



EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2019

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO Y US TOO

Editorial

Cientos, por no decir miles, de ensayos clínicos se llevan a cabo en todo el mundo para el progreso de la Oncología. Tanto el cáncer de próstata como el de testículo, especialmente el primero, llaman cada vez más la atención de los investigadores. Y la preferencia por el primero es lógica: quedan muchos enigmas por descifrar.

En cambio, en cáncer de testículo se ha logrado el avance más importante en el tratamiento de los tumores llamados sólidos, es decir, los no relacionados en su origen con las células sanguíneas. El 95% de pacientes con cáncer de testículo germinal curan. Pero, una vez más, los tratamientos son demasiado agresivos. Los estudios genéticos van a permitir, poco a poco, subclassificar el cáncer de testículo, de tal

manera que, en un futuro no muy lejano, se puedan elegir, objetivamente, los pacientes que pueden ser tratados menos agresivamente.

En cáncer de próstata nos queda un largo camino por recorrer. Cierta es la gran curabilidad de los casos localizados como también lo es la no curabilidad de los casos extendidos y de los resistentes a la castración. En este apartado debemos señalar la disposición de medicamentos de segunda línea que retrasan la progresión de la enfermedad o la detienen. Y también los primeros ensayos con inmunoterapia, nueva estrategia prometedora.

Genética y genómica del cáncer de testículo.

Reseña de FEFOC

Un nuevo estudio, de la Universidad de North Carolina Lineberger Comprehensive Cancer Centre, ha permitido conocer las características genéticas y genómicas del cáncer de testículo germinal (CT). Los investigadores analizaron 137 casos de CT en busca de mutaciones potenciales y otras alteraciones moleculares. Consiguieron hallazgos que en lo futuro permitirán facilitar decisiones terapéuticas y ayudar a monitorizar a los pacientes para detectar si el CT ha recidivado.



En concreto detectaron micro RNAs que podrán utilizarse para detectar los diferentes tipos de CT y si ha recidivado. Ello posibilita un mejor conocimiento de las características moleculares de los diferentes subtipos histológicos de los CT germinales, según expresó la doctora Katherine Lineberger.

El CT es un cáncer poco frecuente y está considerado con el más curable de todos los tumores sólidos, con el 95% de pacientes vivos a los 5 años del diagnóstico. Pero el tratamiento, basado en el quimioterápico cisplatino, es agresivo. Los hallazgos moleculares permitirán clasificar mejor a los pacientes y evitarles en lo

posible a algunos de ellos la agresividad de la quimioterapia como el defecto, si se utilizaran tratamientos menos agresivos pero no suficientemente eficaces.

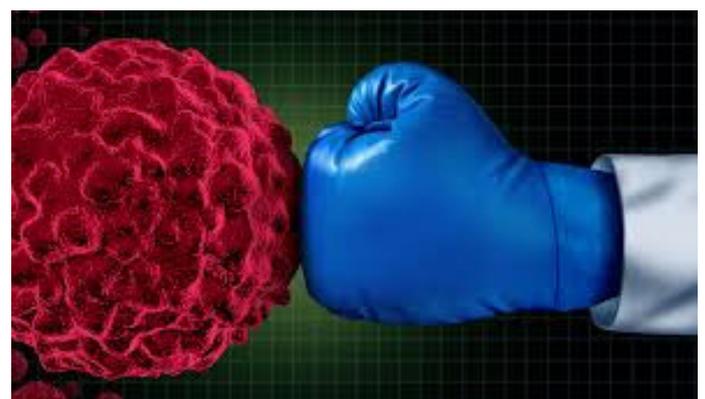
Inmunoterapia en cáncer de próstata.

Reseña de FEFOC

La inmunoterapia es una modalidad de tratamiento que utiliza el propio sistema defensivo o inmunitario de la persona a tratar para que dicho sistema mate las células cancerosas. En la actualidad muchos centros destacados investigan diversas líneas de inmunoterapia. Una de ellas ha avanzado notablemente y la segunda está en curso:

1) **Vacunas.** Se ha aprobado Provenge, compuesta de células inmunes del propio paciente, estimuladas previamente para ir contra la proteína conocida como PAP o fosfatasa ácida prostática. Provenge se diseña para cada paciente. Para ello se le practica una leucoféresis o extracción de un número determinado de leucocitos, que se remiten a la planta donde se elaboran las vacunas. Las células activadas volverán a ser introducidas en el paciente.

No se conoce del todo el mecanismo mediante el cual actúa esta vacuna.

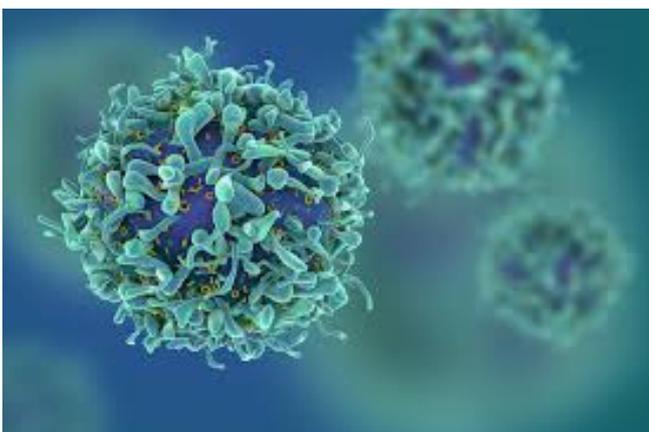


viene de la página anterior

Los estudios realizados muestran que mejora la supervivencia de algunos pacientes pero no reduce el nivel de PSA por lo que Provenge se suele asociar a otros tratamientos contra el CP. Sus médicos son los únicos que pueden indicarle si le puede o no ser útil este tratamiento inmunoterápico.

2) **Prembolizumab (Keytruda)**, puede ser un medio efectivo para tratar CP resistente al tratamiento hormonal, según un estudio preliminar de la Oregon Health and Science University Knight Cancer Institute. El doctor Graft, líder del trabajo, opina que es posible que Keytruda, que bloquea un receptor, PD-1, situado en la superficie de las células inmunes, permita que estas reconozcan y destruyan las células cancerosas del CP. Anteriormente Keytruda había demostrado ser activo en melanoma y cáncer de pulmón, pero no en CP. Graft y colaboradores lo estudiaron en 10 pacientes con CP resistente y tuvieron algunos resultados positivos.

En efecto, tres de los 10 primeros participantes respondieron con disminución del nivel de PSA, algunos hasta cifras indetectables. Los tres pacientes permanecieron sin progresión de la enfermedad según la última comunicación y dos de ellos obtuvieron una disminución del tamaño tumoral y de sus síntomas.



Ahora se intenta llegar a tratar a 58 pacientes con CP resistente a la castración para tener una perspectiva más ajustada de la posible efectividad de Keytruda en CP.

Historia familiar y genética.

Reseña de FEFOC



© CanStockPhoto.com - csp65320064

El doctor Heather Cheng, de la Universidad de Washington, Escuela de Medicina, opina que la historia familiar, como factor de riesgo para desarrollar cáncer de próstata (CP) debe ampliarse. Según Chenk se ha demostrado la relación entre CP y cánceres de mama, ovario y páncreas en sus familiares femeninas.

Al estudiar la historia familiar de una persona con riesgo de CP también deben estudiarse los antecedentes, en ambos lados de la familia, de quienes tuvieron cáncer, no solo CP.

Esto no significa que una persona con estos antecedentes vaya a tener cáncer pero sí que

viene de la página anterior

aumenta su riesgo. Y esta información les permitirá ser más proactivo.

La historia familiar puede ayudar también a informar cuando una persona debe practicarse la determinación del PSA. Ya es sabido que en la actualidad no se recomienda la práctica global del PSA, por las grandes contradicciones que su uso ha creado, en especial en forma de tratamientos a veces excesivos. Pero puede ser un factor en favor de determinar el PSA si se ha detectado alguna mutación genética o la persona en concreto tiene una historia familiar con cáncer de mama o de ovario en algún familiar joven.

Un dato importante: según Jonathan Simons, de la Prostate Cancer Foundation, de los 187 cánceres humanos es el CP el más heredado, como se ha sabido en los dos últimos años. De tal manera que el urólogo debe convertirse en una especie de "consejero genético".

Quimioterapia en cáncer de próstata

Reseña de FEFOC

La quimioterapia utiliza medicamentos no hormonales que destruyen células cancerosas. En cáncer de próstata (CP) se utilizan cuando el cáncer se ha extendido más allá de la próstata y, aunque a veces se asocia quimioterapia y hormonoterapia, lo habitual es que la quimioterapia se aplique cuando la hormonoterapia ya no funciona.

Si bien quimioterapia no cura definitivamente el CP extendido, puede disminuir los síntomas producidos por la enfermedad y prolongar la vida del paciente. Por tanto, pese a la mala



prensa que en general tiene la quimioterapia en cualquier tipo de cáncer, es cierto que su uso racional tiene hoy en día un lugar en CP.

Así destaquemos algunos datos conocidos e importantes:

- 1) Los quimioterápicos aprobados para el tratamiento del CP avanzado son Docetaxel (o taxotere) y Cabazitaxel(Jevtana).
- 2) Ambos pueden prolongar la supervivencia, disminuir el dolor y aumentar la calidad de vida.
- 3) En la actualidad la opción prioritaria de quimioterapia en CP es la asociación de Docetaxel con Prednisona, en pacientes con metástasis y resistentes al tratamiento hormonal.
- 4) Esta terapéutica también puede ser efectiva para prolongar la vida en pacientes con masas tumorales grandes, detectadas en el momento de iniciar tratamiento hormonal. En este caso, ambos tratamientos juntos, hormonal y quimioterápico, pueden ser efectivos.
- 5) La quimioterapia aplicada inmediatamente cuando se detecte dolor es efectiva para prevenir la diseminación del cáncer a otras localizaciones.
- 6) Muchos pacientes con enfermedad extendida pueden obtener con quimioterapia mejoría tanto en la disminución

viene de la página anterior

del dolor como en la mejoría de su calidad de vida, si se les compara con otros que no reciben este tratamiento.

La PSAITIS: una fuente de ansiedad en cáncer de próstata

Dra. Tania Estapé

El PSA es un marcador (en inglés: Prostate Specific Antigen), relacionado con el cáncer de próstata, que se utiliza tanto para personas que no padecen la enfermedad pero que por diversos factores precisan un seguimiento como medida de detección precoz, como para aquellos hombres que han pasado la enfermedad y en sus visitas de control pasan por el test para tener información sobre cualquier posible variación en sus niveles. Nos referiremos ahora a éstos últimos: el control del PSA ha llevado a grandes niveles de ansiedad en los hombres afectados, por el miedo a la recaída. Esta ansiedad es muy específica de esta situación y lleva a muchos pacientes a querer ejercer un control exhaustivo de los niveles, incluso dibujando gráficas para seguir milímetro a milímetro las variaciones que puedan haber. Tal es así que en inglés se denomina a este sufrimiento por los resultados de la prueba PSA Anxiety (ansiedad del PSA) o, intentando poner un tono de humor jugando con las siglas, se denomina que es una prueba “to Promote Stress and Anxiety (para promover Estrés y ansiedad)”. En nuestro idioma lo denominamos “psaitis”. Consiste en una ansiedad muy concreta que se dice que incluso va paralela a los resultados del PSA. El paciente está esperando cual se espera una sentencia un resultado que le puede cambiar la vida. La espada de Damocles, que se ha usado como símil en el enfermo con cáncer de lo que significa el miedo a la recaída, es más que nunca bien patente sobre su cabeza cuando se ha realizado

el análisis y espera. La ansiedad tiene un gran referente fisiológico que en este caso es agudo, como sudoraciones, taquicardias, temblores y sensación de calor. También, a nivel conductual, pueden darse las llamadas comprobaciones, pues la ansiedad hace que uno esté más pendiente de cualquier molestia o cambio corporal. El paciente puede interpretarlo como un signo de que el cáncer está volviendo (por ejemplo: pensar que uno ha sentido una molestia al orinar, y, al prestar más atención se tensa la zona y aún se nota más dolor, lo que hace un círculo cerrado, pues el paciente se pone más ansioso y aún nota más dolor...)



A nivel de pensamientos, éstos suelen ser anticipaciones negativas con fantasías de lo que pasará si el resultado indica una recurrencia de la enfermedad. Los más comunes son: “no podré resistirlo”, “y si esta vez no lo supero”, “qué va a decir mi familia...”. En la mayoría de los casos esto vuelve situarse en su nivel normal (un paciente con cáncer siempre tienen momentos de recuerdo y miedo a la recaída), cuando los resultados son negativos (no hay muestra de reaparición del cáncer de próstata). Pero hay un grupo de pacientes cuya tranquilidad es muy breve y enseguida empieza el sufrimiento por si en realidad “se han equivocado”, o “si no le estarán ocultando algo”...En cuanto a aspectos más conductuales, que son acciones como por ejemplo las comprobaciones: ir al baño a menudo a esforzarse por orinar para ver si hay algo

viene de la página anterior

diferente, o palpase la zona baja de la espalda por si hay una metástasis (lo cual lleva a la paradoja que, de tanto palpase, la zona enrojecza y si se miran al espejo o piden a un familiar que mire si ven algo raro, realmente ¡está rojo! Y empieza el círculo otra vez pues se interpreta como que algo está pasando).

Ante la espera de resultados, es difícil poder hacer un tratamiento psicológico, pues es una ansiedad muy coherente a la situación y muy elevada, que impide una reflexión y el seguimiento de pautas concretas. Pero fuera de ese período concreto se puede atender a profesionales especializados, que ayuden al paciente estar más relajado y a vivir tolerando la incertidumbre. Se pueden aprender técnicas de relajación, pero lo más importante es aceptar el miedo cuando viene por algo real, como puede ser la posibilidad de recurrencia del cáncer. En el otro tipo de pacientes, cuyo miedo interfiere seriamente en su calidad de vida, hay programas para poder aprender a convivir con ello, manteniéndolo en un nivel tolerable que ayude al paciente y su familia a disfrutar de la vida.



FEFOC

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