



Revista Peruana de Investigación en Salud

ISSN: 2616-6097

ISSN: 2616-6097

repisunheval@gmail.com

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Perú

Astigueta Pérez, Juan Carlos Arturo
El cáncer de próstata y su tamizaje en el Perú
Revista Peruana de Investigación en Salud, vol. 3, núm. 4, 2019, Octubre-, pp. 147-149
Universidad Nacional Hermilio Valdizán
Perú

DOI: <https://doi.org/10.35839/repis.3.4.503>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=635767697001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

<https://doi.org/10.35839/repis.3.4.503>

El cáncer de próstata y su tamizaje en el Perú

Prostate cancer and its screening in Perú

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, según GLOBOCAN, plataforma web interactiva desarrollada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), el número de casos nuevos para el 2018, en ambos sexos para todas las edades, supero los dieciocho millones y de estos el cuarto en frecuencia fue el de próstata luego de pulmón, mama y colon-recto. Si evaluamos la mortalidad, el cáncer de próstata (CaP) fue causa de 359 mil defunciones de un total de 9.5 millones durante el 2018. De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de incidencia de CaP son más altas generalmente en países industrializados, sin embargo la mortalidad no guarda proporcionalidad y es mayor en los países menos desarrollados. En algunos países de África es catastrófico, observándose que por cada 3 casos nuevos 2 fallecen, esta relación de 1.5 entre incidencia y mortalidad, en otras regiones como Europa occidental o Norteamérica es de 7.5 y 9.5 respectivamente.(1)

En nuestro país el 2018, el CaP fue la neoplasia maligna con mayor incidencia y mortalidad, con tasas de 47.8 y 15.6 por 100000 habitantes respectivamente (GLOBOCAN); esta información se refleja en el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010-2012 con una incidencia de 48.6 y una mortalidad de 15.7, ocupando el segundo lugar en frecuencia después del cáncer de mama. Actualmente en nuestro país existen Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) en Lima, Arequipa y Trujillo que asociados a contribuciones regionales cubren sólo el 36% de la población; la información obtenida es transcendental para entender el comportamiento del cáncer en nuestro medio y así poder plantear políticas de salud adecuadas a nuestra realidad y evaluar su impacto en beneficio de los pacientes con cáncer.(2,3)

El estadio clínico (EC) del CaP al diagnóstico es variable de acuerdo a la distribución geográfica, en países como EEUU y los de Europa occidental más del 80% se detecta en EC I y II (enfermedad órgano confinada) a diferencia de países en vías de desarrollo donde el número de casos nuevos en estadios localmente avanzados (III) y metastásicos (IV) es superior al 50%. En nuestro país de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), entre el 2001 y 2005, el 22% fueron estadio I-II, el 34% estadio III y el 44% metastásicos. Datos recientes del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), muestran que del 2012 al 2014 los EC III y IV representaron más del 80% de casos nuevos y del 2015 al 2017 entre el 70 y 60%.(4,5)

En resumen sobre CaP, podemos decir que cuando comparamos países como el nuestro con otros desarrollados, observamos gran diferencia en incidencia, mortalidad y EC al diagnóstico, además de acceso a la salud y políticas de detección.

Actualmente, existen diferentes Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolos de manejo para CaP, en general con flujos de manejo y recomendaciones similares, la mayoría elaboradas en países desarrollados donde la realidad como se desprende de párrafos anteriores es diferente a la nuestra. Las Guías en oncología se actualizan frecuentemente (semestral o anual) y son accesibles a los profesionales de la salud, por lo tanto teóricamente contamos con el conocimiento y soporte para tomar decisiones adecuadas de manejo; sin embargo por todo lo referido, existe controversia si adoptar o adaptar dichos documentos.(6)

Dentro de las políticas de salud, idealmente se deben tomar las medidas para evitar se presente la enfermedad y si no es posible evitarla, detectarla tempranamente. El "screening" es definido como una estrategia aplicada para detectar una enfermedad en poblaciones sanas y asintomáticas con el objetivo de mejorar los resultados generales de salud mediante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en una etapa inicial. A pesar de la percepción que el diagnóstico temprano es beneficioso, también tiene el potencial de causar daño, considerando el sobrediagnóstico y sobretratamiento. Desde el punto de vista médico se aceptan como sinónimos las palabras cribado, despistaje, detección sistemática y tamizaje, pese a que esta última no existe en el Diccionario de la Real Academia Española. Así mismo, el significado de estos sinónimos no se limita estrictamente a poblaciones sanas y asintomáticas.(5)

En CaP las herramientas de tamizaje históricamente utilizadas son el examen digito rectal (EDR) y la medición del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en ingles). El resultado del EDR es dependiente de la pericia del evaluador, estimándose una sensibilidad entre 53 y 59%, una especificidad de 83 a 94%, un valor predictivo positivo de 18 a 28% y un 15% de falsos positivos. Diversas publicaciones sobre la utilidad del EDR como instrumento de tamizaje concluyen que no existe suficiente evidencia que respalde su eficacia en el contexto del PSA “normal”, detectando solo 2% mas de hombres con CaP clínicamente significativo. La detección de CaP con el análisis de sangre de PSA fue una vez generalizado en los Estados Unidos, pero ahora es controvertido. Los antecedentes de uso del PSA datan de la década de 1980, cuando era utilizado en el seguimiento de pacientes con CaP, posteriormente, en 1994 la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos aprobó el uso del PSA junto con el EDR como métodos de “screening” para CaP. Durante la era del PSA, fuerte evidencia concluyó que la detección temprana reducía las tasas de avance enfermedad en 75% y mortalidad en más del 40%.(4-6)

Posteriormente, ensayos aleatorizados, como el PLCO (Prostate, Lung, Colon and Ovary) y el ERSPC (European Randomized study of Screening for Prostate Cancer), enfatizaron en sus resultados el potencial sobrediagnóstico y sobretratamiento de CaP cuando se detectaban tempranamente de forma masiva. En base a dicha información, el 2008, la USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) recomendó no realizar detección en hombres mayores de 75 años y el 2012 extiende la indicación para todas las edades. Otras publicaciones posteriores discuten el efecto dichas recomendaciones que se manifestaron en disminución de tasas de detección con PSA, de biopsia de próstata y de incidencia de CaP, con un cambio hacia tumores de mayor grado y estadio a la detección. Finalmente, refieren la preocupación por volver a la era anterior al PSA, cuando los hombres presentaban una enfermedad localmente avanzada y/o metastásica. Desde la revisión del 2018, la recomendación ha cambiado en el grupo de 55 a 69 años y reconoce que la decisión de someterse a un examen del PSA como prueba de tamizaje implica valorar los beneficios de reducir la frecuencia de CaP metastásico y la prevención de la mortalidad contra los perjuicios potenciales conocidos asociados con el tamizaje y el tratamiento. Actualmente, la Asociación Americana de Urología, para este grupo etario, indica que la decisión de someterse a un tamizaje debe ser individualizada después de informarse sobre riesgos y beneficios.(4,6)

Se han desarrollado otros métodos laboratoriales como el estudio de derivados e isoformas del PSA, marcadores y biomarcadores urinarios para realizar detección temprana con el objetivo de reducir la mortalidad por CaP, sin embargo a la fecha la evidencia aun es limitada. También los estudios de imágenes han sido considerados para mejorar la detección y caracterización de los CaP; la Resonancia Magnética multiparamétrica (RMmp) ha demostrado tener alta sensibilidad y moderada especificidad en la detección de lesiones clínicamente significativas, con valores de correlación mayores al 70% en categorías 4 y 5 del “Prostate Imaging-Reporting and Data System versión 2” (PI-RADS v2). La dificultad para la aplicabilidad de la RMmp como instrumento de detección es el soporte tecnológico, el tiempo de proceso, el alto costo y finalmente la interpretación por radiólogos capacitados. Es así que actualmente su utilidad está dirigida a una población de hombres que ya están identificados como de alto riesgo debido a un PSA elevado; futuros trabajos demostraran si la resonancia magnética puede ser rápida, más precisa y potencialmente menos costosa.(4,5)

En el Perú, en noviembre del 2012, se puso en marcha el Plan Nacional de Cáncer o “Plan Esperanza” (D.S. N° 009-2012-SA), el mismo que actualmente se encuentra vigente. Tiene como instrumento de gestión al Programa Presupuestal 0024 denominado “Prevención y Control del Cáncer”, al cual acceden al menos el 70% de toda la población. Así mismo, se han desarrollado planes estratégicos para las patologías oncológicas priorizadas, dentro de ellas el CaP. Este año la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, presentó el Anexo 02 del Programa presupuestal de prevención y control de cáncer para el año 2020, en el mismo, considera intervenciones en cánceres de alta prevalencia contempla al CaP susceptible de ser tamizado y se plantea realizar esta actividad en hombres entre 50 y 70 años a través de una evaluación médica anual con EDR en el primer nivel, e indica que cuando se encuentren anomalías será referido para consulta con el urólogo al segundo o tercer nivel donde se realizara el estudio de PSA en tanto se implemente en el primer nivel de atención. De no encontrarse hallazgos, se realizara el EDR cada dos años.(5)

Como país debemos reconocer algunas condiciones particulares que podemos enfocarlas como fortalezas en el diagnóstico y manejo del CaP:

1. La consolidación de una red nacional de RCBP nos permitirá tener datos reales de la incidencia y mortalidad de CaP. Estos datos serán de utilidad para plantear nuevas políticas sobre el control de la enfermedad en diversas áreas como son investigación epidemiológica, prevención primaria y secundaria, planificación sanitaria y atención al paciente entre otras.
2. El fortalecimiento y creación de centros especializados regionales (IREN Norte, Sur, Centro y Oriente), de unidades oncológicas y preventorios, con personal altamente capacitado, permitirá plasmar el proceso de descentralización del diagnóstico y manejo del cáncer.
3. Las políticas nacionales como la existencia del Programa presupuestal de prevención y control de cáncer para el año 2020 que plantea la implementación de un programa de Tamizaje de CaP. Es evidente que se incrementara la incidencia de EC III y IV, pero el reto es aumentar el diagnóstico de los estadios localizados con cáncer clínicamente significativo y tratarlos oportunamente, en especial el gran segmento de población que por su condición socioeconómica, no pueden acceder a los sistemas de salud. La ventaja de este tipo de programas poblacionales es que garantizan el principio de equidad y disminuyen las diferencias sociales de acceso a la salud, sin embargo sus resultados aún son controversiales.

Actualmente en CaP estamos en camino de definir estrategias apropiadas de diagnóstico y manejo según nuestra realidad, empezando por precisar si debemos realizar tamizaje, y de ser la respuesta afirmativa, preguntarnos la edad de inicio y término, las herramientas para el mismo y el intervalo. También debe quedar claro que la no realización elimina los riesgos pero también los beneficios; y que cuando lo utilizaron en otros países uno de los resultados fue la disminución de la mortalidad por CaP con una evidente reducción en el EC al diagnóstico. Entonces, en un país como el nuestro con un perfil epidemiológico de nación en vías de desarrollo, las recomendaciones de GPC de países desarrollados no necesariamente son aplicables a nuestra realidad y un programa de tamizaje con las herramientas correctas podría ser beneficioso.

Juan Carlos Arturo Astigueta Pérez

Urólogo Oncólogo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte
Docente de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo - Perú
Médico Investigador Concytec

Referencias Bibliográficas

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68(6): 394-424.
2. Payet E, Pérez P, Poquioma E, Díaz E. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016. 186 p. vol.5
3. Luna-Abanto J, Payet E. Importancia y estado actual de los registros de cáncer de base poblacional en Perú. *Rev Med Hered.* 2019; 30:131-3.
4. Ministerio de salud. Prevención y control del cáncer. Programa presupuestal 0024. [Internet]. Perú 2019. [actualizado 29 Set 2019]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_6.pdf
5. American Urological Association. Early Detection of Prostate Cancer (2018). U.S.A. [actualizado 30 Set 2019]. Disponible en: <https://www.auanet.org/guidelines/prostate-cancer-early-detection-guideline>.
6. Pow-Sang M, Huamán M. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2013; 30(1):124-8.

Correspondencia a: jastigueta1@upao.edu.pe