



We Are Victors

EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2022

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO, USTOO Y MALE CARE

Directores: Profesor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.

EDITORIAL

El mes de abril está dedicado al cáncer de testículo, tumor por fortuna de escasa incidencia y que fue y es protagonista de uno de los mayores éxitos de la quimioterapia antineoplásica, esencialmente debido a la introducción del cisplatino, Cáncer de hombres jóvenes debe ser tenido en cuenta, dada su enorme curabilidad y relativa facilidad de su diagnóstico, siempre que la población al riesgo (de los 18 a los 40 años) esté avisada al respecto.

Llama la atención también que cada vez que nuestro Ministerio de Sanidad hace una recomendación sensata, tenga tanta y desinformada oposición. Lo decimos a cuenta del alcohol y la dieta mediterránea, como en su momento ocurrió con la carne de buey y ternera, tan poco saludables. Por nuestra parte, felicitamos a los ministros que osan luchar por la salud de la población.

Los grupos de soporte en cáncer de próstata no son fáciles, por diversos motivos que hemos ido exponiendo. Hoy dedicamos un espacio para llamar la atención hacia una específica problemática que ocurre respecto a los grupos de dicho cáncer, pero

para hombres de otra condición sexual. También damos espacio a las distintas modalidades quirúrgicas en pacientes con cáncer de pene, en relación a las relaciones sexuales tras el tratamiento.

El equipo de Phoebe Tsao y colaboradores, de la Universidad de Michigan, USA, ha profundizado el estudio de las repercusiones psicológicas en pacientes con cáncer de próstata que reciben tratamiento hormonal. Es un tema de una enorme importancia. Es evidente que la agresividad del tratamiento hormonal respecto a la calidad de vida, nos debe hacer reflexionar acerca de si proporcionamos el debido soporte a dichos pacientes. Lo óptimo sería que otros investigadores llegaran a diseñar medicamentos que no supusieran la castración química. Algún día dispondremos de los mismos. Mientras, armémonos, de la mano de los psico-oncólogos para dar soporte adecuado a los miles de pacientes que siguen durante mucho tiempo tratamientos.

ABRIL, MES DEDICADO AL CÁNCER DE TESTÍCULO

El objetivo es informar y estimular especialmente a los hombres entre 18 y 40 años, para que se examinen mensualmente sus testículos, ya que, entre estas edades se halla la mayor incidencia del cáncer de testículo (CT). Esta dedicación durante abril también permite exponer y tener en cuenta los avances en su diagnóstico, tratamiento e investigación. Ya de entrada señalar que el CT es probablemente el cáncer con mejor pronóstico, con una supervivencia del 95% de afectados, más allá de los 5 años del diagnóstico, prácticamente curados en su mayoría.

La historia del CT es una historia de éxitos: Con los mismos se ha conseguido uno de los avances más importantes de la quimioterapia, mediante la asociación de tres medicamentos, vinblastina, bleomicina y cisplatino, especialmente este último. Como casi siempre, la quimioterapia conlleva problemas secundarios importantes, por lo que, en la actualidad, se investigan opciones menos traumáticas; pero nadie le quita, a esta arma terapéutica, el enorme éxito obtenido en CT., parecido al que en su día se obtuvo con la asociación de vincristina-prednisona en la leucemia aguda linfoblástica, de un modo sobresaliente en niños.

- Recorremos que un factor causal de gran importancia es la criptorquidia, o falta de descenso del testículo al escroto. También tienen mayor riesgo si hay casos en familiares directos, aunque son pocos los casos familiares. Los hombres diagnosticados de sida tienen un riesgo aumentado de desarrollar CT. Finalmente, las personas que han sufrido un CT tienen mayor riesgo que la población sin este antecedente de padecerlo en el otro testículo.

Los CTs son en su inmensa mayoría (90%) tumores de origen germinal, Estas células son las que producen el esperma. Los testículos están compuestos por varios tipos de células, por lo que, al diagnóstico bajo el microscopio, pueden hallarse diversas modalidades de CT. La historia actual del CT comienza por los años 60 del siglo pasado. El mayor signo de alarma era la detección de un bulto en un testículo, aunque no es infrecuente es que no dé síntomas de entrada.

Desde el punto de vista global, el CT es muy poco frecuente, representando tan solo el 1% de todos los cánceres.

Pero es bueno recordar, especialmente, a los hombres jóvenes, que vigilen sus testículos. Estos son suaves al tacto por lo que siempre que adviertan un aumento de tamaño, o consistencia o un bulto, en uno o en ambos testículos, deben acudir a su médico, siempre recordando el buen pronóstico de esta enfermedad, pero, como es norma en Oncología, cuanto antes el diagnóstico mejor el tratamiento. Por lo general, el CT no suele ocasionar dolor de entrada. El mejor momento para palparlos es en la ducha, cuando los testículos se hallan descendidos.

Si el médico considera sospechoso el cambio detectado en el testículo, pedirá estudios por la imagen y, eventualmente, biopsia de la zona sospechosa. Si se confirma el diagnóstico de CT, entraremos en el tratamiento, que combina diversos medios, con muy buenos resultados.



GRUPOS DE SOPORTE PARA HOMBRES DE OTRA CONDICIÓN SEXUAL (GB).

Muchos hombres BG desearían asistir a grupos de soporte para pacientes con CP. Estos grupos se han demostrado una fuente muy efectiva para ofrecer información y soporte en diversas enfermedades, como, por ejemplo, en cáncer de mama. Las mujeres de otra sexualidad ya lo tienen complicado en estos grupos. Pero, en CP, se da la escasez de grupos incluso para HS (por los motivos ya expresados de la condición de doble tabú del CP) y la homofobia añadida.

GB que han intentado formar parte de un grupo de HS, lo han tenido complicado. Por ejemplo, con frecuencia la esposa o pareja del heterosexual los acompaña, o bien la relación del grupo respecto a la pareja femenina es muy frecuente. Los GB se ven bastante coartados para expresarse y, más aún, para acudir con su pareja. ¿Y cómo afrontar la muy frecuente discusión acerca de las relaciones sexuales?

Muchos opinan que lo mejor sería acudir a grupos de soporte solo para GB. Esto está por ver, dadas las enormes dificultades previas incluso para crear grupos de soporte para HS en CP.

Investigaciones diversas muestran que, por sus reacciones emocionales y los efectos secundarios de los tratamientos, los GB sienten mucha vergüenza, estigma e incomodidad cuando tienen CP. Vergüenza y estigma que parte del sufrimiento por experiencias homofóbicas y discriminaciones previas. El CP alterará su propia autoestima y la relación con su pareja (espontaneidad, rechazo, depresión y ansiedad).

Por todo ello, un gran desafío para ellos es encontrar urólogos, radioterapeutas y oncólogos educados en la gran complejidad sensitiva a que se enfrentan los GB con CP. Y grupos de soporte adecuados, en los que se cree un ambiente seguro, confidencial, comprensivo y libre, en el que los GB puedan expresar y discutir su orientación sexual, estilo de vidas, aspiraciones y proyectos.

EL MINISTERIO DE SANIDAD RECOMIENDA LA DIETA MEDITERRÁNEA

Hoy, 27 de abril del 2022, el Ministerio de Sanidad propone: a) Que en los bares y restaurantes se supriman las bebidas alcohólicas en el menú del día y que b) Se siga en lo posible la llamada dieta mediterránea.

Estas dos propuestas, tan elementales, han producido, en varios medios de comunicación, comentarios irónicos.

Uno muy frecuente, “con lo que hemos pasado con la pandemia y ahora nos quieren quitar el vino”; “nos quieren regularlo todo”; “esto perjudicará el negocio” Apenas se ha aludido a la dieta mediterránea, pero nadie la ha defendido.

Pero ¿en qué mundo vivimos? Que el Ministerio de Sanidad se decida a incrementar los hábitos saludables, ¿justifica comentarios irónicos? Disminuir el consumo de alcohol igual que, con excesiva prudencia se hace con el del tabaco, son sinónimos de una sociedad avanzada, moderna. Como en su día se quiso hacer con el exceso del consumo de carne y un poco más ahorcan al ministro de consumo.

No se trata de regularlo todo, se trata de implantar datos saludables, como lo son disminuir el consumo de alcohol y de carne. Insistamos una y otra vez en las bondades de la dieta mediterránea, dechado de sabiduría.

No se sabe con exactitud que parte de la misma disminuye el riesgo de cáncer en general y el de próstata en particular. Pero ahí están los resultados. La incidencia del cáncer era baja en los países mediterráneos cuando dicha dieta era la más frecuente, mientras que va aumentando conforme la abandonamos.

Felicitemos desde aquí al Ministerio de Sanidad y al de Consumo. Y que no les pase nada, porque recordar los buenos hábitos no siempre se acompaña de elogios, sino más bien al contrario. ¡Son tantos los intereses creados!

RELACIONES SEXUALES DESPUES DEL TRATAMIENTO POR CÁNCER DE PENE

El efecto del cáncer de pene (CPE) sobre la relación sexual depende del tratamiento recibido. El médico intenta aplicar el mejor tratamiento que, además, preserve la sexualidad en lo posible. Tomamos estas recomendaciones del magnífico grupo Cancer Resarch UK.

Sexo después de la radioterapia. Puede tomar tiempo la recuperación. La radioterapia puede disminuir la capacidad para tener y/o mantener una erección. También puede afectar los nervios de alrededor durante un tiempo. La inflamación del pene puede dificultar y hacer dolorosa la erección. Pero la mayoría de los efectos adversos suelen desaparecer o mejorar concluido el tratamiento. Así, muchos pacientes pueden recuperar su relación sexual como antes de la radioterapia.

Sexo después de la cirugía. Depende de la modalidad de la cirugía según la localización o extensión del CPE:

- 1) CPE inicial localizado. La extirpación amplia de la zona afectada no suele modificar la relación sexual.
- 2) Extirpación de la cabeza del pene, con reconstrucción (glandectomía). Se conserva la capacidad para la erección aunque quizás puede disminuir la sensación sexual.
- 3). Extirpación de una parte del pene (penectomía parcial). Se puede mantener la relación sexual, siendo posible la erección y orgasmo sin la cabeza del pene. La penetración es posible. Cerca del 50% de hombres así tratados mantuvieron la erección y la relación sexual.

4) Extirpación de todo el pene (penectomía total). Se precisa una adaptación en la manera que se expresa la sexualidad pero se puede desarrollar una relación completa. Es preciso hablar abiertamente con la pareja y buscar los medios para la mutua satisfacción.

5) Después de la reconstrucción del pene (faloplastia). Está indicada cuando ha sido precisa una penectomía parcial o completa. Se realiza después de un tiempo para comprobar si no hay reproducción del tumor. Los cirujanos plásticos utilizan piel y músculos de otras partes del cuerpo del paciente para realizar la faloplastia. Es posible la erección una vez realizada. De hecho, se trata de cirugía mayor que puede tener complicaciones, por lo que es necesario dialogar con el cirujano para conocer las posibilidades y consecuencias.

ALTA INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TERAPIA HORMONAL

Tania Estapé

Los pacientes con cáncer de próstata que precisan un tratamiento consistente en bloqueo hormonal sufren un riesgo importante de sufrir consecuencias psicológicas. Este procedimiento puede comportar ansiedad y depresión. Ahora el grupo Liderado por Phoebe Tsao de la Universidad de Michigan en Estados Unidos de América, ha realizado una importante investigación al respecto. En dicha investigación, se ha procedido a un análisis exhaustivo de pacientes diagnosticados de cáncer de próstata desde 2001 a 2015. Estos datos se han tomado de la base de datos Clininformatics Mart, que se considera representativa de diversos tipos de pacientes, de diferentes edades y modalidades económicas en sus prestaciones de salud.

(sigue en la pag.5)

(viene de la pag.4)

En este estudio se analizaron pues datos de los pacientes con cáncer de próstata. Los investigadores seleccionaron los 37388 pacientes tratados con bloqueo hormonal. Entre éstos hallaron que el 10,6% tenían un diagnóstico establecido de ansiedad o depresión. Al valorar datos sobre si este grupo había recibido algún tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, 1892 (es decir, el 47,7%) no habían recibido ningún tratamiento documentado. 10 (0,3%) recibieron psicoterapia, y los demás psicofármacos. Entre este último grupo a 33.3% (es decir 1321 hombres) les recetaron un antidepresivo (inhibidor de la recaptación de serotonina), mientras que a 744 (18.8%) un ansiolítico, en concreto benzodiacepinas.

El tiempo medio que los hombres con bloqueo hormonal tardaron en obtener un diagnóstico de ansiedad o depresión fue de 9,3 meses, después de iniciar la terapia. En general, fueron los médicos de familia quienes prescribieron los psicofármacos (72%). Es interesante señalar que el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento para su salud mental (47,7%) fue similar al de hombres sin cáncer de próstata (49,1%). Sin embargo, fue una cifra significativamente inferior a la de hombres con cáncer de próstata con otros tratamientos (52,7%)

Los autores señalan que hay que investigar más a fondo estos datos y pensar en futuras investigaciones que puedan aportar más información sobre el tratamiento de problemas de salud mental en hombres con cáncer de próstata en general, y con tratamiento hormonal en particular. Como se ha podido ver en los datos, muy pocos reciben psicoterapia. Los grupos de soporte en cáncer de próstata pueden ser una buena opción. Si le interesa participar en los de FEFOC, por favor escriba a fefoc@fefoc.org

El estudio completo puede verse en: Tsao, P. A., Ross, R. D., Bohnert, A., Mukherjee, B., & Caram, M. (2022). Depression, Anxiety, and Patterns of Mental Health Care Among Men With Prostate Cancer Receiving Androgen Deprivation Therapy. *The oncologist*, 27(4), 314–322. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab033>.



Grupo de pacientes con cáncer de próstata



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