

ORIGINAL

Cancer, vellesa i SARS-CoV-2

*Cancer, old age and SARS-CoV-2*Javier Cortés *Ginecòleg, Acadèmic Numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears***Autor correspondència**

Javier Cortés MD PhD FIAC

E-mail: cortes@oceas.es

Received: 9 - IX - 2021**Accepted:** 21 - IX - 2021**doi:** 10.3306/AJHS.2021.36.04.155**Resum**

Es presenten i discuteixen les circumstàncies epidemiològiques - incidència, mortalitat, relació amb l'edat - dels quatre càncers més incidents a Espanya i Illes Balears i l'impacte que en elles ha tingut i tindrà la pandèmia per SARS-CoV-2. Els missatges clau són que l'edat alta es en si mateix un factor de risc per desenvolupa un càncer, especialment el poblacionalment més incident, colon, també els dos més incidents per gènere, mama femenina a dones i pròstata a homes, i el que presenta una de les taxes de mortalitat més altes, pulmó. A més, la pandèmia per COVID19 ha dificultat enormement els procediments preventius i, en conseqüència, es esperable un repunt de la incidència del càncer per el proper any.

Palabras clave: Càncer, envelliment, SARS-cov 2.

Summary

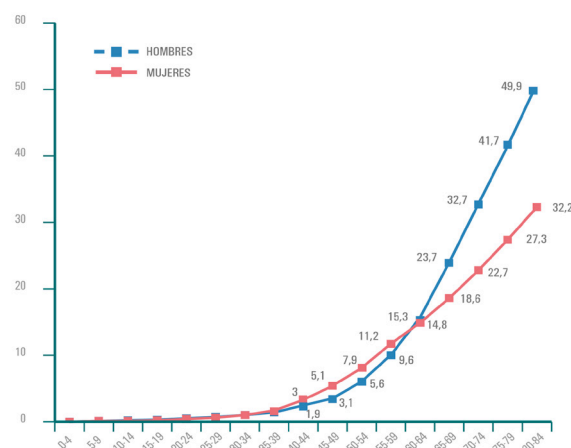
The epidemiological circumstances - incidence, mortality, relationship with age - of the four most common cancers in Spain and the Balearic Islands and the impact that the SARS-CoV-2 pandemic has had and will have on them are presented and discussed. The key messages are that old age is in itself a risk factor for developing cancer, especially the population most incident, colon, also the two most incidental by gender, female breast in women and prostate in men, and what has one of the highest mortality rates, lung. In addition, the SARS-CoV-2 pandemic has made preventive procedures extremely difficult and, as a result, a rise in the incidence of cancer is expected for next year.

Keywords: Cancer, aging, SARS-cov 2

Introducció

Les últimes dades publicades per la Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica deixen molt clar que el risc de patir un càncer s'incrementa amb l'edat: a la **figura 1** es pot veure que a partir dels 50 anys es dispara cap amunt la possibilitat, en homes i dones, de ser diagnosticats de càncer. Assolir la vellesa és, en conseqüència, causa principal de ser diagnosticat d'un càncer, tot i que en molts casos aquesta circumstància –ser una persona d'edat– es pot associar amb un millor pronòstic de la malaltia, cas dels dos tumors més incidents tant en homes –pròstata– com en dones –mama–, però també amb la alta freqüència de la vida en soledat que pateixen els nostres avis, tal com els serveis socials de la Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) viuen cada dia.

La **taula I** recull la incidència en 2012 i 2020 dels càncers més freqüents en Illes Balears, poblacionalment i per gènere, detallant el nombre de casos.

Figura 1.

Font: Las Cifras del Cáncer en España 2020. Sociedad Española de Oncología Médica. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf Accés 24.03.2021

La **taula II** recull els tipus de càncer que van causar més mortalitat en 2012 i 2020 a Illes Balears, poblacionalment i per gènere, detallant el nombre de casos.

Taula I

	2012	2020
Poblacional	Colo-rectal: 710	Colo-rectal: 806
Dones	Mama: 676	Mama: 754
Homes	Pròstata: 643	Pròstata: 730

Font: Observatorio del Cáncer. Asociación Española contra el Cáncer. <http://observatorio.aecc.es/> Accés 23.03.2021

Taula II

	2012	2020
Poblacional	Pulmó: 491	Pulmó: 533
Dones	Mama: 133	Mama: 146
Homes	Pulmó: 378	Pulmó: 408

Font: Observatorio del Cáncer. Asociación Española contra el Cáncer. <http://observatorio.aecc.es/> Accés 23.03.2021

En funció d'aquestes dades, quatre càncers haurien de focalitzar la nostra preocupació a la feina oncològica, els de còlon-recte, pulmó, mama femenina i pròstata.

A continuació valorarem cada un dels casos en particular i a partir de la idea bàsica de que res hi ha més eficaç – en termes de salut personal– i eficient (cost-benefici) –en termes de salut pública– que la prevenció primària –evitar la o les causes– i / o la secundària, el diagnòstic precoç, discutirem quina és la situació preventiva de cada un d'ells en la nostra Comunitat Autònoma i l'impacte que en la seva implantació i cobertura ha tingut la pandèmia per la infecció pel virus SARS-CoV-2, acrònim anglès de *Severe Acute Respiratory Syndrome – Corona Virus*, amb el 2 final per ser el segon coronavirus identificat, i la seva malaltia derivada, la COVID19, acrònim del nom en anglès de la malaltia, *COroNaVirusDisease* sumat a l'any –2019– de la seva descripció.

Càncer de pulmó

La majoria de les persones diagnosticades amb càncer de pulmó té 65 anys o més; un nombre molt petit de persones diagnosticades tenen menys de 45 anys. L'edat mitjana de les persones en el moment de la diagnosi és aproximadament 70 anys¹. Un càncer de gent gran, està clar.

Nou de cada deu càncers de pulmó estan relacionats causalment amb el consum directe de tabac, però també amb el consum secundari, el del fumador passiu, que veu incrementat en un 35% la seva probabilitat de patir un càncer de pulmó² en comparació amb el del no fumador. El tabac, la gran droga additiva de venda i ús regularitzats i socialment acceptada. Des de l'AECC a nivell Nacional i també a Illes Balears estem treballant en cursos de desintoxicació tabàquica, amb un cert èxit: el 60% dels que els atenen ha deixat de fumar als 6 mesos.

Encara que en els mesos pandèmics s'ha registrat al voltant d'un 6% de disminució en el consum de tabac⁴, d'acord amb el descens en els homes anotat en els últims 25 anys –d'un 45% a un 26% de fumadors–, però no amb la situació del tabaquisme en dones, estable a la mateixa fracció de temps sobre el 25%⁵. La pitjor de les notícies és que curem no més d'un 15% de càncers de pulmó: 609 diagnosticats a Illes Balears el 2020, 533 morts, un 88%. Per tant treballar en la prevenció primària –evitar el tabac– és prioritari, perquè la prevenció secundària –diagnòstic precoç– està en període d'assaig clínic: l'aplicació de la tomografia axial computeritzada de baixa intensitat a grans fumadors (més de 20 cigarrets / dia durant més de 20 anys) sembla que pot facilitar l'accés al diagnòstic de càncers de pulmó inicials asimptomàtics no detectables per radiologia convencional, amb molt altes possibilitats de curació⁶.

Càncer de mama femenina

La precisió de gènere no és ociosa: només un de cada cent càncers de mama apareix en un home, generalment d'edat avançada. A l'home, les causes i la seva prevenció no han estat establertes⁷.

I en la dona? Sabem moltes coses del càncer més incident en la dona⁸. Hi ha una fracció de càncer de mama, de l'ordre del 10-15% de casos, que es diagnostiquen en el primer terç de la vida i que està vinculada a alteracions genètic-hereditàries, l'expressió dels gens BRCA 1 i 2. Sabem que el càncer de mama és més freqüent en dones que han tingut la primera regla abans dels 12 anys –menarquia precoç– i l'última després dels 55 –menopausa tardana–, que no han tingut fills, en les que els han tingut més enllà dels 30 anys, amb risc incrementat si a més no han lactat. Sabem també que els tractaments hormonals substitutius de la menopausa de llarga durada augmenten el risc, igual que l'obesitat. I l'edat? L'edat mitjana de diagnòstic d'un càncer de mama està sobre els 62 anys, un altre càncer majoritàriament de gent gran. L'increment de diagnòstic s'accentua a partir dels 50 anys, raó per la qual els programes de prevenció secundària, buscant l'eficiència, s'inicien a aquesta edat. La **taula III** recull els percentatges de diagnòstics per talls d'edat, fent paleses les dades que estem comentant.

Taula III

Edat	% de casos
30 – 39	7.41
40 – 49	14.81
50 – 59	24.44
60 – 69	22.96
70 – 79	16.30
> 80	14.07

Font: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-riesgo-cancer-mama-conceptos-13024489> Accés 26.03.2021

L'increment de casos diagnosticats que s'observa a la **taula I** es pot explicar per l'acumulació epidemiològica dels factors de risc: els índexs de natalitat a Espanya i en Illes Balears s'han ensorrat des d'un 3 en els anys 60 a un 1,3 el 2017, segons dades del Banc Mundial⁹; l'edat mitjana del primer fill a Espanya ara és 31 anys, amb el 30% a partir dels 35¹⁰, i l'obesitat té nivells pandèmics al primer món econòmic¹¹. Són factors corregibles, abordables en accions de prevenció primària, per exemple que la dona no hagi d'esperar a tenir 30 anys complerts per poder oferir al seu fill una certa estabilitat laboral i econòmica i que l'alimentació sana, lluny del *fast-food* i els precuinats, sigui assequible.

La millor notícia és la gran eficàcia –en termes de diagnòstics de càncers de mama inicials– i la bona eficiència –en termes de cost / benefici per a la salut pública– que tenen els programes de cribratge, de diagnòstic precoç, és a dir, de prevenció secundària. En Illes Balears el programa està en funcionament des de fa anys, amb resultats que no han estat comunicats en els últims temps. Potser es pugui estimar l'efectivitat del programa analitzant la **taula IV**, que reflecteix les tendències d'incidència i mortalitat per càncer de mama femenina a Illes Balears:

Taula IV

	Anys			
	2020	2019	2013	2012
Incidència	754	735	678	676
Mortalitat	149	141	131	135

Font: Observatorio del Cáncer. Asociación Española contra el Cáncer. <http://observatorio.aecc.es/> Accés 26.03.2021

En els anys 20/19 la mortalitat ha estat del 19,5%; en els anys 13/12 va ser del 19,6%. És a dir, mortalitat estable. No sembla, per aquestes dades, que el programa tal qual està sent aplicat en Illes Balears hagi aconseguit baixar la mortalitat, conseqüència esperada principal en un programa de cribratge que ha de facilitar l'accés a diagnòstics més inicials del càncer i, per tant, més curables. Res agradaria més a l'autor d'aquestes consideracions que les xifres oficials, quan es coneguin, corregeixin per bé aquestes dades.

Càncer de pròstata

Com ha estat detallat a la **taula I**, és el més incident en homes, però en l'estadística de mortalitat apareix en cinquè lloc. La raó pot raure en:

- La millora de les estratègies de diagnòstic precoç¹², sense que estigui consolidada encara l'evidència de l'eficàcia i eficiència dels programes de cribratge poblacional¹³. El cribratge amb antígen prostàtic específic, PSA, acrònim de les inicials angleses. *Prostatic Specific Antigen*, pot reduir la mortalitat per

càncer de pròstata però està associat a resultats positius falsos. A més, comparat amb conductes conservadores, els tractaments actius dels casos detectats en el cribratge produeixen resultats incerts sobre la supervivència i estan associats a dificultats sexuals i urinàries. El diagnòstic precoç en activitat clínica assistencial ha d'estar basat en la valoració del nivell en sang de PSA més una exploració clínica adequada, amb suport de tècniques d'imatge, bàsicament l'ecografia. Aquest control assistencial és recomanable que sigui aplicat a tots els homes a partir dels 50 anys i més si presenten algun símptoma com micció imperiosa o incontinència urinària¹⁴.

- La consolidació de noves variables de tractament¹⁵, que inclouen la immunoteràpia i el seguiment sense teràpia amb vigilància activa d'alguns casos, especialment en homes d'edat avançada, dada important perquè la majoria dels càncers de pròstata es diagnostiquen més enllà dels 60 anys: tens mes d'aquesta edat? Si? Cuida la teva pròstata.

L'evolució de la mortalitat a Illes Balears mostra una certa estabilització, amb un lleuger descens comparant xifres de 2012 amb les de 2020, tal com es pot comprovar a la **taula V**.

Taula V

	Incidència/N de casos	Mortalitat
Anys 2012	693	117 (17%)
2020	730	110 (15%)

Font: Observatorio del Cáncer. Asociación Española contra el Cáncer. <http://observatorio.aecc.es/> Accés 26.03.2021

A partir d'aquestes dades, i amb l'objectiu d'intentar millorar-los, la conclusió hauria de ser estar molt atents als beneficis que pugui aportar una bona política de cribratge poblacional, probablement iniciada als 50 anys i basada en les evidències que es vagin consolidant i, mentre això arriba, aplicar a l'assistència preventiva i als tractaments els nous protocols.

Càncer de còlon

Recordem el apuntat: el càncer de còlon és el més incident en Illes Balears, 806 casos diagnosticats l'any 2020, 710 el 2012; en els mateixos anys, 320 i 301 defuncions, respectivament. Són aquestes xifres acceptables? No ho son: el càncer de còlon és, amb diferència, aquell en el qual els protocols de prevenció secundària –cribratge poblacional– poden i han de ser aplicats amb més alta eficàcia i eficiència. Aquesta acció reduiria dràsticament no probablement el nombre de casos però si el moment clínic del seu diagnòstic, mes inicial, facilitant el tractament i la seva eficàcia, al temps que es diagnosticarien lesions pre-canceroses silents, ambdues coses en nombre molt important. Els resultats

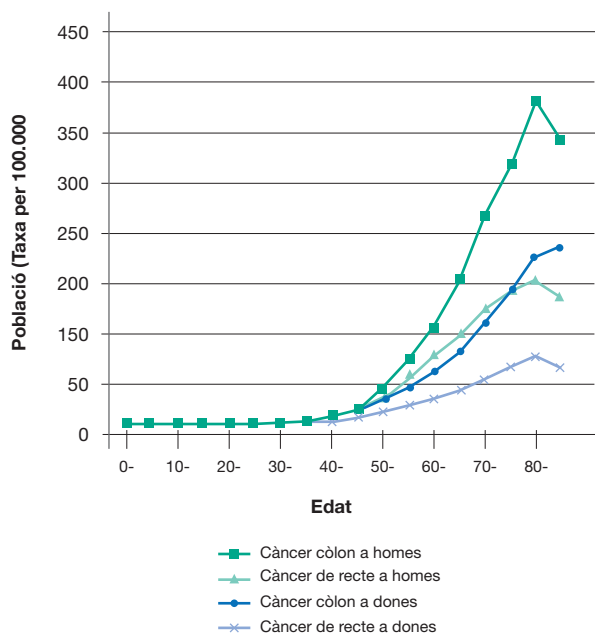
obtinguts en el programa pilot dut a terme a la zona del Raiguer de Mallorca¹⁶ així ho demostren: en persones asimptomàtiques, 57 càncers diagnosticats, 46 d'ells en fases I i II del seu desenvolupament, i 246 adenomes avançats. Pràcticament tots aquests casos han sigut o seran perfectament curables amb mesures poc agressives. Fer créixer la implantació d'aquest programa per arribar a tota la comunitat autònoma sembla un objectiu inajornable: en aquesta línia, la bona nova es que el 23 d'agost 2021 s'ha fet públic el compromís de la Conselleria de Salut del Govern Balear de implantar de forma immediata el programa a tots els Hospitals Públics de la Comunitat Autònoma, decisió que es complementa de forma altament positiva en la aprovació de l'adquisició de torres de endoscòpia d'última generació¹⁷.

A quina edat iniciar el programa? A la **figura 2** es pot veure la corba etària de diagnòstic de càncer de còlon, amb un molt evident increment a partir dels 50 anys, edat que en conseqüència serà la d'inici de l'aplicació del programa.

Prevenió primària, modificació de factors de risc? Bàsicament, alimentació: poc greix, pocs aliments processats, poca carn vermella, molta verdura, fruita, llegum. Res de tabac –una altra vegada– i molt limitat consum d'alcohol, millor res.

Amb bona cultura de salut orientada a la prevenció primària i l'aplicació poblacional no demorada del cribratge, podrem aconseguir limitar a molt escasses la incidència i la mortalitat de càncer de còlon. Aplicar-se a això és una prioritat sanitària.

Figura 1:



Càncer i impacte pandèmia SARS-CoV-2

A una publicació molt recent¹⁸ del *National Cancer Institute* de Estats Units (EEUU) es prediu que l'any 2022 es pràcticament doblaran las morts per càncer de colon i de mama femenina als EEUU. També a l'AECC hem treballat en un informe, "Impacto de la pandemia COVID19 en las personas con càncer en España", fet públic en febrer 2021¹⁹. L'informe recull els resultats d'un estudi realitzat al desembre 2020 a nivell nacional, mesurant les diferències en algunes activitats que s'havien produït entre març / juny 2019 i març / juny 2020. Es va realitzar en col·laboració amb les Societats Espanyoles d'Anatomia Patològica, Infermeria Oncològica, Hematologia i Hemoteràpia, Oncologia Mèdica i Oncologia Radioteràpica. Els resultats globals són coincidents amb els obtinguts en Illes Balears. Aquestes són algunes de les principals conclusions de l'estudi:

- Impacte en els procediments diagnòstics: 30% menys de citologies i 24% menys de biòpsies practicades.
- Problemes d'accés al sistema sanitari, encara que el pacient ja inclòs no ha patit en general retards en el seu procés diagnòstic o terapèutic.
- El 41% dels pacients oncològics ha vist afectada la seva estabilitat psicològica.
- El 19% de malalts oncològics ha patit un deteriorament important de la seva situació econòmica que els ha col·locat en risc d'exclusió social, més acusat en les dones, 40%.
- Retrocés en l'ordenament del consum públic de tabac.
- Aturada en l'acció sobre els tres programes de cribratge, amb necessitats diferenciades:
 - Càncer de Mama femenina: Actualització de situació i resultats.
 - Càncer de Coll d'Úter: Redisseny integral del programa.
 - Càncer de Còlon: Ampliació a poblacional de la seva aplicació.

Comentaris en relació a aquestes dades:

- De moment aquesta disminució en citologies i biòpsies no ha tingut repercussió en la taxa d'incidència del càncer a Illes Balears, tal com es pot comprovar en la **taula VI**:

Taula VI

Càncer	N de casos	
	2019	2020
Colon	782	806
Mama femenina	735	754
Pròstata	707	730

Font: Observatorio del Càncer. Asociación Española contra el Càncer. <http://observatorio.aecc.es/> Accés 26.03.2021

6. Garrido P, Sánchez M, Belda Sanchis J, Moreno Mata N, Artal A, Gayete A et al.: Reflections on the Implementation of Low-Dose Computed Tomography Screening in Individuals at High Risk of Lung Cancer in Spain. *Arch Bronconeumol*. 2017; 53:568-573.
7. Disponible a <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/male-breast-cancer/symptoms-causes/syc-20374740> Accés 25.03.2021.
8. Disponible a https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm Accés 25.03.2021
9. Disponible a <https://www.bancomundial.org/es/home> Accés 25.03.2021.
10. Blanco A, Chueca AM, López JA, Mora S: Informe España 2018. Universidad Pontificia Comillas Eds. 2018. ISBN: 978-84-8468-769-6.
11. Masmiquel LI: Lliçó Inaugural de el Curs Acadèmic 2021. Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears. 21.01.2021.
12. Fenton JJ, Meghan SW, Durbin S, Liu Y, Bang H, Melnikow J.: Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018; 319: 1914-31.
13. Alpert PF.: New Evidence for the Benefit of Prostate-specific Antigen Screening: Data from 400,887 Kaiser Permanente Patients. *Urology* 2018; 118: 119-26.
14. Merriel SWD, Funston G, Hamilton W.: Prostate Cancer in Primary Care. *Adv Ther*. 2018; 35: 1285-1294
15. Wilt TJ, Jones KM, Barry MJ, Andriole GL, Culkin D, Wheeler T et al.: Follow-up of Prostatectomy versus Observation for Early Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 2017; 377: 132-142.
16. Reyes J, Trelles M, Florido M, Miyashiro EAI, Ortega SP.: Resultados del programa de diagnóstico precoz de cáncer de colon y recto de les Illes Balears en el Hospital Comarcal de Inca en las dos primeras rondas de su desarrollo en relación a la actividad endoscópica. Enero 2015 - Diciembre 2018. *Medicina Balear* 2020; 35: 16-25.
17. Disponible en <https://www.diariodemallorca.es/mallorca/2021/08/23/baleares-extiende-cribado-cancer-colon-56450426.html> Acceso 23.08.2021.
18. Sharpless NE.: COVID-19 and cancer. *Science* 2020; 386: 1290
19. Disponible a http://observatorio.aecc.es/sites/default/files/informes/Impacto-COVID19_Personas_Cancer_0.pdf Accés 29.03.2021.
20. Puig-Tintoré LM, Castellsagué X, Torné A, de Sanjosé S, Cortés J, Roura E et al.: Coverage and factors associated with cervical cancer screening: results from the AFRODITA study, a population-based survey in Spain. *J Low Genit Tract Dis* 2008; 12: 82 - 9.
21. Meijer CJLM, Berkhof J, Castle PE, Hesselink AT, Franco E, Tonco G et al.: Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women 30 years and older *Int J Cancer*. 2009; 124: 516 – 20.
22. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV et al.: Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189: 12-19.
23. Torné A, del Pino M, Cusidó M, Alameda F, Andía D, Castellsagué X et al. : Guía de Cribado del Cáncer de Cuello de Útero en España, 2014. *Prog Obstet Ginecol* 2014; 57(Supl. 1): 1 – 53.
24. Disponible a <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Cribado/CribadoCancerCervix.htm> Accés 30.03.2021
25. Ghebreyesus TA.: WHO Executive Meeting. Intercontinental Hotel, Genève, Suisse, 19 May 2018.