



EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2020

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

Editorial

Entre la lógica preocupación por los estragos mundiales de la pandemia, no caigamos en la tentación de la “Ventana de Overton”, a la que hemos aludido varias veces y veamos otras ventanas que también se abren, por ejemplo, en cáncer de próstata.

En efecto, destaquemos, en primer lugar, que se amplían las indicaciones de la vigilancia activa en cáncer de próstata (CP), precisamente por las aplicaciones de un test genómico, el Oncotype, que muestra por primera vez que, dentro del terreno de los CPs de riesgo intermedio y desfavorable (por tanto, hasta ahora, alejados de la vigilancia activa), aquellos con un test con score bajo pueden ser considerados para la misma.

Veremos los resultados. Junto con la inmensa promesa de la terapia focal con laserterapia, quizás iremos despejando el ominoso panorama de tratamientos excesivamente agresivos.

Un antiandrógeno, la enzalutamida, muestra su eficacia en la disminución de la mortalidad y el aplazamiento de la presencia de metástasis. Otro antiandrógeno, la abiraterona, tendrá pronto una nueva presentación farmacológica, diluido en aceites, con lo que mejorará mucho su absorción y probable eficacia.

Y en cuanto a diagnóstico, un grupo selecto de investigadores de Birmingham han conseguido detectar unos azúcares (cuatro glicanos), como ejes específicos del diagnóstico precoz del CP.

También en vigilancia activa, destacamos la novedad acerca de la necesaria consideración de los familiares de los pacientes que eligen esta modalidad en cáncer de próstata localizado.

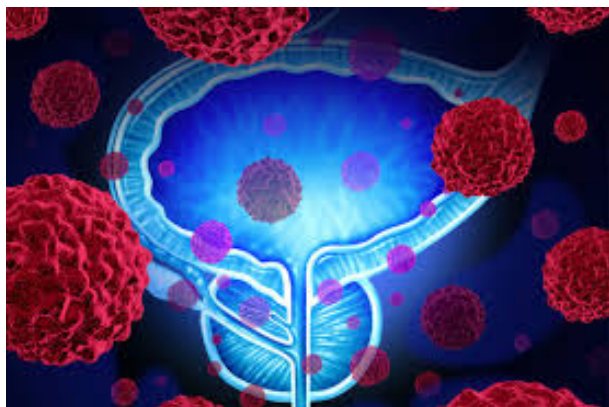
Es evidente que nuestra ventana está repleta de frutos positivos.

Enzalutamida disminuye el riesgo de muerte en cáncer de próstata resistente a castración

Reseña de FEFOC

Se han publicado los resultados del ensayo clínico denominado PROSPER en el que se comparó enzalutamida más bloqueo hormonal total (BHT) frente a placebo (sustancia sin actividad farmacológica) más BHT, en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración y sin metástasis (CPrsm).

El primer grupo (el que recibió enzalutamida), vio reducido su riesgo de muerte en un 27%. La duración mediana de la supervivencia global fue de 67 meses en dicho grupo por 56,3 meses en el segundo.



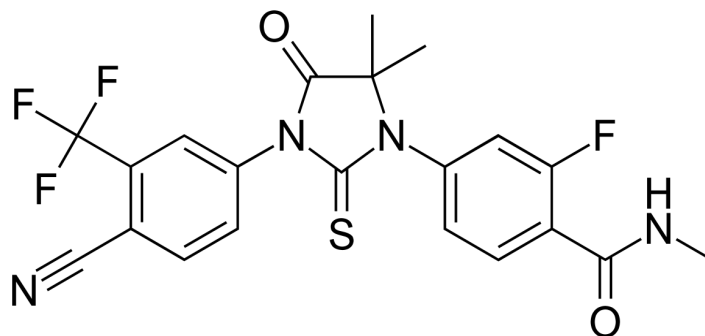
El estudio fue dirigido por el doctor Maha Hussain, del Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago (M.H.), y Astellas Pharma, Northbrook (D.P., A.K.), ambos en Illinois (Chicago, USA). La publicación fue online en The New England Journal of Medicine y se ha presentado en el programa científico virtual del Congreso Anual ASCO 2020.

Se incluyeron a 1401 pacientes con CPrsm, con un rápido aumento de su PSA y alto riesgo de presentar metástasis. La hipótesis de trabajo fue que la enzalutamida, medicamento antiandrogénico ya conocido por prolongar la supervivencia global en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración, pero ya con metástasis, podría retrasar la aparición de metástasis en hombres sin las mismas, pero con un PSA aumentando rápidamente.

Para los autores es destacable el hecho de que la asociación de enzalutamida al BHT produjo una significativa disminución del riesgo de desarrollar metástasis o muerte, comparado con el grupo BHT más placebo.

El cáncer de próstata resistente a la castración ya con metástasis es una situación clínica grave, con una supervivencia mediana aproximadamente de 3 años. Intentar retrasar la aparición de metástasis puede producir un aumento de la supervivencia de los afectados y de una mejor calidad de vida. Los resultados del estudio PROSPER así lo señalan.

Enzalutamida fue aprobada en 2012. Sus efectos secundarios más frecuentes que, en general puede producir, son: fatiga, diarrea, sofocaciones, fragilidad ósea, caídas, alteraciones en la memoria. Un 0,9 de pacientes tratados con enzalutamida presentaron crisis de tipo epiléptico; todas se resolvieron bien.



Nueva y más efectiva formulación de Abiraterona

El doctor Schultz y colaboradores de la University of South Australia publican en el International Journal of Pharmaceutics, los resultados de la creación de una nueva fórmula farmacológica de abiraterona.

Abiraterona, es un nuevo medicamento hormonal en el arsenal del tratamiento del CP. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de CYP17A1, un enzima que se encuentra en testículos, glándulas suprarrenales y próstata. El CYP17A1 es esencial para formar precursores (sustancias previas) a la formación de testosterona. Su inhibición mediante abiraterona disminuye la producción de testosterona.

En 2011 se aprobó su uso, junto con prednisona, en pacientes con CPRnm (cáncer de próstata resistente no metastásico) y CPRm (cáncer de próstata resistente y metastásico). Se suele añadir al TH habitual. Se toma por la boca. Hay discusiones respecto a si hay que ingerirlo en ayunas o si, durante la comida, en este segundo caso, a menor dosis.

En general es un medicamento bien tolerado, que puede disminuir el nivel de PSA y aumentar la supervivencia. Sus efectos secundarios más destacados son cansancio, hipertensión arterial y alteraciones en el ionograma (que mide el nivel de electrolitos o minerales con carga eléctrica que regulan muchas funciones del organismo humano).

La nueva presentación de Abiraterona aumenta, según Schultz y colaboradores, en un 40% su efectividad. En la misma, se utiliza una formulación con abiraterona disuelta en un aceite específico y encapsulada en micropartículas porosas, formando un polvo que puede convertirse en pastillas o introducida en cápsulas.

Ello permite disminuir la dosis por tableta de 1.000 miligramos a 700, sin necesidad de ayuno (que en la presentación clásica de Abiraterona se indica para intentar facilitar su absorción), de dos horas previas y una hora después en la antigua presentación.

En la nueva presentación desaparecen dos efectos secundarios de la anterior presentación, como son el dolor de articulaciones y la diarrea.

Los autores explican que la mayoría de los medicamentos son poco solubles en agua, por lo que, una vez ingeridos por el paciente, entran en el intestino, pero solo se disuelven un 10%, dejando sin utilizar el restante 90% que, simplemente, es eliminado.

Con la nueva presentación, los aceites imitan los efectos farmacológicos de los alimentos, aumentando significativamente la solubilización y absorción del fármaco, haciéndole más efectivo y menos invasivo, al disminuir la dosis necesaria.

Ahora se llevarán a cabo los ensayos clínicos adecuados para comprobar estos datos que, probablemente, se podrán extender positivamente a otros muchos medicamentos.



¿Aumentan las indicaciones de la vigilancia activa?

Reseña de FEFOC

El 16 de junio Exat Sciences Corporation anuncia la publicación en la revista *Urology*, mediante un estudio dirigido por la doctora Jennifer Cullen, Associate Director of Cancer Population Sciences at the Case Comprehensive Cancer Center in Cleveland, en el que se demuestra que el Oncotype DX Genomic Prostate Score es un factor independiente con gran fuerza de predicción de los resultados clínicos en pacientes con cáncer de próstata (CP) de pronóstico intermedio desfavorable.

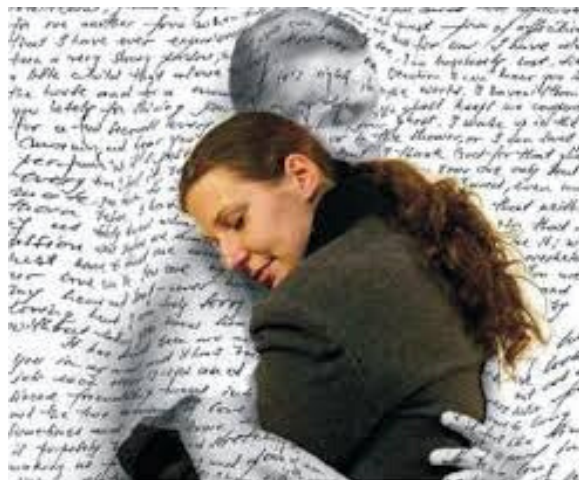
Es sabido que los pacientes con CP con pronóstico de riesgo muy bajo, bajo o intermedio favorable ya pueden elegir entre vigilancia activa o tratamiento, los pacientes con CP de riesgo intermedio desfavorable se veían frecuentemente encaminados al tratamiento (prostatectomía o radioterapia) y generalmente excluidos de la vigilancia activa.

Ahora las cosas han cambiado favorablemente: el Oncotype DX puede ayudar objetivamente a los pacientes con riesgo desfavorable a elegir incluso la vigilancia activa.

El estudio de la doctora Cullen incluyó a 299 pacientes con CP de riesgo intermedio, de los cuales 175 fueron clasificados como de riesgo desfavorable. El Oncotype utiliza un score que va de 0 a 100. A partir de 40 y para arriba, el pronóstico se va haciendo cada vez peor.

Los resultados de la doctora Cullen mostraron que los pacientes con Oncotype superior a 40 tenían enfermedad de alto riesgo y un pronóstico pobre, indicando que precisaban tratamientos agresivos.

En cambio, aquellos con Oncotype inferior a 40 tenían un riesgo similar a los CP con riesgo intermedio favorable, con lo que podrían recibir tratamientos menos agresivos. Los pacientes y familiares dispondrán ahora de una nueva herramienta antes de elegir su tratamiento. Estudios clínicos posteriores nos demostrarán si estamos acertados al proponer que todos ellos se determinen su Oncotype score antes de decidir su tratamiento inicial.



Un nuevo test de azúcares complejos puede ayudar a detectar mejor el cáncer de próstata

Reseña de FEFOC

La profesora Paula Mendes, de la University of Birmingham's School of Chemical Engineering y colaboradores publican en la revista *Advanced Functional Materials* los resultados de un test que utiliza la identificación de unos azúcares en sangre, denominados glicanos, que permitiría una detección precoz y efectiva del cáncer de próstata (CP).

Los glicanos se unen a moléculas de PSA y presentan sutiles pero distinguibles cambios cuando hay un cáncer en el organismo.

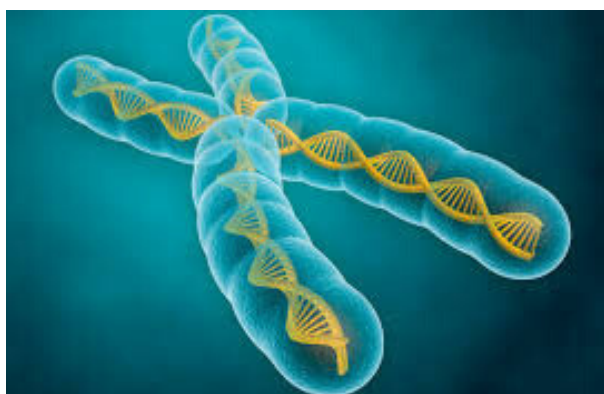
viene de la página anterior

Los investigadores de Birmingham han desarrollado una técnica que identifica glicanos asociados a cáncer de una manera absolutamente sin precedentes.

La nueva técnica determina glicanos de un modo muy específico. Una molécula de PSA puede tener hasta 56 azúcares diferentes adjuntos unidos a la misma, pero solo cuatro de ellos están asociados al CP. Con el test actual se pueden identificar estos cuatro glicanos.

Pero no solo pueden identificar si hay un CP sino también su agresividad o falta de ella.

Los investigadores creen que se podrá utilizar en clínica dentro de un año. Puede significar un avance sensacional, dadas las inconsistencias del actual análisis de PSA.



El papel de la familia ante la vigilancia activa

Dra. Tania Estapé

Cuando un paciente con cáncer de próstata opta por la vigilancia activa se desencadenan una serie de reacciones en sus seres queridos que, a veces, pueden incluso llegar a revertir la decisión. Es lógico por parte de los familiares de los pacientes pensar que lo mejor es la cirugía. Es el tratamiento mejor entendido y aceptado por la población general, pues es el que se relaciona con erradicar el cáncer del organismo. Por ello la opción de la vigilancia activa, aunque tienen muchas ventajas demostradas, es compleja de asumir, pues es como “no hacer nada”, y esto con todas las connotaciones que tienen el cáncer, es muy duro de aceptar y comprender. Con ello no queremos decir que no pueda entenderse, sino que desde el punto de vista racional es lógico, pero no desde el punto de vista emocional. Años de tabú del cáncer, de asumir que cuanto antes se elimine del cuerpo mejor, para evitar que se disemine, están detrás de esta actitud emocional.

Algunos estudios muestran que la familia puede presionar al paciente para que opte por operarse. Esto tiene el sentido de querer lo mejor para él. Es difícil convivir sabiendo que el paciente lleva dentro el tumor. Como decía un paciente “me levanto cada mañana sabiendo que tengo el cáncer dentro”. Esto interfiere mucho en la calidad de vida del paciente y por ende de su familia. Es difícil vivir con la incertidumbre provocada por este hecho.

viene de la página anterior

Algunos estudios muestran que los pacientes se han sentido presionados por su familia para optar por la cirugía, radioterapia o cualquier tratamiento activo. Algunos reportan, por ejemplo, que su pareja les insiste cada día sobre cuando piensan empezar el tratamiento. En otros casos, la presión es no verbal, la familia no comenta nada en voz alta, pero expresa de una manera u otra, la tensión e incertidumbre de vivir con el cáncer en "casa". También en entrevistas con pacientes que pudieron optar por la vigilancia activa y se trataron se ha detectado como uno de los primeros factores citados para decidirse. Explican que su familia se hubiera disgustado o angustiado mucho si ellos no se hubieran hecho un tratamiento activo.



Aunque cada vez más la vigilancia activa se erige en una opción sólida y el porcentaje de pacientes candidatos a ella que la prefieren en algunos países es cada vez más alta, aún quedan aspectos que debemos mejorar. Los pacientes y sus familias deben recibir una información muy adaptada al caso que impida hacer un equivalente a no hacer nada, sino que es una opción con muchas ventajas cuando es posible. Hay que explicar bien que no es dejar de recibir tratamiento, sino una manera diferente de enfocar el seguimiento de ese cáncer, proporcionar espacios para dar recursos a esa familia, para poder reducir la ansiedad y tener muy claro que van a recibir apoyo y ayuda.

Es necesario empezar a pensar en grupos de soporte donde los pacientes sean aquellos que están bajo esta opción o al menos que no sea solo uno, pues cuando van a los grupos de soporte con su pareja, les aumentan las dudas sobre la decisión tomada. Si el resto del grupo habla de las consecuencias de su tratamiento, como es lógico, el paciente que ha preferido la vigilancia activa, se siente solo y aislado. Es posible que, si su mujer le acompaña al grupo, pueda volver a presionarle con que es mejor hacer lo que han hecho los demás.



FEFOC

Marc Aureli, 14.

08006 - Barcelona

Telf. 93 217 21 82

Email: fefoc@fefoc.org

www.fefoc.org