



We Are Victors

EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2022

Directores: Profesor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.

EDITORIAL

Según datos USA, como consecuencia de la pandemia, se han enlentecido los programas de screening del cáncer, en especial en cáncer de colon y mama, lo que hace prever un futuro peor para el pronóstico de dichas enfermedades.

Al mismo tiempo se reabre la polémica sobre el screening en cáncer de próstata, dadas las limitaciones del PSA, tanto por exceso como por defecto. Pero algunos estudios apuntan a un aumento de casos avanzados y/o metastásico que atribuyen a la menor realización del screening.

Analizaremos estos datos para futuros números de esta revista.

Algunos amables pacientes nos han solicitado información sobre la resonancia nuclear

multiparamétrica en cáncer de próstata, que ofrecemos a continuación.

Llamamos la atención hacia la aplicación de la vigilancia activa en cáncer de testículo y recogemos otra iniciativa en cáncer de pene, otra iniciativa internacional que ya ha recogido 200

casos, entre tres países. Parecen pocos, pero ya en el número anterior del Cáncer de ellos, recogimos los principales problemas con que se encuentran los investigadores occidentales de este cáncer.

Siendo la escasez de casos para nutrir los ensayos clínicos quizás el escollo más importante (no se interprete mal esta aseveración: magnífico que sean pocos casos), pero situación que implica menos progreso, que se adquiere mediante dichos ensayos, que precisan muchos enfermos para las evaluaciones estadísticas objetivas, clave para el progreso del tratamiento oncológico.

El profesor Biete nos explica, de un modo excelente, la polémica, antigua y no resuelta, entre prostatectomía y radioterapia radical, en cáncer de próstata localizado.

Finalmente destacamos dos importantes aportaciones. Una, en cáncer de próstata, sobre posibles desigualdades en la atención a los enfermos con este diagnóstico, según sea su localización geográfica. La segunda, en cuanto al soporte psicológico de adolescentes con cáncer de testículo.

RESONANCIA NUCLEAR MULTIPARAMÉTRICA

La resonancia nuclear paramétrica (RNM) es la técnica mediante imagen más efectiva, ya que posibilita la obtención de imágenes con mayor precisión de la próstata que las obtenidas hasta ahora. La RNM proporciona imágenes con mucho detalle de la próstata y de los tejidos de alrededor. Se ha convertido en una exploración clave en el diagnóstico y en la elección del tratamiento del CP. Permite estudiar la próstata de una manera total.

No es una prueba dolorosa. Su duración es alrededor de 30-40 minutos.

* Si la prueba es negativa, es casi seguro que el paciente no tiene CP, lo que evita muchas biopsias. En caso de visualizarse alteraciones sospechosas, se recomendará la biopsia.

*Durante la biopsia esta exploración ayuda mucho a identificar las zonas de la próstata, con más probabilidades de estar afectadas. Ello es un gran avance, ya que evita las punciones a ciegas, con lo que aumenta mucho la efectividad de la biopsia.

* En caso de detectarse un CP, la RNM es muy útil para contribuir a establecer el TNM o extensión del tumor, es decir si se ha extendido más allá de la próstata o no. Así puede descartarse o confirmarse la afectación de las vesículas seminales y estructuras adyacentes a la próstata.

*En la actualidad, la RNM es también fundamental en la elección de pacientes para la vigilancia activa (véase más adelante), para ser candidato de la cual son precisos casos estrictamente localizados.

*Un paso adelante en la eficacia de la RNM lo ha dado una nueva técnica, la biopsia por fusión de imágenes, que, mediante programas informatizados súper especializados, permite la utilización conjunta de la TRUS (descrita antes) y la RNM. Ello aumenta más la identificación de las zonas sospechosas.

Los resultados de la RNM se clasifican en cinco posibilidades, mediante el sistema PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data):

PI-RADS1. Riesgo muy bajo, la presencia de CP clínicamente significativo es muy improbable.

PI-RADS 2. Bajo: Improbable

PI-RADS 3: Intermediario: Equívoco.

PI-RADS 4: Alto: Probable

PI-RADS 5: Muy elevado: Muy probable.

PI-RADS 1 y 2, representan la improbabilidad de CP; 3 descarta el CP, pero se recomienda una mayor vigilancia porque hay datos de imagen algo dudosos, mientras que 4 y 5, sugieren lo contrario, la alta probabilidad de su presencia y la necesidad de la biopsia para confirmarlo o descartarlo.



CANCER DE TESTÍCULO: FACTORES DE RIESGO

Se observa un acuerdo general en que hay tres factores fundamentales que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de testículo (CT). Son los siguientes:

1. CRIPTORQUIDIA

Es el factor causal del CT más documentado. Durante la gestación, los testículos se localizan en el abdomen del feto. Hacia el 7º mes descienden y se colocan en la bolsa escrotal. Si no lo hacen tenemos un caso de criptorquidia que puede ser unilateral o bilateral.

Ya en 1973, F.K. Mostofi (autor junto con Isabell A. Sesterhenn de Histological typing of testis cancer), observó una incidencia de criptorquidia del 3,4% en 2000 pacientes con CT. Por el contrario, solo el 0.25% de pacientes de un grupo control sin CT la padecían. Una persona con criptorquidia tiene una probabilidad 14 veces mayor de padecer CT que una persona sin ella.

2. HISTORIA FAMILIAR

Dada la escasa frecuencia del CT, también es rara, desde un punto de vista global, la detección de casos familiares. Si una persona tiene un hermano con CT, tiene entre 8 y doce veces más la posibilidad de desarrollarlo que la población sin este antecedente; si el afectado fue el padre, el riesgo comparativo es entre dos y cuatro veces más. En estos casos familiares, el CT es muy heredable, pasando de generación en generación. Pero aún no se ha detectado cambio genético determinante del CT familiar.

3. CARCINOMA DE TESTÍCULO IN SITU

En muchos y diversos cánceres es frecuente, sea en una exploración diagnóstica o acompañando un cáncer, hallar uno o varios carcinomas in situ. Definimos a esta entidad como una agrupación de células anormales que, en el momento del diagnóstico, no se han extendido ni metastatizado, pero con la potencialidad de adquirir características cancerosas, que se multipliquen y diseminen. A esta situación clínica también se la conoce como estadio O. Aprovechando la ocasión, recordemos al gran científico, Georgios Papanicolaou, que inventó el test que lleva su apellido, que ha salvado millones de vidas y que representa el mayor avance oncológico de todos los tiempos, el diagnóstico precoz.

Tampoco olvidamos a su genial esposa, Andromachi Mayrogeni Papanicolaou, que acompañó a aquél en su aventura norteamericana. Conocida en USA como Mary, colaboró en el laboratorio con su esposo. Se convirtió en una especie de conejillo de Indias, ofreciendo su cuello uterino para los repetidos frotis (extensión de una muestra de un fluido de nuestro cuerpo sobre una laminilla de vidrio para su estudio al microscopio) que ayudaron a crear el test.

Pues bien, entre el 80% y el 90% de los CT se encuentra una alteración conocida como carcinoma in situ de células germinales o GCNIS, por lo que se considera que GCNIS, es en la actualidad, el mayor factor de riesgo conocido para desarrollar CT.

Por otra parte, ni el tabaquismo ni el ciclismo ni la obesidad ni la estatura han demostrado ser factores de riesgo para el CT.

AVANCES EN CÁNCER DE PENE

La escasa frecuencia del cáncer de pene (CPE) significa que es difícil que los médicos tengan suficiente experiencia en su diagnóstico y tratamiento. Como decíamos en el número anterior, es esencial reunir experiencias diversas para alcanzar el progreso. Por otra parte los pacientes, avergonzados por su enfermedad, retrasan acudir al diagnóstico. Queda mucho por hacer en CPE.

Recogemos parte de las palabras al respecto en Urologic Times del doctor Curtis A. Pettaway, del Departamento de Urología del Anderson Cancer Center, Houston, Texas y co-ordinador de InPACT, el International Penile Advanced Cancer , que incluye pacientes de USA, Canadá y UK.

Hemos elegido sus comentarios acerca de las modalidades de tratamiento en relación con la calidad de vida de estos pacientes.

Lo principal sigue siendo el diagnóstico precoz, lo que exige que ante una lesión del pene debe acudirse cuanto antes a su médico, sin avergonzarse de algo que, en su sentido más profundo, no es culpa de nadie. Y cuanto menor sea el tumor, más posibilidades de evitar tratamientos agresivos.

También se aplica en CPE la detección del ganglio centinela inguinal, cuando hace falta su estudio. El ganglio centinela evita muchas cirugías más agresivas.

Según Pettaway, en los últimos años ha habido avances en cirugía y radioterapia. Un ejemplo muy importante en casos localizados de CPE, en los que la cirugía con intento de preservar el órgano afectado es mucho más frecuente. Técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como laparoscopia y robótica, tienen un lugar muy importante en el tratamiento poco agresivo.

Se acepta que con las mismas se puede controlar el tumor y que no es preciso dejar un margen quirúrgico negativo tan amplio como antes, lo que aumenta las posibilidades de conservar el pene. Para ello es esencial la colaboración del cirujano plástico, con lo que se obtienen resultados más estéticos.

En cuanto a radioterapia, una elección es la braquiterapia intersticial, con la que se conserva el pene y se evita su amputación.

Precisamente el grupo InPACT, que Pettaway coordina, estudia también cuales deben las estrategias terapéuticas en CPE avanzado.

En casos localizados, InPACT estudia, 1) Las posibilidades de la cirugía como único tratamiento en casos localizados; 2) Si la combinación de quimioterapia o de quimio-radioterapia con cirugía puede mejorar los resultados y 3) Cuál de estos últimos tratamientos produce mejores resultados con menores efectos adversos. InPACT es un grupo internacional que ya ha recogido 200 pacientes.

¿MEJORARÁ EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE PRÓSTATA?

Una de las mayores polémicas actuales en cáncer de próstata (CP), es la utilidad de las campañas de screening, por lo que se intenta mejorarlas. Hasta ahora dichas campañas se han basado en la determinación del PSA. Pero este solo no sirve, porque la proporción de falsos positivos que produce lo inhabilitan. O incluso lleva a descubrir CT no agresivos que se supone que muchos de ellos ni siquiera se hubieran desarrollado.

Desde hace unos años se valora el papel de la calicreína humana (Hk2) en el diagnóstico precoz del CT. La hK2 es otra glicoproteína que, al igual que el PSA, pertenece a la familia de las calicreínas humanas y que comparte hasta un 80% de homología estructural con éste. Al contrario que el PSA, su expresión es mayor en el tejido canceroso que en el benigno.

(sigue en la pag.5)

(viene de la pag.4)

El profesor Wald (UCL Institute of Health Informatics, Queen Mary University, London) y colaboradores publican recientemente en el Journal of Medical Screening una importante contribución para un mejor diagnóstico precoz del cáncer de próstata, mediante un algoritmo basado en la edad y en dos marcadores del CT, PSA y hK2 (peptidasa calicreina humana).

Y observan que con su método pueden reducir el número de falsos positivos en un 75% comparado con el uso de PSA solo, pero manteniendo la misma proporción en el diagnóstico de cánceres de próstata. Esto puede permitir el desarrollo de un screening en cáncer de próstata más seguro y preciso, disminuyendo por tanto los excesivos diagnósticos y tratamientos que se siguen al uso en screening del PSA solo.

CÁNCER DE PRÓSTATA: RADIOTERAPIA O CIRUGÍA, EL ETERNO DILEMA

ALBERT BIETE

Catedrático de Radiología. Universidad de Barcelona

Consultor senior. Hospital Clínico

Desde hace años se viene debatiendo que opción terapéutica es mejor para el tratamiento curativo del cáncer de próstata: cirugía o radioterapia. Debemos tener en cuenta que, aparte del tumor prostático, hay muchos otros factores a considerar y que pueden condicionar la propuesta terapéutica. Ejemplo de ellos son la edad, la obesidad y la patología asociada: diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, etc.

La cirugía que se practica en el cáncer de próstata se denomina prostatectomía radical y puede realizarse por laparotomía (incisión abdominal clásica) o por laparoscopia (técnica menos invasiva y más moderna). En ésta última se puede intervenir mediante el uso de robot. Este tipo de operación no tiene nada que ver con la resección de los adenomas benignos de próstata, que es mucho más sencilla.

En los casos de alto riesgo o si hay sospecha de afectación metastásica de ganglios linfáticos vecinos, la prostatectomía se puede asociar a una linfadenectomía habitualmente de los ganglios obturadores.

La radioterapia puede realizarse con dos técnicas diferentes. Una es la braquiterapia con semillas de yodo radiactivo, que se implantan en la próstata mediante anestesia y control ecográfico. Son implantes permanentes que dan una alta dosis de radiación, pero muy limitada a la próstata. La otra técnica es la radioterapia externa mediante el uso de un acelerador lineal. El haz de radiación, modulado para ser dirigido solamente a la próstata con un margen de seguridad, suministra una dosis diaria hasta el total que se estima garantiza la destrucción del tumor. La simulación 3D y las técnicas de IMRT (Intensidad modulada de dosis) o de SBRT (radioterapia estereotáxica) permiten la administración de dosis altas de forma hipofraccionada con un intenso efecto antitumoral. Los tratamientos clásicos de larga duración, 38 fracciones en mes y medio, por ejemplo, se han acortado a la mitad.

La cirugía y la radioterapia tienen ventajas e inconvenientes. La prostatectomía extirpa toda la glándula que contiene el tumor. El riesgo es que la mayoría son de localización periférica y la obtención de márgenes libres puede ser dificultosa. Debido a ello o a ser un tumor agresivo, con PSA (Antígeno prostático específico) mayor de 10 o índice de Gleason superior a 6, se desaconseja la cirugía radical por el alto riesgo de quedar restos tumorales microscópicos que serán causa de recidiva. De hecho, no es infrecuente esta situación, con niveles de PSA que aumentan progresivamente y obligan a la realización de una radioterapia de rescate. Esta última tiene, como es lógico, más riesgo de efectos secundarios que en una situación con próstata intacta.

(sigue en la pag.6)

(viene de la pag.5)

Dos complicaciones pueden tener la cirugía radical: una, poco frecuente en manos expertas, es la incontinencia urinaria. La segunda, mucho más frecuente, es la impotencia.

Si se desean preservar las bandeletas con los nervios erectores hay el riesgo de aumentar el número de recidivas del cáncer. Pese a todo, si está bien indicada y no hay signos de agresividad ni de afectación de la cápsula, los resultados de la prostatectomía radical son buenos y muy satisfactorios desde un punto de vista oncológico.

La radioterapia intersticial con semillas de yodo o implante temporal de agujas de iridio se reserva como alternativa a la cirugía en casos iniciales y de buen pronóstico. La radioterapia externa fraccionada, mucho más habitual, se realiza, o bien como rescate en recidivas bioquímicas (PSA creciente) después de la cirugía o como tratamiento exclusivo. El principal efecto secundario puede ser la inflamación y sangrado rectal, la proctitis, afortunadamente hoy en día poco frecuente con la tecnología moderna. En casos de persistencia de actividad tumoral post radioterapia no controlable mediante tratamiento de bloqueo hormonal, puede intentarse un rescate quirúrgico.

**Se han realizado numerosos estudios comparativos entre cirugía y radioterapia. Los resultados en relación con el control local son discretamente superiores los de la primera, aunque la supervivencia es parecida. Pero si se examinan en detalle las características de los pacientes, se advierte que en la mayoría de las series publicadas existe un bias, una selección negativa en el grupo de radioterapia. Efectivamente, en el grupo de radioterapia siempre se detecta un aumento de los tumores en fases más avanzadas, de mayor volumen o con más factores de mal pronóstico. Igual sucede con la prevalencia de factores que desaconsejan la cirugía, como obesidad, edad avanzada, patología grave asociada o contraindicaciones anestésicas.

Finalmente digamos que la cirugía consigue obtener un estadiaje posterior exacto mediante el estudio anatomo-patológico. Ello no es posible con la radioterapia, que, pese a las pruebas de imagen, siempre tiene un riesgo de infraestadiaje que puede cuantificarse en un 20%.

**En la práctica diaria suele indicarse la cirugía radical en los casos de mejor pronóstico y más favorables: pacientes más jóvenes, con tumores de buen pronóstico, limitados y sin patología asociada. En el resto, que son numerosos ya que el cáncer de próstata es típico de edad avanzada, suele indicarse radioterapia. El tema de la impotencia refractaria a fármacos debe discutirse previamente con el paciente, sobre todo los más jóvenes. En muchos casos la indicación de radioterapia es determinante ya que no se contempla la opción quirúrgica. En otros deben discutirse con el paciente pros y contras de manera neutra y objetiva para poder tomar la mejor decisión. Afortunadamente, sea con cirugía sola o con radioterapia posterior o con radioterapia, el control local es muy satisfactorio, superior al 80% y la supervivencia también, pese a que no hay que infravalorar el pequeño porcentaje de tumores muy agresivos con alto potencial de diseminación a distancia.



Acelerador lineal de última generación instalado en el Hospital Clínic de Barcelona

ESTUDIO SOBRE LAS DESIGUALDADES EN LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA: UN TRABAJO AUSTRALIANO BASADO EN LA GEOGRAFÍA

Doctora Tania Estapé

El alcance de los tratamientos y, como consecuencia, los efectos de los mismos, en el cáncer de próstata, son diferentes según las zonas geográficas. Por desgracia, aún hay desigualdades en este sentido.

Un estudio reciente practicado en Australia ha examinado las desigualdades en los efectos funcionales del cáncer de próstata y su tratamiento en supervivientes de esta enfermedad. El trabajo se proponía examinar las toxicidades del tratamiento y su efecto en la funcionalidad y por ende, la disminución en la calidad de vida de supervivientes de cáncer de próstata. El trabajo se ha hecho contactando pacientes del Registro de Cáncer de próstata de Victoria en Australia, con una muestra de 10.924 pacientes. Los investigadores usaron los resultados funcionales en estos pacientes, usando el test “Expanded Prostate Cancer Index Composite”, aplicado después del tratamiento por cáncer de próstata. Esta es una escala de calidad de vida específica para pacientes con cáncer de próstata. Se centraron en las relaciones entre el estatus socioeconómico y la lejanía geográfica, variables centrales del estudio. Para evitar sesgos, estas variables fueron controladas por aspectos clínicos y patológicos.

Respondieron 7690 pacientes. Los investigadores hicieron un mapa de funcionalidad a partir de los resultados. En general, se observaron diferencias por estatus socio-económico, en el sentido directo: a más pobre status, peor calidad de vida. No obstante hay algunos matices a este resultado global: en las zonas rurales de Australia la tendencia era a peores resultados en la funcionalidad de estos pacientes.

Así pues vivir en zonas rurales alejadas de centros sanitarios, más la precariedad socioeconómica son predictores de peor resultado en la calidad de vida (funcionalidad) de los pacientes. Como detalle, decir que, a pesar de que en las zonas urbanas, hay mejores datos, no se puede generalizar, pues había una mayor heterogeneidad: en esas zonas las personas con peor estatus socioeconómico, de nuevo resultan en un peor resultado en su calidad de vida a partir del tratamiento por cáncer de próstata, y aún en la supervivencia. Hay que resaltar que de ambos datos, el que mostró diferencias estadísticamente significativas fue el pobre estatus socioeconómico, mientras que la zona geográfica mostró las diferencias antes mencionadas (rural versus urbana), pero no llegó a ser significativo en el análisis realizado por los autores.

Los autores concluyen que hay que poner el foco en aspectos geográficos en la atención a pacientes con cáncer de próstata. Señalan que es muy importante cuidar la calidad de vida y capacidad funcional de estos hombres que, aun curados, pueden sufrir diversos problemas que interfieren en su adaptación a la vida posterior al cáncer. Hay que tener una visión que incluya estos matices, como la zona de residencia y/o el nivel socio-económico de los pacientes. ES posible que, aun cuando este estudio esté centrado en Australia, los resultados sean extrapolables a otros países. Por ello queremos acabar este artículo con la siguiente frase de Martin Luther King: “De todas las formas de desigualdad, la injusticia en el cuidado de la salud es la más impactante e inhumana.”



(sigue en la pag.8)

(viene de la pag.7)

Referencia bibliográfica del trabajo: Koo, K., Papa, N., Evans, M. et al. Mapping disadvantage: identifying inequities in functional outcomes for prostate cancer survivors based on geography. *BMC Cancer* 22, 283 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09389-4>Añadir un poco de text.

NECESIDADES DE ATENCIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES (AYA) CON CÁNCER DE TESTÍCULO.

Dr. Oscar Galindo Vázquez
Servicio de Psicooncología
Instituto Nacional de Cancerología
INCan, México.



La atención psicosocial de adolescentes y adultos jóvenes (AYA) con cáncer es una necesidad que este grupo de pacientes y sus familiares requieren. Los AYA a menudo no reciben una atención especializada adecuada a su edad debido a la falta de conocimiento y programas de cómo sus necesidades difieren de las de los niños y adultos mayores con cáncer.

Este grupo de pacientes jóvenes tienen más probabilidad que otras poblaciones de ser diagnosticados de cáncer de testículo el cual es el más frecuente entre los 15 a 30 años un periodo de vida en el cual usualmente las personas son activas en diferentes áreas de su vida.

Aunque es posible tratar con éxito la mayoría de los cánceres de testículo, incluso cuando se diagnostican en estadio avanzado se requieren más programas multidisciplinarios de atención durante el tratamiento y el periodo de seguimiento para atender las diferentes afectaciones en su calidad de vida: Necesidades en el bienestar emocional, sociales, afectación en la vida sexual, toxicidad financiera, cambios en la autoimagen, reinserción laboral y escolar son aspectos poco estudiados, así como los efectos en sus cuidadores primarios informales los cuáles enfrentan al reto de apoyar a pacientes jóvenes con necesidades muy particulares.

En el aspecto psicooncológico el miedo a la recurrencia del cáncer es muy reportado, por ejemplo hay población joven que se adapta funcionalmente, sin embargo otros presentan mayor disfuncionalidad lo cual repercute en su calidad de vida. Esta transición en la vida puede llevar meses en los cuales algunos efectos secundarios durante el tratamiento desaparecerán, mientras los efectos secundarios a largo plazo, como la fatiga y afectación en la vida sexual pueden llevar tiempo o incluso ser una secuela en algunos casos permanente.

El desarrollar programas con procedimientos válidos y confiables que canalicen a este grupo de pacientes AYA a programas especializados será un reto para una atención clínica más incluyente en oncología, más aún en países de medianos y bajos ingreso donde todavía este tema está pendiente de atender. Unas alternativas pueden ser programas vía redes sociales o virtuales para los cuales la población joven presenta un mayor uso de estas tecnologías, lo cual incrementaría la probabilidad de su uso y factibilidad.

(sigue en la pag 9)

(viene de la pag.8)

Varios grupos multidisciplinario han iniciado el desarrollo de estos programas en habla hispana, ahora el reto es consolidarlos, diseminarlos y hacerlos llegar de forma oportuna a los AYAS y sus familiares para generar una comunidad de atención a la salud en Oncología más empática con las necesidades de los más jóvenes.

Galindo-Vázquez, O., Álvarez-Avitia, M. Á., & Alvarado-Aguilar, S. (2012). Aspectos psicológicos de las afectaciones sexuales en el paciente con cáncer testicular. *Revista mexicana de urología*, 72(5), 256-263.

Vázquez, O. G., Álvarez, M. A., & Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), 69-78.



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



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:



FEFOF pertenece a EUROPA UOMO desde 2004



The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe