

## REVISIÓN

# Detección Precoz del Cáncer de Próstata.

Enrique R. Casal<sup>(\*)</sup>.

En años recientes ha cobrado notoriedad la posibilidad de diagnosticar precozmente y tal vez mejorar la evolución natural de una enfermedad de alto impacto sobre la salud del hombre.

En los EE.UU.. de donde se dispone de estadísticas confiables anualmente se efectúan unos 317.000 diagnósticos de esta enfermedad y se registran 41.000 muertes por Cáncer de Próstata. Se estima que nuestro tiene frecuencias de magnitud similar. Un hombre tiene un 10% de probabilidad de desarrollar síntomas atribuible a esta enfermedad en el curso de la vida. Pero sólo un 3% de que le ocasiona la muerte. La enfermedad sintomática se ha extendido por fuera de la cápsula en el momento del diagnóstico clínico usual y no existen posibilidades de curación. La utilización sistemática del Antígeno Prostático Específico (PSA) y la revalorización del Tacto Rectal (TR) han producido un desvío hacia formas confinadas a la glándula en el momento del diagnóstico. Simultáneamente, se ha incrementado de un modo notable la frecuencia con la que se hacía este diagnóstico y se habla hoy en algunos países de una verdadera "epidemia" de esta enfermedad. Simultáneamente la mortalidad específica de esta condición no ha declinado, o lo hecho muy poco. Esta diferencia sugiere que gran parte de los tumores detectados, son naturalmente no fatales o de comportamiento indolente.

Se corre el riesgo de estar anticipando el momento del diagnóstico sin ofrecer una verdadera prolongación de la vida.

Los estudios randomizados de tratamiento de esta enfermedad, que ofrecen información confiable, estarán sólo disponibles dentro de casi 10 años.

Mientras tanto ¿que hacer? El American Cancer Society y American Urological Association recomiendan TR y PSA anual después de los 50 años. La Sociedad Argentina de Uroología adhiere a esta posición.

La US Preventive Services Task Force (USPSTF) considera que hay evidencias insuficientes para la recomendación. Al analizar la "Fuerza de la Recomendación", en una escala de 5 niveles decrecientes, le otorga una categoría D.

Una posición similar ha adoptado la Canadian Preventive Services Task Force y algunos organismos de países Europeos como Inglaterra y Suecia que han tomado posición

desaconsejado frontalmente las intervenciones preventivas.

El American College of Physicians, en fecha reciente promueve la activa participación del paciente en la discusión de los pros y contras de esta intervención. (1-2)

Esta divergencia en las recomendaciones, en una condición clínica de tanta importancia, por su frecuencia e impacto sobre la salud, obligan a una consideración detenida del problema antes de emitir una recomendación práctica a los pacientes individuales.

El objetivo de esta presentación es hacer un análisis de la evidencia que permita al médico internista participar activamente o dirigir la discusión de este problema de salud.

Se analizarán la Prevalencia de la enfermedad, la Patología, Factores de Riesgo para padecer la enfermedad, las estrategias diagnósticas y terapéuticas propuestas en la prevención del Cáncer de Próstata.

Finalmente se presentará una recomendación basada en las ya elaboradas y en análisis de literatura y experiencia de los autores.

## 1- Prevalencia

Recientemente se ha publicado un análisis de 8 series de autopsias, seleccionadas con la estrategia del metanálisis por ser estudios prospectivos, en pacientes consecutivos no seleccionados, excluyendo a individuos con Cáncer de Próstata conocido o sospechado antes de la muerte. Todas estas series practicaron cortes seriados de toda glándula. Esto

Prevalencia del Cáncer de Próstata en 8 Investigaciones de autopsias.				
Edad en Años	Prevalencia de Cáncer de Próstata			
	Global	Intracapsular	Intracapsular	Extracapsular
40-49	12	7.2	3.5	1.3
50-59	15	9.0	4.4	1.6
60-69	22	13.2	6.4	2.4
70-79	39	23.4	11.4	4.2
80 y +	43	25.8	12.6	4.6

(\*) Programa de Medicina Interna General. Departamento de Medicina Interna. UBA.

permitió a los autores hacer un análisis del tamaño y clasificación de los tumores.

De acuerdo con su tamaño, son blanco especial de este análisis los tumores intracapsulares mayores de 0,5 ml. Este volumen se ha seleccionado teniendo en cuenta que el tiempo de duplicación del PSA es de 54 años. Los tumores de un volumen inferior a 0,5 ml. no tendrían tiempo en una vida promedio para ocasionar problemas.

Estos cálculos permiten estimar la probabilidad de que un individuo presente Cáncer de Próstata. En los adultos mayores de 50 años sería globalmente de un 30%. Pero la prevalencia de los tumores que presentan el "blanco" posible intervenciones preventivas la prevalencia oscilaría entre un 3,5 a 12,6 de acuerdo con la edad.

Estos datos ponen en evidencia la disparidad existente entre el 30% de prevalencia histológica, el 10% de prevalencia clínica y 3% de riesgo de muerte específica a lo largo de la vida. Remarcan la dificultad existente para identificar los cánceres destinados a ocasionar enfermedad y muerte (1-2).

## 2- Patología.

El cáncer es un adenocarcinoma que se origina en el epitelio de la glándula prostática. Se ubica mayoritariamente en la zona periférica de la Próstata, en contraposición con la Hiperplasia Prostática Benigna que suele hacerlo en la zona central o en la zona de transición.

La clasificación histológica más conocida en Cáncer de Próstata es la de Gleason y el análisis de los datos que provee ha demostrado ser el predictor individual más fuerte para identificar el pronóstico. A través de sus datos encuentran explicación las diferencias entre la evolución en ocasiones muy agresiva y otras indolente de la enfermedad.

Cuando se obtiene una biopsia prostática, se le asigna un número de 1 a 5 a dos áreas predominantes del espécimen patológico. Al sumar los valores de estos dos sectores de la muestra se obtiene un número entre 2 y 10. Se clasifican como 2 a 4 tumores bien diferenciados, 5 a 7 moderadamente diferenciados y 8 a 10 pobremente diferenciados.

Como limitación para estimar el valor pronóstico de este Score, debe señalarse que cuando se consideran estas tres categorías, en un 30% de los casos existe discordancia con la misma clasificación efectuada sobre pieza quirúrgica.

## 3- Factores de Riesgo.

La enfermedad tiene fuerte agregación familiar. Dependiendo del número de familiares de primer grado con la enfermedad el riesgo se multiplica de 2 a 5 veces. Las formas familiares congénitas parecen encontrar su ubicación en el Cromosoma 1.

En los individuos Afro-americanos el riesgo de padecer la enfermedad es 1,6 veces mayor. La enfermedad en este

grupo no sólo es más frecuente sino que parece tener un comportamiento de mayor agresividad. Se discute si estas diferencias son reales u obedecen a razones sociales como la postergación o demora en la consulta.

La vasectomía previa es controvertida como factor de riesgo. Se evalúa la posibilidad de que la mayor proximidad de los pacientes con el sistema de salud en particular con médicos urólogos expliquen estas diferencias.

No hay datos firmes aún pero una dieta rica en grasas podría también aumentar el riesgo.

La edad por sí sola es el factor de riesgo independiente de mayor peso.

Dada la alta frecuencia de la condición los factores de riesgo adquieren aquí sólo un papel secundario. En cualquier enfermedad neoplásica, de existir una terapéutica eficiente se justificaría la prevención presentando sólo cifras de prevalencia en la población general.

## 4- Test Diagnósticos.

### Tacto Rectal, (TR):

En muchos ámbitos se encuentra incorporado al examen clínico rutinario. Se cuenta con una larga experiencia en su implementación. Se utiliza como criterio de anormalidad la presencia de nódulos, asimetrías significativas, o induración. Utilizando este último criterio la población de varones mayores de 50 años tiene alguno de estos hallazgos en el 7 a 15% de los casos.

No se han hecho investigaciones en poblaciones no seleccionadas donde se analice la histología de la próstata con TR normales, esto impide conocer la verdadera sensibilidad y especificidad de la exploración. El Valor Predictivo Positivo estimado en estudios comunitarios sería del 15 a 30%. Un TR anormal, aumenta dos veces la probabilidad de padecer un cáncer de volumen mayor a 0.5 ml, sin embargo la probabilidad de progresión Extracapsular se multiplica por 3 ó 9 (Likelihood Ratio) Ver Tabla 1. Es de señalar que tampoco puede ser utilizado para descartar enfermedad en los exámenes normales, el LR en este caso es cercano a la unidad.

Existe una amplia variación cuando dos médicos opinan sobre el mismo TR, los estudios interobservador son pocos y de resultados pobres. El TR es más útil para detectar Cáncer en las zonas periféricas de la glándula más accesibles durante el examen. Se presume que contribuye poco en la detección de los tumores pequeños.

No se disponen de estudios randomizados prospectivos que den una estimación precisa de las posibilidades de mortalidad específica por Cáncer de Próstata. Sin embargo un estudio Caso-Control realizado dentro de un HMO (Kaiser Permanente) en la costa oeste de los EEUU, mostró que los individuos con Cáncer de Próstata tenían igual probabilidad de haber recibido un examen rutinario de TR

que la población sin Cáncer detectado. De acuerdo con este hallazgo el TR no resultó protector para evitar la enfermedad. No se ha podido demostrar aún que al practicarlo rutinariamente, se reduzca la chance de morir por Cáncer de Próstata o de mejorar la calidad de vida.

Tabla N° 1.

Resultado del Tacto Rectal y Likelihood Ratio		
Estudio de Referencia	Tumor Intracapsular	Tumor Extracapsular
<b>Sospechoso</b>		
Chodak et al.	1.5	8.6
Richie et al.	2.0	2.7
<b>No sospechoso</b>		
Chodak et al.	0.96	0.53
Richie et al	0.83	0.72
<i>Chodak et al. TR anormal 125 de 2.131 hombres de 45 a 80 años, biopsia guiada por TR. Se detectaron 31 cánceres.</i>		
<i>Richie et al. TR anormal era seguido por Ecografía transrectal y eventual biopsia.</i>		

#### Antígeno Prostático Específico, (PSA):

Es una glicoproteína secretada por las células del epitelio Prostático. Cualquier condición que aumente su volumen de modo significativo puede elevar los niveles séricos. No es "Cáncer Específica", sin embargo las mayores elevaciones se observan en esta enfermedad. Un estudio de correlación con Anatomía Patológica muestra que se elevaría sólo en tumores significativos. También la tasa de producción de PSA guarda relación con el grado de diferenciación celular. Puede permanecer elevado durante varias semanas como consecuencia de una retención urinaria aguda, Biopsia Prostática o Cirugía. A diferencia de otros marcadores el Tacto rectal no modifica sus valores séricos.

Su costo directo parece razonable, alrededor de \$ 40 (Medicare USA). Sin embargo una sola determinación suele ser el comienzo de una cadena de eventos, nuevas determinaciones, tratamientos, consultas y ahorros potenciales. Teniendo en cuenta estos aspectos el costo final de una sola determinación rondaría los \$ 160 a \$400 dependiendo de la edad.

Se ha seleccionado desde los comienzos de su introducción en la práctica clínica, un punto de corte de 4 ng/ml. Esta cifra alcanzó una amplia difusión y aceptación sin que se disponga de evidencia sobre su verdadera utilidad. Al igual que en el caso del TR, y por las mismas razones las cifras correspondientes a sensibilidad y especificidad son imprecisas.

En estudios comunitarios un PSA mayor de 4 ng/ml está presente en el 15% de los hombres mayores de 50 años. El Valor Predictivo Positivo rondaría el 20 a 30%. Utilizando esta estrategia la tasa de detección de Cáncer rondaría el 3.2%. La Probabilidad de cáncer depende del nivel de elevación del PSA, con niveles mayores a 10 ng/ml el VPP alcanza el 42 a 64%.

Un PSA entre 4 y 10 ng/ml eleva la probabilidad de padecer un tumor Intracapsular entre 1.4 a 2.8 veces, y un tumor Extracapsular entre 3.2 a 5.1. La detección de niveles mayores de 10 ng/ml disminuyen la probabilidad de que el tumor sea Intracapsular y candidato a intentos de curación.

No puede utilizarse para descartar enfermedad pues en este mismo rango el LR es cercano a la unidad. Ver Tabla 2.

Sin embargo el VPP no incrementa con la edad, donde el cáncer de próstata es más prevalente. Esto parece deberse a que esta mayor prevalencia se contrabalancea con pérdida de especificidad debida a la coexistencia de una mayor prevalencia de Hiperplasia Prostática Benigna en el mismo grupo etáreo. Recientemente se ha estudiado con biopsias prostáticas, una población de voluntarios sin anomalías en su Tacto Rectal, con PSA entre 2,6 a 4 ng/ml. En este grupo un 22% presentaba diagnóstico histológico de Cáncer.

Pese a las expectativas despertadas y su amplia difusión, su utilización sistemática no ha probado reducir la mortalidad específica o mejorar la calidad de vida relacionada con la salud. Teniendo en cuenta estas limitaciones debe señalarse al PSA como el método más sensible disponible para detectar Cáncer de Próstata, y capaz de producir un desvío hacia formas de cáncer más localizadas.

Tabla N° 2.

Test de PSA, Likelihood Ratios estimados.			
Estudio de Referencia y nivel de PSA	Likelihood Ratio		
	Tumor Intracapsular	Tumor Extracapsular	
Catalona et al. y Brawer et al.			
< 4.0 ng/ml	0.98	0.09	
4.1-10 ng/ml	1.4	5.1	
> 10 ng/ml	0.4	49.6	
Richie et al.			
< 4.0 ng/ml	0.7	0.4	
> 4.1 ng/ml	3.0	4.6	
Catalona et al.			
< 4.0 ng/ml	0.8	0.5	
4.1-10 ng/ml	2.8	3.2	
> 10 ng/ml	3.0	23.7	

En los últimos años se han propuesto una serie de variantes para ajustar los valores normales del PSA.

Resultaría particularmente útil en las situaciones donde coexiste Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). En individuos añosos, la especialidad es sólo del 50 a 79%. Estos ajustes se hacen en un intento por disminuir la tasa de Falsos Positivos y las Biopsias Prostáticas innecesarias.

**"Densidad del PSA"**: produce un ajuste de acuerdo con el volumen de la glándula medida por Ecografía Trans-Rectal. Niveles superiores a 0.15 ng/ml, serían más eficaces para discriminar Cáncer de HPB. Análisis retrospectivos recientes parecen señalar que no mejora la especificidad sino que disminuye la sensibilidad, tal vez debido a la variabilidad en la medición del volumen glandular. Por otra parte deja de ser una estrategia de Atención Primaria por la necesaria introducción de la Ecografía Trans-Rectal.

**"Velocidad del PSA"**: en un estudio longitudinal una velocidad mayor de 0.75 ng/ml anual discrimina mejor que el PSA aislado. La sensibilidad en los pacientes con HPB incrementa del 60 al 90%. Sin embargo la variabilidad en las mediciones en el mismo paciente del PSA limita su utilidad a los que se han practicado al menos tres determinaciones en un lapso de 1 a 2 años. En la práctica, una determinación anormal del PSA, presiona para efectuar intervenciones sin esperar el resultado de las siguientes.

**"PSA Libre y Complejo"**: los hombres con cáncer parecen tener mayor nivel de formas complejas formando macromoléculas como la alfa-1 antitrombina. Es una técnica promisoria, la información es aún limitada. Ninguna de estas modificaciones han demostrado hasta la fecha de un modo consistente, ser superiores al PSA "aislado".

#### **Ecografía Transrectal (Eco-TR):**

De limitada sensibilidad y especificidad. Las zonas hipoecoicas son sospechosas de Cáncer. Han encontrado su "nicho ecológico" en la investigación de las anomalías encontradas en el TR o para proseguir la búsqueda cuando una determinación de PSA resultó elevada. Se utiliza para guiar las biopsias.

#### **Biopsia Transrectal (BTR):**

La biopsia guiada por ecografía utilizando una "pistola" ha reemplazado la biopsia aspirativa con aguja fina. Puede ser dirigida a una anomalía palpable o un hallazgo ecográfico. Cuando ninguno de estos procedimientos muestra anomalías, y se quiere proseguir en la evaluación, se practican biopsias a ciegas sistemáticamente de toda la glándula, (Biopsia en sextante).

Es un procedimiento molesto, se presentan complicaciones en el 40% de los casos, principalmente infección y sangrado.

#### **Combinación de PSA y TR:**

La práctica clínica ha impuesto como estrategia diagnóstica el efectuar ambas determinaciones, TR y PSA. Si cualquiera de estas determinaciones es anormal, se propone efectuar una Ecografía Trans-Rectal seguida de Biopsia. La proporción de pacientes con hallazgos anormales en cualquiera de las dos determinaciones sería del 18 al 26%, su Valor Predictivo Positivo del 15 a 21%. La tasa de detección de cáncer llegaría al 3,5 a 4%.

Si se utiliza como estrategia requerir que tanto el PSA como TR sean anormales para proseguir con una Biopsia Trans Rectal el VPP se incrementa hasta un 38 a 50%, pero se hace al precio de reducir la sensibilidad y disminuir el número de tumores confinados a la glándula.

Si se decidiera implementar esta estrategia en una población, en una oportunidad aproximadamente el 25% de sus integrantes serían sometidos a la incomodidad y riesgo de una Biopsia Trans Rectal.

#### **Exámenes seriados:**

Se posee información contradictoria sobre el verdadero valor de las determinaciones aisladas de PSA y exámenes de TR para reducir la mortalidad asociada con el Cáncer de próstata. En el caso de los estudios que se repiten anualmente, la información es aún menor.

Los exámenes seriados disminuyen significativamente la tasa de detección y el Valor Predictivo luego del primer año de implementación. Se produce un efecto de "succión" y la mayoría de los cánceres serán detectados durante la primera serie de investigaciones.

### **5- Terapéutica del Cáncer de Próstata Clínicamente Localizado:**

#### **Manejo Expectante (Observación y Vigilancia):**

Es la estrategia más utilizada fuera de los EEUU y en algunos países como Suecia es la "norma" de tratamiento. Se instala un tratamiento endocrino diferido ante la aparición de síntomas propios de la enfermedad avanzada.

#### **Radioterapia:**

Resulta muy difícil evaluar sus resultados. Los pacientes seleccionados para esta alternativa suelen ser naturalmente de peor evolución. No tienen evaluación nodal pelviana como los pacientes sometidos a cirugía y muchos de los tumores tratados por resultar curables serán en realidad tumores avanzados en el momento del diagnóstico. En la práctica se seleccionan casos de menor diferenciación molecular y naturalmente más agresivos (Lu Yao). Parece ser igualmente útil que la cirugía en los tumores de bajo grado de diferenciación celular y de menor efectividad en los tumores de moderado o bajo grado.

Tiene complicaciones potenciales como la muerte en el 0.2 a 0.5%, mayormente por complicaciones sépticas.

La impotencia sexual puede presentarse en un 40 a 70% y la incontinencia en un 1 a 3%. Es capaz de inducir problemas gastrointestinales y urinarios agudos. Un 10% de los pacientes sufrirán disfunción intestinal crónica atribuible a la radioterapia.

#### **Prostatectomía Radical:**

En los últimos años se ha progresado notablemente en la técnica retropúbica radical. Estudios recientes señalan que los pacientes tienen una menor posibilidad de recidiva local y una expectativa normal de vida. Sin embargo las informaciones en general provienen de centros de referencia universitarios. Para conocer que sucede en el "Mundo Real" se efectuó un análisis de las prestaciones de Medicare (Fowler). En el se comprobó que un 25% de los pacientes requerían un tratamiento adicional dentro de los 5 años posteriores a la intervención. Al ser entrevistados por teléfono, al cabo de 2 a 4 años un 30% estaba utilizando apósticos o algún otro dispositivo para manejar la incontinencia. 61% tienen erecciones ausentes o sólo parciales. La mortalidad comprendida dentro del primer mes de la cirugía es del 0.7 al 1.5%. Pese a estos inconvenientes la Prostatectomía Radical en USA se ha sextuplicado en los últimos años, pero con importantes variaciones geográficas.

## **6- Beneficios Estimados de la Intervención Preventiva.**

La evidencia disponible sobre los beneficios de una intervención preventiva en Cáncer de Próstata es no concluyente. El diagnóstico precoz utilizando TR y PSA ha demostrado aumentar la proporción de tumores localizados. Se produce un verdadero "desvío" hacia formas confinadas a la glándula en el momento del diagnóstico.

Muchos de los expertos que se oponen a estrategias agresivas de diagnóstico y tratamiento fundamentan en parte sus afirmaciones en los datos provenientes de estudios comunitarios, observacionales. El estudio de Johansson en Suecia y luego confirmado en sus hallazgos por Albertsen en Connecticut USA, parecen demostrar que los tumores Próstáticos localizados cuando son simplemente observados en su evolución, modifican poco la sobrevida y la calidad de vida. Estos hallazgos cuestionan seriamente las posibilidades de intervención sobre una condición naturalmente de comportamiento benigno. Sería de importancia trascendental poder identificar a aquellos individuos en los que el Cáncer los conduciría a la muerte, apartándose de esta regla general de benignidad evolutiva. Recientemente se ha establecido una correlación con la edad y el grado de diferenciación celular que permite diferenciar mejor los pacientes que resultarían potenciales candidatos para una

intervención preventiva (Albertsen). Los individuos jóvenes y con Gleason más alto son los que obtendrían mayor beneficio.

No existen hasta la fecha estudios randomizados que demuestren de modo concluyente que la detección precoz del Cáncer mejora la sobrevida o altera de modo favorable la calidad de vida. El único estudio randomizado, no ha demostrado diferencias entre los pacientes tratados con cirugía y los que recibieron tratamiento endocrino diferido (Byar). Sin embargo esta investigación, por su bajo número de pacientes, sólo 111 individuos en 7 años, no tiene el "Poder" suficiente para descartar la terapéutica agresiva de una modo definitivo.

Ante la ausencia de este tipo de estudios concluyentes, se han diseñado estimaciones de Costo – Efectividad realizadas sobre cohortes de pacientes hipotéticos siguiendo los modelos de Markov (Cooley – Barry). Al realizar un solo análisis de PSA y TR en hombres mayores de 50 años. Con presunciones favorables, se obtuvo una mejoría en la sobrevida promedio de 17 días en individuos menores de 69 años, con presunciones favorables. Los costos rondarían los 12.000 a 19.000 \$ por año de vida salvado. Si se utilizan presunciones menos favorables en el cálculo, se produce un efecto neutro o disminución en la expectativa de vida. Algo similar ocurre con los mayores de 70 años con cualquier tipo de presunción.

Para responder estos interrogantes, se están llevando adelante este tipo de investigaciones pero sus resultados no estarán disponibles hasta casi dentro de 10 años (PIVOT Study). Sin embargo se teme que la presión que se ejerce dentro de la comunidad de los EE.UU. para intervenir sobre el Cáncer de Próstata, produzca contaminaciones significativas en los grupos randomizados. Finalmente estas modificaciones del prólogo original podría dificultar el análisis final de resultados.

## **7- Recomendaciones.**

Los conocimientos actuales han llevado a una situación conflictiva. Es posible ordenar o no estrategias de preventión basándose en el análisis de parte de la literatura disponible. Dependiendo como se interprete la información y la valoración de sus consecuencias. Dada esta situación parece oportuno recordar la recomendación del American College of Physicians publicadas en 1997.

"En los hombres, en lugar de efectuar un rastreo rutinario para Cáncer de Próstata, el médico debe discutir los beneficios potenciales y los riesgos bien conocidos del rastreo, diagnóstico y tratamiento; debe escucharse el punto de vista del paciente e individualizarse la decisión".

#### **El Paciente debe saber:**

- 1- El Cáncer de Próstata es un importante Problema de Salud.

- 2- Aún no se han probado los beneficios potenciales del rastreo hecho en una oportunidad o seriado.
- 3- El TR y PSA tienen Falsos Positivos y Negativos.
- 4- La probabilidad de investigaciones agresivas luego de los test de rastreo es bastante alta.
- 5- Es necesario un tratamiento agresivo para obtener beneficio de rastreo.
- 6- Un riesgo pequeño pero bien definido de muerte y un riesgo significativo de enfermedad crónica, en particular relacionado con las funciones sexuales y urinarias se asocian con estos tratamientos.
- 7- La detección temprana puede salvar vidas.
- 8- La detección y tratamiento precoz puede evitar padecimientos futuros relacionados con el cáncer.

Sin embargo resulta notoria la dificultad que implica una discusión de estas características en un consultorio muy ocupado. En ocasiones el análisis de los problemas relacionados con la prevención del Cáncer de Próstata compiten por el tiempo de la consulta dedicado a otras actividades de reconocida utilidad, como el tratamiento de Hipertensión Arterial o la Diabetes ya instalada.

Parece razonable dadas las circunstancias actuales del conocimiento, las características de la práctica de la Atención Primaria.

- No medir PSA ni efectuar Tactos Rectales rutinarios en el asintomático.
- No asumir una conducta pro-activa presentando el problema de Prevención de este Cáncer a todos los pacientes.
- Ofrecer al paciente en análisis del Problema cuando este lo deseé, discutir en este caso los pros y contras siguiendo los lineamientos del ACP.
- Los pacientes con un riesgo incrementado por sus antecedentes familiares puede resultar un grupo donde el médico deba promover la discusión del tema.
- En caso de que el paciente decida efectuar prevención aconsejar sólo efectuar Tacto Rectal y PSA en una sola oportunidad después de 50 años.

## Bibliografía

1. Coley C., Barry M., Fleming C., et al. Early Detection of Prostate Cancer. Part 1: Prior Probability and Effectiveness of Test. *Ann Intern Med.* 1997; 126:394-406.
2. Coley C., Barry M., Fleming C., et al. Early Detection of Prostate Cancer. Part 2: Estimating the Risks, Benefits, and Cost. *Ann Intern Med.* 1997; 126: 468-479.
3. Lu-Yao G., Yao S. Population - Based study of long - term survival in patients with clinically localised prostate cancer. *Lancet* 1997; 349: 906-910.
4. Albertsen P., Hanley J., Gleason D., et al. Competing Risk Analisys of Men Aged 55 to 74 Years at Diagnosis Managed Conservatively for Clinically Localized Prostate Cancer. *JAMA* 1998; 280: 975-980.
5. Albertsen P., Fryback D., Storer B., et al. Long - term Survival Among Men With Conservatively Treated Localized Prostate Cancer. *JAMA* 1995; 274: 626-631.
6. American College of Physicians. Clinical Guideline: Part 3. Screening for Prostate Cancer. *Ann Intern Med.* 1997; 126: 480-484.
7. Catalona W., Smith D., Ratliff T., et al. Measurement of Prostate - Specific Antigen in Serum as a Screening Test for Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 1991; 324: 1156-1161.
8. Fleming C., Wasson J., Albertsen P., et al. A Decision Analisis of Alternative Treatment Strategies for Clinically Localized Cancer. *JAMA* 1993; 269: 2650-2658.
9. Friedman G., Hiatt R., Quesenberry Ch. *Lancet* 1991; 337: 1526-1529.
10. Johansson J-E., Holmberg L., Johansson S., et al. Fifteen - Year Survival in Prostate Cancer. *JAMA* 1997; 277: 467-471.
11. Jacobsen S., Katusic S., Bergstrhl E., et al. Incidence of Prostate Cancer Diagnosis in the Eras Before and Aften Serum Prostate- Specific Antigen Testing. *JAMA* 1995; 274: 1445-1449.
12. D' Amico A., Whittington R., Malkowicz B., et al. Biochemical Outcome After Radical Prostatectomy, External beam Radation Therapy, or Interstitial radiation Therapy for Clinically Localized Prostate Cancer. *JAMA* 1998; 280: 969-974.
13. Catalona W., Smith D., Omstein D. Prostate Cancer Detection in Men With serum PSA Concentrations of 2.6 to 4.0 ng/m and Bening Prostate Examination. *JAMA* 1997; 277: 1452-1455.