

En respuesta, algo más sobre el antígeno prostático específico

Agradecemos la réplica enviada¹. Sabemos que el debate sobre el uso del PSA se produce mundialmente con opiniones opuestas.

De los cinco estudios que citan los colegas sobre el *screening* del cáncer de próstata, los dos más grandes son clasificados como *fair quality* (calidad pobre) y *low consistency* (baja consistencia): el PLCO y el ERSPC².

El estudio PLCO involucró 76 685 hombres de 55 a 74 años, a los que se les realizó un PSA anual durante seis años, comparado con el grupo control que recibió el tratamiento usual (incluida la determinación de PSA). El 44% de los participantes tenían un PSA previo (efecto *pre screening*) y el 50% del grupo control, realizó uno o más PSA durante el estudio.

En el estudio ERSPC, con 162 944 hombres de 54 a 65 años, se describió la reducción del 21% del riesgo de muerte por cáncer de próstata. Eliminando los sesgos de selección y a los que no adhirieron al protocolo, la reducción fue del 29% a los 11 años³. Uno de los centros que participó del estudio ERSPC, (estudio de Gotemburgo), informó en forma separada los resultados de 20 000 casos luego de 14 años de seguimiento. Se demostró una disminución significativa en la mortalidad específica por cáncer de próstata de un 56%, en los sometidos a *screening*. Se necesitaron rastrear 293 hombres y se diagnosticaron 12 con cáncer para salvar una vida⁴. En el estudio ERSPC se diagnosticó cáncer con un promedio de PSA de 5.2 ng/ml en los sujetos rastreados y de 11.6 ng/ml en el grupo control (un PSA > 10 ng/ml indica riesgo moderado). El 36% de los tamizados y el 55% de los controles presentaron un *score* de Gleason ≥ 7 . En la primera ronda de *screening* el 78% de los cánceres fueron clasificados como \leq a T2, comparado con 59 % en el grupo control. En la segunda ronda de *screening* el 95% de los cánceres fueron \leq a T2. En el grupo de *screening* el 0.6% de los pacientes fueron diagnosticados con cáncer metastásico comparado con el 8% de los controles⁵.

No se incluyó información sobre la calidad de vida en el grupo control del ERSPC ni del PLCO, y hay que tener en cuenta que es diferente estar curado de un cáncer de próstata (aun con complicaciones), que permanecer en tratamiento hormonal paliativo por cáncer localmente avanzado o metastásico, aunque el tiempo de supervivencia se iguale.

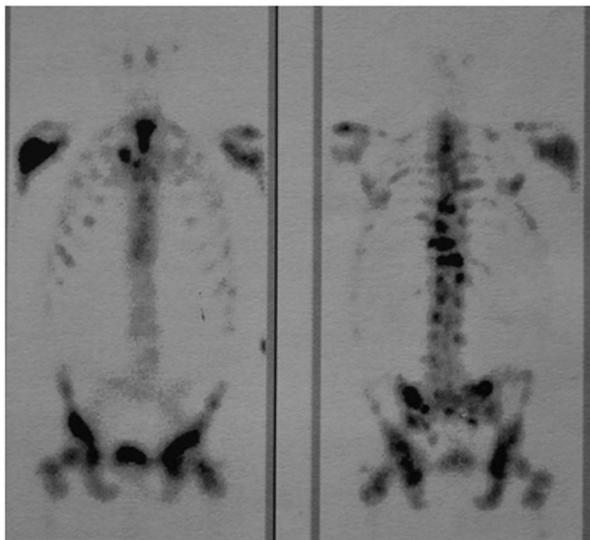


Fig. 1.— Estudio realizado previa inyección de MDP Tc-99m y registro corporal total en cámara gamma. Presenta múltiples áreas de hiperfijación patológica del trazador inyectado en columna vertebral en sus tres segmentos, esternón y parrilla costal (arcos anteriores y posteriores bilaterales), ambos huesos ilíacos y regiones sacroilíacas, ambas regiones coxofemorales, húmero proximal derecho y ambas diáfisis femorales. Diagnóstico: Adenocarcinoma de próstata, Gleason 8 con metástasis óseas múltiples.

Según la clasificación de D'Amico⁶, un PSA > 10 ng/ml, o estadio T2, o *score* de Gleason > 7, convierte al cáncer de próstata en un cáncer con riesgo moderado. Smith D y col.⁷ demostraron que con el aumento de las determinaciones de PSA sérico solicitadas disminuye la mortalidad por cáncer de próstata, año tras año. Los detractores del uso del PSA se basan en trabajos de calidad pobre e ignoran los datos demográficos.

Si no utilizamos la determinación sérica del PSA, la única forma de diagnosticar el cáncer de próstata es la detección del tumor por palpación (estadio T2 como mínimo). Esto disminuye la posibilidad de curación con respecto al diagnóstico realizado a través del incremento de la concentración de PSA con tumor no palpable (estadio T1).

Reafirmamos que el PSA ya está instalado en la práctica médica y su uso es cotidiano. Tenemos que adaptarnos a realizar vigilancia activa del cáncer de bajo riesgo⁸.

El abandono del dosaje de PSA como *screening* se asociaría a un incremento de hasta 75% de enfermedad avanzada; con el consecuente aumento de pacientes

sintomáticos, utilización de bloqueo hormonal como tratamiento, con sus efectos colaterales y el excesivo gasto en tratamientos paliativos⁹. Pues entonces, el error es no utilizarlo.

Para finalizar, citaremos un caso: hombre de 77 años que concurre al Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari derivado por su médico de cabecera, que lo asistió por más de 10 años sin solicitarle una determinación de PSA. El primero y único valor de PSA realizado a pedido del paciente fue 906 ng/ml; luego de la biopsia y de estadificarlo se diagnosticó un cáncer de próstata metastásico (Fig. 1). Antes de comenzar el tratamiento, el paciente pregunta: “¿se podría haber descubierto antes con el mismo análisis?”....

Según nuestra opinión personal, no realizar un PSA es hacer daño al paciente, ya que teniendo las herramientas para detectar el cáncer localizado, no las utilizamos.

Diego Barreiro¹, Silvana Roveto², Norberto Lafos¹

¹Departamento de Urología, ²Departamento de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición Clínica, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires
e-mail: diegomartinbarreiro@hotmail.com

1. Izcovich A, Catalano Hugo H. El PSA y el riesgo de cometer siempre los mismos errores. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 506-507.
2. Chou R, Croswell JM, Dana T, 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.
3. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med* 2012; 366: 981-90.
4. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, et al: Mortality results from the Göteborg randomised population based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010; 11: 725-32.
5. Van der Crujisen-Koeter IW, Vis AN, Roobo MJ, et al. Comparison of screen detected and clinically diagnosed prostate cancer in the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer, section Rotterdam. *J Urol* 2005; 174: 121-5.
6. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998; 280: 969-74.
7. Smith DP, Supramaniam R, Marshall VP, Armstrong BK. Prostate cancer and prostate-specific antigen testing in New South Wales. *Med J Aust* 2008; 189: 315-8.
8. Bula M, Zhu X, Valdagni R, et al. Active surveillance for low-risk prostate cancer worldwide: The PRIAS Study. *Eur Urol* 2013; 63: 597-603.
9. Monzó Gardiner JI, Secin F. Evidencias del screening de cáncer de próstata con PSA. *Rev Argent Urol* 2012; 77: 152-6.

Mutation supplies new genetic variation. Variation is the raw material upon which natural selection operates. Most mutations are harmful, causing crucial dysfunctions and bringing the mutants forms to an evolutionary dead end. But occasionally a mutation happens to be useful and adaptive. And the more mutations occurring, the greater chance that good ones will turn up.

La mutación suministra nueva variación genética. La variación es la materia prima sobre la que actúa la selección natural. La mayoría de las mutaciones son perjudiciales, causando disfunciones importantes y llevando a las formas mutantes a un callejón sin salida evolutivo. Pero de vez en cuando una mutación pasa a ser útil y adaptativa. Y cuantas más mutaciones ocurran, mayor será la probabilidad de que las útiles sobresalgan.

David Quammen

En: Spillover. *Animal infections and the next human pandemic*. London: The Bodley Head, 2012, p 271