

los sucesivos ministros de Sanidad y Asistencia Social, desde Enrique Tejera en 1936-37 hasta Antonio Parra León en 1975; cita parcial de los eventos médicos realizados; informe del número de autores y trabajos recopilados; y reproducción de comentarios y opiniones sobre las "Bibliografías médicas venezolanas".

Lamentablemente, el material correspondiente a los años 1971-79, no fue impreso, sino que quedó en copias de multígrafo o de calcado, "lo cual conlleva tirajes muy reducidos, así como baja calidad en la presentación física de tan importante obra", como se expresa en el "Prólogo" de la edición contentiva de lo relativo a 1980-83 (5). El Ministro de Sanidad y Asistencia Social, por medio de su Biblioteca Central, debería ordenar la impresión de ese lapso, prácticamente perdido, de 1971 a 1979.

En el último volumen distribuido (1995, pero con fecha 1993 e impresión final en julio de 1994), hay la innovación de una numeración -volumen 16-y, en la "Introducción", firmada por la Licenciada Curiel, una aclaratoria según la cual se harán "... las entregas por volúmenes, independientemente del período que cubra la compilación, por el conocido problema de la irregularidad que existe en las revistas del sector biomédico, las cuales se editan con atraso considerable, manteniendo la fecha y el número de la interrupción, lo cual nos ha obligado reiteradamente, a publicar con atraso la Bibliografía médica venezolana, e inclusive a perjudicar la reseña de la producción nacional del sector, ya que venían quedando afuera una cantidad cada vez más creciente de valiosos trabajos" (6).

La obra de Archila y sus seguidores ha significado una contribución trascendental al conocimiento de lo que, médicamente, se ha publicado en Venezuela.

Así lo han reconocido numerosas personas, dentro y fuera del país, en comentarios en revistas, libros y en correspondencia dirigida a sus editores. Muchas de esas opiniones fueron citadas por Archila mismo (7) y por Silva Alvarez (8). Agregaba Archila que su idea no había sido reproducida en ningún otro país latino-americano. Su contenido debe ser obligatorio y frecuentemente consultado por nuestros escritores médicos y, muy especialmente, por los editores-redactores de las revistas biomédicas, para evitar lamentables omisiones y erradicar las pesimistas, comunes y desinformadas expresiones, como "No hay nada escrito en Venezuela" o "Primera comunicación en el país".

REFERENCIAS

1. Archila R. Bibliografía médica venezolana. Caracas: Editorial Grafolit 1946:9-12.
2. Agüero O. Menosprecio latino-americano por sus publicaciones médicas. Gac Méd Caracas 1989;96:187-188.
3. Archila R. Bibliografía médica venezolana. Segunda edición. Caracas: Editorial Bellas Artes, 1955.
4. Archila R. Bibliografía médica venezolana. Tercera edición, Caracas: Imprenta Nacional, 1960.
5. González V. Prólogo. En: Curiel MJ, Díaz O. Bibliografía médica venezolana. Caracas: 1986:V.
6. Curiel MJ. Introducción. En: Curiel MJ, Díaz O. Bibliografía médica venezolana. Vol. 16 Caracas: Editorial Melvin, 1994.
7. Archila R. Testamento abierto. Caracas: Tipografía Miguel Angel García e Hijo, 1979:226-240.
8. Silva Alvarez A. Bibliografía médica venezolana 1968-1970. Caracas: Tipografía Vargas, 1970:5-7.

El test del antígeno prostático específico en el desarrollo del cáncer prostático. ¿Es útil?

Dr. Oscar Chacón

Miembro Correspondiente Academia Nacional de Medicina

El antígeno prostático específico (APE), es una enzima glicoproteica aislada y producida casi exclusivamente en el epitelio prostático pues recientes estudios inmuno-histoquímicos han

permitido detectar trazas, en las glándulas parauracales de la mujer y en los tumores del uraco remanente, teniendo funcionalmente un papel importante en la licuefacción y degradación del semen.

Esta enzima se produce en cantidades superiores, al nacimiento y en la pubertad existiendo fluctuaciones en ciertas condiciones fisiológicas. Al tenerse en cuenta su elevada y única especificidad orgánica, se ha convertido en un adecuado y útil marcador tumoral, en el descarte precoz y en el control evolutivo de los pacientes con adenocarcinoma prostático, el cual representa una de las causas más comunes de muerte por cáncer, siendo el tumor maligno de mayor prevalencia en el hombre. Niveles séricos elevados, pueden ser hallados en diversas condiciones patológicas de la glándula, especialmente el adenocarcinoma, pero también en la hipertrofia prostática benigna y en la infección e inflamación, así como después de manipulaciones iatrogénicas de la próstata (tacto, masaje, biopsia, cirugía). Los niveles séricos del APE son proporcionales, tanto a la etapa como al grado y difusión tumoral del cáncer prostático. No se detecta después de la prostatectomía radical.

La Sociedad Americana del Cáncer y la Sociedad Americana de Urología, recomiendan ampliamente a sus miembros efectuar el test del APE en todos los hombres mayores de 50 años, como parte del examen prostático anual, así como iniciar su exigencia, al cumplir 40 años la población masculina de alto riesgo (familiares en primer grado de pacientes con cáncer prostático). Sin embargo, esta moción de descarte precoz, no es universalmente aceptada, pues otras entidades norteamericanas y canadienses de salud pública, no la recomiendan abiertamente o la mantienen en constante revisión al considerar que su utilidad no ha sido ampliamente aprobada, en estudios clínicos profundos y extensos, en reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer prostático, pudiendo desencadenar un torrente de variados procedimientos de diagnóstico y tratamiento, con potenciales complicaciones de una magnitud desconocida para el paciente.

Afortunadamente, no todos los cánceres prostáticos son serios y graves, pues en algunos casos su evolución es lenta. Estudios metódicos de autopsia han demostrado que aproximadamente una tercera parte de los hombres mayores de 50 años, presentan evidencia histológica de un cáncer prostático, pensándose que muchos de estos tumores son asintomáticos y clínicamente no importantes, pues estos hombres mueren con él, más que por la enfermedad, no afectando su sobrevivencia.

La verdadera sensibilidad y especificidad de la prueba, en realidad son desconocidas por la gran

frecuencia en que el médico realiza biopsias prostáticas con valores normales del APE. El test ha demostrado una alta sensibilidad para detectar el cáncer prostático precoz, aunque carece de especificidad, ya que los resultados falsos positivos se deben a diversas patologías propias de la glándula. Los resultados positivos de predicción del test como descarte precoz, varían entre 28 y 35%, significando que sólo un tercio de los hombres con niveles del antígeno mayores de 4 ng/ml, tienen cáncer prostático comprobable por la biopsia, y en los tercios restantes no, o sea, son resultados falsos positivos (1). Un título de APE inferior o igual a 4 ng/ml, indica un bajo riesgo; si es mayor de 4 ng/ml, pero inferior a 10, significa un riesgo intermedio; y una cifra mayor de 10 ng/ml, constituye un riesgo elevado. Una manera de reducir la frecuencia de falsos positivos del APE es posible, combinando la prueba al examen digital rectal, para incrementar su valor de predicción si ambos resultados son anormales.

Actualmente se están mejorando las técnicas y procedimientos, con fines de obtener una mayor utilidad de los resultados de la prueba del APE, analizándose su densidad (relacionando su concentración con el volumen glandular), su alteración o cambios de acuerdo al tiempo o su valor real con la edad.

A manera de conclusión puede decirse, que aún deben esperarse algunos años, para lograr evidencias estadísticas definitivas, sobre la verdadera utilidad de la prueba del APE. Aunque una gran mayoría cree en sus beneficios, sus detractores opinan que mayores son sus desventajas, manteniéndose así la controversia. Algunos clínicos recomiendan, la necesidad de que el paciente conozca la existencia de la prueba, sus potenciales ventajas y riesgos, el impacto de posibles complicaciones iatrogénicas e implicaciones económicas y la conducta a seguir en un caso de un resultado positivo anormal. Muchos hombres con una expectativa de vida menor de 10 años, deben ser advertidos de que el descarte y el tratamiento del cáncer prostático, podría ser más negativo que positivo a su calidad de vida.

REFERENCIA

1. Catalona WJ, Smith DS, Rattiff TL, Basler JW. Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate-specific antigen-based screening. JAMA 1993;270:948-954.