



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Herranz Amo, Felipe

Comentario editorial de: Situación actual de la RTU de prostata en pacientes con PSA elevado

Archivos Españoles de Urología, vol. 63, núm. 6, agosto, 2010, pp. 420-421

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181017339002>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## COMENTARIO EDITORIAL de:

### SITUACION ACTUAL DE LA RTU DE PROSTATA EN PACIENTES CON PSA ELEVADO

*Felipe Herranz Amo*

*Servicio de Urología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**E**l PSA es un marcador próstata específico y teóricamente puede elevarse en diferentes situaciones como: hiperplasia benigna, cáncer, inflamación, infección, manipulación prostática y uretral, etc. Actualmente la elevación aislada del antígeno específico de la próstata (PSA) es la indicación más frecuente para la realización de una biopsia de la próstata. En un porcentaje importante de pacientes a los que se les han realizado más de dos series de biopsias de próstata no se encontrará cáncer en el examen patológico. Muchos de estos pacientes presentarán una elevación creciente de PSA, esto producirá en el Urólogo un dilema en su manejo (seguimiento, más biopsias, cirugía, etc.) y en muchos pacientes una angustia importante ante la posible existencia de un cáncer no detectado (1).

Cuando los pacientes tienen síntomas obstructivos del tracto urinario inferior moderados o severos, la cirugía desobstructiva mejorará la sintomatología obstructiva, disminuirá de forma importante los niveles de PSA y posibilitará el estudio patológico del material extirpado, encontrándose hasta un 11% de cáncer en la zona transicional. El manejo de los sujetos sin síntomas o con síntomas obstructivos leves sigue siendo controvertido (2). En la práctica clínica diaria a la mayoría de los pacientes se les realizará un seguimiento estricto con determinaciones de PSA periódicas y nuevas biopsias, mientras que a los sujetos que presentan una elevada angustia por su PSA se les puede ofertar una resección transuretral de la próstata.

Los autores basándose en su amplia experiencia en este tema realizan una excelente revisión de conjunto sobre la problemática de los pacientes con PSA elevado sin cáncer de próstata. En los pacientes sin síntomas obstructivos, debido a "que se puede esperar que se produzca la obstrucción del tracto urinario inferior" plantean la realización de una resección transuretral de próstata (RTU), aunque reconocen que el porcentaje de cáncer de próstata "agresivo" que se diagnosticó fue bajo (6,1%). En un trabajo de revisión reciente de los mismos autores (3) abogan por la inclusión de un estudio urodinámico en el algoritmo de manejo de estos pacientes. A los pacientes con un IPSS de 8-19 se les realizará un estudio urodinámico y los que tengan una presión del detrusor a flujo máximo mayor a 20 cm H<sub>2</sub>O se les indicaría una RTU de próstata.

El verdadero problema no es la persistencia de un PSA alto, sino la elevación progresiva del PSA. Una velocidad de PSA superior a 1 ng/ml/año es altamente sospechoso de cáncer clínicamente

significativo (4). Unos autores recomiendan nuevas biopsias por saturación con especial dedicación a la parte anterior de la zona transicional de la glándula y otros, RTU de próstata encontrando cáncer de próstata significativo en más del 50% de los casos (5).

Ya que la elevación creciente del PSA es un criterio de la posible existencia de un cáncer y también de progresión de la hiperplasia benigna de la próstata, en el algoritmo de estudio se debería de incluir también la velocidad de PSA y la biopsia por saturación con especial dedicación a la parte anterior de la zona transicional, ya que es en este lugar donde se localizan la mayoría de los tumores de próstata que pasan desapercibidos en las biopsias prostáticas y sería una forma menos agresiva de diagnosticar un cáncer de próstata que la RTU.

*Felipe Herranz Amo*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Klotz LH. PSAdynia and other PSA-related syndromes: a new epidemic-a case history and taxonomy. *Urol*, 1997; 50:831-2.
2. Herranz Amo F, Díez Cordero JM<sup>a</sup>, Verdú Tartajo F, Bueno Chomón G, Leal Hernández F, Bielsa Carrillo , et al. Cáncer de próstata en la zona transicional en pacientes sintomáticos con tacto rectal no sospechoso y biopsia de la zona periférica negativa. *Arch Esp Urol*, 1998; 51:437-41.
3. van Renterghem K, van Koeving G, Achten R, van Kerrebroeck P. A new algorithm in patients with elevated and/or rising prostate-specific antigen level, minor lower urinary tract symptoms, and negative multisite prostate biopsies. *Int Urol Nephrol*, 2010; 42:29-38.
4. Berger AP, Beibl M, Strasak A, Bektic J, Pelzer AE, Klocker H, et al. Large-scale study of clinical impact of PSA velocity: long-term PSA kinetics as method of differentiating men with from those without prostate cancer. *Urol*, 2007; 69:134-8.
5. Puppo P, Introini C, Calvi P, Naselli A. Role of transurethral resection of the prostate and biopsy of the peripheral zone in the same session after repeated negative biopsies in the diagnosis of prostate cancer. *Eur Urol*, 2006; 49:873-8.