



We Are Victors

EL JARDIN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2021

Directores: Profesor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.

EDITORIAL

La doctora Alicia Morgans, del Dana Farber Institute en Boston nos ha maravillado con su planteamiento del tratamiento del cáncer de próstata. En efecto, aparte de las novedades terapéuticas en casos avanzados, da una lección de cómo compartir las decisiones terapéuticas con las preferencias de los pacientes. En el terreno en que ahora nos movemos, el de la Medicina personalizada, es evidente que el paciente debe tener un papel creciente en las decisiones que afectan a su calidad de vida. Y para ello, elegir, dentro de lo posible, como quiere vivir su vida.

Por otra parte, subrayar que creemos profundamente en la necesidad de conocer los antecedentes del cáncer de próstata y por ello hoy exponemos una síntesis de la evolución histórica de su tratamiento quirúrgico, lo que seguiremos en números sucesivos con radioterapia, etc.

La Doctora Cristiane Bergerot, psicooncóloga en el Centro multidisciplinario de cáncer en Brasilia, Brasil y miembro de la Junta Directiva de la International Psycho Oncology Society y colaboradores.

Asimismo, recogemos un caso del impacto del diagnóstico de la recidiva bioquímica en una pareja de hombres de otra condición sexual, uno de ellos con cáncer de próstata.

Añadimos más conocimiento al importante tema de la vigilancia activa y, finalmente, reseñamos una gran novedad: en efecto, EUROPA UOMO ha elegido por votación y por primera vez en su historia a un miembro femenino en su Board, nuestra psicóloga doctora Tania Estapé.

Es un orgullo para FEFOC y una importante apertura de EUROPA UOMO no solo por el sexo del nuevo miembro sino, más aún por su calidad de psico-oncóloga, que añade una importante esfera de conocimiento a las importantes actividades de la organización europea.

NUEVAS ESTRATEGIAS EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

La doctora Alicia Morgans es Uro-Oncóloga y directora del programa de supervivientes en el Dana-Farber Cancer Institute, en Boston. Llama mucho la atención que incluya las preferencias y pensamientos de los pacientes en sus decisiones clínicas. Ha investigado mucho las complicaciones y efectos secundarios de las terapias actuales en casos avanzados de cáncer de próstata (CPa).

Corroborando su inquietud y dedicación a la problemática de estos pacientes, ha sido, hasta 2016 Presidenta del comité de médicos de ZERO, organización sin ánimo de lucro dedicada a la información y al soporte de pacientes con CP.

De un artículo en Targeted Therapy hemos extraído algunos de sus importantes puntos de vista acerca de la hormonoterapia, otras opciones y la metodología para elegir el tratamiento apropiado en CPa.

1) En el pasado solo disponíamos de la hormonoterapia basada en la deprivación de testosterona (DT). Hoy el panorama ha cambiado y tenemos varias opciones. Por ello es esencial que los médicos tengamos largas conversaciones con los pacientes tratando de identificar qué es lo que cada paciente prefiere.

2) No obstante, si bien disponemos de varias opciones, la DT sigue siendo la espina dorsal del tratamiento, sea mediante su intensificación o su asociación con otras opciones (quimioterapia, inmunoterapia, terapias dirigidas o radiofármacos), incluso aplicadas en estadios precoces de la enfermedad avanzada.

3) Elegir el tratamiento se basa en guías que responden a la gran pregunta: ¿De qué disponemos que pueda mejorar la supervivencia y la calidad de vida de este paciente? Lo primero es, lógicamente, saber las opciones médicas que pueden ser beneficiosas para este paciente en concreto.

A continuación, se trabaja con el paciente para conocer sus preferencias. Uno puede preferir un tratamiento intravenoso, otro uno de oral o evitar determinadas complicaciones. Otros pueden preferir la mayor agresividad terapéutica, porque quiere atacar al máximo al cáncer.

Ahora debemos pensar en la o las localizaciones del cáncer y sus características clínicas. ¿está en el esqueleto o en los ganglios o en el hígado? ¿Crece lenta o rápidamente? ¿Qué complicaciones está causando?

Generalmente usamos alguna forma de intensificación de la DT, mediante su asociación con otras opciones. Y seguimos muy de cerca a los pacientes, porque las cosas cambian a veces día a día.

4) Cuando el CP se vuelve resistente a la DT intensificada, ya se deben tener hechas las previsiones, especialmente si pensamos utilizar los inhibidores de PARP (poli ADP ribosa polimerasa, un enzima del que varios cánceres son dependientes por lo que sus inhibidores tienen un importante potencial en el tratamiento del cáncer), que precisan un estudio genético previo para saber si el paciente es sensible a dichos inhibidores. De hecho, lo mejor es que inmediatamente que un enfermo con CP desarrolla metástasis ya hay que realizar el estudio genético para ya saber en avance si será o no sensible a los inhibidores PARP.

5) Otra prueba que recomienda de entrada es el test somático, en el que se determinan los genes de reparación de ADN, siendo los más importantes, en CPa. BRCA y, BRCA1. Con ambas pruebas test disponemos de datos preciosos para la medicina de precisión y la elegibilidad para nuevos ensayos clínicos así como los que sugieren el CP hereditario (en cuyo caso los familiares tienen la oportunidad de un screening y un diagnóstico muy precoz y, con la esperanza de la curación de un cáncer que apenas han comenzado su desarrollo).

(sigue en la pág.3)

(Viene de la pág.2)

6) La combinación de dichos test y los tratamientos dirigidos a blancos concretos en la célula cancerosa se están imponiendo en el tratamiento del PCa. Especialmente pembrolizumab (anticuerpo o proteína que anula al receptor celular PD1, responsable de que nuestro sistema inmunitario no ataque a las células cancerosas). y los inhibidores de PARP, se utilizan cada vez más precozmente.

7) Todo ello hace prever que los avances en CPa van a ser enormes. Mejorará la esperanza de vida y su calidad. Hace poco supimos que lutecio/PSMA, dentro del ensayo denominado VISION, prolongaba la supervivencia sin progresión radiográfica. En cuanto a combinación de medicamentos, la de DT con docetaxel y abiraterone en pacientes con enfermedad metastásica de mucho volumen y sensible al tratamiento hormonal prolongaba la supervivencia de los pacientes que solo recibieron DT y docetaxel. Otro ensayo importante, cuyos resultados estamos esperando, sustituye abiraterone por enzalutamida.

8) Hay muchos estudios, pero con una cosa en común: el interés por encontrar nuevos tratamientos, nuevas combinaciones y nuevos caminos para ayudar a los pacientes para que vivan más y mejor.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA (CP) (I)

En la Historia de la Medicina, el CP se conoce desde muy antiguo. En el esqueleto de un rey ruso se halló el primer caso, con una antigüedad apreciada de 2.700 años. Pero el mejor conocido es el de una momia egipcia, con una antigüedad de 2.200 años.

Estudiado en el Museo Arqueológico de Lisboa, la momia correspondía a un varón entre 30 y 40 años, con CP y probables metástasis en los huesos.

Ya en 1536, el especialista veneciano en anatomía humana, Niccolo Massa, describió la próstata, que fue ilustrada dos años más tarde por Andreas Vesalius.

No fue hasta unos 300 años más tarde, 1853, cuando tenemos la primera descripción más objetiva del CP, por parte del entonces cirujano del London Hospital, doctor J. Adams, cuya aportación efectuó mediante un estudio al microscopio. Para Adams se trataba de una enfermedad muy rara.

Cirugía. En 1867, en Viena, el gran cirujano Theodor Billroth (nacido en Prusia), fundador de la cirugía abdominal y músico aficionado, muy amigo de Johannes Brahms, se introdujo en un territorio casi desconocido, al practicar la primera prostatectomía (extirpación de toda la próstata) radical perineal por CP, mediante una incisión en el periné (piel entre el escroto y el ano).

En USA, la primera prostatectomía, fue practicada por el doctor William Belfield, en 1885, en el Cook County Hospital, Chicago.

En 1904, los doctores Hugh H. Young (denominado padre de la urología americana) y William Stewart Halsted (este el precursor de la cirugía moderna en cáncer de mama), realizaron en el Johns Hopkins Hospital, prostatectomías radicales y perineales.

En 1945, el urólogo irlandés doctor Terence Millin, aportó la prostatectomía radical retro púbica.

El doctor Walsh, del Johns Hopkins Hospital, revolucionó en 1982 la cirugía del CP, al introducir una modalidad quirúrgica en la que no se seccionan los haces neurovasculares («nerve sparing surgery»), esenciales para la erección.

El doctor Walsh es conocido por su trabajo pionero en lo que se llama “la aproximación anatómica a la prostatectomía radical”. No seccionados los paquetes neurovasculares, se reduce la probabilidad de impotencia e incontinencia secundarias a la prostatectomía radical clásica.

(sigue en la pág.4)

(Viene de la pág.3)

Jason Engel, de la George Washington University, fue el primero en practicar, en 2004 una prostatectomía robótica. Utilizó un sistema denominado Da Vinci en el que los instrumentos utilizados para la prostatectomía se mueven como muñecas humanas, ofreciendo todas las funciones de la mano. Proporciona las ventajas de la laparoscopia, pero con incisiones menores, menor pérdida de sangre, una magnificación del campo operatorio y una recuperación más breve del paciente.



*Del libro “Cáncer de próstata en heterosexuales, gay y bisexuales”, de J. Estapé y Tania Estapé

MIEDO A LA RECAIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

La Dra. Cristiane Bergerot es psicooncóloga en el Centro Multidisciplinario de Cáncer en Brasilia, Brasil y miembro de la Junta Directiva de la International Psycho Oncology Society. La Dra. Bergerot, junto con los doctores Stephen B Williams del St. Joseph Hospital, Orange y el Dr. Zachary Klaasen the The Princess Margaret Hospital han publicado una editorial sobre el problema del miedo a la recaída en pacientes con cáncer de próstata localizado.



Dra. Cristiane Bergerot

Este artículo ha sido publicado en la revista Cáncer en el mes de agosto. Se han basado en el estudio del Dr. Meissner y colaboradores. Estos han Evaluado a los pacientes a nivel psicológico en dos puntos temporales (2010 y 2019), utilizando el cuestionario de miedo a la recaída (un test creado a tal fin, en su versión breve), el cuestionario de salud del paciente (denominados PHQ2 y PHQ4) y el trastorno de ansiedad generalizada (GAD2), es decir mantener niveles de ansiedad moderados a altos de forma permanente a lo largo del día.

En una muestra grande (de 2417 pacientes) tomados de la base de datos multicéntrica alemana del centro de “Cáncer de próstata familiar” (German Familial Prostate Cancer Database), se analizaron las variables antes mencionadas y resultó que:

Hay una baja proporción de pacientes con un temor de moderado a severo a la recurrencia del cáncer (menos del 10%). Sin embargo, en este grupo, se halló que ya al inicio del trabajo tenían estos niveles. Es decir que ya tenían un mayor riesgo de presentar estos síntomas emocionales en la evaluación de seguimiento (máximo 7 años después). Además, el menor nivel de estudios, más años desde la prostatectomía radical, y no estar bajo la terapia oncológica en el momento del estudio también fueron predictores de más miedo a la recaída. Los niveles de ansiedad y depresión se asociaron con niveles más altos de miedo a la recurrencia del cáncer. También fue un predictor del miedo a la recaída, el aumento en el nivel de PSA, después de la cirugía o la radioterapia. Curiosamente, la edad más joven y los antecedentes familiares de cáncer no se asociaron con el miedo a la recaída del cáncer.

Este es un estudio importante que puede ayudar a la práctica clínica a identificar pacientes con mayor riesgo. También puede ayudarnos a desarrollar y orientar un tratamiento eficaz para superar el miedo a la recaída.

(sigue en la pág.5)

Puede leerse la editorial en: Bergerot, Cristiane & Williams, Stephen & Klaassen, Zachary. (2021). Fear of cancer recurrence among patients with localized prostate cancer. *Cancer*. 127. 10.1002/cncr.33837.

TESTIMONIO DE UN PACIENTE CON RECIDIVA BIOQUÍMICA* DE UN CÁNCER DE PRÓSTATA

A los tres años de la radioterapia, y ante mi horrible sorpresa, el PSA, me subió a 6 y, al mes siguiente, a 10. Con mi compañero fuimos lo más rápido posible al médico de los rayos. Era una buena persona, sencillo y abierto. Pero él, como el resto del hospital, no sabía exactamente cuál era mi condición sexual, nunca me lo preguntaron, pero creo que se sospechaba algo; sobre todo cuando, en el último año, acudí acompañado de mi compañero del alma. El urólogo me pidió unas exploraciones. Sospechaba que la enfermedad se había reproducido. Como un condenado a muerte hice las exploraciones y luego vino la terrible espera hasta la próxima visita. Deberían ser más rápidos. Deberían compartir el insomnio, las dudas y las pesadillas. Por lo menos las mías. Por fin me recibió el médico. Ante nuestra sorpresa, nos dijo que no se detectaba nada, pero que el PSA había vuelto a subir. Dijo que tenía algo así como una reproducción bioquímica de mi cáncer de próstata, que yo no era un fenómeno aparte, que la dichosa bioquímica la veían con cierta frecuencia.. ¿Y qué hacer? Tratamiento hormonal.

Me lo explicó con bastante detalle. Y sus efectos. Oí con auténtico terror la palabra que más temía: impotencia. Primero habló de disfunción eréctil, pero, en cristiano, era impotencia. Y así fue. Intenté cambiar mi rol. Pasé de feliz top a resignado, bottom.

Mi compañero también intentó cambiar su rol, pero yo veía que no era feliz. Pasaron seis meses, seguimos igual, aunque más tristes. Había que encontrar alguna solución. Volvimos al médico. Nos escuchó atentamente.

Y nos confirmó la necesidad de seguir el tratamiento, el PSA aún no era normal. Pero nos ofreció una variante: el tratamiento acordeón, dijo. ¿Acordeón? Sí, tomar el tratamiento o no, ¿según el PSA? Mientras estuviera elevado, tratamiento, cuando se normalizara, no.

Y hacerme un PSA cada dos meses: PSA alto, tratamiento; PSA normal, no tratamiento. Y retornar a la vida lo más posible. Nos avisó de que no todos los médicos están de acuerdo y que prefieren dar el tratamiento continuo. Nosotros no dudamos, el intermitente. Nos permite disfrutar alternativamente de una vida sexual más parecida a la que queremos. Volví a ser top y mi pareja a bottom.

*Tras el tratamiento inicial del cáncer de próstata a veces se observa un aumento continuado del nivel del PSA, sin que se, de entrada, detecten metástasis.

MÁS SOBRE VIGILANCIA ACTIVA

El doctor Timilshina y colaboradores, de la University Health Network y la University of Toronto, Canadá, nos recuerdan que la vigilancia activa (VA), en lugar del tratamiento inmediato agresivo se ha convertido en el tratamiento estándar para pacientes con cáncer de próstata (CP) de bajo riesgo y cuya aceptación, la de la VA, ha aumentado significativamente en los últimos años. Se recogen estos datos en US Too International, publicados online por el Journal of Urology.

(sigue en la pág.6)

(viene de la pág 5)

Al respecto, estudiaron a 17.000 hombres con CP en Canadá, entre enero del 2008 y diciembre del 2014. La aceptación de la VA pasó del 38% en el año 2008 al 69% en el 2014. Pero la mitad de los pacientes que eligieron VA pasaron a tratamiento activo durante los primeros 4 años de seguimiento.

¿Qué factores influyeron más en este cambio a tratamiento activo? Los siguientes: En primer lugar, la edad. Los más jóvenes cambiaron con mayor frecuencia que los mayores. También lo hicieron aquellos con PSA en aumento. Y más los tratados en grandes hospitales.

Los investigadores opinan que es muy necesario establecer medios por una parte no tan agresivos o invasores como la biopsia periódica o tan difíciles de interpretar como el PSA.

No obstante, estudios posteriores muestran una mayor continuidad de los pacientes en VA. Algunas de las necesidades expuestas por Timilshina se han cubierto, en parte, por una mejor selección de candidatos a VA y también por la utilización creciente de la resonancia nuclear multiparamétrica.

REUNIÓN DEL BOARD DE EUROPA UOMO EN ATENAS EL 26 DE NOVIEMBRE

El viernes 26 de noviembre se reunirá el Board de Europa Uomo, en Atenas. Aparte de la importancia en si de la reunión deseamos destacar que, por primera vez en su historia participa un miembro femenino en dicha institución, la doctora Tania Estapé, coordinadora de psico-oncología de FEFOC y experta, entre otras cosas, en cáncer de próstata.



Psicooncóloga Dra.Tania Estapé

Europa Uomo se creó en Roma, en 2002. Su objetivo es el cáncer de próstata, intentando mejorar su diagnóstico, tratamiento, soporte y calidad de vida. Constituyen Europa Uomo 27 grupos de diversos países europeos. Llevan a cabo investigación, tanto a nivel nacional como internacional; trabajan con profesionales de la salud para ayudarles a comprender las perspectivas de los pacientes; dan soporte a las organizaciones nacionales que intentan mejorar servicios y concienciación sobre dicho cáncer.

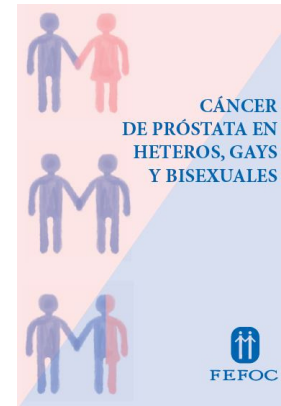
Sus prioridades actuales son investigar la calidad de vida de los pacientes; mejorar el diagnóstico precoz y dar soporte a sus miembros y ayudando y dando voz a los grupos de pacientes en Europa.

Durante la reunión se discutirán importantes materias.

ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: EURPROMS 2

Como miembros de Europa Uomo, estamos participando en una encuesta sobre calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata. Necesitamos su participación en la misma, para tener los máximos datos posibles de nuestro país. Si tiene o ha tenido cáncer de próstata o conoce a alguien en esta situación por favor dedique un tiempo a contestarla en el siguiente enlace. Muchas gracias, con ello contribuirán a mejorar la vida de muchos pacientes:

<https://euproms.ydeal.dev/>



Para adquirir el libro clique [aquí](#).

Para más información sobre los donativos clique [aquí](#).

<https://www.youtube.com/channel/UCMOFY1FLcbVOCshefrj6mkQ/videos>

Imagen de la colección de vídeos sobre cáncer de próstata

INICI	VÍDEOS	LLISTES DE REPRODUCCIÓ	CANALS	COMENTARIS	INFORMACIÓ
	<p>FEFOC 01 GENERALIDADES DEL CÁNCER DE PRÓSTAT... 118 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 02 PROSTATECTOMIA, Antoni... 51 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 03 RADIOTERAPIA RADICAL. Albert Biete 41 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 04 VIGILANCIA ACTIVA, Jordi Estapé y... 37 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 05 TEST GENETICOS. Cristina Sans 21 visualitzacions • fa 1 mes</p>
	<p>FEFOC 06 RESONANCIA NUCLEAR... 20 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 07 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS EN CÁNCER... 45 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 08 LA FAMILIA DEL PACIENTE. Tania Estapé 13 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 09 SEXUALIDAD DESPUÉS DEL... 35 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 10 DISFUNCIÓN ERECTIL. Isidre Bonet 22 visualitzacions • fa 1 mes</p>
	<p>FEFOC 11 NUTRICIÓN. Montserrat Folch 29 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 12 INCONTINENCIA URINARIA. Herminia García 17 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 13 GRUPOS DE SOPORTE. 19 visualitzacions • fa 1 mes</p>	<p>FEFOC 14 CANCER DE PRÓSTATA. Libro. Jordi... 11 visualitzacions • fa 1 mes</p>	



FEFOC

Directores: J.Estapé, T.Estapé
Secretaria: M.Soler

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

Agradecemos la colaboración de:

