

## ¿Cómo se maneja un antígeno prostático específico elevado en un paciente asintomático?

Francesc Bobé Armant<sup>a,\*</sup>, Maria Eugenia Buil Arasanz<sup>b</sup> y Griselda Trubat Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Tarraco. Institut Català de la Salut. Atención primaria Camp de Tarragona. Tarragona. España.

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Dr. Lluís Sayé. Institut Català de la Salut. Atención primaria Barcelona ciutat. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Enfermera. Hospital Universitari de la Vall d'Hebró. Barcelona. España.

\*Correo electrónico: fbobe.tarte.ics@gencat.cat

Durante muchos años, ha existido la controversia sobre la necesidad de solicitar el antígeno prostático específico (PSA: *prostatic-specific antigen*) como prueba de cribado del cáncer de próstata (CP). Los recientes estudios publicados han puesto de manifiesto y han confirmado que el cribado del CP detecta más casos y lo hace en estadios y edades más precoces, pero esto no tiene impacto sobre la mortalidad<sup>1,2</sup>. Después de más de 20 años de seguimiento, la mortalidad por CP no se modificó con significación estadística. El cribado basado en el PSA conlleva una pequeña o nula reducción de la mortalidad específica por CP, y se asocia a daños relacionados con las subsiguientes exploraciones diagnósticas (biopsia: hemorragias, sepsis, falsos positivos) y terapéuticas (radioterapia, prostatectomía: disfunción eréctil, incontinencia urinaria, síntomas vesicales), alguno de los cuales pueden ser innecesarios.

Hasta ahora, sabíamos que la razón riesgo-beneficio era desfavorable a la aplicación del cribado en mayores de 75 años. Ahora, disponemos de datos suficientes para afirmar que el cribado con PSA, incluso en menores de 75 años, no aporta beneficios y, en cambio, puede ser perjudicial.

Como consecuencia, la U.S. Preventive Services Task Force hace la recomendación de no utilizarlo como prueba de cribado del CP en hombres de cualquier edad, porque los daños son superiores a los beneficios<sup>3</sup>.

A pesar de esto, se siguen solicitando determinaciones de PSA como cribado, y seguimos encontrando en nuestras consultas resultados de PSA en pacientes asintomáticos. ¿Qué debemos hacer?

### ¿Cómo se maneja un antígeno prostático específico elevado en un paciente asintomático?

Inicialmente, deberíamos comprobar mediante anamnesis que se trata de un paciente asintomático, valorando la presencia de síntomas del tracto urinario inferior y/o de otras causas que pueden elevar los valores de PSA<sup>4</sup>. Deberíamos explicar las controversias existentes y solicitar el consentimiento del paciente para proseguir el estudio. En caso afirmativo, se realizará una revisión de la historia clínica y un histórico de determinaciones analíticas en busca de valores anteriores de PSA.

Posteriormente, se llevará a cabo una exploración física incluyendo un tacto rectal y una nueva determinación de PSA con la finalidad de confirmar el valor inicial junto con la determinación de su fracción libre de PSA.

Nuestra actitud en el manejo diagnóstico dependerá del valor del PSA, del resultado del tacto rectal y de los resultados previos.

### Velocidad de antígeno prostático específico

Si existen determinaciones anteriores, podremos valorar la velocidad de PSA. Es el incremento de PSA en relación con el tiempo. Se sabe que el PSA aumenta de forma progresiva con el tiempo del mismo modo que lo hace el volumen prostático, pero este incremento es lento y discreto. Un incre-

mento anual  $\geq 0,75$  ng/ml (o superior al 20%) se considera sospechoso de CP debido a que el aumento es más rápido si existe tejido neoplásico.

Tiene especial interés en el seguimiento de los pacientes que presentan un PSA  $< 4$  ng/ml, en los pacientes con PSA 4-10 ng/ml no sometidos a biopsia, o en pacientes con PSA sospechosos y biopsia negativa.

Tiene el inconveniente de que existen oscilaciones puntuales del PSA por procesos no neoplásicos; por ello, la fiabilidad diagnóstica de la velocidad del PSA aumenta cuando se basa en, al menos, 3 determinaciones realizadas en 2 años<sup>5</sup>.

## Valor del antígeno prostático específico y resultado del tacto rectal

La mayoría de autores estratifican en 3 franjas los valores de PSA y en función de ellos se recomienda una actitud diagnóstica (fig. 1).

### Antígeno prostático específico $< 4$ ng/ml y tacto rectal negativo

Son valores considerados “normales” o de bajo riesgo para neoplasia, y en principio, no debería hacerse nada más. En este rango, algunos autores recomiendan el seguimiento y uso de la velocidad de PSA<sup>5,6</sup>.

### Antígeno prostático específico entre 4-10 ng/ml y tacto rectal negativo

Ante un PSA  $> 4$  ng/ml, deberíamos repetir la determinación en 6-8 semanas para confirmarlo, ya que pueden presentar un nivel fluctuante. El PSA es específico de la prósta-

ta pero no de patología tumoral, por lo que puede aumentar en otras circunstancias (tabla 1). Algunos autores recomiendan un tratamiento empírico con ciprofloxacino ante la sospecha de infección del tracto urinario como causa del aumento (fig. 2).

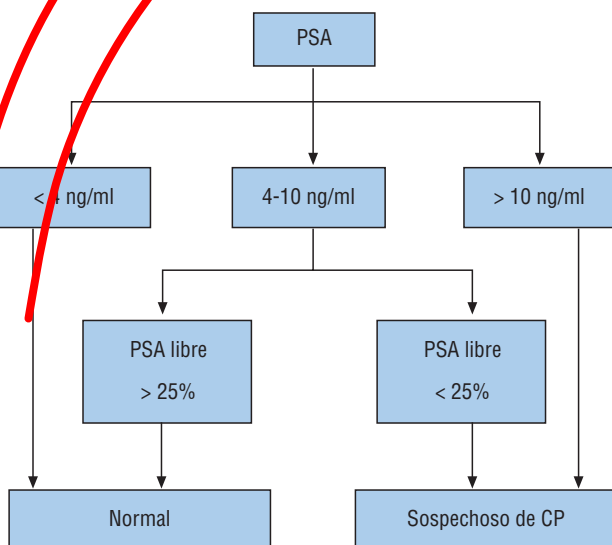
Es el escenario de la llamada “zona gris”. Un 30% de pacientes con estos valores presentarán CP en la biopsia. Esta zona se considera sospechosa de padecer CP pero no con alta probabilidad, por lo que se recomienda emplear el porcentaje de PSA libre para aumentar su especificidad en este rango. Si el porcentaje de PSA libre es inferior al 15-25% (según laboratorio), debe establecerse la sospecha de CP, y estaría indicada la biopsia. Poner entre 15-25% (aunque sea un intervalo grande) corresponde a la variabilidad clínica existente en los diferentes laboratorios, puesto que la tendencia actual es disminuir ese porcentaje. Si nos centramos únicamente en la bibliografía, en ella aparece el porcentaje del 25%<sup>5,6</sup>.

### Antígeno prostático específico $> 10$ ng/ml

Se considera sospechoso de CP, y se debe derivar a urología para la realización de una biopsia de próstata transrectal. En alrededor del 60% de pacientes con PSA  $> 10$  ng/ml, se encontrará un CP. Por este motivo, el PSA  $> 10$  ng/ml se considera el punto de corte en el que se establece la sospecha de alta probabilidad de neoplasia, por lo que se procede directamente a realizar una biopsia<sup>5,6</sup>.

### Tacto rectal positivo o sospechoso

Este escenario está caracterizado por una próstata de bordes mal definidos, superficie con uno o más nódulos, de consistencia dura, no móvil y no dolorosa. Independientemente de los valores de PSA, cuando encontremos una próstata con estas características, debemos realizar una biopsia de próstata guiada por ecografía transrectal. Ante la duda de un tacto rectal sospechoso, se debe derivar a la consulta de urología para su valoración<sup>5,6</sup>.

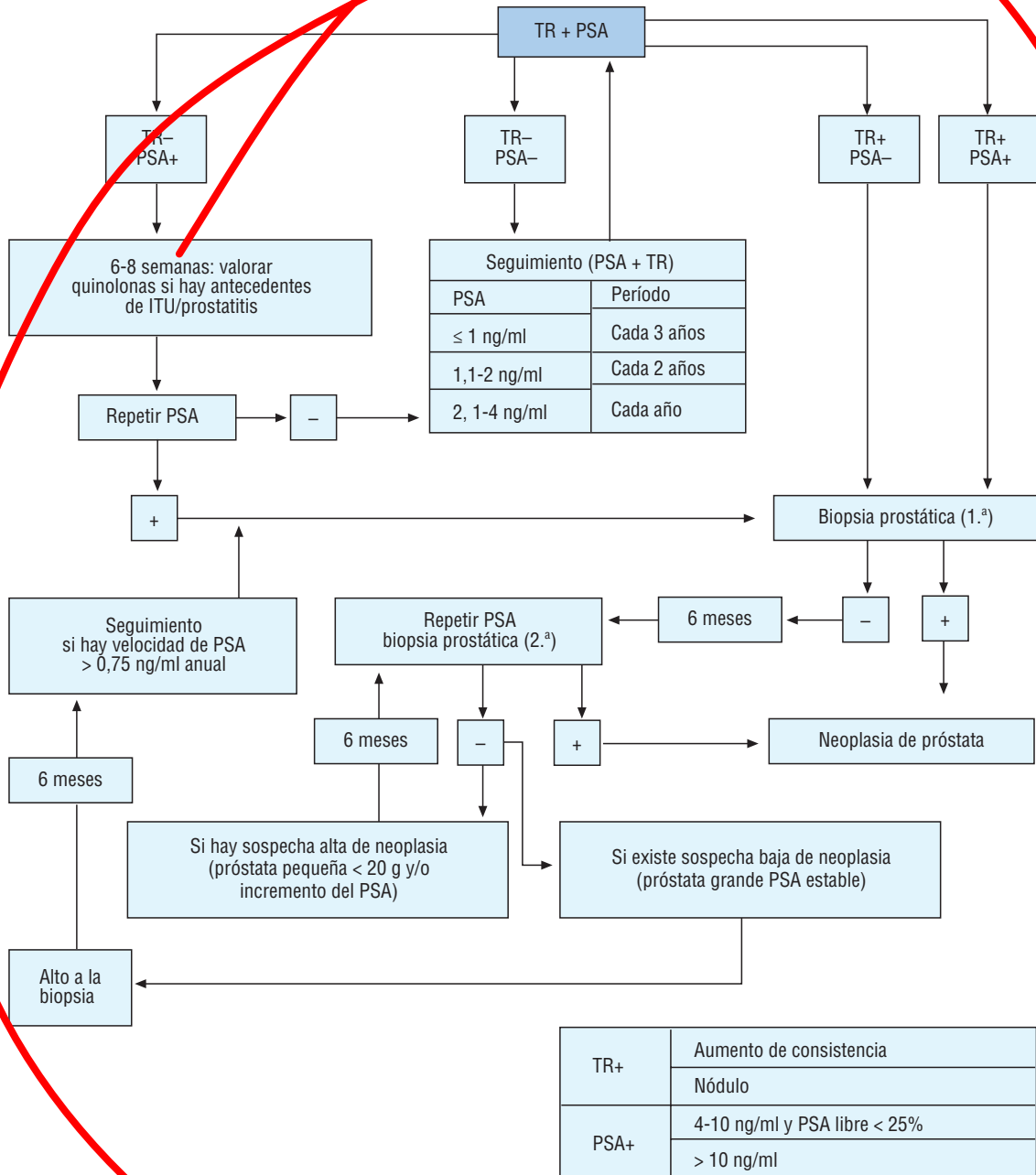


**Figura 1.** Interpretación de los valores de antígeno prostático específico (Catalona et al).

CP: cáncer de pulmón; PSA: antígeno prostático específico.

**TABLA 1.** Situaciones que aumentan el antígeno prostático específico

Infecciones del tracto urinario
Hiperplasia benigna de próstata (más del 25% de los hombres con HBP presentan PSA $> 4$ ng/ml), sobre todo porque existe una relación directa entre el PSA y el volumen de la próstata
Prostatitis
Retención aguda de orina
Masaje prostático
Biopsia prostática
HBP: hiperplasia benigna prostática; PSA: antígeno prostático específico.



**Figura 2.** Actuación según resultado de tacto rectal y antígeno prostático específico<sup>5</sup>.  
ITU: infección del tracto urinario; PSA: antígeno prostático específico; TR: tacto rectal.

### Bibliografía

- Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, Löfman O, Carlsson P. Randomized prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ*. 2011;342:d1539.
- Chou R, Croswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Fu R, et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011;155:762-71. Disponible en: <http://annals.org>
- Roig H, Vall-Isosera A. El último año de... *Urología*. AMF. 2012;8:50-8.
- Milozzi J. ¿Debemos esperar para solicitar un PSA después de un tacto rectal? *AMF*. 2010;6:105-6.
- Casajuana J, Aragonés R, Ariza F. Significado clínico de un PSA elevado. *FMC*. 2004;11:604-13.
- Fábregas M, Guix L. Antígeno prostático específico elevado. *AMF*. 2009;5:106-10.