EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

**© *FEFOC 2021***

**Directores: Profesor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.**

## EDITORIAL

En este número deseamos destacar, en primer lugar, un importante estudio de la Wayne University, en el que se recogen las opiniones de 225 urólogos, de Michigan y Georgia, respecto a la vigilancia activa en cáncer de próstata de bajo riesgo.

En la mayoría de los países, la vigilancia activa ha sido muy bien acogida por parte de los urólogos. Estos datos proceden de la medicina pública, pero en el ámbito privado las cosas pueden ser diferentes. Un artículo publicado en Hot Sheet (mayo de 2020), de Us Too International, Zang y cols explicaban que se desconoce si el reducido reembolso que para dichos especialistas significa la vigilancia activa respecto a los tratamientos clásicos, puede ser una barrera para que algunos urólogos la recomienden. En su estudio encuentran que la vigilancia activa significa menores ingresos. Según sus conclusiones, los

En España hemos observado, en el sistema público, una notable aceptación por parte de nuestros urólogos de la vigilancia activa.

Volviendo al estudio de la Wayne University, observarán también opiniones muy favorables a la vigilancia activa, medio ideal para preservar la potencia sexual y la continencia urinaria, pero que, a nuestro entender, como ya hemos señalado en anteriores ocasiones, precisa de un soporte psicológico especializado. Hora es que los excelentes profesionales que son los urólogos reconozcan que, por más intimidad que tengan con sus pacientes, no están capacitados para ser sus psicólogos. Y no es solo una opinión puesto que algunos urólogos nos han expresado que ellos eran los auténticos psicólogos de sus pacientes y que no precisaban del concurso de los psicólogos.

urólogos privados o dentro del sistema

**a**

Otro artículo de interés se debe a la Universidad

norteamericano, tienen poco incentivo financiero para recomendarla. En el sistema público es distinto, ya que los médicos trabajan mediante salario.

de Tampere, Finlandia, respecto a un interesante estudio en el que se observa el posible efecto de las estatinas en los resultados del diagnóstico precoz del cáncer de próstata.

( V I E N E D E L A P Á G . 1 )

Tal como hicimos con la historia de la cirugía del cáncer de próstata, hoy resumimos la de la radioterapia de este tumor, con especial mención al doctor Bagshaw, con justicia denominado padre de la radioterapia. También ofrecemos una visión de conjunto del pronóstico del cáncer de próstata.

Finalmente, recogemos una importante revisión sobre el cáncer de próstata hereditario.

## QUE OPINAN LOS URÓLOGOS NORTEAMERICANOS RESPECTO A LA VIGILANCIA ACTIVA

Debemos descubrirnos respetuosamente ante la valentía y el amor por la estadística de los científicos norteamericanos. Cuando aquí aún no queda claro el rol de la vigilancia activa (VA) en cánceres de próstata (CP) de buen pronóstico, allí ya se están preguntando un tema fundamental: ¿Qué piensan los urólogos de una técnica que compite con la prostatectomía? Realmente es un tema apasionante. La opinión de unos expertos especialistas, los urólogos, que observan y opinan, por, lo menos en USA, sobre la creciente demanda, de parte de los pacientes con CP, por la VA.

El doctor JinpingXu y colaboradores, principalmente de la Wayne State University, en Detroit publican (Urology) los resultados de un estudio cuyo objetivo principal era el de “Evaluar las actitudes y percepciones de los urólogos sobre la VA y otras opciones terapéuticas para el CP de bajo riesgo". El estudio se llevó a cabo con urólogos de los estados de Michigan y Georgia, con el soporte financiero de la American Cancer Society.

Resumimos parte de dicho artículo del modo siguiente:

1. 225 urólogos completaron una encuesta al respecto, de los que 147 (65%) eran de Michigan y 78 (35%), de Georgia.
2. La mayoría de los urólogos (99%) proporcionaban información a los pacientes sobre VA y el 97% discutían el tema con ellos.
3. El 61% ofrecieron a los pacientes esta posibilidad, la VA.
4. El 97% opinaron que la VA era una opción efectiva y poco utilizada (90%), mientras que (80%) opinaron que cirugía y radioterapia son usadas en exceso en USA.
5. El artículo atiende a otras consideraciones que seguramente analizaremos oitro día.

El hecho indestructible es que ha llegado el momento de que los hombres se asocien con FEFOC en nuestros programas por la calidad de vida de los afectados por cáncer de próstata. La vigilancia activa es la primera piedra en tan difícil camino.

## LAS ESTATINAS PUEDEN MODIFICAR LOS RESULTADOS DE LOS SCREENING POR CÁNCER DE PRÓSTATA

Un estudio de la Tampere University (Tampere es una ciudad finlandesa localizada en el sudeste de Finlandia, a 170 kilómetros de Helsinki. Su universidad es joven y se aprecia de ofrecer una formación multidisciplinaria). Dicho estudio, publicado en JAMA y cuyo primer firmante es la doctora Arla Vettenranta, seguida de diversos colaboradores de dicha Universidad, valora los resultados del screening por cáncer de próstata según los candidatos usen o no estatinas.

Las estatinas son medicamentos que disminuyen el nivel de colesterol en sangre., interfiriendo su producción en el hígado, con la peculiaridad de disminuir el llamado colesterol malo y aumentar el bueno, con lo que disminuye el riesgo de formación de placas en las arterias.

(sigue en la pág.3) **2**

(Viene de la pág.2)

Pues bien, en el estudio finlandés (basado en datos del Finish Prostate Cancer Screening Trial, que se inició en 1996), el porcentaje de cánceres de próstata (CP) de bajo riesgo hallados fue significativamente inferior en las personas que tomaban habitualmente una estatina. En cambio, no hubo modificaciones en cuanto a la detección de CP de Elevado riesgo.

Como señalan en el estudio, el uso de estatinas es bastante común y sus posibles efectos en el screening por CP no habían sido valorados anteriormente. Incluyeron un total de 80.000 hombres.

Los autores establecen algunas posibles explicaciones al efecto de las estatinas: 1) El uso de estatinas mejora la precisión del screening , lo cual indicaría que las estatinas disminuyen el llamado “overdiagnosis” o exceso en el diagnóstico, es decir, la excesiva detección de CP sin riesgo por su lento crecimiento. 2) Que las personas que utilizan estatinas vigilan más su salud y se realizan con mayor frecuencia detecciones de PSA.

Sea como sea, son datos a tener en cuenta para perfeccionar el screening por CP.

# BREVE HISTORIA DE LA RADIOTERAPIA (II)

Después de la historia de la cirugía (I) hoy exponemos la de la radioterapia (II) Esta inicia su aplicación en CP al comienzo del siglo XX.

Al principio se utilizaban implantes de radio dentro de la próstata, pero con el desarrollo de la radioterapia externa se pasó a su utilización mediante fuentes de energía situadas fuera del paciente.

A mediados del siglo pasado, con la disposición de bombas de cobalto (que podían proporcionar mayores niveles de irradiación en la profundidad del organismo), se intensificó la aplicación de radioterapia en casos en que no era posible la cirugía, por tratarse de CP demasiado extensos localmente. Un paso más adelante en radioterapia del CP se debe, entre otros, al doctor Malcolm Bagshaw, que, en series pequeñas de pacientes mostró la radiocurabilidad del CP. Bagshaw nos dejó en septiembre de 2011, irreparable pérdida del auténtico padre de la radioterapia moderna en CP. Desarrolló gran parte de su labor en la Stanford University School of Medecine, abierta en 1891, en California y una de las más prestigiosas de USA.

Fue conocido por su actitud denominada “can-do” (puede hacerse) que aplicó a la innovación, investigación, docencia y cuidado de los pacientes. Creó un gran equipo profesional y humano. Aparte de su inmensa labor profesional, a veces se le podía ver por la costa de California, en su bicicleta, con los médicos de su equipo o volando con un planeador.

Cuando comenzó su actividad en radioterapia oncológica, esta especialidad era nueva y experimentando un rápido crecimiento. Trabajó con Kaplan (gran radioterapeuta y padre de la moderna radioterapia curativa en la enfermedad de Hodgkin), siendo ambos pioneros en el uso de aparatos de radiación de alta energía, producida por un acelerador lineal en el tratamiento de varios cánceres, entre ellos el CP, que, hoy en día representa la base del mejor tratamiento radiológico del CP.

Como señaló el profesor Richard Hoppe, uno de sus sucesores, “donde realmente sobresalió Bagshaw fue en la introducción de la radioterapia moderna en CP”. Bagshaw y colaboradores demostraron que las dosis altas de radioterapia enfocada a campos pequeños podían ser tan curativas como la cirugía. Además, dicha radioterapia permitía preservar la potencia sexual y disminuía el riesgo de incontinencia urinaria.

(Viene de la pág.3)

Por otra parte. más adelante también se mejoró el estudio radiográfico del tumor, mediante la aportación de la TAC (tomografía axial computadorizada), todo ello con el resultado de un tratamiento cada vez más efectivo y menos tóxico para los tejidos normales de alrededor de la próstata. Ya en 1960 se inició, en casos con tumores grandes, el tratamiento hormonal previo, para disminuir el tamaño del tumor y hacerlos más asequible a la radioterapia.

Las sucesivas modalidades de radioterapia (radioterapia conformada en tres dimensiones, radioterapia de intensidad modulada, radioterapia corporal estereostática), han aumentado notablemente su precisión terapéutica respecto al tumor, con menor afectación de los tejidos sanos de alrededor. Lo que ha posibilitado la aplicación de dosis más altas al tumor con menos efectos secundarios indeseables

Otra modalidad de radioterapia, o radioterapia interna, es la braquiterapia (iniciada en 1983) y que consiste en la implantación en la próstata de

«semillas» radioactivas.

Hoy en día se considera que en los casos localizados en la próstata, cirugía y radioterapia tienen una efectividad semejante.

# PRONÓSTICO GENERAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

A efectos estadísticos los cánceres de próstata (CP) se suelen agrupar en tres grandes grupos, con distintos tratamientos y pronósticos: afectación local: el CP no se ha propagado fuera de la próstata; afectación regional: el CP se ha propagado a estructuras o ganglios linfáticos cercanos y afectación a distancia: el CP se ha extendido a distancia de la próstata, huesos, hígado, pulmones.

Datos de supervivencia. En general se ofrecen los datos de supervivencia a los 5, 10 o 15 años del diagnóstico. Pueden reflejar o la supervivencia global de todos los pacientes considerados (con independencia de que estén con o sin enfermedad) o bien, cuando se habla de supervivencia libre de enfermedad, solo incluye a aquellos que, después del tratamiento, persisten sin enfermedad. En estos se refleja más la efectividad del tratamiento y las posibilidades de curación.

Las tasas de supervivencia se calculan sobre la evaluación de miles de pacientes que han padecido el mismo tipo de enfermedad y en la misma etapa. Dichas tasas se comparan con hombres de edades y situación semejante, pero sin CP. Por ejemplo, si un paciente con CP tiene, según su estadio y demás datos, una posibilidad de supervivencia del 90%, son sus posibilidades de supervivencia en relación con las personas sin CP.

A continuación, recogemos datos de supervivencia de pacientes con CP, de distintos países:

En España, del conjunto global de pacientes (con independencia de edad, estadio, Gleason, etc), la supervivencia global (sin tener en cuenta edad, tipo histológico ni tratamiento) a los 5 años es aproximadamente del 85% de pacientes, según datos de la AECC. Es la tercera causa de muerte en hombres por cáncer en España (el primero es el de pulmón y el segundo el de colon y recto).

En el Reino Unido (UK), la tasa de supervivencia es del 96,6% al año del diagnóstico; del 86,6% a los 5 años y del 77,6% a los 10 años de este.

Ofrecemos los datos de la prestigiosa SEER (Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados finales) norteamericana, basados en el seguimiento de pacientes diagnosticados entre 2009 y 2015.

(sigue en la pág.5)

D I C I E M B R E , 2 0 2 1 F E F O C N E W S L E T T E R V O L . 3 1

(Viene de la pág.4)

Etapa SEER: % de supervivencia a los 5 años Localizado: Alrededor del 100%

Regional: Alrededor del 100%

Metastásico: 31%

Todos combinados: 98%

Las cifras SEER se refieren exclusivamente a la etapa del CP en que fue diagnosticado. Por tanto, no lo hace si posteriormente el CP crece, se disemina o recidiva después del tratamiento.

Tampoco incluyen todos los factores de riesgo, como edad del paciente, estado general de salud, nivel de PSA o grado de Gleason, cual es la respuesta al tratamiento y otros factores que pueden modificarlos.

Además, es posible que estas cifran incluso hayan mejorado, con el progreso de los tratamientos y al hecho de que los pacientes aquí valorados fueron diagnosticados más de cinco años antes.

En el Canadá, las cifras de supervivencia son semejantes a las norteamericanas de la SEER, con la única excepción de que, en los casos metastásicos es del 28%.

Australia declara una supervivencia global a los 5 años del diagnóstico del 95% de pacientes.

Estamos pues ante un cáncer con un buen pronóstico general, de los más buenos en Oncología, pero con una serie de dudas en cuanto los efectos secundarios de los tratamientos en la elección de las diversas modalidades (vigilancia activa, cirugía, radioterapia) en los CP localizados y/o localmente avanzados.

## CÁNCER DE PRÓSTATA – HEREDITARIO: UN OBJETIVO DE ATENCION DEL EQUIPO DE SALUD



Dr. en Psicología Oscar Galindo Vázquez Adscrito al Servicio de Psicooncología Coordinador de la Unidad de Investigación y Desarrollo de la Psicooncología

Instituto Nacional de Cancerología INCan

El cáncer de próstata es un tipo de neoplasia cada vez más frecuente en el mundo, siendo un problema de salud pública emergente para el varón de edad avanzada. Este grupo de pacientes presentan diversos efectos en su calidad de vida como fatiga, flujo de orina débil o flujo interrumpido, disfunción eréctil y afectación en su vida sexual, además de síntomas de depresión, ansiedad y malestar emocional.

Sin embargo, todavía hoy en día poco se habla entre la población general sobre el cáncer de próstata, sobre sus causas, síntomas, tratamiento, sobre sus necesidades y el cómo viven este grupo de personas. En este contexto el papel del apoyo social y de la familia en particular es fundamental, principalmente debido a que los varones pueden no tener los medios sociales y estar habituados para compartir sus necesidades y problemas de salud a lo largo de la vida.

(sigue en la pág.6)

(viene de la pág 5)

Sobre los factores de riesgo de esta enfermedad un grupo de estos pacientes son portadores de variantes patogénicas germinales en genes de alta susceptibilidad a cáncer por ejemplo para BRCA1 con un riesgo de 8.6% a los 65 años y para BRCA2 de 15% a los 65 años y 20% de por vida, mientras el riesgo para varones de población general es 6% hasta los 69 años.

Por lo que los varones que cumplen algunos criterios alto riesgo como: tener un familiar de primer grado (padre o hermano) con cáncer de próstata antes de los 55 años de edad, hombres de

55 o menos con cáncer de próstata, y con familiares de primer grado con cáncer hereditario de mama u ovario o con síndrome de Lynch (no asociado a poliposis) antes de los 50 años de edad representan un grupo que se podría beneficiar de la asesoría genética y atención multidisciplinaria para las diversas necesidades que de esta condición se derivan.

La identificación de familias con diagnóstico de cáncer hereditario es importante ya que sus miembros podrían beneficiarse de medidas eficaces, no sólo en el diagnóstico temprano, sino también en la prevención de tumores. En estas familias es común observar varios casos de cáncer, en algunos casos, del mismo tipo. Aparecen en varias generaciones y ocurren a edades tempranas comparadas con los casos esporádicos.

Al reto de comprender la información de genética, efecto emocional de saberse portador de una mutación y sus implicaciones a nivel de tratamiento y prevención se agrega la relevancia de hablar de los hombres vistos en buena parte de los casos como estoicos y proveedores, y no como personas que también requieren transmitir sus necesidades.

Por lo que se requieren más programas de alfabetización en población general y en particular en pacientes que puedan beneficiarse de asesoría genética. El sistema de salud como una respuesta social organizada ante los problemas que se presentan en una comunidad, requiere en específico que se considere la salud del varón como uno de los valores de una sociedad y que más que un problema emergente hasta ahora insuficientemente atendido como el cáncer de próstata.

Referencias:

Manual de Asesoramiento genético en oncología. Álvarez Gómez RM, Vildal S, Wegman T, Nuñez PM. (2017) CAP 3. Genética en oncología. Permanyer Ciudad de México. Primera edición, Sociedad Mexicana de Oncología SMEO.

Espinoza-Bello, M., Galindo-Vázquez, Ó., Jiménez-Ríos, M. A., Lerma, A., Acosta-Santos, N. A., Meneses-García, A. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer, versión próstata (FACT-P), en pacientes mexicanos. Cirugía y Cirujanos, 88(6), 745-752.



**https://euproms.ydeal.dev/**

Para adquirir el libro clique [**aq**](https://www.amazon.com/C%C3%81NCER-PR%C3%93STATA-HETEROS-BISEXUALES-Spanish-ebook/dp/B08QRZ3XNJ)**ui**

# Para más información sobre los donativos clique [aquí](https://www.fefoc.org/donaciones/).

[**https://www.youtube.com/channel/UCMOFY1FLcbVOCshefrj6mkQ/videos**](https://www.youtube.com/channel/UCMOFY1FLcbVOCshefrj6mkQ/videos)

**Imagen de la colección de vídeos sobre cáncer de próstata**



Desde FEFOC les deseamos unas felices fiestas y un próspero año nuevo.







### 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](http://www.fefoc.org/)

Agradecemos la colaboración de:



