

Las opciones actuales para detectar el cáncer de próstata

Con el asesoramiento del Dr. Carlos Núñez Mora, Jefe de Servicio Cirugía Urológica en MD Anderson Madrid, y vocal de SEOQ



MD ANDERSON

El cáncer de próstata es el más frecuente en los hombres españoles. Detectarlo a tiempo es esencial para garantizar el éxito del tratamiento. Para ello, los oncólogos quirúrgicos y otros médicos se valen de pruebas diagnósticas cada vez más precisas, aunque todavía no infalibles

El cáncer de próstata es el de mayor incidencia y prevalencia en los hombres españoles (aunque el de mayor mortalidad sigue siendo el de pulmón). Supone el 21,7% de todos los cánceres en varones. Dos de cada tres nuevos casos se dan en pacientes de más de 65 años, y su mortalidad también es proporcionalmente mayor en las personas de ese grupo de edad (tres de cada cuatro personas que fallecen por la enfermedad tenían más de 65 años).

Uno de cada seis hombres desarrollará un cáncer de próstata a lo largo de su vida, aunque solo uno de cada treinta morirá por esa causa. La gran distancia entre una cifra y otra depende, en muchos casos y como en tantos otros cánceres, de la detección precoz de la enfermedad.

El diagnóstico de un cáncer de próstata es una labor algo detectivesca en la que los médicos buscan indicios de muy diverso tipo. Es cierto que la oncología quirúrgica resulta esencial para diagnosticar con precisión si padecemos esa enfermedad, pero no existe ninguna prueba diagnóstica que por sí misma sea infalible. La detección fiable depende de combinar varios test de diversas especialidades: urológicos o quirúrgicos. Dicho de otro modo, de ir sumando 'pistas'.

En su labor diagnóstica, el médico tiene que enfrentarse a los falsos positivos (indicios que señalan que hay cáncer, sin que lo haya) y los falsos negativos (los que, teniendo cáncer, nos indican que no lo hay).

A partir de los 50, al urólogo

Como normal general para las personas de más de 50 años o con familiares próximos que hayan padecido esta patología, es recomendable la visita al urólogo. En caso de sospecha, el médico realizará en su misma consulta un tacto rectal, que consiste en la introducción del dedo en el ano para palpar la próstata. La prueba no entraña riesgos y

ayuda al urólogo a detectar irregularidades en la próstata, como cambios de forma o volumen.

Es solo un primer paso, porque normalmente el médico requerirá además un análisis de una muestra sangre que mida la presencia de PSA (siglas en inglés de ‘antígeno prostático específico’). El PSA es una proteína que producen únicamente las células de la próstata y suele presentarse elevada en la sangre de los hombres con cáncer de próstata. Es lo que se denomina un marcador tumoral: una alteración de nuestro organismo que nos indica indirectamente, con mayor o menor fiabilidad, que padecemos cáncer.

La Agencia Americana del Medicamento (FDA) aprobó en 1994 el uso de esta prueba diagnóstica –para su uso conjunto con el tacto rectal– en hombres que no presentaban otros síntomas (desde unos años antes ya se usaba para el seguimiento de los pacientes ya diagnosticados). Supuso toda una revolución. Antes de que se implantase, uno de cada dos hombres ya presentaba metástasis en hueso en el momento del diagnóstico.

Sin embargo, la prueba de PSA no es, ni mucho menos, infalible. De hecho, en dos de cada tres casos, un índice alto de PSA no significa que tengamos cáncer. Es un marcador tumoral útil, pero muy incierto. Para muchos, un valor normal, ‘sano’, es de menos de 4 nanogramos por mililitro de sangre. Pero resulta que nada menos que uno de cada cuatro hombres con cáncer de próstata presenta valores normales.

Para añadir confusión al diagnóstico, esta proteína aparece también más elevada en los pacientes con otras enfermedades de la próstata, como la hiperplasia benigna (HBP), el infarto prostático o la prostatitis aguda. Se trata de enfermedades no tumorales que pueden confundir el diagnóstico del cáncer, porque no es infrecuente encontrar a pacientes que padezcan ambas patologías al mismo tiempo.

De modo que, para saber si padecemos o no un cáncer de próstata, hay que recurrir a la prueba más precisa por ahora: la biopsia. Como toda prueba quirúrgica, entraña riesgo de infecciones y otras complicaciones, por eso solo se recurre a ella cuando se sospecha que hay un tumor.

La biopsia sigue siendo la prueba esencial

En palabras del Dr. Núñez, “hasta este momento los médicos hemos tenido solo un diagnóstico de sospecha; sin la biopsia de próstata no hay diagnóstico definitivo”. El cirujano tomará pequeñas muestras de tejido para su posterior análisis en los departamentos de anatomía patológica, que determinarán si las células son cancerígenas o no. Lo más habitual es que en estas biopsias, que se realizan en quirófano con anestesia local o con sedación, se cuente con la asistencia de un ecógrafo.

Sin la biopsia de próstata no hay diagnóstico definitivo

“Son biopsias ecodirigidas normalizadas, que es otra manera de decir aleatorias. Como no sabemos exactamente en qué lugar o lugares de la próstata puede estar el tumor, ‘cuadriculamos’ la próstata [como si fuera el mapa de un territorio por explorar] para tomar muestras de diferentes puntos. A mayor número de puntos, menos posibilidades de error en el diagnóstico”, aclara el Dr. Núñez.

Aun así, la tasa de falsos negativos (recordemos: que no se encuentre el tumor, habiéndolo) es muy alta: el 35% de los casos. Por eso, aunque se obtengan unas primeras biopsias normalizadas negativas, en caso de que existan lesiones premalignas o en caso de que el PSA siga ascendiendo, tendremos que recurrir a una segunda biopsia.

En las segundas biopsias cada vez está más establecida la utilización de pruebas de imagen más sensibles y específicas que la ecografía con el fin de ayudar a localizar los focos tumorales y mejorar el rendimiento de las biopsias. Para ello contamos con diferentes métodos como el Histoscanning™, la resonancia magnética, el PET-F-colina o la elastografía.

En las segundas biopsias cada vez está más establecida la utilización de pruebas de imagen más sensibles y específicas que la ecografía

El Histoscanning™ consiste en una sonda del grosor de un dedo que se introduce en el recto –sin dolor para el paciente– y consigue elaborar una reconstrucción ultrasónica tridimensional de la próstata. Aunque resulte de gran ayuda, no es la panacea. Es una herramienta muy sensible: detecta muchos focos inflamatorios (es decir, da muy pocos falsos negativos, menos del 5%), pero sí muchos falsos positivos (indica que hay cáncer cuando no lo hay en más del 40% de los casos), “por eso –según el Dr. Núñez– no se puede usar como sustituto de la biopsia, sino como una herramienta que ayuda a mejorarla como prueba diagnóstica”.

Otras técnicas innovadoras

En el mismo caso está la resonancia magnética, sobre todo en protocolos de perfusión y difusión. La resonancia magnética es capaz de mejorar los resultados de la ecografía respecto a la localización tumoral. Respecto al Histoscanning™ presenta una mejor especificidad, pero una menor sensibilidad. Un problema añadido es que las imágenes obtenidas por resonancia magnética son difíciles de reproducir en el momento de la biopsia, salvo que se usen sistemas de conversión apropiados que aún no están extendidos. La resonancia magnética resulta muy útil para el estudio de tumores de próstata localmente avanzados, es decir, aquellos que ya han sobrepasado la cápsula prostática.

Otra técnica de imagen, con poco más de diez años y aún poco usada, es la elastografía o sonoeslastografía. Mide la elasticidad de los tejidos. Inicialmente se utilizó en el cáncer de mama, porque parece ser que los tejidos cancerosos son más rígidos que los benignos. El problema que presenta es que sus resultados dependen del grado de presión que haga el urólogo durante la exploración, por lo que resulta difícilmente reproducible.

El PET-F-colina es una técnica de medicina nuclear que se basa en la gran afinidad de las células prostáticas por la colina, un nutriente esencial. Aunque se ha utilizado ocasionalmente para localizar dentro de la próstata las zonas sospechosas, las imágenes que proporciona son poco precisas, con bordes poco claros, y además resulta muy caro. Hoy en día este estudio se reserva para la detección de recidivas (las recaídas en la enfermedad) después de un tratamiento inicial o para descubrir metástasis en tumores iniciales de alto riesgo.

En resumidas cuentas: “no hay ninguna técnica que sustituya las biopsias, aunque siempre tienen que complementarse con otras pruebas diagnósticas”, apunta el Dr. Núñez

En paralelo a la mejora del PSA, se han ido estableciendo otros posibles marcadores tumorales, como el gen PCA3 o el test 4K score.

Respecto al gen PCA3, se ha comprobado que el ARN mensajero de este gen se sobreexpresa de manera muy destacada (un 66% aproximadamente) en el 95% del tejido de cáncer de próstata en comparación al tejido sano o de otras patologías. Para hacer un análisis de PCA3 que resulte eficaz hay que tomar una muestra de orina realizando previamente un masaje prostático en la consulta del urólogo. El PCA3 presenta una mayor especificidad que el PSA y PSA libre y por eso puede ayudar a decidir a quién no hacerle biopsias porque tenga una baja probabilidad de padecer cáncer de próstata. En ningún caso va a sustituir a las biopsias, puesto que en caso de alta probabilidad de padecerlo se requerirá siempre una biopsia de confirmación.

El test 4K score genera un algoritmo diagnóstico utilizando variables como el PSA total, el PSA libre, el PSA intacto y la calicreína 2 (una enzima), junto a otras como el tacto rectal, la historia previa de biopsias y la edad. Con todos estos factores nos señala la probabilidad de presentar un cáncer de próstata y por ello la necesidad o no de realizar unas biopsias para confirmar el diagnóstico.

Hacia un PSA cada vez más preciso

A pesar de las críticas aparecidas en los últimos años al PSA como marcador, no solo no se ha descartado su uso sino que se investiga para hacerlo más preciso analizando con mayor precisión algunas de sus características.

Por ejemplo, midiendo la PSA que circula en sangre asociada a otras proteínas y la que circula ‘libre’. Los científicos toman la cantidad de PSA ‘libre’ y la dividen por el total de PSA del paciente (‘libre’ o unido a otras proteínas). Parece ser que a menor proporción de PSA libre sobre el total, mayor malignidad del cáncer. Otras mediciones apuntan a medir la concentración de PSA en la parte inferior de la próstata, que rodea la uretra (los urólogos la denominan ‘zona de transición’), la velocidad de concentración de la PSA con los años (midiendo a qué velocidad se incrementa año a año en un paciente), los grados de PSA específicos para cada edad (ya hemos visto que, en general, a mayor edad, mayor PSA). Y buscar y medir otros indicadores bioquímicos, los llamados pro-PSA.