

# EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS



We Are Victors

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO Y US TOO

## Editorial

En el presente número de nuestra revista empezamos con un artículo sobre el papel de la mujer en el cáncer de próstata. La mujer recibe el impacto del diagnóstico de cáncer y consecuencias del tratamiento, pero, además, es quien da apoyo tanto práctico, como emocional a su marido afectado por cáncer de próstata.

Creemos en el papel del familiar en general (y, en este caso de la pareja del paciente en particular) como un candidato a recibir apoyo para sí mismo, pero también con el fin de mejorar la calidad de vida del afectado. Si un paciente recibe apoyo de su pareja, se dice que el cáncer es una carga entre dos, por ello más llevadera.

Por otra parte, mantenemos nuestra posición respecto al PSA, el marcador de la próstata. El uso del mismo es controvertido, como explicamos, y damos pautas sobre como consideramos que debería procederse para evitar un exceso de tratamientos en algunos casos. Apoyamos el equipo multidisciplinario que tenga en cuenta todos los aspectos posibles de cada caso, para decidir lo mejor, no solo

respecto a su curación física, pero también a su calidad de vida.

Damos un repaso a la situación del cáncer de próstata metastásico. Si bien es poco frecuente en este tipo de cáncer, es una realidad que afecta a un 4% y como es bien sabido, cuando a alguien le toca una situación de este tipo, para esa persona es el 100%. La metástasis más frecuente es en los huesos, y los pacientes que debutan con ello tienen un pronóstico pobre, pero no debemos descuidar la atención hacia otros aspectos para que el paciente viva lo máximo y mejor posible.

Para acabar, hablamos de ansiedad, que es una consecuencia frecuente en cáncer. La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa cuando hay una situación que nos desborda, nos da miedo o nos provoca nerviosismo. Ante el diagnóstico de cáncer, la anticipación de una mala experiencia es natural y coherente. El problema será si esta ansiedad se mantiene en el tiempo y es demasiado elevada. ES importante detectarla y ponerse en manos de un profesional si es necesario.

## ....Y de ellas.

Reseña de FEFOC



Esta revista tiene como objetivo promocionar información, noticias y comentarios sobre los cánceres masculinos, especialmente el de próstata y testículo. Es una contribución al cáncer en el hombre que, en general, ha recibido menos atención, respecto a su calidad de vida y aspectos psicológicos, que cánceres como el de mama, mucho más frecuente en mujeres. Por una parte, existe la creencia de que los hombres manifiestan menos sufrimiento emocional. Años del rol masculino de fortaleza, han repercutido en esta idea: el hombre no se queja, no admite debilidad, ni llora cuando sufre. Es cierto que los hombres tienen menos tendencia a llorar, mostrar fragilidad y miedo. No obstante, algo está empezando a cambiar. Cada vez más, los hombres hablan de sus emociones y sentimientos, y nuestro grupo de soporte en cáncer de próstata es una buena muestra de ello.

Así pues, en nuestro entorno, se puede conseguir que hombres que padecen una enfermedad que genera grandes consecuencias en la calidad de vida, puedan compartir sus preocupaciones e incertidumbre. No obstante las cosas no cambian de repente, y aún observamos que el contenido de las sesiones de grupo es muy centrado en aspectos más médicos y físicos. Asimismo vemos como muchos hombres prefieren venir acompañados de sus parejas. Las mujeres toman un papel relevante en el cáncer de ellos.

“El cáncer es un asunto familiar” o “mi familia también tiene cáncer”, son frases que hemos

visto en folletos divulgativos. El cáncer no deja indiferente a las personas del entorno del paciente. La literatura señala al cuidador familiar como el paciente de segundo orden, pues es quién padece el mismo nivel de ansiedad, depresión, aislamiento social, miedo a la recaída...aunque por supuesto sin el aspecto físico de la enfermedad. La díada citada con más frecuencia por los hombres como la más importante en su proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación, es la pareja. Incluso en algunos estudios hemos visto como, al preguntar a la mujer por las personas de apoyo más importantes en el proceso de la enfermedad, pueden citar a más de una, mientras que es bastante habitual que el hombre cite a una solo que es su pareja. Las mujeres de los hombres con cáncer de próstata son clave para afrontar las diversas situaciones, relacionarse con el personal sanitario (como intermediarias de su pareja y los médicos) e incluso buscar soporte cuando perciben que el estado de ánimo del enfermo decae. En este sentido a veces detectamos un mecanismo de proyección. Éste se refiere a que impelidas por su deseo de que su pareja esté bien, y adivinando necesidades del afectado, creen detectar en él más ansiedad o depresión de la que es real. No es infrecuente que una mujer insista en que su marido está muy mal, muy triste, muy deprimido, o muy nervioso y que él lo niegue. A veces esto se debe a que el hombre, como hemos dicho antes, prefiere no mostrar esta parte débil o frágil, pero otras veces es la mujer la que tiene un estado emocional alterado y efectúa la demanda a través del afectado (proyecta), pues no le parece correcto pedir ayuda para sí misma. Puede parecerle egoísta demandar ayuda para ella, siendo él el afectado. La relación de pareja a veces sufre el impacto del cáncer con obstáculos en la comunicación. La mujer muchas veces es quien toma las riendas de esta situación, haciendo intentos por mantener el diálogo e invitando a que el hombre le cuente como se siente. En este tema, no podemos dejar de hablar de la sexualidad, aspecto muy sensible en pacientes con cáncer y, en especial, en cáncer de próstata. Parece que es un cáncer (y



*viene de la página anterior*

efectividad. Pero entonces, sino hay campañas de screening, ¿a quien indicamos que se haga un PSA? Es decir, ante un hombre sano en concreto: ¿se le recomienda o no que se haga un PSA periódico?

Nuestro punto de vista es el siguiente:

1. El médico indicado es el médico de familia, lo que llamaba antes el de cabecera, que conoce mejor que el especialista todas las circunstancias que concurren en cada persona. Tiene una visión general, de aquí la denominación de médico general o generalista.

2. El generalista debe explicar las ventajas e inconvenientes, en cada caso, de realizarse un PSA. Por ejemplo, si la persona en concreto tiene antecedentes familiares de CP, es un candidato clarísimo al PSA, ya que su riesgo de padecer CP es mayor que el de la población sin este antecedente.

3. Si la persona no tiene antecedentes de CP, el médico general valora que es lo mejor para este hombre en concreto. ¿Está muy ansioso por si tiene CP? ¿Prefiere hacerse el PSA con sus consecuencias ya conocidas? Por el contrario, no está muy preocupado y no desea hacerse el análisis.

4. En caso de que el médico crea objetivamente que lo mejor para dicho paciente es practicarse el PSA, y el enfermo lo acepta, se hace. Si el resultado es normal, en todo caso puede o no planificarse un análisis anual.

5. Si el resultado está por encima de 4 ng/ml de PSA, lo mejor es repetir el análisis pasado dos o tres meses y ver si persiste o no el aumento.

6. Si el aumento no persiste, puede programarse un PSA para dentro de un año.

7. Si el aumento persiste o aumenta debe remitirse a la persona a un hospital donde trabajen, esto es lo más importante, con Comités de Tumores, donde concurren junto

con el urólogo, el oncólogo médico, el oncólogo radioterapeuta, el patólogo y con posible participación del propio médico general.

8. No debe dejarse la decisión terapéutica en CP a un solo especialista sino al conjunto de todos aquellos que poseen terapias efectivas y que participarán en el curso de la enfermedad, caso de confirmarse el diagnóstico. En efecto, hay que buscar las decisiones colegidas, participativas. Huir de un solo médico que decide el diagnóstico y el tratamiento.

La Oncología es esencialmente multidisciplinar, no unidisciplinar. Huyamos de los médicos "oasis", aquellos que creen saberlo todo de algo o de todo y que, por tanto, no precisan del concurso de otros especialistas. Y luchemos pro reivindicar la figura del médico general.

## Cáncer de Próstata y Metástasis de Huesos

Reseña de FEFOC



El cáncer de próstata (en adelante, CP) es una enfermedad frecuente, pero con buen pronóstico en su fase inicial o localizada. La mayoría de los pacientes tienen una supervivencia compatible con la curación, aunque su calidad de vida se ve comprometida con frecuencia por las consecuencias adversas de los tratamientos. Otro aspecto clínico muy



*viene de la página anterior*

distinto es el de aquellos pacientes que debutan o desarrollan metástasis en los huesos.

Afortunadamente, solo un 4% de pacientes de cáncer de próstata presentan metástasis en la actualidad.

Las metástasis del CP tienen un enorme tropismo hacia los huesos. Así, en un estudio post-mortem en 1589 pacientes se pudo observar que el 90% de los afectados por con CP que tenían metástasis las habían desarrollado en el esqueleto, y solo un 10% a pulmón, hígado, pleura y glándulas suprarrenales.

La presencia de metástasis significa un pronóstico pobre (30% de supervivencia a los 5 años por prácticamente el 100% con enfermedad localizada) y una severa alteración de la calidad de vida, por hipercalcemia, fracturas óseas, dolores óseos, discapacidad y riesgo de compresión medular.

El ya señalado tropismo de las células metastásicas del CP hacia el esqueleto no está bien documentado. Hay muchísimos estudios, usando la mayoría de ellos modelos animales diversos, que buscan una explicación científica, sin éxito hasta la fecha. Mientras se objetivan, tenemos que centrarnos en su tratamiento.

Veamos los utilizados hasta la fecha:

1. Los bifosfonatos son compuestos de baja absorción intestinal vía oral, por lo que se aplican vía endovenosa. Tienen una gran capacidad para fijarse y retenerse en los huesos. Si bien su vida media plasmática es muy corta (una hora), una vez en el hueso, permanecen durante años. Evitan la pérdida ósea, estimulando la actividad de los osteoblastos (células formadoras de hueso) y reduciendo la de los osteoclastos (destructoras). Diversos estudios han demostrado que, en pacientes con metástasis de CP, favorecen la reconstrucción ósea,

disminuyen el dolor y la calidad de vida de los pacientes, pero no aumentan la supervivencia. / reconstrucción ósea, disminuyen el dolor y aumenta la calidad de vida de los pacientes, pero no la supervivencia. Un problema importante asociado a su utilización se relaciona con la osteonecrosis de los maxilares, por lo que el odontólogo debe estar informado ante un paciente que recibe bifosfonatos y realizar un seguimiento. ¿A qué se debe la osteonecrosis mandibular? Los bifosfonatos frenan la reparación que nuestro organismo efectúa sobre alteraciones a nivel microscópico en la mandíbula, alteraciones provocadas por tratamientos dentales habituales y el desgaste diario.

Como es poco frecuente, queda por dilucidar quiénes tienen mayor riesgo de esta complicación. Cualquier persona a la que se prescriben bifosfonatos debe contactar previamente con su odontólogo y acudir a él ante cualquier síntoma.

2. Denosumab es un medicamento que pertenece al grupo de los llamados anticuerpos monoclonales. Estos han sido diseñados para que alcancen y destruyan sólo ciertas células en el cuerpo. El uso de Denosumab fue aprobado en USA en 2010, en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con riesgo de desarrollar fracturas. Al año siguiente, la Comisión Europea lo aprobó para la prevención de fracturas, compresión de la médula espinal y dolor óseo grave en pacientes con cáncer y metástasis óseas. Denosumab actúa inhibiendo la formación de osteoclastos (células óseas destructoras de hueso). También retrasa el riesgo de fracturas, pero no más que el ácido zoledrónico. Tiene el mismo riesgo que éste de provocar osteonecrosis del maxilar y, con más frecuencia, hipocalcemia (diminución de calcio en sangre).

*viene de la página anterior*

3. En cuanto a quimioterapia, para el cáncer de próstata metastásico resistente al tratamiento hormonal clásico se han utilizado los siguientes fármacos: Docetaxel Cabazitaxel Mitoxantrona, Estramustina Doxorubicina, Etopósido (VP-16), Vinblastina, Paclitaxel, Carboplatino, Vinorelbina. De todos ellos, los que parecen más efectivos son los dos primeros que, además, son también los que más se usan. Se suele iniciar el tratamiento con docetaxel asociado a prednisona y se mantiene mientras es efectivo. Si deja de serlo se pasa a cabazitaxel.

En conjunto producen un aumento mediano de la supervivencia de los pacientes con CP avanzado hormono-resistente de siete meses.

4. La radioterapia externa es efectiva en el tratamiento del dolor causado por las metástasis óseas. Suelen precisarse una o dos semanas de tratamiento, con frecuente alivio de los síntomas. Aparte de esta indicación, también aplicamos radioterapia externa cuando observamos algún hueso afectado por el CP que presenta riesgo de fractura, aunque no sea doloroso en el momento presente.

5. La Medicina Nuclear mediante los llamados radiofármacos también puede ser efectiva cuando los focos metastásicos óseos son múltiples. Tanto el samario-153 como el estroncio-89 se dirigen al hueso y al tumor, aliviando de manera significativa el dolor. Sin embargo, no aumentan la supervivencia de los pacientes. Su efecto es, importante claro está, pero solo paliativo del dolor. Además, puede implicar complicaciones secundarias a la disminución de leucocitos, esenciales para la defensa frente a las infecciones.

6. Recientemente se dispone de un nuevo radiofármaco muy prometedor, ya que une a su eficacia en el tratamiento del dolor con menor toxicidad que otros

radiofármacos, un aumento de la supervivencia de los pacientes de cáncer de próstata con metástasis. Se trata del dicloruro de radio-223. En el ensayo ALSYMPCA se incluyeron 921 pacientes con CP resistente al tratamiento hormonal y con metástasis óseas. En el estudio se comparó dicho radiofármaco contra placebo.

La supervivencia del primer grupo fue 3,6 meses de media superior al grupo placebo. También disminuyó significativamente el riesgo de nuevo problema óseo. La calidad de vida de los pacientes del grupo tratado con el radiofármaco también mejoró, como se constató mediante diversos cuestionarios.

Por supuesto que este radiofármaco, como todos los radiofármacos, debe administrarse por personal especializado y autorizado, dentro del ambiente adecuado hospitalario. Se aplica semanalmente, por cuatro veces.

## Ansiedad en pacientes con cáncer de próstata.

Dra. Tania Estapé



La ansiedad es una de las reacciones psicológicas más comunes en pacientes con cáncer. Es una reacción desagradable a cosas o eventos que tememos o que son una amenaza. Y también puede ser una forma de anticipar un evento terrible o negativo. Nuestro cuerpo se prepara para huir de él o para desarrollar formas de afrontarlo. En este sentido, la ansiedad

*viene de la página anterior*

es adaptativa, proviene de cuando los hombres vivían en cuevas y lo ayudaron a ponerse en marcha o a esconderse cuando previeron un peligro. Debemos distinguir la ansiedad del miedo. El miedo puede ser una reacción instintiva a un peligro "real", mientras que la ansiedad está mentalmente más desarrollada y no siempre tiene un estímulo claro que lo provoca. Es una emoción que aparece relacionada con la ira, el miedo o la hostilidad y la incertidumbre. En este sentido es positivo porque nos preparan para enfrentar el peligro que lo provocó. Pero es una mala adaptación cuando es demasiado alta, cuando no está relacionada con ningún estímulo y / o es continuada. Hay un rasgo de ansiedad (personas con una base ansiosa en las características de la personalidad) y un estado de ansiedad (situación temporal que causa estados de ansiedad). La ansiedad, a la inversa que la depresión es mayor, generalmente en pacientes más jóvenes. Se estima que entre el 20% y el 60% de los hombres con cáncer de próstata tienen ansiedad clínicamente significativa en algún momento de su proceso.

La ansiedad tiene tres componentes básicos:

- Biológico: es la referencia física y se presenta con palpitations cardíacas, temblores, sudoración, tensión muscular, dificultad para respirar, malestar abdominal y urinario ....
- Cognitivo: lo que pensamos, cómo evaluamos la amenaza, la rumia de pensamientos negativos como "No podré con esto", "moriré" ...
- Comportamiento: escape o evitación y manejo del peligro. En el caso del cáncer de próstata, puede llevar al paciente a tratar de evitar situaciones que generan más ansiedad o que teme como reuniones sociales hasta retrasar una y otra vez la visita o prueba médica).

Con referencia a las fases de la enfermedad, en los pacientes encontramos varios puntos en los que es más probable que sufran de niveles de ansiedad:

- Al inicio de los síntomas: a veces, dependiendo de la edad del paciente, algunos síntomas del cáncer de próstata se confunden con lo normal (dificultad para orinar, retención de orina...). Sin embargo, una vez que el paciente siente que persisten o aparecen y aumentan otros (dolor...), puede comenzar a notar ansiedad. Esto puede reflejarse en insomnio, nervios intensos, pensamientos repetitivos... En algunos casos, el alto nivel de ansiedad induce la visita al médico, mientras que en otros, la reacción paradójica es evitar la situación por miedo a lo que le puedan decir, disminuyendo así las posibilidades de detección temprana o curación.
- Ante expectativas de los resultados: una vez que el paciente ha consultado al médico debido a las señales corporales, o por los resultados de las pruebas de rutina y está esperando a que se le informe un diagnóstico completo, puede sufrir altos niveles de ansiedad.
- Relacionado con el tratamiento: una vez que los hombres han sido diagnosticados de cáncer de próstata y se les explica el tratamiento, pueden sentir algo de alivio al ver que se está haciendo algo, pero también temor y ansiedad debido a la incertidumbre que genera esta nueva situación y dudas sobre cómo se enfrentarán a ello y sobre cómo será. Todos hemos oído hablar de los tratamientos contra el cáncer como algo terrible, y fácilmente se refleja en nuestro interior.
- En el seguimiento: el hombre con cáncer de próstata tiene un tipo especial de ansiedad, a diferencia de otros cánceres. Es la ansiedad ante el PSA. Esto se llama ansiedad de PSA (PSAitis). El hombre es muy consciente de ese marcador y establece incluso a veces un control gráfico de los resultados a lo largo del tiempo. Su ansiedad en el seguimiento se centra en este tema y sus oscilaciones. Este es un caso especial que encontramos en hombres con cáncer de próstata. Se dice que es un tipo de ansiedad que se refleja en los

*viene de la página anterior*

altos picos de la espera de los períodos de resultados o cuando se sabe que está aumentando. Los hombres en esta situación canalizan la ansiedad mediante el control con gráficos y recopilación de datos. Los hombres tienen más dificultades para expresar su sufrimiento psicológico y sus emociones negativas y, a veces, no lo hacen a través de los canales convencionales, sino con otras formas médicas relacionadas de la enfermedad. En algunas culturas, los hombres no son propensos a llorar o dar voz al miedo o la fragilidad.

- También hay que destacar un caso especial de cáncer de próstata con una opción que es no tratar. Esta es la opción de esperar y ver o vigilancia activa. En algunos casos, los pacientes sienten incomodidad y vulnerabilidad al no realizar un tratamiento (aunque es duro pasar por la cirugía, saber que se ha amputado el tumor parece brindar alivio psicológico al pensar que el cáncer "está fuera del organismo"). A veces, hay hombres que viven con una ansiedad constante por el hecho de tener cáncer dentro de sus cuerpos.

Entre la ansiedad de los pacientes con cáncer, la del cáncer de próstata es tan especial que incluso hay herramientas psicológicas especiales para medir esto. Hay diferentes maneras de hacer frente a la ansiedad. Pero debemos tener en cuenta que un rango bajo a moderado puede ser normal ante la posibilidad o la certeza de un diagnóstico de cáncer.

Cuando los picos de ansiedad son demasiado altos o persisten a lo largo del tiempo o después de que finaliza la situación que la motivó, puede ser necesario acudir a un profesional especializado y aprender técnicas de relajación o cognitivas que puedan ayudar a reducir la ansiedad y aumentar la sensación de control.

La ansiedad también puede aparecer después de una depresión prolongada, ya que los pacientes pueden estar nerviosos debido a su apatía o falta de actividad. Por el contrario, los pacientes con ansiedad continua pueden deprimirse debido a

los altos niveles de energía desperdiciados en la tensión muscular y el sufrimiento. Así es como llamamos a dos de estas dos consecuencias psicológicas del cáncer las dos caras de una moneda. Es importante entonces pedir ayuda cuando son persistentes y altas.



# FEFOC

**Enric Granados, 111, 2º-2ª.**

**08008 - Barcelona**

**Telf. 93 217 21 82**

**Email: [fefoc@fefoc.org](mailto:fefoc@fefoc.org)**

**[www.fefoc.org](http://www.fefoc.org)**