



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Uso del antígeno prostático específico en atención primaria



Use of prostate specific antigen in primary care

F.J. Brenes Bermúdez^{a,b}

^a Centro de Atención Primaria Llefià, Badalona, Barcelona, España

^b Grupo de Trabajo de Nefrourología de SEMERGEN

Panach-Navarrete et al., en el presente número de SEMERGEN-MEDICINA DE FAMILIA, nos advierten sobre cómo el conocimiento que tienen los médicos de atención primaria (AP), sobre el verdadero valor del antígeno prostático específico (PSA) y sus indicaciones facilita el uso más correcto de esta prueba diagnóstica, evitándose peticiones innecesarias que pueden generar más perjuicios que beneficios¹. No debemos olvidar que el cáncer de próstata (CP) es la tercera causa de muerte por cáncer entre los varones españoles² y por ello es razonable la preocupación del médico de AP por reducir la mortalidad por este tumor mediante la búsqueda activa y/o la sospecha precoz³.

El PSA no es un marcador tumoral específico del CP, lo es de órgano, detectándose incrementos séricos en el CP, hiperplasia benigna de próstata (HBP), prostatitis, portadores de sonda uretral, retención aguda de orina e infecciones del tracto urinario. Puede estar disminuido en varones que toman fármacos inhibidores de la enzima 5-alfa-reductasa de la próstata como el finasteride y dutasteride y en pacientes encamados.

La generalización del uso del PSA en la década de los 90 aumentó en gran medida el diagnóstico del CP. Parecía que contábamos con la prueba diagnóstica necesaria para la detección precoz de esta enfermedad³. Sin embargo, la prueba del PSA no puede detectar si una persona tiene CP ni sirve para distinguir entre el CP que puede provocar la muerte y el que no. Muchas de las personas diagnos-

ticadas de CP por cribado con PSA, no desarrollarán ni síntomas ni complicaciones en relación con este cáncer a lo largo de su vida, de manera que se podría estar sobre-diagnosticando. Algunos autores han estimado que el cribado del CP con PSA, genera un sobre-diagnóstico de entre el 29-56% con todo lo que ello supone: los riesgos asociados a la biopsia (infecciones, sangrado) y al tratamiento quirúrgico (disfunción eréctil, incontinencia urinaria)⁴. Por estas y otras razones, en España no existe ninguna recomendación de las autoridades sanitarias en las que se aconseje la realización del cribado del CP en varones asintomáticos⁵.

Actualmente no puede considerarse el PSA únicamente como un elemento orientativo en cuanto a la presencia o no del CP. Es útil en pacientes con HBP, al relacionarse el valor de PSA indirectamente con el volumen prostático y con el riesgo de progresión de la enfermedad. Por otra parte, el PSA es un marcador muy importante en el seguimiento del CP ya diagnosticado y en tratamiento, al ser un marcador sensible e indicativo de la presencia de tejido tumoral a nivel prostático o metastásico⁶.

Desde la AP se debe realizar una utilización razonable del PSA como cribado del CP en base a las características de cada paciente: en relación a su edad, raza, antecedentes familiares, expectativa y calidad de vida. Podría estar justificado el diagnóstico precoz activo en varones a partir de los 40-45 años con familiares de primer grado con antecedentes de CP y en varones de raza afroamericana. Se puede valorar el diagnóstico precoz oportunista si el paciente lo solicita, circunscrito fundamentalmente a varones entre 55-69 años de edad y en pacientes con algún síntoma del tracto urinario inferior.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.023>

Correo electrónico: fbrenesb@semergen.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.04.001>

1138-3593/© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Si el paciente solicita el cribado de CP debemos informarle de los posibles beneficios y de las complicaciones que puede acarrear el cribado y posterior tratamiento, dejando que el tome la decisión que crea más satisfactoria. No debe ofrecerse el cribado de CP en pacientes cuya expectativa de vida sea < 10-15 años.

SEMERGEN al igual que otras sociedades nacionales e internacionales de AP. No aconseja la realización del cribado poblacional en varones asintomáticos mayores de 50 años (Recomendación D). Si el paciente lo solicita se aconseja la realización del consentimiento informado (Recomendación B). En pacientes con factores de riesgo se debe ofrecer el cribado del CP (Recomendación A).

Bibliografía

1. Panach-Navarrete J, Gironés-Montagud A, Sánchez-Cano E, Doménech-Pérez C, Martínez-Jabaloyas JM. Uso del antígeno
2. Cózar JM, Miñana B, Gómez Veiga F, Rodríguez Antolín A, Villavicencio H, Cantalapiedra A, et al. Registro nacional de cáncer de próstata 2010 en España. *Actas Urol Esp.* 2013;37:12-9.
3. Brenes Bermúdez FJ, Alcántara Montero A. ¿Detección precoz o cribado en la prevención del cáncer de próstata? *Semerger.* 2017;43:100-8.
4. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD004720.
5. Informe del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado de cáncer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ResumenEjecutivoCribadoCancer.pdf>
6. Hernández C, Morote J, Miñana B, Cózar JM. Papel del antígeno protático específico ante las nuevas evidencias científicas. *Actas Urol Esp.* 2013;37:324-9.