

Nuevas guías de cernimiento* de cáncer de próstata



Eduardo Canto, MD

Urólogo
Ashford Medical Center, Suite 109
787.725.6278

El verano pasado el *Unites States Preventive Services Task Force* (USPSTF) publicó su recomendación sobre el cernimiento de cáncer de próstata.¹ Esta, categóricamente en contra del cernimiento de cáncer de próstata mediante la prueba de PSA y/o el tacto rectal, causó revuelo en la comunidad médica. La controversia fue de tal magnitud que resultó en la introducción al Senado de los Estados Unidos del Proyecto de Ley *USPSTF Transparency and Accountability Act of 2012*. Este proyecto, aunque todavía no aprobado, propone que se incluya en USPSTF no solo a médicos primarios, sino también a científicos, médicos especialistas, economistas y representantes de grupos de pacientes y de grupos de la industria de salud.

Menos muertes por cáncer de próstata

Pese a la opinión de USPSTF, los datos epidemiológicos indican que estamos ganando la guerra contra el cáncer de próstata. Desde 1995, las muertes por cáncer de próstata en los Estados Unidos comenzaron a disminuir.² En la actualidad, la mortalidad por cáncer de próstata es un 36% menor que en 1980 (antes de la introducción de la prueba de PSA). Ciertamente, esta reducción podría atribuirse a la introducción de fármacos agonistas de la hormona que libera hormona luteinizante. Sin embargo, la manipulación hormonal se practica en los Estados Unidos desde la década de

1950. En Gran Bretaña, donde los métodos de tratamiento son comparables con los de los Estados Unidos, pero donde solo el 10% de los hombres se someten a la prueba de PSA, la mortalidad de cáncer de próstata se ha reducido solo en un 12% en el mismo periodo de tiempo.

Si bien esta reducción en la tasa de mortalidad es significativa, hay que admitir el gran costo físico, emocional y económico: al año se hacen cerca de 23 millones de pruebas de PSA y 1 millón de biopsias de próstata, se gastan unos 3 mil millones de dólares para diagnosticar los 251 900 casos nuevos de cáncer de próstata y cerca de \$10 000 millones en terapias.³ Además está el costo emocional y físico de los efectos secundarios de los tratamientos. A pesar de todo este esfuerzo e inversión, en 2012 murieron unos 28 840 hombres de cáncer de próstata, cifra menor que los 40 000 en 1980. Sin embargo, el cáncer de próstata sigue ocupando el segundo lugar en número de fatalidades al año en los Estados Unidos.²⁻³

Recomendación de USPSTF

Si estamos ganando la guerra contra el cáncer de próstata, ¿por qué USPSTF emitió una opinión en contra del cernimiento y detección temprana? Ya en 2008, USPSTF opinó que no había suficiente evidencia ni

a favor ni en *contra* del cernimiento con PSA en menores de 75 años pero sí había suficiente evidencia contra del cernimiento en mayores de 75 años.⁴ Entre 2008 y 2012 se publicaron los resultados de dos estudios grandes (PLCO y ERSPC) para investigar los efectos del cernimiento con PSA en la mortalidad por cáncer de próstata. Sus resultados son la base de la recomendación contra del cernimiento por parte de USPSTF en 2012.⁵

Prostate Lung Colon & Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO)

- 76 693 hombres entre 55 y 74 años: Un grupo control y un grupo de cernimiento de cáncer de próstata, de pulmón y de colon;
- Grupo de cernimiento: PSA anualmente por 6 años y examen rectal anualmente por 4 años;
- Biopsia: Cuando PSA sobre 4ng/ml, o si el examen rectal es sospechoso;
- 50 muertes por cáncer de próstata en el grupo de cernimiento vs. 44 en el grupo control; y
- Desafortunadamente el 70% del grupo control se hizo el PSA por su cuenta al menos una vez en los primeros 5 años del estudio.

European Randomized Screening Trial for Prostate Cancer (ERSPC)

- Colección de estudios de varios países europeos (Suecia, Bélgica, Países Bajos, Italia, Finlandia, España y Suiza);
- El estudio mejor diseñado y ejecutado fue el de Suecia, con 12 000 sujetos;
- En Suecia, del grupo control murieron 70 hombres de cáncer de próstata vs. 39 en el grupo de cernimiento; reducción de casi 50% (95% conf. 0.38-0.83).

USPSTF interpreta el estudio PLCO como válido a pesar de que en el grupo control, donde no se supone que los sujetos se hagan PSA, el 77% de los sujetos se midió PSA fuera del estudio en los primeros 5 años. En esencia, PLCO, en cuanto a cáncer de próstata se refiere, es un estudio fallido, ya que comparó la efectividad de cernimiento con PSA anual contra la efectividad de cernimiento con PSA cada 2 a 5 años.

Por otro lado, en varios de los países donde ERSPC no se hizo de forma tan controlada como en Suecia, los resultados no favorecieron el cernimiento con PSA tanto como en Suecia. USPSTF se aferra a esto para opinar que ERSPC tampoco sustenta los beneficios del cernimiento de cáncer de próstata.


Recomendación de la Asociación de Urología Americana (AUA)

La AUA llevó a cabo su propio análisis sobre los datos disponibles para el cernimiento de cáncer de próstata. En base a esto, emitió su recomendación y entiende que solo el ERSPC tuvo un nivel aceptable de contaminación (pacientes en el grupo control que se sometieron a cernimiento mediante PSA) del 20-25%, en comparación con un 77% en PLCO. Si comparamos los pacientes que se sometieron a PSA por lo menos 2 veces antes de empezar en PLCO con los que no (independiente de si fueron parte del grupo control o de cernimiento o no), vemos una reducción en la mortalidad por cáncer de próstata del 25%.⁶

AUA no recomienda cernimiento con PSA y examen rectal antes de los 55 años (salvo si hay alto riesgo, historial familiar o raza africana) o después de los 69 años. En hombres entre 55 y 69 años, recomienda que se discuta con el paciente los beneficios y riesgos del cernimiento y los posibles tratamientos, antes de hacer la prueba y de que el paciente tome la decisión de someterse o no a PSA y al examen rectal.⁶ AUA llegó a esta conclusión porque –aunque sabe que los datos existentes muestran un beneficio en reducir la mortalidad de cáncer de próstata– también reconoce que esto conlleva un costo significativo económico, físico y emocional. El propósito de limitar el cernimiento a pacientes entre 55 a 69 años es concentrar los esfuerzos del cernimiento en quienes tienen mayor riesgo y más pueden beneficiarse.

Comentario

El cernimiento y tratamiento de cáncer de próstata es costoso y solo reduce de forma limitada la mortalidad ya que muchos de los casos que detectamos no le irán a causar la muerte al paciente. ¿Es esto razón suficiente como para no hacerle cernimiento a nadie, como propone el USPSTF? ¿Debemos permitir que volvamos a la situación previa a 1980, cuando los pacientes llegaban con enfermedad avanzada y cuando morían casi 40% más hombres de cáncer de próstata? ¿O debemos concentrar nuestros esfuerzos en limitar el costo físico, emocional y económico mejorando los métodos de cernimiento y tratamiento?

Las nuevas guías de AUA son un paso en la dirección correcta, ya que intentan reducir los costos del cernimiento mediante el uso más eficiente de la prueba de PSA, limitando su uso a aquellos con mayor riesgo y con mayor probabilidad de beneficiarse con el diagnóstico temprano. 

*Si bien la palabra cernimiento aún no es reconocida por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, es un neologismo muy razonable, ampliamente utilizado en Puerto Rico y en otros lugares de Latinoamérica (se usan también: tamizaje, despistaje, escrutinio, rastreo o screening en inglés).

Referencias

1. Moyer, V. A.; Force, U. S. P. S. T., Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine* 2012, 157 (2), 120-34.
2. Society, A. C., *Cancer Facts & Figures 2012*. ACS: Atlanta, 2012.
3. Mariotto, A. B.; Yabroff, K. R.; Shao, Y.; Feuer, E. J.; Brown, M. L., Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst* 2011, 103 (2), 117-28.
4. Force, U. S. P. S. T., Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine* 2008, 149 (3), 185-91.
5. Andriole, G. L.; et al., Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Canc Inst* 2012, 104 (2), 125-32.
6. Schroder, F. H.; et al; Investigators, E., Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J M* 2009, 360, 1320-8.
7. Carter, H. B.; et al., Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *J Urol* 2013, 190 (2), 419-26.

GALENUS

REVISTA PARA LOS MÉDICOS DE PUERTO RICO

www.galenusrevista.com

Si usted es médico en Puerto Rico
ya es parte de nuestro equipo.

Esta es su revista.
Esperamos que la disfrute.



La Revista Galenus es distribuida
gratuitamente por correo
a los médicos de Puerto Rico, estudiantes,
residentes de medicina, clínicas, hospitales
y convenciones médicas.

15,000 ejemplares por edición.
Más de 100,000 lectores por edición.

Impresa en Puerto Rico

info@revistagalenus.com
787.565.8171
787.688.5968