

Cáncer de próstata

Espero que pocos objetarán que el compromiso ético médico fundamental es esforzarse en conseguir que sus pacientes vivan lo más y lo mejor posible. Es claro que para este logro los médicos deben demostrar que los procedimientos propuestos son útiles para vivir más, aunque debe reconocerse que esta es una demostración que permite una predicción probabilística, no una certeza.

Los resultados individuales escapan del mundo de la probabilidad para ubicarse en el mundo de la realidad. A este mundo de la realidad se anticipan no sólo la predicibilidad de los efectos beneficiosos sino también la de los daños. Daños pueden ser acortar la sobrevida o reducir la calidad de vida.

Del enfrentamiento de lo conocido y lo desconocido nace por un lado la ciencia, la búsqueda de la verdad mediante la investigación, y por otro lado la fe como acceso a una verdad que no requiere demostración. Lo que determina la elección de una u otra alternativa es lo que llamamos sentido común que empuja la necesidad de racionalidad hasta el límite tras el cual sólo se avanza con irracionalidad. La historia de la ciencia es la del esfuerzo para ganarle terreno a la irracionalidad.

El cáncer de próstata ha enfrentado la racionalidad con lo irracional. El criterio que cuanto antes y cuanto más mejor, se ha demostrado no aplicable en el cáncer de próstata,

¿Cuáles son los datos? Para este año se calcula que en los Estados Unidos de Norteamérica se diagnosticarán 232 090 casos de cáncer de próstata y que morirán 30 350 de esta enfermedad.

Por encima de los 80 años 2/3 de los hombres tienen cáncer de próstata y por debajo de los 80 años 1/3. Supongamos que la población de una ciudad es de 3 000 000 de habitantes, 1 500 000 hombres, el 11% mayor de 65 años son 165 000 hombres, de los cuales cerca de 80 000 tienen cáncer de próstata.

Se sabe también que la sobrevida del cáncer de próstata localizado, a los 10 años de su detección es del 75%.

Desde hace unos 20 años se ha utilizado el antígeno específico prostático (PSA, *Prostatic specific antigen*) como marcador sérico de cáncer de próstata y se ha utilizado esta información para el tratamiento temprano de esta enfermedad. El PSA se ha utilizado como *screening* en la población susceptible, esto es prácticamente en todos los hombres, con benevolencia, en los mayores de 50 años.

Un problema ha sido determinar cuál es el valor de concentración sérica de este antígeno que lo hace factor pronóstico en el cáncer de próstata. Eligiendo un límite de 4ng/ml, la capacidad predictiva es del 30% para valores mayores que éste. Entre 4 y 10 la predicción es del 25% y para mayores de 10ng/ml del 42 al 64% y de 2.1 a 4: 24.7%.

No hay evidencia que tratando los pacientes con menos de 4ng/ml mejoren los resultados.

En la práctica, ante el valor deberá correlacionarse con la biopsia de próstata que tiene como falsos negativos un 10 a 20% y para reducir esta proporción se propone una técnica aleatorizada de 12 muestras biópsicas¹.

Las evidencias son cada vez más concluyentes que, después de los 65 años, el tratamiento del cáncer de próstata no tiene ventajas para la sobrevida; antes de esa edad los mejores resultados se logran en una población en la que se ha detectado un nódulo prostático en el tacto rectal, o en una población con sólo PSA elevado².

La prostatectomía radical tiene una mortalidad del 1%, una disfunción eréctil en el 80%, una incontinencia urinaria del 50%³; a lo que habría que agregar las complicaciones de las biopsias prostáticas, sobre todo en las aleatorizadas. Por otra parte, ¿cuál sería el sentido de hacer biopsias aleatorizadas en mayores de 65 años ya que 1/3 tiene cáncer de próstata y después de los 80 años 2/3?

La prostatectomía radical, la radioterapia y el tratamiento hormonal en pacientes con cáncer de próstata asintomático no ha evidenciado aumentar la sobrevida y sí ha evidenciado empeorar la calidad de vida ¿para qué detectarlo tempranamente?

Los médicos hemos convencido a la población que el diagnóstico precoz y la medicina preventiva constituyen un objetivo fundamental para la salud. Esto no deja de ser cierto si se aceptan las excepciones. Se podrá decir que el diagnóstico temprano no implica necesariamente la indicación del tratamiento. Es cierto que podemos enseñarles a los pacientes que pueden dormir tranquilos con el enemigo; bien, entonces enseñemos primero eso y luego con la información pertinente que el paciente decida si quiere hacerse o no el estudio. Puedo asegurar que desalentar a los pacientes en la solicitud del examen de PSA es una tarea ardua, demanda mucho tiempo y se suele fracasar al tener que competir con la información periodística de especialistas con conflictos de intereses, o la personal de médicos que actúan a la defensiva y se protegen de la eventualidad de ser acusados de negligentes cuando el cáncer de próstata se convierte en una enfermedad sintomática y mortal.

A los médicos que adherimos a una filosofía del mayor beneficio probable para nuestros enfermos nos resulta difícil aceptar que tenemos que actuar sin errores, aunque esto represente que en el caso del cáncer de próstata perjudicaremos al 84% de los pacientes.

Me ha parecido que el modo más sencillo de expresar el alerta sobre la indicación del *screening* sería exigir que el mismo fuera precedido por un consentimiento informado del paciente con un texto de este tipo:

El abajo firmante Sr. XXX, reconoce haber sido informado y haber entendido: 1) que el diagnóstico del cáncer de próstata en su etapa temprana, sin síntomas ni complicaciones, no parece haber demostrado todavía, con los recursos actuales, ser útil para prolongar la sobrevida mediante tratamiento alguno, y en cambio sí se ha demostrado su inconveniencia en mayores de 65 años; 2) que los tratamientos activos del cáncer de próstata, quirúrgicos, radiantes u hormonales tienen alta probabilidad de desmejorar la calidad de vida; 3) que las probabilidades que un cáncer de próstata asintomático se convierta en sintomático y sea causa de muerte son tanto más bajas cuanto mayor es la edad del paciente, llegando a ser una indicación casi absoluta no tratar a pacientes con cáncer de próstata asintomático con una expectativa de vida menor de 10 años; 4) que el tratamiento hormonal para reducir la elevación del antígeno específico prostático que pueda ocurrir después de la prostatectomía radical en pacientes asintomáticos no ha demostrado ser útil para alargar la sobrevida y puede ser causa de osteoporosis y fracturas óseas.

Firma del paciente. Tipo y Nº de documento. Aclaración de firma.

Para asegurarse que el paciente ha comprendido la información se le pediría que también responda a un formulario de elección múltiple del tipo siguiente presentado en hoja separada:

¿Cuál de las afirmaciones que se hacen a continuación es correcta?

Tilde la que corresponda.

1) El diagnóstico temprano del cáncer de próstata ha demostrado fehacientemente que prolonga la sobrevida.

- 2) *El tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata no tiene efectos que afecten la calidad de vida.*
- 3) *La radioterapia carece de efectos secundarios.*
- 4) *La cirugía de cáncer de próstata es curativa aun cuando existan metástasis.*
- 5) *El tratamiento del cáncer de próstata asintomático no está indicado en pacientes con una expectativa de vida de menos de 10 años.*
- 6) *El tratamiento hormonal del cáncer de próstata tras una prostatectomía radical alarga la sobrevida si el PSA aumenta aun en condiciones asintomáticas.*
- 7) *El tratamiento hormonal del cáncer de próstata localizado alarga la sobrevida.*

El médico deberá hacer las aclaraciones pertinentes si las respuestas han sido equivocadas.

En el día de hoy (29 de agosto 2005) apareció en *La Nación*, en una sección que reproduce artículos del *Wall Street Journal*, un artículo cuyo título se aplica al comentario de este editorial: "La detección temprana no es una panacea".

Alberto Agrest

aagrest@arnet.com.ar

1. Hoffman RM. Screening for prostate cancer. Rose BD (ed), Wellesley MA: UpToDate 2005.
2. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Eng J Med* 2005; 352: 1977-84.
3. Sox, HC, Mulrow C. An Editorial Update: should benefits of radical prostatectomy affect the decision to screen for early prostate cancer? *Ann Intern Med* 2005;143: 232-3.

Boerhaave complains, that the writers who have treated of chemistry before him, are useless to the greater part of the students; because they presuppose their readers to have such degrees of skill as are not often to be found. Into the same error are all men apt to fall, who have familiarized any subject to themselves in solitude: they discourse, as if they thought every other man had been employed in the same inquires; and expect that short hints and obscure allusions will produce in others the same train of ideas which they excite in themselves.

Boerhaave se queja de que quienes han escrito y tratado sobre química antes que él son inútiles para la mayor parte de los estudiosos porque suponen que sus lectores tienen tal grado de habilidad como no se encuentra a menudo. En el mismo error pueden caer todos los hombres que se han familiarizado con cualquier tema en soledad: discurren como si pensarán que cualquiera estuviera dedicado a las mismas inquisiciones y esperan que unas pocas pistas y oscuras alusiones producirán en otros la misma línea de ideas que promueve en ellos mismos.

Samuel Johnson (1709-1784)

The Adventurer. 83. In: *Johnson Prose and Poetry*. Selected by Mona Wilson.

London: Rupert Hart-Davis, 1950, p 281