

# Limitaciones del antígeno prostático específico



Desde el año 1979 en que salió por primera vez el antígeno prostático específico (APE) como un nuevo y prometedor método de apoyo diagnóstico de cáncer de próstata, su impacto hizo que este estudio, con el tiempo, se sobredimensionara en sus alcances y beneficios. En algunos lugares y por muchos médicos, incluso, se le consideró como un estudio de certeza para cáncer prostático. Lejos de serlo, llegó a confundir a la sociedad y no sólo eso, muchos de los hombres creyeron que se habían escapado del tormentoso examen digitorrectal. Uno de los pocos estudios clínicos controlado y aleatorizado, que comparó a un grupo a quienes se practicó prostatectomía radical como estrategia terapéutica y a otro con vigilancia controlada, mostró una diferencia estadística muy pequeña. En este estudio, como lo menciona el Dr. Michael J. Barry, se tendrían que realizar 18 prostatectomías radicales para prevenir apenas una muerte por cáncer de próstata en un lapso de 12 años. Si el intento de realizar un diagnóstico precoz con el apoyo de un estudio de laboratorio (en este caso del APE) conduce a ofrecer un tratamiento curativo como la prostatectomía radical, cuál sería entonces la bondad en escrutar a una población si el beneficio es muy bajo. El mismo Dr. Barry hace comentarios oportunos y congruentes respecto a este tema y, en particular, sobre el uso del APE en hombres mayores de 75 años de edad. Si la expectativa de vida en los mexicanos es de 84 años, es de esperarse entonces, que si se le practica prostatectomía radical o se deja en vigilancia controlada, los resultados tendrían una muy baja o nula ventaja.

El servicio preventivo de salud, el sistema de salud, investigación y calidad, y un grupo de expertos de Estados Unidos de América (EUA), concluyeron que es insuficiente la evidencia actual, para demostrar el beneficio o daño de realizar el "screening" con APE en hombres menores de 75 años de edad, pero recomiendan no realizarlo en hombres mayores de 75 años.

Esto no quiere decir de ninguna manera que el cáncer de próstata sea insignificante en hombres mayores de 75 años. Por el contrario, debemos dejar claro que la mayor mortalidad (dos terceras partes) por cáncer de próstata se registra en varones mayores de esta edad.

En la actualidad está corriendo un nuevo estudio clínico conocido como PIVOT que compara intervención al cáncer de próstata vs. observación. Este estudio será abierto hasta el año 2010 pero, al igual que el estudio escandinavo, no incluye a varones mayores de 75 años.

Volvamos a la edad de 75 años. Si tuviera 76, ¿debo considerarme un abandonado de las opciones diagnósticas y terapéuticas del cáncer prostático? Considero que NO. De ninguna manera debemos ver al paciente como un número más en la estadística de los estudios clínicos.

Estaremos atentos a los estudios clínicos relacionados con el cáncer de próstata que saldrán en los próximos años (EUA, Europa y Gran Bretaña). Cada uno de ellos con diferentes variables, pero centrados en la utilidad del APE y la sobrevida del cáncer prostático.

El cáncer de próstata y el APE, dos tópicos totalmente distintos, estrechamente ligados y sumamente controvertidos. Cada uno de ellos con diferentes enfoques, de acuerdo con su naturaleza, en análisis y en su indicación. Ambos temas permanecerán por mucho tiempo en la jerga médica, hasta que surja un nuevo estudio de mayor especificidad que reemplace al APE y a la prostatectomía radical como opción terapéutica.

**José Guzmán Esquivel**

Coeditor

Revista Mexicana de Urología

México, D.F.