



Dr. Alejandro Carbone Zárate

Sección Oncología Clínica, Servicio de Clínica Médica
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

VIÑETA

Un hombre sano de 55 años y sin antecedente familiar prostático ni síntomas miccionales viene a consultorio para realizar un control clínico y análisis de sangre.

PREGUNTA

¿Debemos realizar testeo rutinario de PSA a todo paciente mayor de 50 años?

RESPUESTA

A la hora de determinar la utilidad del testeo de PSA debemos tener en cuenta ciertas consideraciones.

El PSA es una glucoproteína sintetizada por las células prostáticas en forma fisiológica y patológica. Si bien es un marcador específico de próstata, puede elevarse por múltiples condiciones benignas asociadas a la próstata, como la hiperplasia, inflamaciones o infecciones.

Existen adicionalmente factores de riesgo asociados a cáncer de próstata que deben evaluarse siempre porque pueden ayudar en la toma de decisión; de estos, los más relevantes son antecedentes heredofamiliares, edad y raza del paciente¹.

En lo que respecta al tacto rectal existen limitaciones a tener en cuenta. Puede detectar anomalías palpables (por ejemplo: nódulos, asimetría o induración) en las caras posterior y lateral de la glándula prostática donde se producen la mayoría de los cánceres; sin embargo, otras áreas de la próstata no son accesibles mediante el tacto. El uso combinado con el PSA puede elevar la tasa de diagnóstico de la enfermedad.

Debe tenerse en cuenta también la utilidad del tacto rectal que puede aportar valiosa información adicional, y su uso combinado con el PSA puede elevar la tasa de diagnóstico de la enfermedad. El National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomienda como parte del testeo rutinario la combinación de PSA y tacto rectal², si bien otras publicaciones demostraron que la utilización de ambos parámetros en forma rutinaria se asocia a aumento del diagnóstico pero sin disminución de la mortalidad.

A diferencia de otros tipos de tumores, el paradigma de detección temprana que conduce a mayores tasas de curación debe aplicarse con cautela al cáncer de próstata. El uso generalizado de estrategias de detección basadas en antígeno prostático específico (PSA) ha derivado, desafortunadamente, en un mayor tratamiento de cánceres clínicamente insignificantes, hasta el punto de que la morbilidad y mortalidad asociadas con el diagnóstico y la terapia utilizada para tratarlo pueden exceder la morbimortalidad asociada al cáncer en sí mismo³.

No existe hoy en día una recomendación unánime en lo que respecta al testeo rutinario de PSA, aunque plantearé a continuación algunas de las reseñas más importantes respecto de este tema.

En 2013 Cochrane publica un metaanálisis evaluando la efectividad del screening de cáncer de próstata para reducir la mortalidad asociada a este diagnóstico. Se revisan 5 de los estudios más grandes al respecto, abarcando 341 342 pacientes. Como resultado se observa que el screening no disminuye la mortalidad asociada al cáncer de próstata⁴.

En 2014, el Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) publica sus guías de *screening* (cribado) en cáncer de próstata. En ellas se recomienda el comienzo del testeo a partir de los 45 años en pacientes con expectativa de vida de 10 años⁵.

En 2017, la USPSTF (grupo de tareas del servicio preventivo de los Estados Unidos) lanza una actualización de sus indicaciones, manteniendo la recomendación en contra del testeo rutinario en mayores de 70 años y aconsejando una decisión individualizada a cada caso en mayores de 55 años⁶. En marzo de 2018, la revista *JAMA* publica el ensayo más importante en cuanto a número de pacientes y tiempo de seguimiento evaluando la utilidad del testeo de rutina de PSA. En este estudio, el hallazgo de cáncer de próstata en el grupo experimental fue levemente superior con respecto al grupo control; sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en mortalidad a 10 años por cáncer de próstata entre ambos grupos⁷.

Si bien aún no disponibles para la práctica clínica, existen algunas determinaciones no invasivas que podrán brindar información adicional para conocer el riesgo de cáncer de próstata sin necesariamente recurrir a la biopsia en última

instancia. Una de estas realiza la determinación en sangre periférica con citometría de flujo de múltiples moléculas de superficie celular (CD) y por análisis computarizado brinda un patrón de riesgo basándose en el análisis de los resultados obtenidos⁸.

Otro testeo –tampoco disponible aún– evalúa por PCR los niveles urinarios de ARN del antígeno de cáncer de próstata PCA-3 y permite la estimación del paciente en cuestión. Esta prueba ya fue aprobada por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos (FDA) para la evaluación de casos con elevación de PSA y biopsia negativa; sin embargo, también es útil para pacientes sin biopsia previa³.

Aun cuando estas técnicas podrán ayudar a determinar con más exactitud el riesgo de cáncer de próstata en la población general evitando muchas biopsias innecesarias,

por el momento podemos remarcar algunos aspectos para tener en cuenta a la hora de decidir la realización del testeo de PSA a un paciente asintomático:

Debe subrayarse que solo una parte menor de los pacientes con elevación de PSA corresponden a cáncer de próstata. Si se puede apreciar en la consulta falta de interés en conocer este resultado, no se aconseja el testeo rutinario. El testeo a partir de los 45 años puede tener indicación en aquellos pacientes con factores de riesgo encontrados en la consulta, como historia heredofamiliar o raza negra.

El testeo a partir de los 50 hasta los 69 años en la población general puede realizarse una vez detalladas al paciente las conductas que se deben seguir en caso de resultados alterados. El testeo a mayores de 70 años o de cualquier edad con expectativa de vida inferior a 10 años no se recomienda.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Vertosick EA, Poon BY, Vickers AJ. Relative value of race, family history and prostate specific antigen as indications for early initiation of prostate cancer screening. *J Urol*. 2014;192(3):724-728.
2. National Comprehensive Cancer Network [Internet]. Fort Washington, PA: NCCN; 2018 [consulta 06/08/2018]. Disponible en: <https://www.nccn.org>.
3. De Vita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. Principles and practice of oncology. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 2 v.
4. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, y

col. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(1):CD004720.

5. Eastham J, Vickers A, Lilja H, et al. Prostate cancer screening guidelines [internet]. New York: Memorial Sloan Kettering Cancer Center; [2018] [consulta 06/08/2018]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/cancer-care/types/prostate/screening/screening-guidelines-prostate>
6. United States Preventive Services Task Force. Prostate cancer screening final recommendation [Internet]. Rockville, MD: USPSTF; 2018 [consulta

06/08/2018]. Disponible en: <https://screeningforprostatecancer.org/>

7. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, et al. Effect of a low-intensity PSA-based screening intervention on prostate cancer mortality: the CAP randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;319(9):883-895.
8. Cosma G, McArdle SE, Reeder S, et al. Identifying the presence of prostate cancer in individuals with PSA levels <20 ng ml(-1) using computational data extraction analysis of high dimensional peripheral blood flow cytometric phenotyping data. *Front Immunol*. 2017;8:1771.