

Antígeno prostático específico

Dr. José M Avilán Rovira

Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina

En un examen de la evidencia existente, basándose en la revisión de 62 artículos, sobre la pesquisa del cáncer de la próstata con el antígeno específico, Steven Woolf (1), del Departamento de Práctica Familiar, de la Escuela de Medicina de Virginia, entre otras conclusiones, afirma que "...muchos hombres mueren con cáncer latente de la próstata, en lugar de la enfermedad". Según Chacón (2), "...estudios metódicos de autopsia han demostrado que aproximadamente una tercera parte de los hombres de 50 años, presentan evidencia histológica de un cáncer prostático, pensándose que muchos de estos tumores son asintomáticos y clínicamente no importantes".

Otras de las conclusiones de Woolf, es que "...existe muy poca evidencia directa de que la pesquisa del cáncer de la próstata reduce la morbilidad y la mortalidad" y agrega, "...una razón para cuestionar la efectividad de la detección precoz es la falta de evidencia directa de que el tratamiento del cáncer de la próstata mejora los resultados".

Woolf, al preguntarse si existe suficiente evidencia, responde: "...evidencia definitiva de si la pesquisa y el tratamiento del cáncer de la próstata mejora la salud, no estará disponible hasta la vuelta del siglo, cuando los ensayos clínicos actualmente en curso, se completen". Por ahora, el debate se centra en cuál deba ser la conducta apropiada, mientras tanto, en un período durante el cual miles de hombres morirán de cáncer de la próstata. Como la búsqueda tiene el potencial de salvar vidas (a pesar de que en la actualidad esto no esté comprobado), muy pocos podrán en duda lo apropiado del diagnóstico precoz si no fuera por su daño potencial. Los proponentes y los críticos de la detección con el antígeno específico prostático defieren en la manera como evalúan los beneficios y los riesgos.

Los proponentes creen que los beneficios sobrepasan los riesgos; argumentan que esperar mejores evidencias es innecesario y que retardar la pesquisa, mientras los hombres mueren de cáncer de la próstata, es antiético. Los críticos de la misma están preocu-

pados, porque los riesgos pueden sobrepasar los beneficios. Consideran que la evidencia disponible no ofrece seguridad y que estimular la pesquisa sin esta evidencia no es ético (*primun non nocere*). Hasta que no se disponga de mejor información, el balance verdadero de beneficios y riesgos no pasa de ser una cuestión de opinión.

El problema actual es cómo aconsejar al paciente. Esta incertidumbre debe ser reconocida cuando el médico tiene que orientar a su paciente. Los médicos no pueden recomendar, ni desaconsejar, la prueba del antígeno prostático, sin asegurarse primero que los pacientes poseen la información completa de los beneficios y riesgos potenciales; y segundo, considerando sus preferencias personales. A pesar de que es aconsejable obtener consentimiento informado por toda prueba de pesquisa, es especialmente importante para el antígeno prostático, porque la información no es clara y los pacientes enfrentan serias consecuencias para su salud y su sobrevivencia, bien sea aceptando o rechazando la prueba. La educación del paciente es también importante, porque una mayoría de hombres ha recibido información incompleta o equivocada sobre el antígeno prostático, de sus conocidos, de publicistas o de los medios de comunicación.

Por tanto, el primer paso al aconsejar a los pacientes, es presentarles los hechos acerca de los beneficios y riesgos que podrían resultar de la prueba y el tratamiento. El segundo paso es evaluar las preferencias del paciente. Este paso es necesario porque el temor del cáncer, el impacto potencial de las complicaciones iatrogénicas en la calidad de la vida y la ausencia de "pruebas" de estudios controlados, significan más a algunos hombres que a otros. Antes de decidir la prueba del antígeno, el paciente debe considerar los procedimientos que necesariamente seguirían a un resultado anormal y si desearía ser tratado si el cáncer se diagnostica. Dice textualmente Woolf: "...en particular, los hombres con una esperanza de vida de menos de 10

años deben ser advertidos que la búsqueda y el tratamiento muy probablemente no serán de ayuda y pueden empeorar la calidad de sus vidas”.

Una vez completamente informados acerca de las consecuencias, algunos pacientes encuentran difícil tomar una decisión y prefieren en su lugar solicitar el consejo del doctor. El ofrecer una opinión en respuesta a esta invitación es completamente apropiado, pero los médicos que uniformemente recomiendan o desaconsejan la prueba con el antígeno, sin revisar los hechos y explorar las preferencias, injustamente imponen sus valores a sus pacientes. Por esta razón, agregar la medición del antígeno prostático a una batería, así como se indica una medición del potasio a la hemoglobina, es inapropiado si se ha precedido de la discusión descrita anteriormente. Resulta igualmente impropio para un médico opuesto a la detección con el antígeno, evitar el tema cuando los pacientes no requieren la prueba. Los pacientes que no están familiarizados con la prueba del antígeno prostático tienen el derecho a conocer de la disponibilidad de la prueba y las recomendaciones de los grupos que aconsejan su uso.

En un artículo reciente, Morgan y col. (3), informan los resultados de un estudio en el que se determinaron los niveles del antígeno prostático en 3 475 hombres sin evidencia clínica de cáncer de la próstata (1 802 blancos y 1 673 negros) y en 1 783 con cáncer de la próstata (1 372 blancos y 411 negros). Las medias geométricas de las concentraciones del antígeno en el suero, fueron muchos mayores en los casos que en los controles y también mayores en los negros que en los blancos. En los controles, los valores están directamente relacionados con la edad. Así, por ejemplo, en los negros, la mediana asciende de 0,7 ng/ml en el grupo de 40-49 años a 2,2 ng/ml en el de 70-79 años. En los blancos, la mediana asciende de 0,7 ng/ml en el primer grupo de edad a 1,8 ng/ml en el de mayor edad. Las diferencias raciales se acentúan en los percentiles 75 y 95.

La razón por la cual los niveles del antígeno son más elevados en los negros no se conoce. El volumen del tumor que es, por lo general, mayor que en los blancos, podría explicar parcialmente la diferencia. Se ha encontrado que en los negros hay mayor prevalencia de neoplasia prostática intraepitelial, al igual que niveles más altos de testosterona, lo cual podría influir en la producción del antígeno. Oesterling (4), al referirse a los resultados de este

estudio, y revisar los elementos considerados en la evaluación de una prueba con el antígeno prostático, recomienda el examen prostático anual en todo hombre de 50 o más años, comenzando en los negros a los 40 años. El examen debe comprender un tacto rectal y una determinación del antígeno. Como la eyaculación aumenta el nivel del antígeno, el sujeto debe abstenerse de eyacular de 24 a 48 horas antes de tomarse la muestra de sangre. Deben también tomarse en cuenta la prostatitis bacteriana aguda y la retención urinaria los cuales elevan los niveles del antígeno y se requiere hasta de 6 semanas después de su desaparición, para que los valores retornen a su nivel basal. Se conoce, igualmente, que el masaje prostático, la biopsia y la resección transuretral de la glándula, incrementan los niveles. Por el contrario, el examen digital rectal, la ultrasonografía transrectal y el cateterismo uretral no los modifican.

Por otra parte, como la hiperplasia benigna de la próstata aumenta también los niveles, se recomienda la dosificación de la forma libre y combinada del antígeno. En la hiperplasia se encuentran mayores concentraciones de la forma libre, mientras que en el cáncer hay un mayor porcentaje de la forma combinada. Si se dispone de determinaciones seriadas del antígeno, por ejemplo, 3 o más espaciadas, al menos entre 12 y 18 meses, se debe evaluar la velocidad del aumento del nivel del antígeno. Una velocidad mayor de 0,75 ng/ml por año, se considera anormal. Este elemento parece muy útil, siempre y cuando las determinaciones se hagan en las mismas circunstancias.

Finalmente, para la interpretación deben tomarse en cuenta los valores por grupos de edades y las características raciales.

REFERENCIAS

- 1.- Woolf SH. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen. An examination of the evidence. *N Engl J Med* 1995;333:1401-1403.
2. Chacón O. El test del antígeno prostático específico en el desarrollo del cáncer prostático ¿Es útil? *Gac Méd Caracas* 1996;104:102-103.
3. Morgan TO, Jacobsen ST, McCarthy WF, Jacobson DJ, McLeod D, Moul JW. Age-specific reference ranges for serum prostate-specific antigen in black men. *N Engl J Med* 1996;335:304-310.
4. Oesterling JE. Age-specific reference ranges for serum PSA (editorial) *N Engl J Med* 1996;335:345-346.