



EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2019

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO, US TOO Y MALE CARE

Editorial

En la actualidad vivimos una época de una abrumadora información en cáncer. Millones de páginas online, blogs y videos están a la disposición de pacientes, familiares y público en general interesado.

Pero, paralelamente a la desbordante oferta de información, corre cierta desorientación entre los usuarios. ¿Cómo elegir la información adecuada? ¿Cómo entender tantos y tantos términos médicos no siempre bien explicados? ¿Y los nuevos medicamentos que se suceden con una cierta y esperanzadora rapidez?

Desde aquí advertimos a los afectados por el cáncer de próstata a seleccionar con cuidado la información disponible. Quien está detrás de la misma, cuantos años llevan -los informadores- trabajando en el tema en concreto y siempre contrastar una información determinada con otras.

Huyamos también de los remedios milagrosos. Hace años el ilustre presentador de TV, don Ramón Sánchez-Ocaña me dijo: "Usted, modestamente, opina que sabemos poco de cáncer, pero si hay alguien que sabe lo poco que se sabe, estos son los oncólogos".

En efecto, desde aquí reclamamos el máximo respeto y credibilidad hacia los oncólogos, expertos en todas las vicisitudes que rodean el cáncer.

Ante cualquier opinión online, contrástela con su médico. Es el que conoce extensamente y en profundidad su caso y quien le aconsejará debidamente. Desde aquí deseamos expresar nuestro apoyo y reconocimiento de la labor que, con muchas dificultades, llevan a cabo nuestros médicos.

Variación genética en cáncer de próstata (CP) con implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Reseña de FEFOC

Los doctores Nima Sharifi y colaboradores, de la Cleveland Clinic's Lerner Research Institute, publican en JAMA Oncology los resultados de un estudio retrospectivo en 475 pacientes con CP avanzado, dentro de un amplio trabajo en el que se valoraba la eficacia del bloqueo hormonal en combinación con quimioterapia (docetaxel). Para ello, estudiaron la presencia o no en los pacientes de una variante genética, relacionada con la testosterona, la HSD3B1 (1245C). A continuación evaluaron la eficacia del tratamiento según se tuviera o no dicha variante genética.

Los investigadores hallaron que la presencia heredada de dicha variante se asocia con una progresión más rápida de la enfermedad hacia la resistencia al tratamiento y una menor supervivencia global de los pacientes.



Según Sharifi, estos datos pueden proporcionar la base para tratamientos más personalizados y efectivos en CP. En los pacientes con dicha variante genética, podremos buscar y hallar

tratamientos más apropiados, individualizados y efectivos.

En el año 2013, Dr. Sharifi descubrió que la variante HSD3B1(1245C) ayuda a las células cancerosas del CP a evadir los efectos del tratamiento hormonal. Como es sabido, el tratamiento hormonal impide la aportación de la testosterona que, a su vez, estimula el desarrollo y diseminación de las células. En pacientes con dicho cambio genético, las células cancerosas producen sus propios andrógenos, lo que lleva a la resistencia al tratamiento hormonal.

Para Shafiti la incorporación del estudio genético como rutina diagnóstica proporcionará un marco potencial significativo para mejorar los tratamientos y la cantidad y calidad de vida de los pacientes

Los pilotos de combate, ¿tienen mayor riesgo de cáncer de próstata?.

Reseña de FEFOC

Tara Copp y Shirsho Dasgupta del McClatchy Washington Bureau explican que la Air Force está revisando si hay un aumento de riesgo de los pilotos de combate de desarrollar cáncer de próstata (CP).

Este estudio fue requerido por el General David Goldstein, después de que varios veteranos le hicieran llegar su preocupación al respecto. Se advertía de que los pilotos de combate podían estar sometidos a una mayor exposición a la radiación ultravioleta y a la ionizante pero también a la no ionizante

El estudio conducido por la Air Force fue llevado a cabo por el 711th Human Performance Wing at Wright Patterson Air Force Base in Ohio. Este

viene de la página anterior



estudio encontró que los pilotos de combate no tenían más proporción de CP que los no pilotos, aunque dejaban en el aire las posibles limitaciones de su estudio, especialmente en cuanto al acceso de datos y la calidad de los mismos. Con lo que quizás la identificación de casos de CP no había sido completa.

Pero otro estudio, dirigido por McClatchy de la Veterans Health Administration sobre CP en veteranos de la Air Force mostró resultados más severos..El número de dichos veteranos diagnosticados con CP casi se triplicó del año 2000 al 2018, mientras que solo se ha doblado en el conjunto de la comunidad de veteranos en el mismo período, aunque McClatchy no separó los datos obtenidos entre pilotos y no pilotos. Se entiende la preocupación de los veteranos por este tema pero, de momento por lo menos, no hay datos científicos objetivos definitivos a favor de una u otra opción. Una vez más, hay que esperar y ver pero es muy importante que los profesionales y los ciudadanos en general estén alerta de los posibles riesgos de cáncer, tanto de los ya sabidos como de otros que se puedan ir detectando.

Clasificación actual del grado de Gleason en cáncer de próstata.

Reseña de FEFOC

Es bastante conocida la clasificación en grados de agresividad del cáncer de próstata descrita por el doctor Gleason. Para establecerla se basó en la semejanza al microscopio del tejido tumoral con el tejido sano prostático. Cuanto más se parece al tejido sano, el tumor es menos agresivo; por el contrario, cuanto menos se asemeja, es más agresivo.

Gleason estableció 9 grados, que iban del 2 al 10. Se demostró que era una clasificación que se corresponde muy bien con la realidad evolutiva del CP. El patólogo busca, al microscopio, el área donde el cáncer es más evidente y luego busca otra área distinta. A cada una, según su mayor o menor agresividad, le asigna un número del 1 al 5, que sumados establecen el grado de agresividad en cada caso.



Pero esta clasificación ha cambiado al observarse que de 2 a 6 se incluían casos no agresivos, que tenían prácticamente el mismo pronóstico y semejantes posibilidades de tratamiento. Ello estableció tres modalidades: Gleason 6 (bajo riesgo); Gleason 7 (grado intermedio) y Gleason 8_9- 10, (casos agresivos).

viene de la página anterior

Las puntuaciones de 5 o menos ya no se usan. Pero, además, se han añadido algunas modalidades, siendo la clasificación más actual, la siguiente:

-Gleason X: la puntuación de Gleason no se puede determinar. (a veces el patólogo no puede hacerlo).

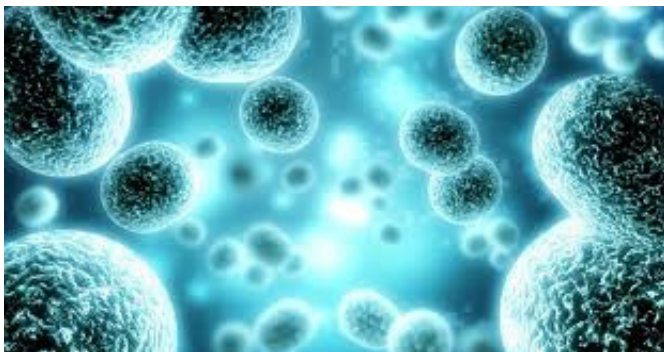
-Gleason 6 o inferior: células tumorales bien diferenciadas, semejantes a las células normales.

-Gleason 7: células tumorales moderadamente diferenciadas, algo similares a las células sanas.

-Gleason 8, 9 o 10: las células son muy distintas que las normales.

O bien se agrupan de un modo simplificado, en el que se establecen los grupos 2 y 3, según predomine, en el estudio al microscopio, el 3 o el 4. En el primer caso (3+4) el tumor es menos agresivo que en el segundo (4+3)- Además se establece el grupo 4, con los Gleason 8, menos agresivos que los 9-10.

- Grupo de grado 1 = Gleason 6
- Grupo de grado 2 = Gleason 3 + 4 = 7
- Grupo de grado 3 = Gleason 4 + 3 = 7
- Grupo Gleason 4 = Gleason 8
- Grupo Gleason 5 = Gleason 9 o 10



Para establecer el pronóstico y decidir la terapia más adecuada en cada paciente, al grado de Gleason se añaden otros parámetros

(PSA, tamaño y extensión del tumor, estudios de imagen, etc).

Concluido el tratamiento de cáncer de próstata

Reseña de FEFOC

Ahora has concluido el tratamiento por cáncer de próstata (CP). Y ahora, ¿qué? Debes tener en cuenta seis grandes temas:

1. Buscar soporte emocional.



El tratamiento de CP es con frecuencia complicado y causa estrés. Los familiares sufren con el paciente, pero este, a menudo, interioriza sus padecimientos. Otros se abren a familiares y amigos. Nos dirigimos a los primeros, los que interiorizan. Para estos les recomendamos que utilicen los grupos de soporte online o los presenciales, como los de FEFOC. El placer de compartir con otros pacientes de CP las vicisitudes, problemas y esperanzas es muy importante para la recuperación total.

2. Alimentación.

Es la hora de la dieta mediterránea, que es un festival de vegetales, frutas, cereales, pescado, clara de huevo, poca carne roja, etc. Todo ello dentro de una dieta bien balanceada y en la que no se excluyan celebraciones extras con

viene de la página anterior

moderación. ¿Es aceptable un vaso de vino tinto en cada comida? Probablemente sí.

3. Ejercicio físico de rutina

Camine con cierta energía al menos media hora al día, gimnasia sueca, bicicleta estática,,,o aquello que usted desee siempre y cuando su médico valore su proyecto y lo apruebe. El ejercicio físico, en este siglo del sedentarismo, es una bendición para la salud, no solo física sino también mental.



4. Salud sexual

Es probable que tenga menor erección o menor deseo sexual. Pero no se desespere. Muchas veces el problema es temporal y se va solucionando con el paso del tiempo. Nuestro organismo necesita adaptarse y superar la nueva situación.

No obstante, si no ocurre así, hable con su médico. Disponemos de pastillas, cremas, inyecciones locales, implantes quirúrgicos. Y, de extraordinaria importancia, hable abiertamente con su compañera! Usted no es culpable de nada vergonzoso. Ha luchado por su vida. Ha pagado un peaje que ahora lucha por recuperar, junto con la persona amada. La recuperación de la actividad sexual es una parte esencial de la calidad de vida.

5. Incontinencia urinaria

Es frecuente después de la prostatectomía, pero en el 95% de casos se recupera antes del año de la cirugía. El 5% restante deben consultar con

su médico, que tiene muchos recursos para solucionar el problema. Con radioterapia sola, la incontinencia es poco frecuente.



6. Cambios respecto al pasado

La vida anterior ha sufrido cambios indudables después del diagnóstico y tratamiento por CP. Usted debe tener paciencia y capacidad de adaptación. Recuerde que el gran psiquiatra Adler definía inteligencia como capacidad de adaptación. La Humanidad ha progresado gracias a la adaptación. Usted deberá encontrar su propio camino, sortear los obstáculos y crear una nueva y positiva vida.

Ante el diagnóstico de cáncer de próstata, ¿informar o no a los demás?.

Dra. Tania Estapé

Como suele ocurrir muchas veces, en el terreno de la información sobre cáncer hemos ido de un extremo a otro. No hace mucho tiempo había la actitud de no informar a los pacientes de su diagnóstico, sobre todo para evitar añadir un sufrimiento, al que ya estaban padeciendo por su enfermedad y tratamiento. Las familias solían estar de acuerdo, sobre todo en los países mediterráneos, donde la red familiar y social es muy potente y ejercía una cierta

viene de la página anterior

protección para amortiguar el golpe emocional al paciente. Pero, como indicamos al principio, vino la influencia de Estados Unidos y países nórdicos y esto fue cambiando, quizás a veces muy rápido pues la cultura mediterránea es bien distinta de las de estos países. No queremos decir que esto fuera algo negativo, y se entiende que hoy en día el pronóstico de muchos tumores ha cambiado y estamos en otra época histórica. Sin embargo, si nos centramos en la ocultación que hacen los pacientes a familiares y amigos. En este sentido el tabú del cáncer también ha actuado como promotor del silencio o del secreto a voces, o el uso de eufemismos como el típico de “tiene un mal feo”, o “lo que tiene es malo”.



Aunque estamos en una nueva era donde parece que la información está aquí en todo y para todos, vemos que en cáncer de próstata, en cierta manera aún se da bastante esta actitud de ocultación. Aparte de la herencia socio-histórica respecto al cáncer, las consecuencias de este cáncer en el hombre refuerzan las dificultades por hablar de él. De hecho, aunque nos pese decirlo, muchas veces se habla en tono peyorativo cuando se quiere ridiculizar el comportamiento de hombres que se hacen mayores con “está prostático”. No es de extrañar que los hombres que ya de por sí, tienen más dificultades para expresar sus emociones, sobre todo cuando implican miedo y fragilidad, tengan la tendencia a esconder a veces hasta a sus seres más allegados que padecen cáncer de próstata. ¿Por qué? Pues porque este significa incontinencia, pérdida de

erección y otras repercusiones que uno imagina que los demás van a relacionar enseguida. En los datos de FEFOC hay una encuesta donde alrededor del 90% de hombres diagnosticados de cáncer de próstata afirmaban esconder a sus familiares y amigos que tenían esta enfermedad. Y nosotros nos preguntamos, ¿implica algo negativo no explicarlo? Vamos a analizarlo por puntos:

1) En un primer lugar aceptemos que la información no es algo estático, sino dinámico. Sabemos que las personas a veces bajo una emoción de ansiedad o miedo podemos vernos impedidos por hablar en voz alta de algo que nos preocupa, “no quiero que sea verdad” dicen algunas personas. A este hecho hay que darle mucha importancia, el proceso psicológico es muy personal e intransferible y tenemos que respetar ese tempo de cada uno.

2) Las personas somos más o menos introvertidas. Hay quienes necesitan explicar y hablar, pero hay quien se siente más cómodo sin expresar sus sentimientos o problemas. El problema está en verse obligado a mostrar una tendencia que no es propia. Hoy en día flota en el ambiente el mantra de que hay que explicarlo, que no hacerlo implica que uno tiene algún problema. Creemos que esto es no entender a la persona en su complejidad. No debemos reducir algo tan complicado a una simple ecuación tipo “si no lo explica es que algo raro pasa con él”.



viene de la página anterior

3) El contexto es muy importante. Quizás un paciente se siente muy incómodo de hablar de su tema en un ambiente determinado, pero lo tiene más fácil en otro. Un ejemplo de ello son los grupos de soporte: pacientes que no hablan de su enfermedad con sus seres más cercanos, a veces se expresan en grupos donde se sienten comprendidos y no juzgados.

En definitiva, apoyamos siempre a cada ser humano en su individualidad. Solo valoramos como inadecuado el paciente que no habla de su enfermedad porque se lo autoimpone o es un tabú, el que reprime sus ganas de explicarlo pero no lo hace por miedo o vergüenza. Siempre que la decisión o actitud del paciente no perjudique a su toma de decisiones sobre el tratamiento o sobre el cumplimiento de acciones relacionadas con su salud física, respetamos a quienes por una razón u otra no hablan de este tema, al igual que respetamos a los que sí lo hacen. Y es bueno irnos acostumbrando a huir de esquemas rígidos de reducir las conductas humanas a lo más simple y básico, de manera que “si no habla de ello es que lo está llevando muy mal”. Respeto ante todo, recursos también, todos los posibles para que el paciente y su familia, si lo necesitan, no se sientan solos.



FEFOC

**Marc Aureli, 14.
08006 - Barcelona
Telf. 93 217 21 82
Email: fefoc@fefoc.org
www.fefoc.org**