



Editorial

Artículo español

Luces y sombras del cribado del cáncer de próstata.

Lights and shadows in prostate cancer screening.

Julio A. Virseda Rodríguez¹, Ángeles Franco-López², Alvaro J. Virseda Rodríguez³

¹Profesor Titular de Urología UCLM y Jefe de Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

²Jefa del Servicio de Radiología. Hospital Universitario Sant Joan, Alicante. España.

³Medico Adjunto de urología Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca. España.

El antígeno prostático específico (frecuentemente abreviado por sus siglas en inglés, PSA) es una sustancia proteica sintetizada por células de la próstata. Su función es la disolución del coágulo seminal. Es una glicoproteína cuya síntesis es exclusiva de la próstata.¹ Una pequeñísima parte de este PSA pasa a la circulación sanguínea de hombres enfermos, y es precisamente este PSA que pasa a la sangre, el que se mide para el diagnóstico, pronóstico y seguimiento del cáncer —tanto localizado como metastásico— y otros trastornos de la próstata, como la prostatitis. Los niveles normales en sangre de PSA en los varones sanos son muy bajos, del orden de millones de veces menos que en el semen, y se elevan en la enfermedad prostática. Los valores de referencia para el PSA sérico varían según los distintos laboratorios, aunque el valor normal aceptado actualmente es de hasta 4,0 ng/ml.² Su producción depende de la presencia de andrógenos y del tamaño de la glándula prostática.¹

Los niveles de PSA inferiores a 4 ng/mL se consideran por lo general normales. Sin embargo, estos valores también dependen de la edad. Los límites superiores específicos por edad normales para personas de raza blanca se muestran en la Tabla 1.

Edad (años)	PSA en sangre (ng/mL)
40-49	2.5
50-59	3.5
60-69	4.5
70-79	6.5

Un PSA por encima de estos niveles puede propiciar la realización de una biopsia de próstata, ya que puede indicar la presencia de un Cáncer de Próstata (CP).

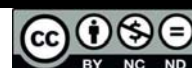
El PSA no es una prueba perfecta, los hombres con un nivel de PSA inferior al límite normal específico para cada edad pueden tener CP.

Además, muchos hombres con un nivel de PSA entre el límite normal superior específico para cada edad y 10 ng/mL no tendrán CP. Esto es debido a que el PSA no es específico para el cáncer y se produce tanto por células de próstata cancerosas como no cancerosas. Por consiguiente, los hombres con enfermedades de próstata benignas como hiperplasia benigna de próstata (HBP, es decir agrandamiento de próstata) o prostatitis (infección de la próstata) tendrán un PSA elevado (superior a 2,5-4 ng/mL). Cuanto mayor sea el número de células prostáticas / tamaño de la próstata, más alto será el nivel de PSA en sangre.

Durante muchos años, ha existido la controversia sobre la necesidad de solicitar el antígeno prostático específico como prueba de cribado del CP. Los recientes estudios publicados han puesto de manifiesto y han confirmado que el cribado del CP detecta más casos y lo hace en estadios y edades más precoces, pero esto no tiene impacto sobre la mortalidad^{1,2}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliovirseda@hotmail.com (Julio Virseda).



Después de más de 20 años de seguimiento, la mortalidad por CP no se modificó con significación estadística. El cribado basado en el PSA conlleva una pequeña o nula reducción de la mortalidad específica por CP, y se asocia a daños relacionados con las subsiguientes exploraciones diagnósticas (biopsia: hemorragias, sepsis, falsos positivos) y terapéuticas (radioterapia, prostatectomía: disfunción eréctil, incontinencia urinaria, síntomas vesicales), alguno de los cuales pueden ser innecesarios.

Hasta ahora, sabíamos que la razón riesgo-beneficio era desfavorable a la aplicación del cribado en mayores de 75 años. Ahora, disponemos de datos suficientes para afirmar que el cribado con PSA, incluso en menores de 75 años, no aporta beneficios y, en cambio, puede ser perjudicial.

Como consecuencia, la U.S. Preventive Services Task Force hace la recomendación de no utilizarlo como prueba de cribado del CP en hombres de cualquier edad, porque los daños son superiores a los beneficios^{3,4}.

A pesar de esto, se siguen solicitando determinaciones de PSA como cribado, y seguimos encontrando en nuestras consultas resultados de PSA en pacientes asintomáticos.

Otro cambio necesario en el abordaje del cáncer de próstata será la utilización de la Resonancia Magnética (RM) como herramienta para localizar el tumor y la realización de biopsia con navegador para garantizar que la biopsia se hace en el centro del tumor. El papel de la RM en los pacientes en "vigilancia activa" está todavía por determinar.

En una patología con la prevalencia de este tumor todavía sigue habiendo una gran variabilidad en la clínica.

Referencias

1. Fábregas M, Guix L. Antígeno prostático específico elevado. AMF. 2009;5:106-10.
2. Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, Löfman O, Carlsson P. Randomized prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. BMJ. 2011;342: d1539.
3. Chou R, Croswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Fu R, et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2011;155:762-71. Disponible en: <http://annals.org>.
4. Roig H, Vall-Ilossera A. El último año de... Urología. AMF. 2012;8:50-8.