



EDITORIAL

Recomendaciones en contra del cribado de cáncer de próstata con antígeno prostático específico

Recommendations against prostate cancer screening with PSA

Mercè Marzo-Castillejo^{a,b,*}, María Ángeles Nuin-Villanueva^{b,c} y Carmen Vela-Vallespín^{b,d}

^a *Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent-Institut d'investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España*

^b *Grupo de Trabajo Cáncer del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de semFYC*

^c *Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información, Dirección de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud, Pamplona, España*

^d *Área Básica de Salud del Riu Nord i Sud, Institut Català de la Salut, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España*

Disponible en Internet el 18 de abril de 2012

El cáncer de próstata cada vez se diagnostica más debido a la generalización del cribado con antígeno prostático específico (PSA) y al aumento de la esperanza de vida. En España se estima que en el año 2008 se diagnosticaron 25.231 nuevos casos (primera causa de cáncer en hombres) y ocurrieron 6.062 muertes (tercera causa de muerte, tras el cáncer de pulmón y colorrectal)¹. En las últimas décadas, en los países occidentales, la mortalidad por cáncer de próstata presenta una tendencia descendente¹. Esta reducción de la mortalidad, sin embargo, no parece que se pueda atribuir al cribado con PSA y sí a una mejora en los tratamientos.

El PSA es un marcador específico de la próstata, pero sus niveles se encuentran elevados tanto en el cáncer como en la hipertrofia benigna y en la prostatitis. El solapamiento entre enfermedades es considerable, sobre todo cuando los niveles de PSA se sitúan en el rango de 4 a 10 ng/ml. Los niveles por debajo de 4 ng/ml no garantizan la ausencia de cáncer de próstata.

El principal beneficio esperable del cribado con PSA es la reducción de la mortalidad, la específica por cáncer de próstata y la global. Para su evaluación nos basamos en una revisión sistemática Cochrane actualizada² con los 5 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) disponibles (*European*

Randomized Study of Screening for Prostate Cancer [ERSPC], Prostate, Lung, Colon and Ovary Study [PLCO], Estocolmo, Norrköping y Quebec)².

Los resultados muestran que el cribado detecta más cánceres de próstata y en estadios más precoces, pero no tiene impacto sobre la mortalidad por cáncer de próstata (RR = 0,95; IC 95%: 0,85-1,07)². Cuando solo se tienen en cuenta los estudios de mejor calidad, las diferencias tampoco son significativas². El análisis por subgrupos de edad solo muestra una reducción de la mortalidad en el ECA ERSPC en el grupo de 65-69 años (RR = 0,80; IC 95%: 0,65-0,98)². Sobre la mortalidad global no se encuentra una reducción significativa (RR = 1,00; IC 95%: 0,98-1,02)². Los recientes resultados del ECA PLMO a los 13 años de seguimiento no modifican las conclusiones aportadas por esta revisión³.

Por el contrario, los riesgos asociados al cribado son importantes, sobre todo si se tiene en cuenta que muchas de las personas en las que se ha detectado una elevación del PSA no hubieran desarrollado ni síntomas ni complicaciones en relación con este cáncer a lo largo de su vida². Entre los riesgos destacan los asociados a la biopsia diagnóstica (hemorragias, infección, dolor, ansiedad y los efectos psicológicos de un resultado falsamente positivo), al tratamiento quirúrgico y a la radiación (disfunción eréctil, incontinencia urinaria, síntomas urinarios, aumento de la mortalidad). Se ha señalado que los riesgos de la radiación y el tratamiento quirúrgico se podrían mitigar, sobre todo en aquellos casos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmarzoc@gencat.cat (M. Marzo-Castillejo).

de cánceres localizados, pero la realidad es que el 90% de estos se tratan con cirugía o radioterapia⁴.

Las recientes recomendaciones de la *US Preventive Services Task Force* son contrarias al cribado del cáncer de próstata (octubre de 2011)⁵. Argumentan que el cribado con PSA produce una pequeña o nula reducción de la mortalidad y conlleva riesgos asociados al diagnóstico y al tratamiento, muchos de ellos totalmente innecesarios⁵. Concluyen que no se dispone de suficientes datos para valorar el balance beneficio-riesgo del cribado en las personas menores de 75 años y se manifiesta totalmente en contra para los mayores de esta edad⁵. La *American Cancer Society* también aboga por una estrategia más cautelosa y señala que el cribado solo debe realizarse si la intervención, sus beneficios y riesgos han sido discutidos con el paciente⁶.

El debate suscitado por este cambio de recomendaciones ha trascendido ampliamente en la población americana y mundial. Para su descubridor, el Dr. Ablin, la determinación sistemática del PSA se ha convertido en un desastre extremadamente costoso para la salud pública^{6,7}. Es un procedimiento demasiado caro y poco efectivo⁷. La prueba de PSA no puede detectar si una persona tiene cáncer de próstata y, lo que es más importante, no puede distinguir entre 2 tipos de cáncer de próstata: el que puede provocar la muerte y el que no⁷.

El Programa de Actividades y Promoción de la Salud (PAPPS) siempre ha mantenido que no existe suficiente evidencia científica para recomendar este cribado en las personas asintomáticas⁸. La actualización de las recomendaciones del PAPPS 2012, realizadas con el sistema *Grading de Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)⁹, se concreta en que: a la población de riesgo medio no se le debería recomendar el cribado con PSA (evidencia moderada, recomendación débil en contra). Considerando riesgo medio a hombres mayores de 50 años, asintomáticos, de raza caucásica y sin antecedentes familiares.

Esta recomendación, débil en contra, se sustenta por la falta de evidencia de alta calidad para la mayoría de las variables clave para la decisión¹⁰: el cribado con PSA no tiene un impacto significativo ni sobre la mortalidad por cáncer de próstata (calidad de evidencia moderada), ni sobre la mortalidad global (calidad de evidencia moderada), y aunque ayuda a diagnosticar más cánceres de próstata en un estadio menos avanzado (calidad de evidencia alta), tiene unos efectos adversos de sobrediagnóstico y sobretratamiento no cuantificados de manera precisa (calidad de evidencia baja)⁹. De recomendar este cribado, las personas deben estar completamente informadas de los beneficios y riesgos. Sus valores y preferencias serán factores clave: algunas personas le darán mucho valor al cribado, otras querrán evitar los riesgos del sobrediagnóstico y sobretratamiento y los posibles perjuicios sobre su calidad de vida.

Para reducir la mortalidad por cáncer de próstata y los riesgos que supone su sobrediagnóstico y sobretratamiento,

el futuro pasa por acotar mejor la población de riesgo¹¹. Un mejor conocimiento de las causas genéticas relacionadas con el desarrollo y la progresión de este cáncer podrán beneficiar más a aquellas personas con mayor riesgo (raza negra, historia familiar)¹¹.

Por otro lado, la prevención primaria también tiene su papel. Los factores ambientales son poco conocidos, pero hay datos que indican que la población general se podría beneficiar del ejercicio físico, la ingesta de tomates y vegetales crucíferos y soja¹². El consumo de tabaco y la obesidad presentan una fuerte asociación con la mortalidad por cáncer de próstata¹².

Bibliografía

1. Globocan 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 [consultado 30 Ene 2012]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
2. Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2011;107:882-91.
3. Andriole GL, Crawford ED, Grubb 3rd Jr RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al., en representación del PLCO Project Team. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104:125-32.
4. Chou R, LeFevre ML. Prostate cancer screening-the evidence, the recommendations, and the clinical implications. *JAMA.* 2011;306:2721-2.
5. Chou R, Croswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Fu R, 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.
6. Roehr B. US doctors urge a more cautious approach to screening for prostate cancer. *BMJ.* 2010;340:1293.
7. Ablin RJ. The great prostate mistake. *New York Times* 9 Mar 2010 [consultado 10 Mar 2012]. Disponible en: www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html
8. Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Melus Palazón E, Vela Vallespín C, Nuin Villanueva M, Vilarrubi Estrella M. Prevención del cáncer. Grupo de Prevención de Cáncer del PAPPS. Barcelona: PAPPS, Actualización; 2009.
9. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336:924-6.
10. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2010;341:c4543, doi:10.1136/bmj.c4543.
11. Thompson IM, Ankerst DP. Editorial for special issue on epidemiology and prevention of prostate cancer. *World J Urol.* 2012;30:129-30.
12. Leitzmann MF, Rohrmann S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. *Clin Epidemiol.* 2012;4:1-11.