

Antígeno Prostático



Q.F.B. Sergio Antonio Salazar Lozano M. en C.

El cáncer de próstata es el cáncer no cutáneo más común en hombres en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), posee el segundo lugar en mortalidad general por cáncer en hombres; sin embargo, es un cáncer con excelente pronóstico si es detectado a tiempo. En EUA de 1992 -cinco años después de la introducción de la cuantificación de antígeno prostático específico (PSA)- al 2005, la razón de muertes por cáncer de próstata cayó un 4% por año (la disminución en la mortalidad de este cáncer ha sido aproximadamente de un 30% total en este tiempo).

Uno de cada tres hombres por encima de los 50 años de edad se sabe puede poseer un cáncer prostático, la gran mayoría de los cuales (aproximadamente el 80% de éstos) seguramente tendrán un tamaño y grado limitado, lo cual los vuelve clínicamente insignificantes, no obstante su elevada incidencia. El riesgo que un hombre tiene de morir de cáncer de próstata en su vida es del 3%.

Numerosos estudios han sido publicados que avalan la utilidad de la cuantificación del PSA, no obstante dos estudios recientes concluyen que como la cuantificación de PSA posee la característica de detectar también anomalías normalmente benignas, esto puede provocar angustia en el paciente, estudios adicionales y tratamientos en ocasiones innecesarios. Lo cierto es que los últimos estudios, con todo y algunas ventajas como un buen tamaño de población, también poseen serias debilidades.

La primera es que los resultados publicados fueron liberados prematuramente, pues este trastorno es de lento progreso, por lo que habría que esperar algunos años más para obtener resultados más contundentes.

La segunda es que como el estudio de cuantificación de PSA se encuentra ya bastante generalizado, muchos de los participantes (casi la mitad) habían sido sometidos en el pasado a éste, por lo que el reclutamiento de algunos cánceres seguramente se evitó previamente (contrario

a lo que hubiera ocurrido si la muestra hubiera sido verdaderamente aleatoria).

La tercera, en el grupo control (entendiblemente) la búsqueda de cáncer de próstata fue exhaustiva, lo que definitivamente contribuyó a amortiguar el impacto de los resultados (disminuyó el poder discriminatorio del PSA).



Por último, el cuarto (y quizá el más importante), estos estudios fueron diseñados con criterios antiguos sobre la interpretación de los valores de PSA, hoy nadie debería elegir el curso de acción que estos investigadores siguieron basado en sus criterios.

Las conclusiones derivadas de acciones tomadas de acuerdo a procedimientos caducos no deberían servir de base para valorar la utilidad de ningún estudio o terapia.

Lister Laboratorios

Paul P. Harris #102 Fracc. Vista Hermosa, Tampico, Tam.

TELÉFONO: (833) 800 16 44 al 47

www.lister.com.mx



La prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de próstata se basa en dos pilares fundamentales:

1.- **La cuantificación del PSA**, el cual es una glucoproteína que se localiza principalmente y en cantidades significativas en las células epiteliales normales y cancerosas acinares y en los ductos de la próstata. En trauma, inflamación o al aumentar el número y la actividad de las células prostáticas la concentración de PSA en sangre (*que normalmente es baja*) incrementa. Este marcador realmente ayuda a identificar problemas de hiperplasia prostática benigna, prostatitis y cáncer de próstata (*aunque la neoplasia intraepitelial prostática parece no elevar los niveles de PSA*).

2.- **El tacto rectal**: La exploración de la próstata por tacto digital es un procedimiento que puede ser realizado por un médico bien capacitado en su consultorio.

Ambas pruebas en conjunto poseen un alto grado de sensibilidad, sencillez y bajo costo, lo que las hace el método de elección para la detección oportuna de cáncer de próstata.

El PSA es una serina proteasa capaz de formar complejos con varios inhibidores de proteasa. Consecuentemente, el PSA en suero existe principalmente en la forma del

complejo PSA-ACT (*PSA-1-antiquimiotripsina*).

Es importante aclarar que aunque la prueba es específica de próstata, esta no es específica de cáncer. Esto quiere decir que existen otros padecimientos que manifiestan elevaciones en los niveles sanguíneos de PSA, tales como infecciones, procesos inflamatorios y la hiperplasia prostática benigna que se observa durante el envejecimiento normal en prácticamente el 100% de los hombres.

Es por esto recomendable que tras realizarse el primer examen de PSA en caso de encontrarse resultados por encima del punto de corte proseguir a hacerse tanto el PSA total como el PSA libre. El punto de corte para el cual se debe tomar la decisión de ordenar el estudio de PSA libre se ha fijado por convención en 4 mg/dL de PSA total. Es necesario mencionar que el valor de PSA total es directamente proporcional al riesgo de padecer cáncer de próstata, es decir, valores ligeramente por encima de 4 mg/dL poseen regularmente riesgos más bajos que valores muy por encima de este punto.

Otro punto a considerar es que el PSA total tiende a elevarse de manera natural durante la vida de un hombre. Por lo que hombres de 40 años de edad poseen valores medios de PSA total mucho más bajos que hombres de 70 años.

Para un hombre de 40 años, un valor de PSA de 4.0 mg/dL es muy probable que sea un

hallazgo significativo, mientras que el mismo valor para un hombre de 70 es muy probable que no lo sea.

Es por esto que varios investigadores han propuesto el monitoreo seriado del PSA (*cada 6 meses; 3 veces en 18 meses*) en hombres con valores entre 4 y 10 mg/dL, para los que demuestren un aumento mayor o igual a 0.75 mg/dL por año el pronóstico es menos alentador que para quienes su valor de PSA total permanece más estable. Para los hombres jóvenes o con valores por debajo de 4.0 mg/dL, el criterio sugerido es que la velocidad de aumento para el PSA total no debe ser mayor a 0.4 mg/dL por año. Estas aproximaciones deben ayudar a formar criterios, no son guías estrictas.

Hay que considerar que las determinaciones seriadas, para que tengan valor, deben introducir el menor número de variables controladas (*e.g., deben ser todas realizadas en el mismo laboratorio y por la misma metodología*).

Conocer el tamaño aproximado de la próstata es también útil como criterio interpretativo para el PSA total. Como es lógico, próstatas grandes producen mayores cantidades de PSA, sin que esto sea necesariamente cáncer.

Existe un cuarto criterio para la detección temprana de cáncer de próstata. Es posible obtener el porcentaje de PSA libre del paciente; un porcentaje de PSA libre >23% se encuentra usualmente asociado con hiperplasia prostática benigna, mientras que el cáncer prostático está asociado con bajos porcentajes de PSA libre (<6%). En este criterio la población bajo estudio se divide en tres grupos, el primero por pacientes que califican como hiperplasia prostática benigna, el segundo grupo por pacientes intermedios (*en los cuales no es posible discriminar entre hiperplasia o cáncer*) y el último por pacientes con cáncer de próstata.

Todos los criterios anteriores pueden ser tomados en cuenta. El valor total de PSA, la velocidad de aumento de PSA (*y/o la consideración de la edad del paciente*), la

consideración de la razón tamaño prostático/concentración de PSA total (*densidad de PSA*) y la relación de PSA total/PSA libre son todas determinaciones (*y criterios*) complementarias en el asesoramiento del riesgo para cáncer de próstata.

En la actualidad se reconoce que todos los hombres arriba de 40 años deben monitorear sus valores de PSA anualmente como medida preventiva.

Para algunos pacientes es especialmente importante monitorear sus niveles si existen:

- 1.- Antecedentes familiares de cáncer de próstata.
- 2.- Signos o síntomas de patología prostática, como la disminución del calibre del chorro de orina o la frecuencia de micciones.



Antes de terminar hay que recordar que no todos los casos de cáncer de próstata son iguales, algunos necesitarán tratamientos, pero para otros, mejor será esperar y darles un seguimiento cercano, sobre todo en aras de preservar la mejor calidad de vida del paciente.