



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

En primer lugar destacamos la impagable colaboración de un paciente italiano, que, ante su diagnóstico de cáncer de próstata, eligió la vigilancia activa, actitud y elección que preconizamos para los pacientes que reúnan las condiciones clínicas requeridas para ello.

También aprovechamos la ocasión para felicitar a los urólogos, cada vez más numerosos, que ofrecen esta alternativa. Quizás nos permitimos recordarles que el paciente que sigue la vigilancia activa, precisa de mucho soporte, por supuesto el proporcionado por el urólogo responsable del control del paciente pero sin olvidar que la urología oncológica es y debe ser multidisciplinaria de pleno derecho y, en este contexto, debe darse mucha más importancia a los psico-oncólogos en el soporte especializado de estos pacientes.

El doctor Sprenkle aprovecha el recientemente mes pasado dedicado al cáncer de testículo para recomendar la auto-exploración mensual testicular, acudiéndose al médico a la menor señal de sospecha.

Tres médicos, uno en Amberes y dos en Toronto han estudiado profundamente recientes protocolos cuyo objetivo es el cáncer de próstata resistente a la castración y con metástasis. En dos de ellos se lleva a la conclusión de que ambos mejoran varios aspectos de dichos pacientes. No obstante, llamó la atención de los referidos doctores que el brazo control (entendido generalmente como el que recibirá el mejor tratamiento conocido hasta la fecha) en dos estudios (The Profound y el The Vision) es sub estándar. Sería cuestión que debe ser revisada a fondo.

Dedicamos asimismo un espacio a describir lo que es la teranóstica. Modalidad simultánea de diagnóstico y tratamiento que ofrece grandes perspectivas de futuro.

(sigue en la pag.2)

(viene de la pag.2)

Recogemos un manifiesto en pro de los derechos de determinadas minorías ante el tratamiento del cáncer de próstata. Ya es hora de que nos posicionemos en favor de una Medicina más moderna, superadora de antiguas barreras, en especial cuando algunas de ellas pueden perjudicar el devenir de muchos enfermos.

Y aunque se salga de los límites de este magazín, declaramos nuestro dolor porque en España, en la convocatoria MIR, han quedado vacantes bastantes plazas de médico de familia. ¿Cómo es posible? La yema de huevo de la Sanidad es el médico generalista. Tendemos a una Medicina del pie, del ojo, del páncreas...y olvidar al ser humano que los acarrea. Vemos con frecuencia pacientes de edad avanzada que toman hasta 23 pastillas al día, fruto de los diversos especialistas que los han visitado, sin duda con buena voluntad, pero separados, los pacientes, de su ser integral.

Los generalistas nos proporcionan una medicina empática, sostenible, humana y efectiva. Debemos proporcionar alicientes a los futuros generalistas, no solo para que no rechacen desempeñar la Medicina de Familia, sino para que todos disfrutemos de una Sanidad global, no compartimentalizada.

UN TESTIMONIO PERSONAL DE LA VIGILANCIA ACTIVA COMO OPCIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Soy Cosimo Pieri, miembro de la Asociación italiana de pacientes con cáncer de próstata y de la Junta de la federación europea EUROPA UOMO, que agrupa a estas asociaciones para los 27 países de la comunidad europea.

Hasta ahora mi experiencia de 5 años en vigilancia activa (VA) ha sido muy positiva. En mi opinión esto es el resultado de muchas acciones realizadas en los últimos 10 años por toda la comunidad de profesionales de la salud, asociaciones de pacientes e investigación.

Tengo 68 años, vivo en Milán, Italia, me jubilé después de 43 años como gerente de ventas de comunicaciones informáticas, estoy casado y tengo dos hijas. La prevención de la salud siempre estuvo presente en mi familia.

Estuve expuesto al peligro del cáncer ya a los 48 años cuando se me descubrió un melanoma in situ en la piel. Aunque se consideró de bajo riesgo desde el principio, mostró que algo en nuestro cuerpo puede salirse de control.

Desde 2010, a los 58 años ya se controlaba mi próstata, debido a una reducción de la eficiencia urinaria que se debía a una hiperplasia benigna que fue sometida a intervención quirúrgica en 2013. Luego pasé a controles anuales de la próstata. Pero en 2017 en la visita de control, el urólogo encontró un nódulo sospechoso, se duplicó el valor de PSA en 2 años (aunque bajo en valor absoluto, de 0,7 a 1,4). El médico sugirió una resonancia nuclear magnética y luego una biopsia. Y así llegó el diagnóstico de cáncer de próstata (CP), con un gleason 3+3, grado 1. En ese momento no tenía un conocimiento específico sobre esta enfermedad y los posibles tratamientos y obviamente estaba asustado.

Tengo que decir que el abordaje de mi urólogo fue muy bueno. ¿Por qué? Su enfoque fue multidisciplinario y me ayudó de manera muy efectiva a comprender los posibles tratamientos sin presionarme por ninguno de ellos pero sugiriendo claramente la VA, debido al bajo grado e índice de gleason.

(sigue en la pag.3)

(viene de la pag.2)

Después de esto me puse en contacto con la Asociación Europa Uomo Italia con el propósito de saber más sobre CP y los tratamientos para poder verificar si mi decisión fue correcta. Aprendí la evolución que ha habido al respecto. Mientras que en el pasado la mayoría de los diagnósticos como el mío conducían a prostatectomía con posibles efectos secundarios significativos en la calidad de vida del paciente, los amplios datos clínicos e investigaciones de los últimos diez años abrieron el camino a la VA como la mejor decisión para casos como el mío. También entendí que muchos hombres que no confiaron en esta opción en los últimos años tienen efectos secundarios graves. Los conocimientos que adquirí de la asociación de pacientes Europa Uomo me sirvieron en ese momento para poder mantener un control frente a la presión psicológica sobre todo en el primer año tras el diagnóstico para evitar cambiar de opción.

La información general sobre VA es muy limitada, muchas personas a tu alrededor tienen miedo al saber que con un diagnóstico de cáncer, no hacen ningún tratamiento quirúrgico o radioterapia.

Esta es la razón por la que decidí dar mi apoyo y tiempo a Europa Uomo Italia y también a la junta de Europa, para reforzar y hacer crecer aún más la acción de la asociación para pacientes con CP de las 27 asociaciones locales europeas de Europa Uomo. El objetivo es crear conciencia en los hombres en 27 sucursales de países locales de Europa Uomo, sobre el diagnóstico precoz y la efectividad del enfoque multidisciplinario en todas las etapas, desde la detección temprana hasta el tratamiento en los peores casos.

Debido a mi experiencia, estoy muy enfocado en la mejor implementación posible de la VA, mientras que las asociaciones están analizando todos los casos de tratamiento de CP para todos los niveles de grado.

Estamos colaborando con la comisión central de salud de la Unión Europea para impulsar programas de diagnóstico precoz de CP en los 27 países, que en total llegan a una población de alrededor de 250 millones de hombres. No es fácil y especialmente ahora con la presión por la Covid y con países con muy diferentes enfoques, creencias y tabúes hacia el cáncer. Nuestras asociaciones también están enfocadas en la creación de cultura de VA. Por lo tanto, se deben realizar muchas acciones en colaboración con las principales instituciones europeas y asociaciones de especialistas en salud para optimizar su implementación en toda Europa y, en paralelo, aumentar la detección temprana para evitar el exceso de tratamientos.

Mi caso muestra que los esfuerzos significativos de las comunidades de CP en los últimos años están produciendo un buen enfoque multidisciplinario con el consiguiente aumento de la VA. Al mismo tiempo decir que las asociaciones de pacientes tienen un papel muy importante en la difusión sobre el CP.



Cosimo Pieri

IMPORTANCIA DE LA AUTO-EXPLORACIÓN TESTICULAR MENSUAL

El doctor Preston Sprenkle , profesor asociado de Urología de la Yale School, subrayó la importancia de la auto-exploración mensual de los testículos, muy importante puesto que permite identificar tumores iniciales y por tanto muy curables, mediante tratamientos menos intensivos que en tumores más avanzados.

La exploración debe ser mensual, lo que permite objetivar si hay algún cambio significativo, especialmente si se palpa algún bulto de consistencia dura. Según el doctor Sprenkle, dicha auto-exploración debe iniciarse a los 15 años, ya que es un tumor que se diagnostica con frecuencia en jóvenes.

Recordó asimismo que el riesgo de cáncer testicular aumenta si ha habido casos familiares de dicho tumor.

Dada la variedad de tratamientos se impone que, como en la inmensa mayoría de tumores, el manejo de los pacientes sea abordado por equipos multidisciplinarios, con cirujanos, radioterapeutas y oncólogos médicos dentro del llamado Board o Comité de Tumores. La definición de Sprenkle es muy importante pero deja fuera muchos especialistas: psicólogos, fisioterapeutas, especialista concreto según enfermedad...

Añadamos algunas palabras para destacar la naturaleza multidisciplinaria de la enfermedad cancerosa. En todos los niveles de esta (prevención, diagnóstico precoz, diagnóstico de la enfermedad y de su extensión, estrategia terapéutica y control y soporte postratamiento), se ha superado el antiguo concepto del médico oasis: aquél que cree saberlo todo de algo o de todo.

Con la superación de la cirugía como único tratamiento se observó que los abordajes multidisciplinarios eran más efectivos que los unidisciplinarios. Valga decir que aún hay alguna especialidad que se resiste estoicamente al progreso, envueltos en su torre de marfil.



¿TERREMOTO EN EL DISEÑO DE ENSAYOS CLÍNICOS EN CÁNCER DE PRÓSTATA?

En primer lugar, destaquemos la oportunidad y valentía de los doctores Simón Van Vambeke (Hospitales ZNA, Amberes, Bélgica), Francisco Vera-Badillo (Queens University, School of Medicine, Department of Oncology, Ontario, Canadá) y Bishal Gyawali (también de la Queens University), por señalar, en AscoPubs, Journal of Clinical Oncology, de mayo del 2022, una dudosa utilización del llamado brazo control de ensayos clínicos recientes, en cáncer de próstata resistente a la castración y con metástasis (CPRCm).

(sigue en la pág. 5)

(viene de la pag.4)

La esencia de la fase III del ensayo clínico es la comparabilidad, entre el nuevo tratamiento y el mejor anterior, es decir, el que se aplicaba hasta la fecha, previamente establecido su efectividad. Cuando un nuevo medicamento o una nueva estrategia se ha abierto camino, nos vemos en la necesidad de compararlo con el tratamiento vigente, para determinar objetivamente si es más efectivo y/o menos tóxico el nuevo tratamiento que el anterior.



Van Vambeke y colaboradores llaman la atención hacia el importante número de medicamentos, concretamente en cáncer de próstata resistente a la castración y con metástasis, que reciben autorización sobre la base de datos que no prueban su superioridad sobre los tratamientos vigentes (o estándar), debido a la utilización de brazos de control subestándar (es decir, inferiores al tratamiento estándar vigente).

Siguiendo con estos autores, la utilización de controles subestándar exagera la efectividad clínica del medicamento nuevo y puede despistar a médicos, pacientes y agencias reguladoras y sanitarias. A continuación señalan dos ejemplos, ambos en CPCRm.

En primer lugar citan el estudio denominado “The profound trial”, en pacientes, con una mutación en un gen de reparación del ADN y que hubieran progresado al menos bajo el tratamiento con enzalutamida o abiraterone. El nuevo medicamento en estudio fue el olaparib. Por su parte, los pacientes del grupo control, recibieron tratamiento a elección de su médico, que podían elegir entre enzalutamida o abiraterone, (bajo cuyo tratamiento el 20% de pacientes ya habían sido tratados y progresados su enfermedad). Al 80% restante no se les indicó quimioterapia cuando progresaron.

En segundo lugar, el “The vision trial” examinó el uso de un radioligando (compuesto que localiza células cancerosas y que se asocia a una partícula radioactiva con capacidad terapéutica para destruir dichas células, previamente localizadas por el ligando), unido a 177Lu-PSMA-617. Los investigadores concluyeron que los pacientes así tratados consiguieron un aumento en la supervivencia global y prolongación de la progresión libre de enfermedad (basada en el estudio comparativo de las imágenes de las metástasis). De nuevo, el brazo control fue poco definido y muchos pacientes candidatos a quimioterapia y a Radium-223, no tuvieron esta opción.

Van Vambeke y cols concluyen que la ausencia del mejor tratamiento como control, resulta en un tratamiento inferior de los pacientes incluidos en el brazo control, que contribuyen filantrópicamente al progreso de la Oncología. Citan los principios de Helsinki, entre ellos que “ningún paciente debe ser perjudicado como resultado de su participación en un ensayo clínico”. Y, por otra parte, puede llevar a conclusiones sobre la eficacia de nuevos tratamientos, como mínimo discutible en su estrategia.

¿QUÉ ES THERANOSTICS O TERANÓSTICA? *

Es la combinación de dos términos bien conocidos: THERApeutic y DiagNOSTICS o TERApéutica y DiagNÓSTICA y significa el uso de la combinación de un producto radioactivo para identificar o diagnosticar y un segundo producto también radioactivo que lleve, por la misma vía, con finalidad terapéutica dicha droga al tumor y sus metástasis.

FASE DIAGNÓSTICA. Las células del tumor están recubiertas por una membrana. En la membrana hay diversas proteínas que pueden servir como blanco específico de productos contra el cáncer. Identificados, son inyectados intravenosamente, llegando a todas las partes del organismo. Donde se encuentre la proteína en cuestión, se depositará el producto radioactivo, cuya acción podremos identificar mediante la PET-TAC.

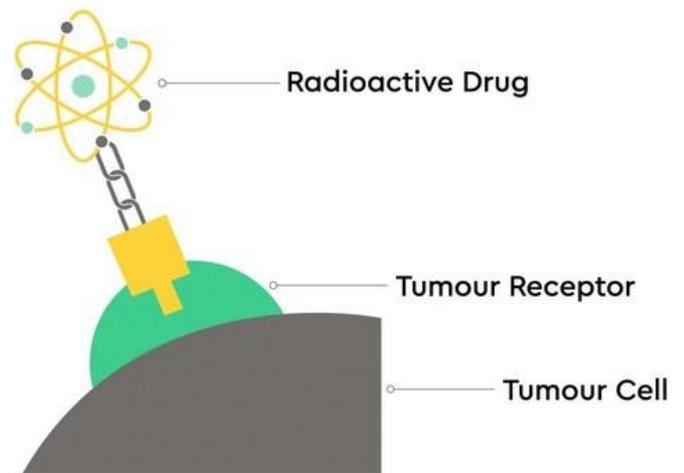
FASE TERAPÉUTICA. Una vez localizado el tumor, podemos ahora reemplazar el producto radioactivo utilizado en el diagnóstico por otro, igualmente radioactivo pero con capacidad terapéutica destructora de las células con dicha proteína y sin afectar las que carezcan de la misma.

Se están desarrollando nuevos agentes diagnósticos y terapéuticos, que posibilitarán la identificación, diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata. Los fármacos teranósticos permitirán una extraordinaria especificidad de los tratamientos.

Teranóstica puede significar un gran paso adelante en el tratamiento del cáncer. Diagnosticar y tratar en una misma estrategia, que puede evitar, además los efectos indeseables de los medicamentos, ya que los teranósticos actuarán sobre cambios específicos en las células tumorales y no en las sanas.

En este mismo número recogemos la opinión del doctor Van Vambenke y colaboradores, respecto a los ensayos clínicos, uno de los que citan es precisamente una muestra de teranóstica, el ensayo Vision, en cáncer de próstata resistente a la castración y con metástasis. Puede ser un gran avance, pero es inexcusable que se aprecien algunas dudas a la metodología del estudio.

*Redacción



ALGUNAS REFLEXIONES PARA HOMBRES DE OTRA SEXUALIDAD CON CÁNCER DE PRÓSTATA (CP)*

1. La vigilancia activa (VA) aparece como una gran opción en casos localizados de baja agresividad. Pero la ansiedad de los que la eligen es muy seria, al ser conscientes de que son portadores de un tumor sin tratar. Algunos autores señalan que solo el 10% de pacientes que eligen VA la mantienen. Es decir, que, después de haberla aceptado, solo diez de cada cien pacientes no se decantan por el tratamiento, antes de que los síntomas lo exijan. Tal es su angustia. Por ello consideramos que es esencial que esos pacientes reciban el mayor soporte psicológico, muy especializado y continuado.

2. Elección informada. Sea como sea, los pacientes deben disponer de toda la información fidedigna necesaria para que elijan en libertad, según sus roles, preferencias y estilos de vida, el tratamiento que consideren más adecuado. Para los afectados por CP, que reúnan las condiciones señaladas en su momento, la VA es una opción para considerar en profundidad.

3. La actividad sexual es un aspecto muy importante en la identidad de todos los hombres, y de un modo especial en los gay y bisexuales (GB), por lo que la impotencia sexual, puede llevar muchos de ellos a una seria crisis personal. Así muchos se sienten en inferioridad sexual, ven disminuida su autoconfianza, se abstienen del sexo y llegan a sentirse aislados social y en su relación sexual.

4. En cuanto a la erección, muchos pacientes opinan que la utilización de inyecciones en el pene y aparatos diversos para facilitar la relación sexual hacen el acto poco natural y disminuye la espontaneidad del sexo. Hay que hacer un pacto y buscar un equilibrio entre la curación y mantener en lo posible la función sexual. Es probable que la VA, cuando esté indicada, sea la respuesta

5. Se ha evaluado poco la repercusión de los tratamientos, en la que se compare entre heterosexuales (HS) y BG. Pero se detectan claras diferencias. Se precisa una erección más firme para la penetración anal que para la vaginal, por lo que es posible que tratamientos efectivos para la disfunción eréctil lo sean en HS y no en BG.

6. Más sobre la erección, En algún estudio se ha sugerido que solo una cuarta parte de BG, después del tratamiento por CP, tenían una erección con suficiente firmeza para el sexo anal. Y en otros, que solo el 40% de BG que tenían el rol penetrativo antes del tratamiento, se podían mantener como penetrativos. En otro estudio, solo el 8% de BG tratados, seguían siendo penetrativos, comparados con el 42% que lo eran de antes del tratamiento.

7. Cambio de rol. Para muchos GB, cambiar el rol sexual después del tratamiento no es siempre una solución para superar los efectos secundarios sobre el sexo. Porque el rol sexual puede significar una parte importante de la identificación e identidad de cada uno. Algún estudio señala la dificultad para cambiar el rol penetrativo por el receptivo, en especial si la pareja era receptiva.

8. Sinceridad con la pareja. Muchos HS y GB se adaptan a la nueva situación e inician actividades sin penetración vaginal o anal según el caso. Destaca aquí la necesidad de una gran comunicación y sinceridad entre ambos miembros de la pareja, al mismo tiempo que aprenden otras técnicas no sexuales en sentido estricto de relacionarse. Así descubren otras áreas sensitivas del cuerpo.

9. Otros problemas. Insistimos en el problema del dolor anal tras radioterapia y el de la ausencia de la próstata tras la prostatectomía. Su estimulación durante la penetración produce mucho placer, que entonces disminuye de un modo significativo.

(viene de la pag.7)

10. Efectos de los tratamientos sobre la conducta sexual. Debemos realizar un examen profundo para identificar los efectos de los tratamientos sobre la conducta y funcionamiento sexual, de modo que se pueda avanzar en la comprensión sexológica de la experiencia del CP en hombres de todas las condiciones sexuales.

11. Incidencia y prevalencia de problemas sexuales según tipos de tratamiento. Precisamos estudios empíricos para cuantificar la incidencia y prevalencia de problemas sexuales y efectos según tipo de tratamiento (crítico para informar a los profesionales sanitarios).

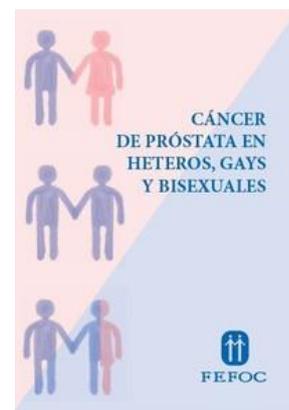
12. Preferencias de los tratamientos. Proponemos estudios comparativos sobre las preferencias de los tratamientos en GB y HS, lo que puede confirmar si los GB eligen cirugía, más o menos que los HS.

13. Necesidades de rehabilitación. Asimismo, estudios dirigidos a las necesidades de rehabilitación de los pacientes con CP, imprescindibles para diseñar intervenciones precisas para ellos.

14. Formación de profesionales. Identificar las necesidades de formación para los profesionales sanitarios que tratan GB con CP y desarrollar currículo adecuados para que puedan atender las necesidades de esta población.

CASO: Con la prostatectomía toda mi vida ha cambiado, para peor. Mi rol era de top, ahora soy bottom y un top casi inútil. Mi compañero, KJ.F. está desconcertado. ¿Se adaptará a ser top o este amor tan fecundo se acaba aquí mismo? Yo me resigno a ser bottom, que remedio, pero añoro mi rol de siempre. Pero mi pene está flácido, no sirve para la penetración. He probado viagra y otros medicamentos sin éxito. Me han enseñado como lograr una adecuada dilatación anal y, ya que no tengo próstata, a disfrutar de las sensaciones placenteras originadas en el ano. Pero ¿qué piensa, que siente él? A lo mejor tanto da ser top como bottom y la clave está en realidad en encontrar el placer con independencia de la posición. Hemos de hablar. Me muero por saber lo que en realidad piensa.

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



Para adquirir el libro clique [aquí](#)

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

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

Colección de vídeos sobre cáncer de próstata

The screenshot shows a YouTube channel page for FEFOC. The navigation bar includes 'INICI', 'VÍDEOS', 'LLISTES DE REPRODUCCIÓ', 'CANALS', 'COMENTARIS', and 'INFORMACIÓ'. The video grid contains the following items:

Video Title	Duration	Views
FEFOC 01 GENERALIDADES DEL CÁNCER DE PRÓSTAT...	20:31	118 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 02 PROSTATECTOMIA, Antoni...	13:32	51 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 03 RADIOTERAPIA RADICAL. Albert Biete	8:20	41 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 04 VIGILANCIA ACTIVA, Jordi Estapé y...	13:58	37 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 05 TEST GENETICOS. Cristina Sans	3:56	21 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 06 RESONANCIA NUCLEAR...	6:59	20 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 07 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS EN CÁNCER...	15:52	45 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 08 LA FAMILIA DEL PACIENTE. Tania Estapé	4:50	13 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 09 SEXUALIDAD DESPUÉS DEL...	10:47	35 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 10 DISFUNCIÓN ERECTIL. Isidre Bonet	11:07	22 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 11 NUTRICIÓN. Montserrat Folch	9:58	29 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 12 INCONTINENCIA URINARIA. Herminia García	9:12	17 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 13 GRUPOS DE SOPORTE.	15:42	19 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 14 CANCER DE PROSTATA. Libro. Jordi...	5:23	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