

**Diagnóstico Ca. De próstata**  
**RENTABILIDAD ACTUAL**  
**DEL PSA**

**María Murgui Rodríguez**  
**R2 urología HSPA**

# CÁNCER DE PRÓSTATA

- Quinto cáncer más común en todo el mundo
- Neoplasia no cutánea más frecuente en varón en el mundo occidental
- Segunda causa de muerte relacionada con cáncer en los hombres del mundo occidental
- Riesgo por vida estimado → 16,72 %
- Mayor incidencia en afroamericanos

# CÁNCER DE PRÓSTATA

## ❑ BLANCOS

Incidencia: 161,4. Mortalidad: 25,5

## ❑ AFROAMERICANOS

Incidencia: 255,5. Mortalidad: 62,3

## ❑ HISPANOS/ LATINOS

Incidencia: 140,8. Mortalidad: 21,2

## ❑ ASIÁTICOS Y DE ISLAS DEL PACÍFICO

Incidencia: 96,5. Mortalidad: 11,3

# CÁNCER DE PRÓSTATA

- Edad promedio al diagnóstico es de 68 años
- 63% de los casos diagnosticado después de los 65 años
- Riesgo de muerte → 2,57%
- Mortalidad más alta → Caribe (28: 100000/ año)
- Mortalidad más baja → sudeste asiático, China y norte de África (menor de 5: 100000/ año)

# PSA

- Marcador sérico no específico de CaP
- Identificación y purificación del PSA en 1979 por Wang
- Aprobación por FDA
- 1986→ Determinación de PSA en sangre para monitorizar respuesta a tratamiento

# PSA

- Incidencia: pico en 1992 → 5 años después de la introducción del PSA como prueba diagnóstica
- Desde 1991 la mortalidad ha disminuido y para blancos es ahora más baja que antes de introducción PSA
- PSA → descenso edad y el estadio (clínico y patológico) de la enfermedad al momento del diagnóstico

# PSA

- Antígeno específico de la próstata (PSA)
- Diagnóstico, screening y seguimiento
- Diagnóstico CaP: tacto rectal y ecografía transrectal

Pruebas de screening:

- Determinación en sangre de PSA
- TR

# PSA

ESTUDIOS (PLOO y el ERSPC)→  
no son concluyentes para determinar  
el significado del screening poblacional

- Incremento de casos diagnosticados CaP en grupo screening
- No reduce tasa de mortalidad





# PSA

## DETECCIÓN SISTEMÁTICA DEL PSA:

- Efecto beneficioso sobre la mortalidad por el cáncer de próstata
- Efecto absoluto es pequeño en relación con el número de hombres que es necesario detectar y tratar para curar a un individuo

# PSA

Punto de corte → 4ng/ml

Biopsia prostática:

- Valor predictivo positivo en torno al 30% en varones con 50 años o más
- Valor predictivo en torno al 85% en varones con edad media de 69 años

# PSA

Estudios recomiendan informar a los varones de los riesgos y beneficios de hacer cribado para el CaP con PSA

- Falta de especificidad tumoral del PSA
- Imposibilidad de establecer un punto de corte óptimo con E y S adecuada

# DENSIDAD DE PSA

- Nivel de PSA sérico dividido por el volumen prostático medido mediante ECO transrectal
- Densidad alta → mayor probabilidad de CaP

# VELOCIDAD DE PSA Y TIEMPO DE DUPLICACIÓN

## Cinética PSA:

- Velocidad PSA (PSAV) → incremento anual de PSA sérico
- Tiempo duplicación de PSA (PSA-DT) → Incremento exponencial del PSA sérico en el tiempo

No recomendado según guías americanas

# PORCENTAJE PSA LIBRE

- Diferencia HBP de CaP
- Detectado en biopsias prostáticas
- 65% de los varones con porcentaje de PSA libre menor de 0,10
- 8% de los casos con PSA libre  $>0,25$

# CONCLUSIONES

- 90% de los CaP detectados por aumento de PSA se someten a un tratamiento precoz con cirugía, radioterapia, o bloqueo hormonal
- Efectos secundarios
- Imposibilidad distinguir tumores indolentes de letales

# CONCLUSIONES

Posibles vías para reducir los daños relacionados con el diagnóstico y tratamiento del CaP

- Incrementar nivel PSA
- Incluir pacientes en programas de vigilancia activa
- Ansiedad, dolor, infecciones y sangrado



# CONCLUSIONES

Decisión del paciente basada en:

- Información disponible
- Diálogo con médico
- Información de los beneficios potenciales y los efectos secundarios de las pruebas de detección precoz y su posterior tratamiento

# CONCLUSIONES

**Futuro:**

**Isoformas precursoras  
de PSA, marcadores  
urinarios,...**



**¡GRACIAS!**