



We Are Victors

EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2022

Directores: Profesor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.

EDITORIAL

Nota de Jordi Estapé: Ante todo debo expresarles mis excusas por un olvido increíble. Cuando decidí poner en marcha “El cáncer de ellos” intenté objetivar cuales eran exclusivos del hombre, y me pareció que eran el de próstata y el de testículo. Y a ambos hemos dedicado desde el 2019 nuestro empeño. Parecía muy claro, pero estaba olvidando un cáncer estrictamente masculino, incluido según baremos internacionales como cáncer raro por su escasa frecuencia, por lo menos en Occidente, escaso hasta el punto de que yo mismo lo olvidara. Nada menos que el cáncer de pene, al cual durante todo este tiempo nunca nos hemos referido y lo hemos ignorado como a cáncer masculino. Curiosamente, y no es una excusa, ninguno de los lectores que han tenido a bien remitirnos comentarios sobre “El cáncer de ellos”, jamás se han referido a la fragante ausencia del de pene.

Hoy mismo iniciamos las debidas referencias al cáncer de pene, resumiendo un maravilloso artículo al respecto de Bandini y colaboradores, en el que ofrecen una visión de la situación mundial de dicho cáncer, con algo más de 36.000 casos nuevos en 2020.

Siguiendo con la editorial de la revista, les ofrecemos, aparte del ya citado de Bandini sobre la situación mundial del cáncer de pene, otros artículos de interés. Los siguientes:

A petición de algunos lectores ofrecemos un repaso del grado de Gleason. Observamos dudas al respecto de su interpretación por parte de pacientes y familiares, dudas que deseamos aclarar.

Hombres de otra condición sexual, con cáncer de próstata, llamando la atención hacia la imperiosa recomendación de que los médicos les atendamos según sus necesidades propias.

Las indicaciones de la vigilancia activa en cáncer de testículo, estrategia que no solo se plantea en cáncer de próstata de muy bajo riesgo.

Algunos indicadores que nos puedan hacer sospechar el riesgo de suicidio de un enfermo con cáncer de próstata.

SITUACIÓN MUNDIAL DEL CÁNCER DE PENE

El cáncer de pene (CPE) tiene una incidencia tan baja en el mundo occidental que generalmente es olvidado. No es el caso de África, Asia y Sudamérica, donde su incidencia es más elevada. Aquí se da una gran contradicción, porque los costosos ensayos clínicos controlados precisan muchos recursos económicos y numerosos pacientes, los primeros frecuentes en Occidente, pero con escaso número de estos pacientes y más frecuentes en el mundo poco desarrollado, donde hay más pacientes con CPE. pero con escasos recursos para investigarlos. Y, sin ensayos clínicos controlados, no hay progreso.

El doctor M. Bandini, del Urological Research Institute, Milan, Italia y colaboradores, publicaron en Nature Reviews de diciembre del 2021, una impresionante revisión sobre el problema global del CPE.

Según Bandini, la OMS ha valorado en 36.068 casos nuevos/ año de CPE a nivel mundial, con una incidencia de 0,8 por 100.000 habitantes. De acuerdo con estas cifras, el CPE es el cuarto menos común cáncer y se lo clasifica como cáncer raro.

Junto a su escasa frecuencia destaca su irregular distribución geográfica, que va desde una incidencia por encima del 2/100.000 en África, Sudamérica y Sudeste de Asia a menos del 0,5/100.000 en el área Mediterránea, Oriente medio y Sudeste de Asia.

En cuanto a ensayos clínicos del CPE, encontramos otra contradicción: mientras en los países desarrollados se realizan, tanto en casos localizados como en diseminados, la investigación clínica en CPE solo se lleva a cabo en casos avanzados, de mal pronóstico. De esta manera se avanza poco en la prevención y en el tratamiento de los casos iniciales.

Además, las publicaciones sobre CPE proceden mayoritariamente de Norteamérica (24,5%) y Europa (43,1%) por Asia (15,8%), Sudamérica (14,3%), África (1,6%) y Oceanía (1,1%).

Las contradicciones señaladas por Bandini le llevan a proponer la puesta en marcha de la Global Society of Rare Genitourinary Tumors (GSRGT), con el objetivo de unificar aquellas organizaciones que luchan contra el CPE y estén aptas para aceptar un trabajo conjunto que compense las contradicciones en CPE, en una colaboración mundial para progresar en dicha enfermedad. Un proyecto global y unificador.

El doctor P. E Spiess, actual presidente de GSRGT anuncia complacido la doble misión internacional de esta organización, educacional e investigadora para promover procedimientos diagnósticos basados en la evidencia científica y tratamientos estándar a nivel mundial, mediante conferencias específicas y otras iniciativas. De tal manera que se integren las aportaciones de líderes científicos así como organizaciones de pacientes.



REPASANDO EL GLEASON

Una vez se conoce mediante biopsia el diagnóstico de cáncer de próstata (CP) se debe, entre otros muchos aspectos clínicos, determinar el grado de agresividad previsible en el crecimiento futuro del CP examinado. Dicho grado se establece mediante la clasificación de Gleason. Dicha clasificación se debe al doctor Donald Gleason, que trabajaba, en 1962, en el Minneapolis VA Center (USA). El jefe de Urología de dicho hospital, doctor George Mellinger, le pidió que intentara producir un sistema que permitiera medir la agresividad y desarrollo del CP.

A los cuatro años de la sugerencia, Gleason publicó en la revista Cancer Chemotherapy Reports un sistema que se convertiría en universal y usado por urólogos, patólogos y oncólogos de todo el mundo y conocido por los propios pacientes. Más sorprendente aún, pese a los estudios moleculares tratando de hallar una mejor clasificación, ninguna ha desplazado hasta la fecha la clasificación de Gleason. En un primer estudio con 270 pacientes, Gleason confirmó la correlación de su clasificación con la previsible supervivencia. Luego se llevó a cabo un estudio con 4.000 enfermos y de nuevo se confirmó la validez de la clasificación de Gleason. Se trata de una clasificación muy importante para decidir el tratamiento y establecer el pronóstico del CP.

Como se establece. Para hacerlo, el patólogo valora dos áreas o zonas de la muestra de tejido de la próstata, obtenido mediante biopsia. Procura elegir zonas bien representativas del tumor.

A cada una de las dos áreas el patólogo asigna una puntuación que va del 1 al 5. El 1 corresponde a los casos de baja agresividad del tumor (los grupos de células cancerosas se asemejan a las glándulas normales de la próstata). Por el contrario, se asigna una puntuación de 5 cuando las células se asemejan menos a las normales. De 2 a 4 se incluyen situaciones intermedias, progresivamente agresivas.

Para establecer el grado de Gleason de cada caso, se suman las numeraciones asignadas a cada área. Por ejemplo: $3+4=7$.

Por tanto, no puede haber Gleason 0 ni 1, el mínimo es 2 ($1+1$) y el máximo 10 ($5+5$).

Lo más importante a tener en cuenta es que cuanto más bajo sea el Gleason, menor es la posibilidad de que el CP sea agresivo; por tanto, crecerá con más lentitud y se extenderá menos.

En el lado opuesto, cuanto más alto sea el Gleason, más posibilidades de agresividad tumoral.

Hoy en día se considera que del 2 al 6 se diagnostican casos de baja agresividad, por lo que se han establecido los siguientes grados:

Grado 1: Gleason de 6 o menos (CP de baja agresividad)

Grado 2*: Gleason de $3+4=7$ (CP de agresividad intermedia)

Grado 3*: Gleason de $4+3=7$ (CP de agresividad intermedia)

Grado 4: Gleason de 8 (CP de grado elevado)

Grado 5: Gleason de 9 a 10 (CP de grado elevado)

Si cumplen otras condiciones, que veremos más adelante, los Gleason grado 1 y algunos Gleason 2, son los candidatos ideales para la vigilancia activa y/o el tratamiento focal.

*Pero a tener en cuenta un dato muy importante: En cuanto al grado 2 ($3+4$) es más benigno que el 3 ($4+3$) ya que, en aquel, Gleason 2, predomina más el 3 (menos agresivo que el 4), mientras que en el Gleason 3 predomina el 4 más que el 3.

Como se verá más adelante (vigilancia activa), esto es importante ya que los Gleason 1 y algunos 2 pueden ser candidatos a no tratamiento inmediato, mientras que los Gleason 3, no lo son.

(Sigue en la pág.4)

(Viene de la pág.3)

Diversos autores así lo han demostrado, destacando entre nosotros la aportación de Ruiz-Cerdá J.L. y colaboradores. Al respecto estudiaron a más de 700 pacientes con CP, con un seguimiento de 71 meses. En el grupo de pacientes con tumores grados de Gleason 3+4, con un número de tres o menos cilindros afectados extirpados en la biopsia o con una afectación baja, inferior al 33%, a los 5 y a los 10 años, no se observaron diferencias significativas respecto a los Gleason 3+3.

Pero, en cambio, los Gleason 3 (4+3) tuvieron peores resultados.

REFLEXIONES DE HOMBRES DE DISTINTA SEXUALIDAD ANTE EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Hemos adaptado algunas recomendaciones muy importantes propuestas por el grupo Malecare, en las que pacientes gay se dirigen a los médicos, en afán de que se tenga más en cuenta sus peculiaridades cuando se trata del cáncer de próstata.

Muchos médicos dicen: “Yo trato a todos los pacientes por un igual”, pero no todos los pacientes son iguales. Casados y solteros tienen diferentes objetivos cuando reciben tratamiento por cáncer de próstata (CP). Jóvenes y viejos reaccionan diferente ante su diagnóstico. Y también los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Oyendo el diagnóstico como gay es una experiencia de soledad, de aislamiento. Si ya es difícil vivir como gay o bisexual, ahora se complica con el diagnóstico de CP.

Los pacientes necesitan estar seguros de que su médico los respetará como gay. Deberían, los médicos, preguntar por la condición sexual de cada paciente y saber si disfrutaban de una vida sexual con otros hombres o con hombres y mujeres. Saber que el médico va a tener esto en cuenta calma la ansiedad. Los pacientes necesitan que sus médicos hagan preguntas que demuestren que su médico tendrá en cuenta sus necesidades sexuales y defenderán sus derechos individuales.

Los médicos deben estar preparados para responder a preguntas enfocadas en la condición sexual de las personas. Deben aprender ciencia básica al respecto. Por ejemplo, no es lo mismo ser un gay bottom (se refiere al compañero que es penetrado vía anal durante la relación sexual), que uno top (compañero de la pareja que prefiere realizar la penetración anal) y conocer que muchos hombres disfrutaban del masaje prostático (se compara la próstata con el punto G femenino punto de Grabenberg. El orgasmo se consigue mediante su masaje) o disfrutaban con la eyaculación. Las parejas gays tienen sentimientos propios, igual que las parejas heterosexuales. Nuestra vida está llena de amor. Los niños son importantes. Muchas parejas gays tienen hijos o hijas. Siempre hay que hablar de la posibilidad de acudir a un banco de esperma. Nunca asuma que los hombres gays no están interesados en tener hijos. Explíqueles que su CP no tiene nada que ver con su estilo de vida sexual. Hable con su paciente, una vez conozca su condición sexual. En el año 2010 esto no era posible, pero, ahora aquellos jóvenes gays están llegando a la edad en que empieza el riesgo de CP. Si usted, médico, piensa que no tiene pacientes gays es, simplemente, porque no lo pregunta.

Estas consideraciones tienen especial relevancia cuando pensamos en las repercusiones de los tratamientos del CP.

En la sexualidad de los hombres heterosexuales pero de una manera distinta en los homosexuales.

CÁNCER DE TESTÍCULO Y VIGILANCIA ACTIVA

Muchas veces nos hemos referido a la vigilancia activa en cáncer de próstata en casos de muy bajo riesgo, como alternativa a prostatectomía o radioterapia radical. Pero, en busca de la mayor calidad de vida en Oncología, dicha estrategia, vigilancia activa, se aplica en diversos tumores.

Uno de estos es el caso del estadio I del cáncer de testículo (CT). Hasta hace unos años, los pacientes se sometían a orquiectomía (extirpación del testículo afectado), seguido de radioterapia o quimioterapia. Especialmente esta última se acompañaba de indeseados efectos secundarios.

El tratamiento después de la orquiectomía iba encaminado a obtenerla curación total, pero algunos autores demostraron que era posible evitarlo y solo seguir a los pacientes, es decir, aplicando vigilancia activa.

Pero obsérvese la diferencia de la aplicación en cáncer de próstata (vigilancia activa sin tratamiento) o en CT (vigilancia activa después del tratamiento inicial). En un caso (próstata) vigilamos un cáncer no tratado, mientras que en CT lo hemos extirpado pero vigilamos por si había o no quedado células cancerosas a distancia que, con el tiempo se expresaban en forma de metástasis.

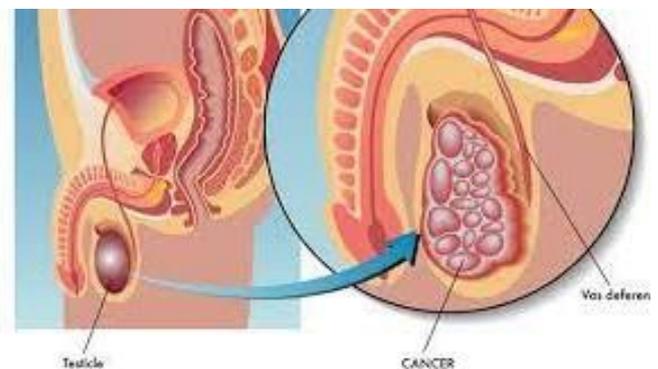
La clave en CT es un control estrecho del paciente. El paciente debe colaborar, debe mostrar adherencia a la vigilancia periódica. A veces difícil en personas por lo general jóvenes.

Durante tres o cuatro años (luego menos frecuentes hasta los diez años del tratamiento) los pacientes con CT y vigilancia activa postoperatoria son visitados cada pocos meses, se les practica análisis diversos y TACs de abdomen y pelvis y radiografías de pulmones.

Tanta visita y exploraciones se hacen pesadas para algunos pacientes. Por ello se buscan otros medios más sencillos para los pacientes para detectar la posible recidiva.

Un ejemplo, la utilización de miRNA-371a-3p, un biomarcador muy sensible en los CT germinales, que se expresa en cerca del 90% de pacientes, por lo que es más sensible y específico que los marcadores clásicos de los CT. Por ello se investiga su utilidad en la detección de la recidiva en CT con vigilancia activa.

Los doctores C.D. Fankhuser y cols, publican en el British Journal of Cancer un estudio con este marcador en CT. En una serie de 33 pacientes determinaron el marcador en cada visita de control y compararon su eficacia en la detección de la extensión de la enfermedad con la efectividad de los protocolos habituales, antes expresados. Si bien sus resultados no son concluyentes, muestran algunos datos positivos en la detección de la recidiva que debe objetivarse en estudios más amplios.



Cáncer de testículo

RIESGO DE SUICIDIO

Doctora Tania Estapé



Aunque las reacciones emocionales en el paciente oncológico se definan como normales o coherentes a la situación, es importante no dejar de tener en cuenta algunos riesgos de que el paciente acabe padeciendo algún tipo de trastorno más severo, sobre todo cuando hay antecedentes. Sería por la vulnerabilidad de estos hombres por lo que, una noticia como es un diagnóstico de cáncer, podría provocar una recaída.

Es de especial importancia detectar el riesgo de suicidio que puede darse en algunos pacientes. Es más elevado en hombres bajo procesos depresivos, pero no hay que desestimar que, altos niveles de ansiedad podrían inducir también a un intento autolítico. Nunca hay que descartarlo, pues a veces hay personas que intentan suicidarse y aparentemente no presentaban este riesgo, pero después se han hallado escritos o notas donde se reflejaba de forma muy clara. ¿Cuáles son los indicios que debemos tener en cuenta en este sentido? Las siguientes pistas pueden ser útiles:

-Verbalizaciones más o menos claras de un deseo de morir: hay pacientes que lo expresan claramente, pero otros de forma más sutil. Una forma muy habitual es cuando el paciente dice que ojalá pudiera dormir todo el día. Nos está indicando un claro deseo de desconectar de una realidad dolorosa. Hay que incluir aquí aquellas expresiones que indican una disminución de la autoestima, o sentimiento de inutilidad o de ser una carga. La lógica que subyace a esto es que mejor desaparecer para dejar de ser una molestia para todos.

-Expresar intención de abandonar el tratamiento: cuando un hombre de manera más o menos clara comenta si vale la pena seguir con el tratamiento, o que se está cansando del mismo, hay que tener cierta precaución, pues está indicando un cansancio de vivir.

-Pérdida de higiene y autocuidado: es importante tener en cuenta que uno de los aspectos que conlleva la depresión (sobre todo las más graves) es una pérdida de interés por uno mismo, incluyendo el cuidado personal. Cuando se detecta esto, que puede ser muy sutil y progresivo, también es una señal de alarma de un proceso de dejación e interés por uno mismo.

-Disminución o eliminación de actividades placenteras, o de actividad en general: cuando una persona deja de ser activa, va reduciendo las cosas que hace y deja de disfrutar con las que antes le gustaban, es también un indicador importante de riesgo de suicidio.

No debemos estar siempre pendientes de lo que nos dice el paciente o lo que hace, pero si de ciertos indicios que nos deben servir de alarma para poder valorar la necesidad de acudir a un profesional especializado.



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

Para adquirir el libro clique [aquí](#)

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

Colección de vídeos sobre cáncer de próstata

INICI VÍDEOS LLISTES DE REPRODUCCIÓ CANALS COMENTARIS INFORMACIÓ

 <p>FEFOC 01 GENERALIDADES DEL CÁNCER DE PRÓSTATA... 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:

