

CARTAS AL DIRECTOR

«Afortunadamente no tiene usted nada». El PSA y el cribado del cáncer de próstata

Sr. Director: Con relación al artículo publicado en esta revista¹ sobre la actitud de los médicos de AP ante un resultado del antígeno prostático específico (PSA) superior al valor de referencia (4 ng/ml), deseo hacer las siguientes consideraciones.

Oller Colom et al encuentran que sólo el 2% de los 94 resultados de PSA por encima del valor de referencia se habían originado por la solicitud del paciente. En mi experiencia, el motivo principal de petición de PSA para el cribado del cáncer de próstata (CP) en varones asintomáticos es la propia petición de los pacientes. A este fenómeno no es ajena la proliferación en los medios de comunicación de mensajes, más o menos interesados, que parten desde el mundo sanitario (Semana de la Próstata, opiniones de expertos, etc.). Según diversos consensos, la recomendación de que los varones asintomáticos deben someterse a determinaciones periódicas de PSA a partir de los 40 o 50 años no tiene fundamento científico². Ni el CP ni el PSA reúnen las condiciones exigibles a las enfermedades y a los medios de diagnóstico precoz susceptibles de cribado poblacional^{3,4}. No es posible conocer la sensibilidad ni especificidad del PSA, ya que los resultados «normales» no son sometidos a biopsia prostática². La propia biopsia dista de poder ser considerada como prueba diagnóstica gold standard (hasta un 19% de pacientes con una primera biopsia negativa pueden presentar evidencias de CP en una segunda biopsia)². Sólo es posible estimar el valor predictivo positivo (VPP) del PSA mediante la biopsia y seguimiento de los pacientes con valores elevados. En diferentes es-

tudios, el VPP del PSA en varones asintomáticos era sólo del 28-35%. El VPP se reduce al 20% si el tacto rectal (TR) no sugiere CP, y asciende al 49% si el TR es sospechoso de CP². La poca certeza diagnóstica del PSA ha llevado al estudio de la posible utilidad diferentes parámetros, como la fracción libre del PSA⁵ y otros. Los autores del artículo¹ encuentran que no se realizó biopsia en el 61% pacientes con PSA > 4 ng/ml (58/94). El paciente rechazó someterse a la biopsia tan sólo en un 11% de los casos (6/58). Los médicos, de AP o urólogos, no indicaron la práctica de la biopsia en el 89% restante. Probablemente, la mayoría de los casos se encontraban en la denominada «zona de sombra» del PSA (4-20 ng/ml), para la que se proponen estrategias que seleccionen a los pacientes candidatos a biopsia prostática⁵. Parece que los médicos, que contra toda evidencia no dudan en utilizar el PSA como cribado del CP, tienen el buen juicio de posponer la biopsia y realizar un seguimiento en los pacientes con PSA discretamente elevado.

A la vista de estos datos, y en espera de evidencias que demuestren la reducción de la morbilidad por CP mediante alguna prueba de cribado o a través de la utilización de alguna de las posibles opciones de tratamiento, sugiero que los pacientes asintomáticos que solicitan información sobre el PSA, o cualquier otro método de cribado del CP, sean informados con honestidad del estado actual de nuestros conocimientos o, mejor dicho, de nuestras dudas. Personalmente, tras una charla en la que intento trasladar al paciente en términos comprensibles lo expresado en esta carta, les entrego un documento escrito, que ha sido propuesto por otros autores⁶. A modo de consentimiento informado, este folleto puede servir a nuestros pacientes para tomar una decisión definitiva y fundada sobre el

supuesto «cribado» del CP. El lector interesado puede obtener una traducción del mismo en la siguiente dirección de correo electrónico: med011366@nacom.es.

Los nuevos descubrimientos de la genómica y la próxima disponibilidad de pruebas para conocer marcadores genéticos de riesgo de muy diferentes enfermedades nos situarán ante dilemas parecidos al que nos plantea actualmente el PSA. La presión comercial de los laboratorios investigadores y el impacto de noticias sesgadas en los medios de comunicación generarán, sin duda, nuevas demandas para someterse a pruebas de cribado.

De ahí la importancia de conocer los parámetros de los nuevos procedimientos diagnósticos y, con particular interés, el VPP. Tal vez así podamos proteger a muchos de nuestros pacientes de la angustia de un falso positivo y de la costosa y peligrosa espiral de nuevas pruebas diagnósticas «de confirmación» para, al final, acabar concluyendo que «afortunadamente no tenía usted nada».

A. de Lorenzo-Cáceres Ascanio

Médico de Familia.
Profesor Asociado de Medicina.
Facultad de Medicina. Universidad
Autónoma de Madrid. Centro de Salud
Universitario Ciudad Jardín. Madrid.

1. Oller Colom M, Jiménez Navarrete S, Hidalgo García, Calvo Rosa E, Pérez Herrero MM, Castellanos Duarte MM et al. Actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico. Aten Primaria 2000; 26: 323-326.
2. U.S. Preventive Services Task Force. Cribado del cáncer de próstata. En: Guía de medicina clínica preventiva (cap. 10). Barcelona: Medical Trends, 1998; 89-100.
3. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Diagnóstico precoz. En: Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica (cap. 5). Madrid: Díaz de Santos, 1989; 197-200.

4. Stewart-Brown S, Farmer A. Screening could seriously damage your health. decisions to screen must take account of the social and psychological costs. *BMJ* 1997; 314: 533-534.
5. Gaspar MJ, Arribas I, Hontoria JM, Bokobo P, Coca C, Angulo JC. Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 332-336.
6. Hahn DL, Roberts RG. PSA screening for asymptomatic prostate cancer: truth in advertising. *J Fam Pract* 1993; 37: 432-436.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos a Lorenzo-Cáceres su interés por nuestro trabajo sobre la actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata (CP). En su carta plantea informar a los pacientes sobre nuestras dudas en la utilización del antígeno prostático específico (PSA) en el cribado del CP, y es lo que nosotros proponemos. Consideramos interesante que además de la explicación se entregue un folleto que permita tomar una decisión más mediada.

Estamos de acuerdo también que el parámetro más importante de una prueba de cribado es el valor predictivo positivo (VPP). En cuanto al bajo VPP del PSA, del 20%, cuando el cribado se realiza en población no seleccionada por los síntomas urinarios, la utilización de otros parámetros como el PSA libre tiene el inconveniente de que, si bien aumenta la especificidad de la prueba, disminuye la sensibilidad, es decir necesitaremos menos biopsias para diagnosticar un CP pero dejaremos más CP sin diagnosticar, es decir, no resuelve la ambigüedad.

En relación a que la biopsia de próstata dista de poder ser considerada como prueba diagnóstica

gold standard, ocurre lo mismo con otras biopsias que habitualmente no ponemos en duda. Macdonald CE et al¹ valoran los beneficios de la biopsia de esófago para diagnosticar cáncer de esófago en los pacientes con esófago de Barret, y encuentran que en una serie de 409 pacientes que entraron en un programa de vigilancia anual, 5 desarrollaron cáncer de esófago y solamente en un caso la vigilancia endoscópica con biopsia lo detectó, mientras que los otros 4 casos se diagnosticaron al investigar los síntomas patológicos. Se realizaron 745 endoscopias y cerca de 3.000 biopsias.

Su afirmación de «parece que los médicos, que contra toda evidencia no dudan en utilizar el PSA como cribado del CP...» nos parece exagerada, ya que solamente un 44,7% de las peticiones eran por cribado, y como hacemos constar en «Material y métodos» considerábamos cribado cuando constaba que se pedía por cribado o no constaba ningún motivo. Es posible que algunas peticiones de PSA las hiciera el propio paciente y que no constara este hecho en la historia clínica.

Por último, en relación con su aserción «en espera de evidencias que demuestren la reducción de la morbilidad por CP mediante alguna prueba de cribado...», si bien un primer ensayo clínico sobre el cribado del CP ya ha sido publicado², estamos de acuerdo que debemos esperar los resultados de los ensayos clínicos más amplios que se están realizando para poder o no recomendar el cribado de CP. En todo caso también los grandes ensayos clínicos son objeto de controversia en su interpretación, como ha sucedido recientemente en relación con el cáncer de mama. Gotzsche et al³, después de realizar un riguroso metaanálisis, interpretan que el cribado de cáncer de mama mediante mamografía no está justificado y sin embargo es una práctica habitual.

Es difícil tener un buen juicio clínico sin evidencias claras que acrediten nuestra práctica.

M. Oller Colom, S. Jiménez Navarrete y A. Hidalgo García

ABS Dr. Carles Ribas. DAP Sants-Monjuïc. Institut Català de la Salut. Barcelona.

1. Macdonald CE, Wicks AC, Playford RJ. Final results from 10 year cohort of patients undergoing surveillance for Barrett's oesophagus: observational study. *BMJ* 2000; 321: 1252-1255.
2. Labrie F, Bernard C, Dupont A, Cusian L, Gómez JL, Suburu RE et al. Screening decreases prostate cancer death: first analysis of the 1988 Quebec Prospective Randomized Controlled Trial. *Prostate* 1999; 38: 83-91.
3. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355: 129-134.

Modificación de la prescripción de hipocolesterolimiantes

Sr. Director: Tras la lectura del artículo de Latour et al¹ publicado en su revista, queremos comentar algunos aspectos. En primer lugar, la falta de claridad del objetivo. En el título hablan de modificación de la prescripción, en el resumen de la disminución de la prescripción de hipolipemiantes en la población de bajo riesgo cardiovascular y en la discusión de método del control del gasto farmacéutico en hipolipemiantes.

La intervención la expresan como una intervención educativa, personalizada y puntual realizada por una persona externa farmacéutica. Efectivamente, entre los distintos métodos valorados para modificar la prescripción, Soumerai² sugiere en su revisión que las visitas educativas individualizadas dan más rendimiento, pero