÓN

Cáncer de mama. Representa el 30% de los tumores femeninos, y aumenta la frecuencia un 1-2% al año¹⁰. La mortalidad del cáncer de mama aumenta por aumento de las edades avanzadas. El riesgo de cáncer de mama es del 7%, 1/14 de las mujeres en Francia. Y hay aumento del riesgo de cáncer de mama contralateral. La supervivencia a los 5 años se estima en el 70%.

Los cánceres genitales y mamarios representan el 49% del cáncer femenino. Hay un aumento de incidencia del 3% por el aumento del envejecimiento de la población¹¹. En Francia, en departamentos con más población noreuropea aumenta el cáncer de mama, endometrio y ovario. En España, la incidencia de esos cánceres es menor.

Al estudiar el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet (IQ) con relación al cáncer de mama en una cohorte de 47.003 mujeres seguidas 25 años (1965-1987), se vio¹² que al aumentar el IMC disminuye el riesgo de cáncer de mama en mujeres menores de 55 años, pero aumenta en mayores de 55. El cáncer de ovario y el de útero no tenían relación con

el IMC. Con más de 55 años hay riesgo relativo (RR) de cáncer de útero asociado a IMC aumentado, y mayor que en el cáncer de mama, y persistía 20 años. Es decir, que con obesidad, hay más cáncer de útero que de mama. La mujer obesa mayor de 55 años tiene aumentado el riesgo de cáncer de mama y de endometrio.

Se han utilizado análogos de la GnRH para el cáncer de mama premenopáusico metastásico dependiente de las hormonas. Producen supresión de la producción de estrógenos del ovario (castración médica). Inhiben directamente la proliferación de las células del cáncer de mama *in vitro*¹³. En el cáncer de mama, sólo en un tercio hay regresión del tumor, con LHRH. En la premenopausia, la triptorelina reemplaza a la ovariectomía quirúrgica o radioterápica. Hay respuesta en el 38-65% (media, 40%), y con una duración de 10-15 meses. En la posmenopausia, la triptorelina obtiene respuesta en el 20% de los casos (media, 8%), por supresión de la producción de andrógenos. En nuestro caso 1, la utilizamos al negarse la paciente a la quimioterapia. La utilizó 4 meses sin respuesta.

Cáncer de vulva. Es poco frecuente, representa el 3-5% de todos los cánceres genitales. En un estudio retrospectivo de 94 casos¹⁴, la asociación más frecuente era con HTA (40%), diabetes (13%), enfermedades dermatológicas crónicas (21% [Bowen, 5%; LEA, 25%; Paget, 5%; distrofias crónicas, 40%; condilomas acuminados, 20%; herpes simple II, 50%]) y con fumar (20%). Se encontró virus del papiloma humano (VPH) en el 17-50%. La media de edad fue a los 64 años, pero el 80% eran mayores de 60 años. El 88% cursó con prurito vulvar. Los estadios de cáncer invasivo fueron: I, 2%; II, 19%; III, 54%, y IV, 16%. En ocasiones, el cáncer de vulva es multicéntrico¹⁵. Nuestro caso 2 era un cáncer de vulva ulcerado, basocelular, lo que nos permitió practicar una tumorectomía de la lesión con márgenes amplios, y pudimos resolver la patología en una mujer tan anciana.

Cáncer de endometrio. Es el más frecuente en ginecología. Con el aumento de la longevidad, aumenta la incidencia. En la anciana tiene menor relación con los estrógenos, y es tipo II. Es un cáncer de endometrio más agresivo, más indiferenciado y no endometrioide. Es más virulento por su independencia de los factores hormonales. Y en la anciana hay menos defensas contra el cáncer. Sobre 35 casos de 1990-1993, en mujeres de 75-92 años¹⁶, el 23% era estadio I, G1, y el 77% cáncer invasivo, IC a IV, y G2-G3. Hay que hacer revisiones a las ancianas, y con MPM, consulta inmediata.

Nosotros¹⁷ estudiamos las metrorragias seniles (MS), con clínica, histeroscopia e histología de 184 casos en 10 años. Aproximadamente, se encuentra cáncer de endometrio en el 20%, y aumenta el porcentaje a medida que aumenta la edad.

En nuestro caso 4 había un piómetra que ocultaba un cáncer de endometrio⁹. La familia no aceptó la intervención.

El caso 3 cursó con MS, pero en realidad era una hematuria, y se debía a un cáncer vesical. Lo incluimos aquí para señalar que toda MS debe investigarse, y que no siempre la causa es una patología genital, también puede ser urológica o intestinal.

El caso 5 era un sarcoma uterino de la estroma endometrial de alto grado, que se diagnosticó por la biopsia endometrial. Pero la TAC indicaba pelvis congelada y estadio IV, inoperable. Conocemos la malignidad de los sarcomas y su poca esperanza de vida.

Cáncer de ovario. Cuando está localizado, en la anciana, si se compara con la paciente más joven, no hay diferencias de supervivencia¹⁸. El problema es que hay grupos de pocas pacientes y es insuficiente para ver diferencias. El riesgo de cáncer de ovario aumenta progresivamente, y más en la octava década de la vida. Los estadios I-II tienen una supervivencia a los 5 años del 70-90%. Pero muchos I-II tienen un estadio III oculto. Muchos casos no tienen una estadificación correcta, y es un requisito absoluto antes del tratamiento. En los ensayos clínicos hay que incluir más ancianas.

Al estudiar el cáncer de ovario –25 casos en pacientes mayores de 80 años–, y comparar con menores de 80 años¹⁹, hay menos supervivencia en las mayores. En las ancianas, como grupo, hay menos histerectomía total + doble anexectomía + omentectomía, que en las más jóvenes. Muchas pacientes no están tratadas por oncólogos, sino por cirujanos (31%) u obstetraginecólogos (29%). Hay menos cirugía agresiva y menos reducción de tumor óptima. No aumentan las complicaciones anestésicas. En conclusión: el tratamiento conservador disminuye la supervivencia en ancianas enfermas de cáncer. Las ancianas toleran la anestesia y la terapia agresiva, hay que darles tratamiento curativo y no paliativo. Las pacientes «jóvenes» viven 18 meses más que las mayores de 80 años. Hay más estadios avanzados (72% en las mayores de 80 años, frente a 59% en las menores de 80 años).

Nuestro caso 6 era un cáncer de ovario con ascitis, por la imagen ecográfica y de la TAC. Se propuso intervención, pero la paciente no se presentó al no aceptar la familia.

REVISIÓN

En Alemania, en los últimos 10 años (1983-1993), aumentó el porcentaje de cáncer ginecológico en pacientes mayores de 80 años, del 1,1 al 4,6% (de 13 a 60 casos)²⁰. Las complicaciones postoperatorias fueron el 6,8%, como en las normales. El aumento de calidad de vida es el factor primario para la indicación quirúrgica. En otro estudio²¹, la mortalidad perioperatoria fue del 18,1% en pacientes mayores de 80 años, frente al 12,7% en menores de 80 años.

En la Clínica Mayo, en un período de 11 años (1975-1985), con 795 casos de pacientes mayores de 90 años y 1.063 operaciones²², a las 48 h la morbilidad fue del 9,4% y la mortalidad del 1,6%. La mortalidad a los 30 días fue del 8,4%; al año, del 31,4%, y a los 5 años, del 78,8%. La mortalidad está en relación con la clasificación de estado de anestesia (ASA [American Society of Anesthesiologists]), y el procedimiento urgente tiene mayor riesgo de morbilidad a las 48 h y de mortalidad a corto y largo plazos. La supervivencia tiene relación significativa según la clase ASA ($p < 0,001$); con el sexo varón, peor ($p = 0,004$); peor con afectación de riñón, hígado o sistema nervioso central (SNC) ($p = 0,004$), y con cirugía de boca, nariz o faringe ($p = 0,003$).

Las pacientes mayores de 90 años toleran bastante bien el estrés quirúrgico. No hay diferencias en las complicaciones con anestesia general o regional. De 13 casos de pacientes mayores de 100 años, el 70,5% estaban vivas al año de la cirugía (nuestro caso 2, cáncer de vulva basocelular en mujer de 99 años, también vivió un año después de la cirugía).

Al comparar 101 casos de pacientes mayores de 70 años con 87 casos control menores de 60 años, en 8 años, se realizaron 169 procedimientos quirúrgicos frente a 121, respectivamente²³; en las ancianas hubo mayor morbilidad (21%), y la mortalidad operatoria fue del 9 frente al 1,3%, respectivamente. La supervivencia al año fue del 86%, y a los 5 años del 30 frente al 74%. La edad no debe impedir el tratamiento quirúrgico del cáncer. Aunque necesitan un manejo perioperatorio cuidadoso, control cardiorrespiratorio (incluso unidad de cuidados intensivos [UCI]), controles de PA, de Hb, incluso transfusión preoperatoria, heparina, electrolitos, corregir la malnutrición previa y dar nutrición parenteral, tratar la constipación crónica y, si es posible, mejor administrar anestesia regional. Es decir, tratamiento individualizado, y no según la edad, que no es contraindicación quirúrgica. Y si es preciso, mayor estancia hospitalaria.

Las ancianas, como grupo, tienen peor estado prequirúrgico y más problemas médicos intercurrentes. Y

se presentan con estadios más avanzados²⁴. Hay morbilidad alta. La mortalidad postoperatoria es del 1,5%. En el 90% de las ancianas se puede realizar cirugía radical. Las complicaciones postoperatorias y la estancia son iguales que en las más jóvenes. La edad sola no es un determinante de riesgo quirúrgico. El estado general y las condiciones para la anestesia son los indicadores de riesgo quirúrgico más importantes, más que la edad cronológica.

En la paciente geriátrica, la supervivencia está en relación con la enfermedad concomitante, no con la edad o con la cirugía²⁵. Sí está en relación con la cirugía si valoramos el riesgo-beneficio-calidad de vida. La morbilidad es según la enfermedad concomitante (función renal, alteraciones psiquiátricas, embolia pulmonar y trombosis venosa profunda). La edad avanzada no contraindica la cirugía. La cirugía urgente tiene más mortalidad que la cirugía electiva. Aun con riesgo aumentado, se justifica la cirugía por el agravamiento de la enfermedad.

La anciana, a pesar de la edad y de la patología asociada, debe recibir la terapia adecuada y definitiva, incluyendo cirugía²⁶, tras un cuidadoso preoperatorio. La patología más frecuentemente asociada es la HTA y la diabetes. Se encuentran estadios más avanzados de lo esperado. Antes, la población anciana era remisa a someterse a exámenes ginecológicos y procedimientos de cribado. Con la edad aumenta el cáncer, y ahora aumentan las pacientes mayores que vienen a la consulta (como mostramos en nuestra experiencia [tabla II]). En la anciana, hay aumento de enfermedades crónicas, deterioro de la función inmunológica y disminución progresiva de las reservas fisiológicas. Hay que realizar monitorización cardiovascular, profilaxis tromboembólica y dar antibióticos. Toleran bastante bien la cirugía, y peor la quimioterapia y la radioterapia. Está justificado dar el tratamiento adecuado. La mortalidad depende del estado avanzado al diagnóstico y de la enfermedad intercurrente.

Hay pocos estudios de cáncer sólo en ancianas. El consentimiento informado es importante, incluso para no recibir tratamiento²⁷. Interesa la calidad de vida en la anciana después del tratamiento. Hay buen cumplimiento del tratamiento contando con adecuado transporte. Individualización del manejo del dolor. Tratamiento en casa si es posible. Y seguimiento del cáncer del anciano, por el oncólogo. Dejar el tratamiento puede ser apropiado cuando el beneficio es menor que las complicaciones y empeora la calidad de vida. Hay que informar de las opciones del tratamiento, el anciano prefiere la calidad de vida a la cantidad. No hay que negar la cirugía al anciano sólo por la edad. Por las enfermedades asociadas, hay que consultar a

los especialistas. El tratamiento no es para alargar la vida, sino para quitar el dolor y la disfunción. A veces hay que elegir radioterapia en vez de cirugía (por la colostomía), porque con mal estado no está indicada, al ser peor tolerada. La quimioterapia tiene mayor toxicidad en la anciana, hay que dar menos dosis, fármacos menos tóxicos y factores de crecimiento. La edad fisiológica es más importante que la edad cronológica en la decisión del tratamiento.

El cáncer de mama en la anciana debe recibir el mismo tratamiento que en la paciente joven: cuadrantectomía + linfadenectomía axilar, o mastectomía radical modificada, y reconstrucción.

El cáncer ginecológico debe recibir tratamiento definitivo, y los estadios más avanzados, cirugía radical. La radioterapia tiene mayor morbilidad en la anciana. Con la quimioterapia hay que modificar las dosis o los agentes para una mejor tolerancia. En la paciente anciana, el dolor crónico es mejor tratarlo con fármacos de vida corta, con progresión de dosis; mejor un solo fármaco, aunque sea adictivo. Dar tratamiento de la depresión. Atención en domicilio: control del dolor y paliación de síntomas, la quimioterapia y transfusiones pueden hacerse en casa, y ayuda en actividades diarias.

El cáncer en ancianas necesitará más atención en el futuro por la frecuencia. El cáncer es la misma enfermedad en la anciana que en la joven, y el tratamiento debe ser igual. Hay que evaluar las condiciones médicas y la expectativa de vida. La cirugía es segura, no hay que negarla sólo por la edad. Se tiene que evaluar el beneficio-riesgo y buscar el mejor tratamiento según el estado y la esperanza de vida. Respetar las preferencias de la paciente. Se necesitan estudios clínicos en ancianas con cáncer para ver el tratamiento óptimo y más eficaz.

Si hay riesgo de morbilidad y mortalidad, aunque con alta probabilidad de mejora y supervivencia, está justificado el tratamiento. Con paliación y poca expectativa y calidad de vida, no dar tratamiento. Con potencial de curación, el tratamiento es inevitable.

En casos de cáncer ginecológico, aparte de la terapia convencional, hay otras menos frecuentes, que pueden usarse en el 40% de los casos²⁸. Son extractos, minerales (Se, Zn), vitaminas (A, C, E), enzimas, etc. Las pacientes, tras el diagnóstico de cáncer, sufren más, son más nerviosas y emocionales, y a veces tienen menos fe en sus médicos. La esperanza es una medicina importante para el cáncer. Estos métodos son beneficiosos cooperando con la terapia convencional, así que, aparte de la empatía, añadir dietas, gimnasia, psicoterapia, inmunostimulantes, etc.

Hay otras consideraciones a tener en cuenta en el cáncer ginecológico en la anciana. Si se pregunta sobre conocimientos sobre el cáncer a las mujeres, tanto enfermas como sanas, hay una relación entre la educación y las respuestas correctas²⁹. La información completa hace tener deseo de tomar parte activa en las decisiones del tratamiento, mantiene la esperanza y las pacientes buscan metas en el tratamiento de su enfermedad. La incertidumbre causa más ansiedad que conocer la verdad. Es necesario que sepan toda la verdad, con nombre y apellidos, para la posterior información y tratamiento.

En una encuesta para conocer el papel a asumir en el tratamiento del cáncer³⁰, a 436 pacientes diagnosticadas de cáncer y a 482 personas de la población general, el 59% de las pacientes quieren que el médico tome la decisión del tratamiento, mientras que el 64% de la población general quiere elegir el tratamiento si desarrolla cáncer. El 51% de pacientes y el 46% de la población, si está muy enfermo, la responsabilidad para la decisión se la dan al médico o a la familia. Señalan un papel colaborador, «mi médico y yo, responsabilidad en la decisión del tratamiento mejor para mí», en el 59%. Sólo el 10% quiere decisión por la familia. A más educación, más control, y más en la mujer que en el varón. La mujer con cáncer prefiere más participación familiar en la decisión.

Sobre las preferencias hacia el final de la vida con cáncer ginecológico, en un cuestionario con 108 casos de cáncer y 39 casos control de patología ginecológica benigna³¹, el 5% se resigna a la muerte por la enfermedad, el 78% quiere luchar duro contra la enfermedad (la mayoría, con cuidados en casa), el 90%, si se deteriora mucho, no quiere necesitar soporte ventilatorio, el 34% rechaza otra cirugía para mantenerse con vida, el 37% rechaza la nutrición artificial y el 22% rechaza los antibióticos. Al final de la vida con cáncer, las pacientes quieren un uso limitado de la respiración artificial, de la nutrición artificial y de la hidratación. Actualmente, menos del 5% quiere una muerte médica asistida y su legalización.

En otro trabajo sobre factores que influyen en las decisiones al final de la vida con cáncer³², también con cuestionario en 108 mujeres con varios estadios de cáncer y 39 mujeres con enfermedad ginecológica benigna, se señala un gran énfasis en recibir ánimo (96%) y compasión (54%) por los médicos. En menos de la mitad de lo esperado, los médicos curan, dicen en el 43%, o contienen la enfermedad, en el 49%. La consecuencia psicosocial más importante de tener cáncer es el miedo (39%). El 9% de las pacientes se sienten con dificultades de comunicación, el 5% con sentimientos de abandono, el 17% aisladas, el 7%

molestas, el 63% miedo al dolor, el 56% miedo a la muerte, el 48% a perder el control, el 46% a ser dependientes. Para el 76%, la religión tiene un lugar en su vida, el 49% se siente más religiosa desde que tiene el cáncer. El 93% cree que la religión le ayuda en su esperanza.

El médico debe educar para el control de la experiencia, del miedo y a que sea franco para las últimas decisiones personales. Según los estadios de enfermedad, varían las percepciones y las aspiraciones. El miedo es el primer problema. Con cáncer ginecológico, influyen las convicciones religiosas en su enfermedad. Debe haber una aproximación sensible al cuidado de la paciente: bienestar, dignidad, evitar el sufrimiento y dar una muerte en paz.

Respecto al cuidado terminal de la paciente ginecológica con cáncer, en casa o en el hospital, en un estudio de la década 1980-1990³³, con 468 casos, 365 (78%) ocurrieron en el hospital, y 103 (22%) en casa. En esa década, la mayoría fueron en el hospital, a pesar de consideraciones filosóficas y económicas en contra. Lo ideal es en casa, sin dolor, que la paciente esté funcional para la interacción con la familia y amigos, y que allí se produzca la muerte. La explicación sería que la paciente terminal tiene más necesidades, que no puede tener en casa, salvo que haya servicios de cuidado en casa. Estar casada no es un beneficio porque, por regla general, el marido no le da ese cuidado. Sin esos cuidados en casa, la calidad de vida terminal empeora.

Es necesario un programa de soporte educacional para las pacientes con cáncer y sus familias³⁴. Si se comparan pacientes con el programa (36 casos) y otras que no lo quisieron (25 casos), las primeras tenían mayor nivel de conocimientos sobre el cáncer que el grupo control. Es importante la información y conocimiento recibidos y la mutua interacción con los otros miembros del grupo. El diagnóstico de cáncer ginecológico es un shock grande, hay correlación de la incertidumbre y pesimismo con la información y conocimiento, y una actitud más positiva hacia el presente y el futuro. Hay que dar información planeada y estructurada. Las pacientes están satisfechas en poder preguntar en un ambiente relajado. Hay que ser explícito y asegurar a pacientes y familiares que los médicos de plantilla tienen interés y tiempo en contestar sus preguntas. Estos grupos son efectivos, ellas no están solas en sus experiencias y cuestiones.

Pero lo que hay que hacer es prevenir, un programa de promoción de la salud en la mujer³⁵ que incluya: prevención del cáncer de mama, con mamografías, incluso en la mujer mayor de 80 años; del cáncer de cérvix, con la citología; del riesgo genético; de la ti-

roides, con la TSH, hormona tiroestimulante; la contracepción, el ejercicio, no al tabaco, no al alcohol, y prevención de la osteoporosis con calcio, y de la violencia doméstica. Para el cáncer de ovario hay que realizar: examen anual, sobre todo en mayores de 40 años y con historia familiar, ecografía y CA-125. A las pacientes con alto riesgo se realizará una doble anexectomía profiláctica a los 35 años o después del último hijo, o deberán tomar píldoras anticonceptivas. Es preciso el cribado en usuarias de clomifeno o de inductores de la ovulación. Para el cáncer de endometrio: examen pélvico anual, en mayores de 40 años, y ecografía vaginal.

Finalmente, de nuestro trabajo, que presenta 6 casos personales de cáncer ginecológico (realmente 5) en la anciana de 80-100 años, se deriva una llamada de atención a los ginecólogos para que traten a estas pacientes que cada vez serán más, por la mayor esperanza de vida, en su momento, con la educación, consejo y atención requeridas, ya que previniendo la patología con revisiones periódicas se impide llegar a estos estadios avanzados de abandono, muchas veces inoperables o con peores resultados. En la experiencia del autor, la paciente anciana concienciada a revisiones periódicas y bien tratada, es una buena cumplidora, lo que redundará en beneficio de todo el mundo: la paciente, el médico, la familia y la sociedad. Todo lo que pueda ser evitable, debe serlo.

RESUMEN

Presentamos 6 casos personales de cáncer ginecológico (mama, vulva, vejiga, endometrio, sarcoma uterino y ovario, con la iconografía correspondiente), en la anciana de 80-101 años.

Hacemos consideraciones particulares sobre estos casos, y se revisa el cáncer ginecológico en la anciana en general, sus características, las pautas de actuación, el papel que debe jugar la interesada y su familia, y las medidas de prevención que debe adoptar el médico. Se insiste en la medida de controlar a todas las mujeres, y más a las de edad avanzada, para prevenir el cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Botella J. Problemas que plantea la prolongación de la vida en la mujer. *Prog Obstet Ginecol* 2000;43:437-41.
2. Termrungruanglert N, Kudelka AP, Edwards CL, Delclos L, Verschraegen CF, Kavanagh JJ. Gynecologic cancer in the elderly. *Clinics Geriatr Med* 1997;13:363-79.

3. McGonigle KF, Lagasse LD, Karlan BY. Ovarian, uterine and cervical cancer in the elderly woman. *Clinics Geriatr Med* 1993;9:115-30.
4. Platz CE, Benda JA. Female genital tract cancer. *Cancer* 1995;75(Suppl 1):270-94.
5. Samet J, Hunt WC, Key C, Humble CG, Goodwin JS. Choice of cancer therapy varies with age of patient. *JAMA* 1986;255:3385-90.
6. Mooradian AO, Greiff V. Sexuality in older women. *Arch Intern Med* 1990;150:1033-8.
7. Sichel MP. Quality of life and gynecological cancers. *Eur J Gynecol Oncol* 1990;11:485-8.
8. Andersen BL. Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. *Cancer* 1993;71:1678-90.
9. López-Olmos J, Coloma F, Navarro P. Piómetra y adenocarcinoma de endometrio en la anciana. *Acta Ginecol* 1997;54:292-5.
10. Schraub S, Alauzet E, Schaffer P, Robillard J, Menegoz F. Epidémiologie descriptive des cancers gynécologiques et mammaires. *Rev Fr Gynecol Obstét* 1992;87:577-85.
11. Chaplain G, Grosclaude P, Arveux P, Raveroy N, Menegoz F, Henry-Amar M, et al. Les cancers génitaux et mammaires en France: répartition géographique et estimation de l'incidence. *Bull Cancer* 1997;84:935-40.
12. Törnberg SA, Carstensen JM. Relationship between Quetelet's index and cancer of breast and female genital tract in 47000 women followed for 25 years. *Br J Cancer* 1994;69:358-61.
13. Emons G, Schally AV. The use of luteinizing hormone releasing hormone agonists and antagonists in gynaecological cancers. *Hum Reprod Update* 1994;9:1364-79.
14. Edwards CL, Balat O. Characteristics of patients with vulvar cancer: an analysis of 94 patients. *Eur J Gynecol Cancer* 1996;17:351-3.
15. Spence-Jones C, Lowe DG, Shephard JH. Multicentric carcinoma of the genital tract. *Br J Obstet Gynecol* 1994;101:811-2.
16. Hoffman K, Nekhlyudov L, Deligdisch L. Endometrial carcinoma in elderly women. *Gynecol Oncol* 1995;58:198-201.
17. López-Olmos J, Coloma F, Costa S. Metrorragias seniles; estudio clínico, histeroscópico e histológico de 184 casos. *Clin Invest Gin Obst* 2000;27:329-36.
18. Young RC, Brady MF, Walton LA, Homesley HD, Averette HE, Long HJ. Localized ovarian cancer in the elderly. *Cancer* 1993;71(Suppl):601-5.
19. Hightower RJ, Nguyen HN, Averette HE, Hoskins W, Harrison T, Steren A. National survey of ovarian carcinoma. IV: patterns of care and related survival for older patients. *Cancer* 1994;73:377-83.
20. Hintzmann H, Heidenreich W. Zunehmendes Lebensalter bei Operationen eingeht. *Zentralb Gynäkol* 1994;116:687-90.
21. Anthuber C. Operative Geriatric in der Gynäkologie. *Arch Gynecol Obstet* 1995;257:68-73.
22. Hosking MP, Warner MA, Lobdell CM, Offord KP, Melton J III. Outcomes of surgery in patients 90 years of age and older. *JAMA* 1989;261:1909-15.
23. Kirschner CU, De Serto THM, Isaacs JH. Surgical treatment of the elderly patient with gynecological cancer. *Surg Gynecol Obstet* 1990;170:379-84.
24. Lawton FG, Hacker NF. Surgery for invasive gynecologic cancer in the elderly female population. *Obstet Gynecol* 1990;76:287-9.
25. Coronel Brizio P, Olivares Nowak J, Palafox Sánchez F. Cirugía ginecológica en la paciente geriátrica. *Ginecol Obstet Mex* 1997;65:386-90.
26. Kennedy AW, Flagg JS, Webster KD. Gynecologic cancer in the very elderly. *Gynecol Oncol* 1989;32:49-54.
27. McKenna RJ Jr. Clinical aspects of cancer in the elderly: treatment decisions, treatment choices and follow-up. *Cancer* 1994;74:2107-17.
28. Münstedt K, Kirsch K, Milch W, Sachsse S, Vahrson H. Unconventional cancer therapy- survey of patients with gynaecological malignancy. *Arch Gynecol Obstet* 1996;258:81-8.
29. Carlsson ME, Strang PM. Facts, misconceptions, and myths about cancer. What do patients with gynecological cancer and the female public at large know? *Gynecol Oncol* 1997;65:46-53.
30. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol* 1992;45:941-50.
31. Brown D, Roberts JA, Elkins TE, Larson D, Hopkins M. Hard choices: the gynecologic cancer patients end-of-life preferences. *Gynecol Oncol* 1994;55:355-62.
32. Roberts JA, Brown D, Elkins TE, Larson DB. Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:166-72.
33. Mann WJ, Loesch M, Shurpin KM, Chalas E. Determinants of home versus hospital terminal care for patients with gynecologic cancer. *Cancer* 1993;71:2876-9.
34. Carlsson ME, Strang PM. Educational support programme for gynecological cancer patients and their families. *Acta Oncologica* 1998;37:269-75.
35. Bowman MA, Spangler JG. Screening, health promotion, and prevention in women. *Primary Care* 1995;22:661-77.