

Screening en cáncer. Utilidad del PSA como despistaje para el Cáncer de Próstata.

Es muy conocida la frase que dice la medicina es ciencia y arte, y solemos decirles a los estudiantes que la ciencia esta en saber cuando 1 más 1 es igual a 2, y el arte en cuando no es así. La medicina es de por si una disciplina inexacta, en la cual “existe una inherente incertidumbre”y “en la que muchas preguntas son imposibles de resolver” (1). Es en esta área donde los médicos debemos utilizar nuestro juicio, y apoyándonos en la mejor evidencia disponible, integrar ésta con la realidad del paciente y nuestra experiencia personal para tomar la mejor decisión posible (2).

El despistaje (o “screening”en inglés) se define como el realizar pruebas en gente aparentemente sana para poder identificar personas con un riesgo elevado de adquirir una enfermedad o trastorno. En aquellos identificados se realizaran a veces pruebas confirmatorias o en algunos casos tratamiento o medicación preventiva (3). El despistaje tiene una clara importancia en la práctica médica moderna pues puede mejorar la salud. Sin embargo en realidad se trata de una “espada de dos filos”, pues aunque bien intencionada puede tener problemas de costo, incomodidad (sigmoidoscopia en el despistaje de cáncer de colon), posibilidad de falsos positivos, estigmatización, entre otros. El que una prueba exista no necesariamente implica que debe ser usada siempre. Antes de hacer un despistaje se debe entender no solo la enfermedad, su historia natural, su tratamiento y consecuencias; sino el saber que la prueba de despistaje es adecuada: debe ser segura, con adecuados puntos de corte (buena sensibilidad y especificidad), valida y confiable. Finalmente el médico no solo debe conocer la enfermedad y conocer las características de la prueba a realizar, sino también saber interpretar los resultados. Debe entender como utilizar la famosa tabla de 4x4. Cuando pedimos una prueba no sabemos a priori si el paciente tiene o no la enfermedad o condición que queremos detectar, por lo tanto la especificidad y sensibilidad no son lo más importante. Debemos mirar esa tabla de 4x4 no en forma vertical sino horizontal. Nos interesa la probabilidad post test que resulta del aplicar la prueba para asi confirmar o descartar una sospecha diagnóstica. Es en esta área donde la probabilidad pre-test que el médico tenga sobre un diagnóstico va a realmente predecir la utilidad de la prueba. Si se trata de una muy baja probabilidad pre-test, aun contando con una altísima sensibilidad, sabremos que en muchas ocasiones la posibilidad de un falso positivo es más alta que un verdadero resultado (3).

Los marcadores tumorales se están utilizando como en herramientas de despistaje y para la detección, diagnóstico, estadíaje, pronóstico o seguimiento de algunas enfermedades malignas (4). Sin embargo la sensibilidad y la especificidad de muchas de estas pruebas deja mucho que desear. Dentro de estas pruebas una que es reconocida por su sensibilidad es la prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen-PSA), la cual desde que se empezó a usar en 1987 logró un notable incremento en el número de canceres de próstata diagnosticados.⁵ Sin embargo la pregunta clave surge cuando uno va a evaluar si la mortalidad por el cáncer de próstata disminuye a consecuencia del screening, y con la prueba del PSA lo que ha sucedido es que ahora se diagnostica el cáncer de próstata más temprano, lo cual no necesariamente es lo ideal si es que no existe un impacto en la sobrevida. Un estudio realizado en Escandinavia demostró que en pacientes con cáncer de próstata temprano la prostatectomía radical redujo la mortalidad específica por cáncer de próstata de 8.9% a 4.6% en un seguimiento de 8 años (6). También se encontró que la frecuencia de metástasis fue menor en los operados. Sin embargo la mortalidad por otras causas fue de 10.6% en los operados y 8.9% en los manejados conservadoramente. Es más cuando se evaluó en el mismo grupo de pacientes los efectos de la cirugía, se encontró que un 80% de los operados tenían problemas de disfunción eréctil (comparado con 45%) y 49% tuvieron problemas de incontinencia (versus 21% en los no operados)(7). El problema es que este estudio se inició antes del uso del PSA y el criterio de inclusión fue la presencia de un cáncer de próstata localizado palpable. En la era del PSA varones con enfermedad no palpable serían sin duda candidatos a un manejo conservador, especialmente si la sobrevida esperada es menor de 10 años (8,9).

En base a todo lo comentado creemos que el antígeno prostático específico si tiene un rol en la detención temprana del cáncer de próstata, pero en especial en aquellos pacientes con historia familiar de cáncer de próstata a edad temprana, pacientes de raza negra, y pacientes con una expectativa de vida mayor de 10 años. Se debe ofrecer la prueba a todo varón entre 50 y 75 años, pero se debe explicar muy bien las implicancias de la prueba: la posibilidad de diagnosticar un cáncer de próstata, la posibilidad de resultados falsos positivos y negativos, la ansiedad asociada con una prueba positiva y la incertidumbre sobre si realmente se aumenta la sobrevida tratando el cáncer de próstata temprano (9).

VALDEZ FERNÁNDEZ – BACA Luis Manuel

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Redelmeier DA, Ferris LE, Tu JV, Hux JE, Schull MJ. Problem in Clinical Judgement: introducing cognitive psychology as one more basic science. *Can Med Ass J* 2001; 164:358-360
2. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB: Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. London: Churchill Livingstone, 2000.
3. Grimes DA, Schulz KF. Use and abuses of screening tests. *Lancet* 2002; 359:881-84.
4. Lindblom A, Liljgren A. Tumor markers in Malignancies. *BMJ* 2000; 320:424-7.
5. Ries L, Eisner M, Kosary C, et al. SEER cancer statistics review, 1973-1997. Bethesda, Md.: National Cancer Institute, 2000. (NIH publication N°00-2789.)
6. Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F, et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:781- 789.
7. Steinneck G, Helgesen F, Adolfsson J, et al. Quality of life radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J Med* 2002; 347:790-796.
8. Walsh PC. Surgery and the Reduction of Mortality from Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:839-40.
9. Barry MJ. Prostate-Specific Antigen Testing for Early Diagnosis of Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2001; 344:1373-77.