

# Algunas consideraciones sobre el diagnóstico de cáncer de próstata utilizando el antígeno prostático específico

## *Some considerations on the diagnosis of prostate cancer using prostate specific antigen*

Carlos A. Ameri

*Servicio de Urología Hospital Alemán, Buenos Aires.*

Son numerosas las publicaciones y las experiencias, expresadas en la bibliografía, sobre el uso del antígeno prostático específico (PSA).

El espíritu de esta editorial no apunta a refutar a la bibliografía, sería imposible, sino a puntualizar algunas reflexiones sobre la utilidad del PSA en el cáncer de la próstata.

En principio, el PSA produjo una revolución en el diagnóstico del cáncer de próstata y muchas fueron las esperanzas depositadas en este examen para disminuir el índice de mortalidad. En alguna medida se logró, pero no con la contundencia deseada. En Estados Unidos se refiere una reducción del 4% y en el Reino Unido del 1% anual. A pesar de ello, es el marcador más usado y mantiene aún su vigencia, pero es necesario puntualizar ciertos aspectos sobre sus limitaciones como un marcador ideal.

En principio, como fue mencionado, su uso provocó un cambio en la epidemiología del cáncer de próstata, a saber:

- + Desde 1973-1989: 35 nuevos casos por 100.000
- + 1989: 70 nuevos casos por 100.000
- + 1989-1992: 105 nuevos casos por 100.000
- + 2012: 56 a 85 nuevos casos por 100.000

El objetivo inicial del examen de PSA fue la detección temprana del cáncer de próstata. Se define como detección temprana a la identificación de la enfermedad en un punto de su historia natural que pueda ser

tratada con un menor impacto físico y con mayor posibilidad de producir curación, es una etapa preclínica. Basado en este principio de detección temprana, se produjo una sobre-detección del cáncer. ¿Por qué sobre-detección? Porque el aumento en la frecuencia fue en base a focos de bajo grado, los cuales tienen un porcentaje significativo de supervivencia a 20 años sin tratamiento (83% son estadios T1 y T2, y 76% los pacientes con Gleason 6).

Si se piensa por un momento en la era pre-PSA, si fuera real que el alto índice de cánceres que se hallan en la actualidad necesitaran diagnóstico y tratamiento, entonces cuando no se utilizaba el PSA hubiera habido una "epidemia" de cánceres avanzados y no fue así. Si bien existe evidencia de disminución en la mortalidad gracias al PSA, no se sabe a costa de cuántos casos que fueron tratados en forma innecesaria.

Según lo expuesto, hasta el año 1992 se triplicó la frecuencia del diagnóstico, pero a partir de allí hubo una sensible disminución. Esto se debió a diversas variables: se comenzó a seleccionar mejor los pacientes para las biopsias, se utilizó la relación PSA total/PSA libre, la historia familiar, los factores étnicos, la patología prostática asociada, la expectativa de vida, la densidad del PSA, la velocidad de aumento del PSA, etc. Entonces, la lectura que se puede hacer de ello es que el PSA como valor absoluto tenía sus limitaciones, inicialmente se indicaba biopsia a todos los casos por encima de 4 ng/ml, y aquí hubo una desproporción entre el número de biopsias indicadas y el número de pacientes favorecidos por las mismas.

Uno debe preguntarse si asociar el valor de PSA con otras variables para seleccionar a un paciente para biopsia tiene su lógica y por qué. El PSA es más específico cuando menor volumen prostático se tiene. Es llamativo que menos del 10% de los pacientes adenomectomizados presenten cáncer en las piezas quirúrgicas, por lo que es entonces evidente que el volumen prostático puede elevar el PSA a valores que sugieran la necesidad de una biopsia. La adenomectomía prostática reseca el 80% de la glándula y el PSA puede disminuir hasta un 83%; la lectura que se puede hacer es que la hiperplasia prostática eleva el PSA, genera una biopsia y se halla un cáncer que no es el que elevó el PSA. De allí que el porcentaje predominante de cánceres diagnosticados en piezas de adenomectomía sean de bajo grado y estadio. Hay que recordar que la mayor especificidad del PSA se presenta cuando se lo utiliza para monitorear la evolución de un cáncer tratado, con prostatectomía radical o radioterapia, es decir, cuando menor volumen prostático haya más fidedigno es el PSA.

Otro aspecto de sus limitaciones es que pacientes con valores de PSA menores a 4 ng/ml pueden presentar un tumor y con porcentajes significativos de Gleason elevado, a saber:

- PSA <0,5 ng/ml: 6% (12% alto grado)
- PSA 0,6 a 1ng/ml: 10% (10%)
- PSA 1,1 a 2 ng/ml: 24% (12%)
- PSA 2,1 a 3 ng/ml: 24% (19%)
- PSA 3,1 a 4 ng/ml: 27% (24%)

Que no todo cáncer de próstata debe ser diagnosticado también lo determina que hasta un 46% de autopsias de hombres hasta los 70 años presentaron cáncer de próstata no diagnosticado y la causa de muerte no fue por esta patología.

Enfermedades prostáticas inflamatorias, uso de medicamentos como finasteride y dutasteride, factores dietarios, factores raciales, antecedentes familiares, distintos grupos etarios también influyen sobre los valores de PSA y pueden sesgar la indicación correcta de una biopsia.

Como resumen, el PSA presenta alta sensibilidad y baja especificidad. Existen múltiples factores que influyen sobre su valor, y ello suele generar un alto número de biopsias y determina, por ende, un elevado índice de tratamientos que suelen ser innecesarios.

Lo más llamativo es que cuando menos volumen de próstata hay, más útil es el PSA (adenomectomizados, prostatectomizados). Su mayor sensibilidad y especificidad está en el seguimiento de los pacientes tratados, y por ahora se está lejos de que el PSA aporte lo que uno desearía: un marcador que sea realmente útil con un alto valor predictivo positivo, que es la posibilidad de que un paciente con un diagnóstico positivo esté realmente enfermo como para necesitar un tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Shteynshiyuger y Andriole. *Urol Clin N Am* 2010; 37:1-9.
- Hankey 1999 Jemal, *Eur Urol* 2012.
- Ballesteros Sampol *Arch Esp* 2010.