

Cáncer de próstata.

Diagnóstico y valoración de extensión

G. Fournier
 A. Valeri
 P. Mangin
 O. Cussenot

Resumen. — El descubrimiento y la aplicación de la determinación del nivel sérico del antígeno prostático específico (PSA) han modificado de manera considerable las modalidades diagnósticas del cáncer de próstata en los últimos 20 años. Antes del PSA, el diagnóstico precoz dependía del tacto rectal, cuyas limitaciones se han demostrado, ya que más de la mitad de los tumores así detectados ya se habían extendido fuera de la próstata y eran incurables. La determinación del PSA transformó esa situación, permitiendo un diagnóstico en estadio localizado y curable con los tratamientos actuales. Cualquiera que sea el modo de hallazgo de la enfermedad, las biopsias prostáticas con control ecográfico por vía intrarrectal resultan indispensables para afirmar el diagnóstico, pues la determinación del PSA no es específica. La posibilidad de ofrecer un diagnóstico en fase temprana y curable abrió, lógicamente, el camino de la detección precoz, con el propósito de reducir la alta mortalidad por cáncer de próstata, a semejanza de otros cánceres como, por ejemplo, los de mama o colon. Los numerosos trabajos consagrados a la detección precoz permitieron precisar la eficacia de los medios disponibles (PSA y sus derivados, tacto rectal, ecografía intrarrectal, combinación de PSA y tacto rectal), las características de los tumores (estadio y diferenciación), además de la población masculina apta para detección (edad de principio y fin de la detección, ritmo de detección, factores de riesgo étnicos o hereditarios, etc.). En las formas de hallazgo precoz, la evaluación de la extensión del cáncer de próstata en el seno de la glándula o en tejidos adyacentes (diseminación extraprostática, metástasis ganglionares microscópicas) aún es imperfecta, porque ninguna técnica de diagnóstico por imágenes (ecografía, tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM], etc.) permite identificar el tumor o las metástasis microscópicas. Sin embargo, la combinación de parámetros tales como datos del tacto rectal, concentración de PSA, resultados de biopsias y diferenciación tumoral, brindan una «aproximación» anatomo-patológica al estadio real con una precisión creciente (nomogramas). Esos progresos permiten distinguir, en un grupo muy heterogéneo de cánceres prostáticos, tumores diferentes en función de su estadio y potencial evolutivo, de pronóstico muy distinto y que exigen una estrategia terapéutica específica.

© 2005 Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cáncer de próstata; Antígeno prostático específico

Detección

El empleo del PSA desde finales de los ochenta y el descubrimiento de la importancia del marcador para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata han abierto la vía de detección de la enfermedad, a semejanza de otros

cánceres (mama, colon, cuello de útero, etc.) que también ocasionan problemas de salud pública por su frecuencia y mortalidad.

En los últimos diez años se han publicado numerosos estudios sobre el valor respectivo de los diferentes instrumentos de detección del cáncer de próstata (tacto rectal, PSA, ecografía intrarrectal). También se han descrito las características anatomo-patológicas de los cánceres detectados para saber si a través de la detección se corría el riesgo de descubrir cánceres clínicamente «no significativos» (es decir, lesiones histológicas de tamaño reducido y bien diferenciadas, como las encontradas en series autópsicas de pacientes fallecidos por otras causas) que pondrían en peligro al tratamiento por exceso. Más allá de la posibilidad de revelar el cáncer en un estadio precoz gracias a nuevos métodos de diagnóstico, existen estudios en curso para medir la influencia de la detección en la reducción de la tasa

G. Fournier (Professeur des Universités, Praticien hospitalier)
 Adresse e-mail: georges.fournier@chu-brest.fr
 A. Valeri (Professeur des Universités, Praticien hospitalier)
 Service d'urologie, Centre hospitalier universitaire de Brest, hôpital de la Cavale Blanche, boulevard Tangy-Prigent, 29609 Brest cedex, France.
 P. Mangin (Professeur des universités, Praticien hospitalier)
 Service d'urologie, Centre hospitalier universitaire de Nancy, hôpitaux de Brabois, rue du Morvan, 54000 Vandoeuvre-lès-Nancy, France.
 O. Cussenot (Professeur des universités, Praticien hospitalier)
 Service d'urologie, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France.

de mortalidad por cáncer. Sociedades científicas de urólogos y oncólogos han hecho recomendaciones acerca de la detección (métodos, fecha de inicio, frecuencia, población apta para estudio, etc.). Algunas de ellas difieren según el país de procedencia en términos de criterios de decisión y coste económico del programa de detección.

MÉTODOS DE DETECCIÓN

■ Tacto rectal

Antes del PSA, éste era el único método de detección; hoy en día sus limitaciones están demostradas. Más del 50% de los tumores detectados mediante tacto rectal como único procedimiento mostraban crecimiento local en el examen anatopatológico y, en consecuencia, eran incurables en la mayoría de los casos. Además, entre el 23 y el 45% de los cánceres pasarían inadvertidos si las indicaciones de las biopsias sólo se basaran en el tacto rectal, ya que la mayoría de los tumores no sufren una modificación palpable [18, 25, 36]. Por tanto, si se utiliza como método único, es una herramienta insuficiente para la detección, pero sigue siendo indispensable para ésta cuando se combina con PSA, pues hasta el 25% de los cánceres se puede detectar con tacto rectal cuando el PSA es normal (inferior a 4 ng ml⁻¹).

■ Ecografía prostática intrarrectal

A pesar de la calidad de la imagen ecográfica obtenida por vía intrarrectal, se demostró que no existía aspecto específico del cáncer, aunque las imágenes hipoeccogénicas fueran dos veces más cancerosas en las biopsias que las zonas isoecogénicas [36, 47]. Así, considerando como único parámetro para indicar biopsias la existencia de nódulos hipoeccogénicos, el 25-50% de los cánceres pasaría inadvertido [18, 36]. Además, los estudios de las correlaciones entre el aspecto ecográfico y el resultado de las biopsias dirigidas en esas zonas «anómalias» demostraron que muchas zonas hipoeccogénicas no eran cancerosas y, también, que más del 50% de los cánceres no palpables mayores de 1 cm de diámetro no eran visibles [11]. A pesar de avances tecnológicos como la combinación con Doppler, la ecografía prostática intrarrectal no es un buen método de detección, aunque se trate de un instrumento insustituible para dirigir las biopsias de práctica obligatoria en diferentes regiones anatómicas perfectamente localizadas.

■ Antígeno prostático específico y parámetros derivados del mismo

Antígeno prostático específico

El PSA es una glucoproteína secretada por las células epiteliales prostáticas y las glándulas periuretrales. En estado normal, se encuentra en cantidad considerable en el líquido seminal; su función es la licuefacción del grumo seminal. En el varón, dentro de unas condiciones normales, el PSA está presente en baja cantidad en la sangre circulante. La vida media del PSA es de 2-3 días. Lo secretan también las células tumorales benignas (hipertrofia prostática benigna [HPB]) y malignas. La cantidad de PSA secretada por gramo de cáncer es superior a la de la HPB, pero la

secreción por unidad celular es menor en las células cancerosas. Esto guarda relación con una mayor densidad de células epiteliales secretantes en el cáncer, en comparación con la HPB. Por tanto, el aumento del PSA no es específico del cáncer de próstata.

Factores de variación. Algunos factores aumentan el PSA de manera provisional y por eso es preciso esperar algún tiempo para determinar su concentración [28]. El tacto rectal, el masaje prostático, la ecografía intrarrectal o la eyaculación producen variaciones poco significativas de la concentración de PSA (inferiores a 1 ng ml⁻¹). En cambio, las maniobras endouretrales (sonda vesical, cistoscopia) y, con mayor razón, las biopsias o la cirugía prostática aumentan de manera significativa la concentración sérica del PSA. En esas condiciones, para que la determinación del nivel sérico de PSA sea interpretable, debe respetarse un lapso mínimo de siete semividas de PSA sérico, es decir, 21 días, antes de llevarla a cabo. La hemodiálisis crónica no modifica la interpretación del resultado. Las prostatitis agudas y las retenciones vesicales agudas pueden aumentar considerablemente la concentración sérica de PSA. Lo mismo ocurre, aunque de forma esporádica, con algunas enfermedades agudas como la insuficiencia renal aguda, las hepatitis agudas o el infarto de miocardio. Para interpretar los resultados en pacientes con HPB tratados con inhibidores de la 5a-reductasa, se debe tener en cuenta la disminución del PSA, que es de un promedio del 50%, después de 1 año de tratamiento [44].

Valores umbrales del antígeno prostático específico para la indicación de biopsia. El valor umbral por encima del cual se indican las biopsias suele ser de 4 ng ml⁻¹. Estudios de detección en varones mayores de 50 años mostraron que en el 10-15% de ellos la concentración de PSA era superior a 4 ng ml⁻¹ [8, 18, 63]. En conjunto, la tasa de detección del cáncer de próstata aumenta según lo hace la concentración de PSA: la biopsia es positiva en uno de cada diez varones con PSA entre 2,5 y 4 ng ml⁻¹, y en uno de cada tres con PSA superior a 4 ng ml⁻¹. Entre 4 y 10 ng ml⁻¹, la biopsia es positiva en un varón de cada cuatro, hasta alcanzar un 50-70% por encima de 10 ng ml⁻¹. Los parámetros derivados del PSA se han estudiado para reducir la cantidad de biopsias negativas en caso de PSA de 4-10 ng ml⁻¹ (cf infra).

La tendencia actual consiste en indicar biopsias por debajo del umbral «clásico» de 4 ng ml⁻¹ (en general 2,5 o 3 ng ml⁻¹), con el fin de detectar los tumores en una fase más temprana de la historia natural, cuando sus características permiten considerar un pronóstico más favorable después del tratamiento curativo. Se demostró que era posible detectar un cáncer en el 22-27% de las biopsias practicadas con un PSA de 2,5-4 ng ml⁻¹ y una relación PSA libre/PSA total < 27% [17, 19, 87] y que, de esos tumores, el 80% era clínicamente significativo. Considerar los derivados del PSA entre 2,5 y 4 ng ml⁻¹ (PSA libre sobre todo, velocidad del PSA o PSA en forma de complejo) permite escoger mejor las indicaciones de las biopsias para evitar las biopsias inútiles, cuya cantidad aumenta a medida que disminuye el umbral del PSA [19, 34, 88]. El descenso del umbral a menos de 4 ng ml⁻¹ es especialmente útil en los grupos de riesgo étnico o familiar [87].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9397883>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9397883>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)