

2. Ransohoff DF, Collins MM, Fowler FJ. Why is prostate cancer so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feedback. *Am J Med* 2002;113:663-7.
3. Lu-Yao G, Albertsen PC, Stanford JL, Stukel TA, Walker-Corker ES, Barry MJ. Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut. *BMJ* 2002;325:740-6.
4. Fowler FJ, Collins MM, Corkery EW, Elliot DB, Barry MJ. The impact of androgen deprivation on quality of life after radical prostatectomy for prostate carcinoma. *Cancer* 2002;95:287-95.
5. Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F, Salo JO, Folmerz P, Häggman M, et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2002;347:781-9.
6. Walsh PC. Surgery and the reduction of mortality from prostate cancer. *N Engl J Med* 2002;347:839-40.
7. Schröder FH. Priorities in future research in prostate cancer screening. *Eur J Epidemiol* 2003;18:1021-3.
8. Coldman AJ, Phillips N, Pickles TA. Trends in prostate cancer incidence and mortality: an analysis of mortality change by screening intensity. *CMAJ* 2003;168:31-5.
9. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG, et al. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Engl J Med* 2003;349:215-24.
10. Scardino PT. The prevention of prostate cancer. The dilemma continues. *N Engl J Med* 2003;349:297-9.
11. Morgentaler A, Brunning CO, DeWolf WC. Occult prostate cancer in men with low serum testosterone levels. *JAMA* 1996;276:1904-6.
12. Isaacs JT, Isaacs WB. Androgen receptor outwits prostate cancer drugs. *Nature Biol* 2004;10:26-7.
13. Gervas J. Quimioprolifaxis en el siglo XXI. Algunos problemas del uso de medicamentos para la prevención primaria de enfermedades. *FMC* 2003;10:680-3.

que no sólo compromete al urólogo sino también al médico de Atención Primaria. Una vez más se pone de manifiesto la necesidad de un constante diálogo e intercambio de conocimiento entre los especialistas médicos y los médicos de Atención Primaria, por ello los autores agradecen su publicación en su revista y la interesante reflexión de la carta al Director a propósito de nuestro trabajo.

Como queda claro en nuestro artículo, la quimioprolifaxis con agentes antiandrogénicos (finasteride) constituye un vía de investigación apasionante y prometedora en la prevención del cáncer de próstata pero todavía en fase experimental y sin datos concluyentes que permitan desde el ámbito urológico indicar actualmente un uso generalizado. Si bien esta faceta de quimioprevención de los antiandrogénicos, todavía en estudio, añadiría un efecto beneficioso muy atractivo en el manejo del paciente prostático al sumarse al efecto contrastado que finasteride y recientemente el dutasteride tienen en el tratamiento de la sintomatología prostática, ya que disminuyen el riesgo a largo plazo de retenciones de orina y de cirugía prostática así como mejoran la calidad de vida de los pacientes¹. Habrá que estar pendientes de próximos estudios que incidan en la quimioprevención del cáncer de próstata y el papel de los antiandrogénicos.

D. SUBIRÁ RÍOS
Servicio de Urología. Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid.

Réplica

Sr. Director: sin duda la quimioprolifaxis del cáncer de próstata es un campo apasionante de investigación actual

BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Connell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Addriole GL Jr, Dizon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003;349(25):2387-98.