

CASO CLÍNICO

Varón de 62 años, fumador, sin que haya tenido en ningún momento sintomatología urinaria ni otras enfermedades relevantes. Hace 4 años, se le realizó una analítica para valorar el nivel de colesterol, que controla con dieta, en la cual se le solicitó una determinación de PSA. La concentración de PSA fue de 5,6 µg/L (valor discriminante > 4 µg/L). Por esta razón fue remitido al servicio de Urología, donde se observó que el tacto rectal era negativo. Se midió la concentración de PSA y el porcentaje de PSA libre. La concentración de PSA fue de 5,8 ug/L, mientras que el porcentaje de PSA libre fue del 18 % (valor discriminante < 25 %). Se realizó una biopsia guiada por ecografía transrectal, obteniéndose 4 cilindros en el lóbulo derecho y otros 4 en el lóbulo izquierdo. El resultado de la biopsia fue prostatitis crónica moderada y ausencia de malignidad.

Se decidió realizar un seguimiento del paciente, con un nuevo control de PSA y del porcentaje de PSA libre al cabo de 1 año. El resultado de estos marcadores tumorales fue de 7,2 ug/L y 17 %, respectivamente. El tacto rectal seguía siendo negativo. Se decidió proceder a la repetición de la biopsia. El resultado de la biopsia, en la cual se obtuvieron 4 cilindros en el lóbulo derecho y otros 4 en el lóbulo izquierdo, volvió a ser negativo. El paciente fue citado para un nuevo control al cabo de un año. Los resultados de PSA y del porcentaje de PSA libre al cabo del año fueron, respectivamente, de 7,8 ug/L y del 14,2 %, siendo el tacto rectal también negativo. A raíz de estos resultados se decidió proceder a una nueva repetición de la biopsia. En esta ocasión se detectó un cáncer de próstata, con un grado de Gleason 7 (3+4), que afectaba el 40 % del material obtenido en el lóbulo derecho y el 20 % del material obtenido en el lóbulo izquierdo. El paciente fue tratado con prostatectomía radical. El informe anatomopatológico indicó que se trata de un tumor que afecta ambos lóbulos, con un grado de Gleason 7 (3+4) y que los márgenes de resección están libres de tumor. Al cabo de 1 mes la concentración de PSA fue indetectable, siendo la sensibilidad funcional del ensayo empleado para medir PSA de 0,03 ug/L. La concentración de PSA ha sido indetectable en los siguientes controles realizados cada 3 meses hasta la actualidad.

Comentarios:

- 1) En este paciente hay dos biopsias negativas previas al diagnóstico del cáncer de próstata que se realizó en la tercera repetición de la biopsia. No se trata de un hecho inusual, puesto que los cilindros, además de en la zona ecográficamente sospechosa cuando la hay, se obtienen de forma aleatoria. Un resultado negativo no descarta, por tanto, la presencia de un tumor. Este grupo de pacientes con resultados elevados de PSA y biopsia negativa constituyen un problema relevante, puesto que reciben sucesivas biopsias. La falta de especificidad del PSA, por otro lado, hace que la toma de decisiones en este grupo de pacientes no sea sencillo. Sin duda, la disponibilidad de nuevos biomarcadores más específicos ayudaría a resolver con mayor eficacia este problema.

- 2) Las concentraciones constantemente elevadas de PSA, más teniendo en cuenta que fueron aumentando a lo largo del tiempo son un criterio de sospecha de cáncer de próstata. El porcentaje de PSA libre puede ayudar en la toma de decisiones en los pacientes con PSA en la zona gris comprendida entre 4 y 10 ug/L. Los resultados del porcentaje de PSA libre en este paciente fueron siempre inferiores al 25 %. La probabilidad de tener un cáncer de próstata se relaciona con el porcentaje de PSA libre, de manera que aumenta cuando dicho porcentaje disminuye.
- 3) Los hallazgos obtenidos en este paciente en el momento del diagnóstico indican que el tumor requiere un tratamiento radical. Se considera que en pacientes con un tumor clínicamente confinado a la glándula prostática y con un PSA menor a 10 µg/mL se puede diferir el tratamiento radical si, además, el grado de Gleason es inferior a 7 y el porcentaje de material de la biopsia afectado por el tumor es mínimo. El paciente descrito en este caso no cumple estas características y, por ello, no pudo ser incluido en un programa de vigilancia activa.
- 4) La concentración de PSA al cabo de 1 mes de la realización de la prostatectomía radical es indicativo del éxito de la intervención. Cuando el PSA es indetectable se considera que el paciente está libre de enfermedad. La sensibilidad funcional del ensayo con que medimos PSA permite definir la concentración mínima que podemos detectar con una baja variabilidad. La determinación secuencial de PSA permite valorar la evolución del paciente. Se considera recidiva bioquímica el hallazgo de una concentración de PSA superior a 0,4 ug/L (si bien hay grupos que recomiendan 0,2 ug/L). La recidiva bioquímica precede en años a la progresión metastásica. Por otro lado, la velocidad de ascenso de PSA orienta sobre la localización de la recidiva tumoral: si el tiempo de duplicación supera los 6 meses se sugiere que la recidiva es local y si es inferior a los 6 meses se sugiere que la recidiva es sistémica.