

La US Preventive Services Task Force, USPSTF (grupo estadounidense de prevención) ha anunciado que tiene un borrador en que cambia su recomendación de uso del PSA para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata¹.

En 2012 recomendó no utilizarlo en ningún grupo de edad. En este borrador de 2017 sugiere no utilizarlo ni en varones de 70 años y más, ni en varones de menos de 55 años, pero utilizarlo en varones de 55 a 69 "individualizando cada caso"; es decir, explicando los pros y contras a cada varón para lograr un consentimiento informado antes de pedir la determinación del PSA.

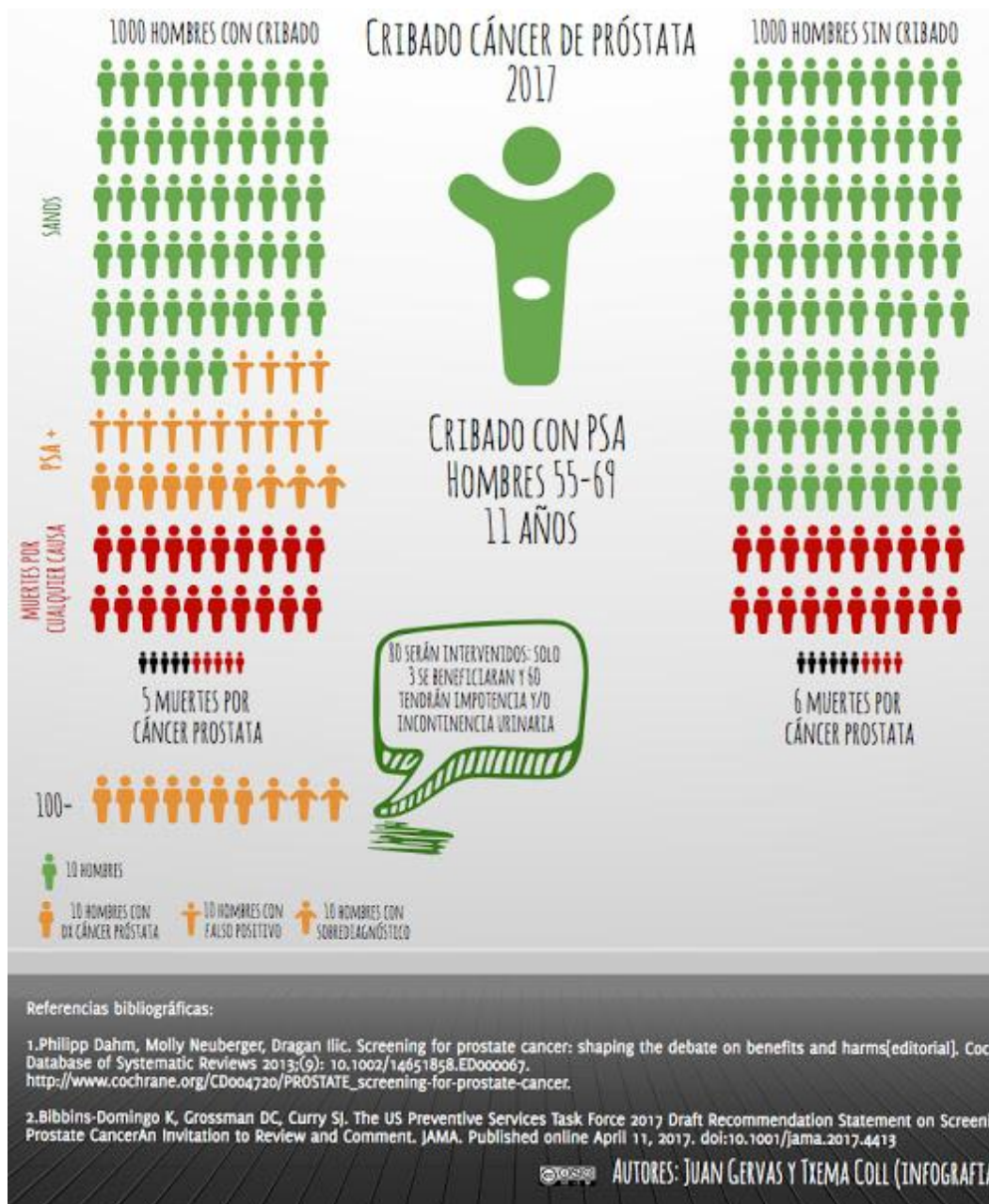
Sigue un resumen de la información que la USPSTF sugiere sobre los pros y contras, según los ensayos clínicos realizados en Europa y en Estados Unidos.

Es decir, según cifras procedentes de la prestación de servicios de máxima calidad, en condiciones experimentales (generalmente mucho mejores que en las condiciones reales y prácticas de la clínica diaria):

Si se comparan durante 11 años dos grupos de 1.000 varones y a uno se le determina regularmente el PSA (grupo intervención) y al otro no (grupo control):

1. entre los cribados con PSA 5 morirán de cáncer de próstata (6 en el grupo control)
2. entre los cribados con PSA morirán en total 210 por todas las causas (210 en el grupo control)
3. entre los cribados con PSA habrá 240 con cifras altas de PSA sugerentes de cáncer
4. entre los 240 cribados con PSA con cifras altas de PSA, sugerentes de cáncer, la biopsia confirmará el diagnóstico de malignidad en 100 (en 140 la cifra alta de PSA habrá sido un falso positivo y se someten a los inconvenientes de la biopsia -ansiedad, dolor, hemorragia, infecciones incluida septicemia- sin beneficio alguno)
5. de los 100 diagnosticados de cáncer, 80 serán tratados con cirugía y/o radioterapia

6. de estos 80 tratados, se beneficiarán en total 3, pues en 77 no se modifica el resultado final (el cáncer era indolente y no iba a matar, o era tan agresivo que mata incluso después de ser tratado)
7. entre los 80 tratados, al menos 60 tendrán complicaciones importantes como impotencia sexual y/o incontinencia urinaria
8. en total, hasta 50 de los 100 diagnosticados con cáncer sufrirán las consecuencias de tal diagnóstico y de los tratamientos y complicaciones consiguientes en vano pues sus cánceres nunca hubieran amenazado sus vidas (sobrediagnóstico).



La USPSTF considera "grupo de riesgo" a quienes tienen familiares con cáncer de próstata pero, puesto que la determinación del PSA lleva a mayor probabilidad de diagnóstico de cáncer de próstata (se incrementa la incidencia en un 25%), la recomendación de considerar grupo de riesgo a los varones que tengan familiares con cáncer de próstata sólo contribuye a crear una bola de nieve que crece sin cesar de varones diagnosticados de cáncer de próstata (sin impacto en la mortalidad global). Al final lo "normal" para los humanos será tener familiares diagnosticados de cáncer de próstata.

En síntesis: Con la mejor asistencia y organización posible (en ensayos clínicos) la determinación regular del PSA durante 11 años

- 1/ disminuye el riesgo de morir de cáncer de próstata un 0,1% (de 6 por mil a 5 por mil),
- 2/ no disminuye la mortalidad total (se evita, si acaso, una muerte por cada mil por cáncer de próstata, pero sin beneficio en mortalidad global; es decir, con la misma probabilidad de morir),
- 3/ se producen graves daños como 58% falsos positivos (sin ningún beneficio que compense los daños de la biopsia), 75% de los tratados quedan con impotencia sexual y/o incontinencia urinaria, hasta 50% de sobrediagnóstico y se contribuye a incrementar en falso el "riesgo familiar" de padecer/morir por cáncer de próstata.

Autor: Juan Gervas

Infografía: Juan Gervas y Txema Coll