

PSA

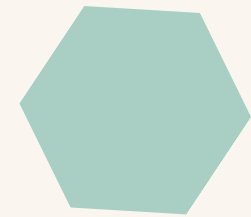
**QUÉ SIGNIFICA, PARA QUÉ SIRVE Y CÓMO ACTUAR
EN LA CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA.**

Alina Fitsenko. R1 MFyC

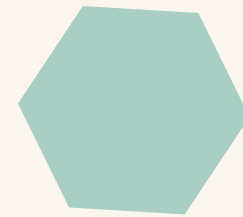
Tutora: M^aJosé Monedero Mira

Centro de Salud Rafalafena

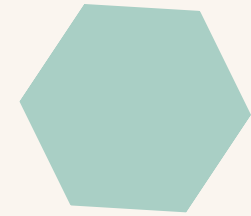
ÍNDICE



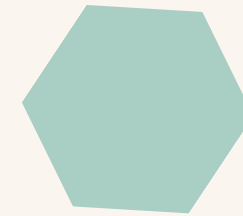
¿QUÉ ES EL PSA?



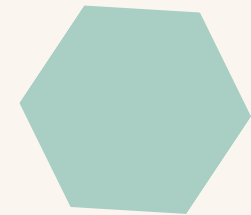
CONCEPTOS CLAVES



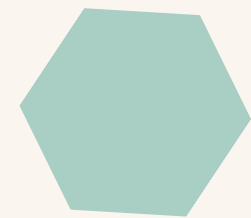
RANGOS DE REFERENCIA



BIBLIOGRAFIA



¿CUANDO PEDIR EL PSA?



OPCIONES DE TRATAMIENTO



¿QUÉ ES EL PSA?

El PSA (antígeno prostático específico) es una proteína producida por células de la glándula prostática en hombre.

En un hombre sano el PSA refleja la cantidad de epitelio glandular, que a su vez refleja el tamaño de la glándula prostática. Por eso, con la edad al aumentar el tamaño de la próstata, con ello la concentración del PSA también puede subir.



El PSA no es exclusivo del varón pues también es detectado en las mujeres aunque en menor valor. Su valor normal en mujer de edad fértil es $<0.02\text{ng/ml}$. Este valor aumenta en el segundo trimestre del embarazo y en los cánceres de ovario, mama y colon. Es producido por las glándulas de Skene.

RANGOS DE REFERENCIA

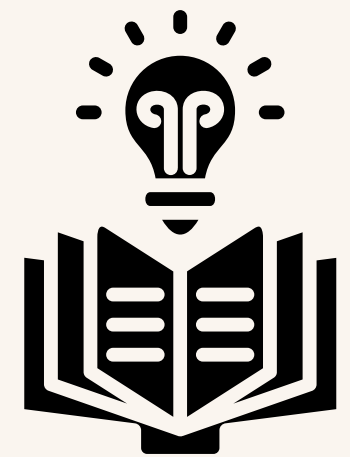
El mejor punto de corte del valor del PSA para separar el cáncer de próstata de las causas benignas sigue estando en debate. Los rangos de referencia por edad son:

40 - 49 años – 0 to 2.5 ng/mL

50 - 59 años – 0 to 3.5 ng/mL

60 - 69 años – 0 to 4.5 ng/mL

70 - 79 años – 0 to 6.5 ng/mL



¿CUANDO PEDIR EL PSA?

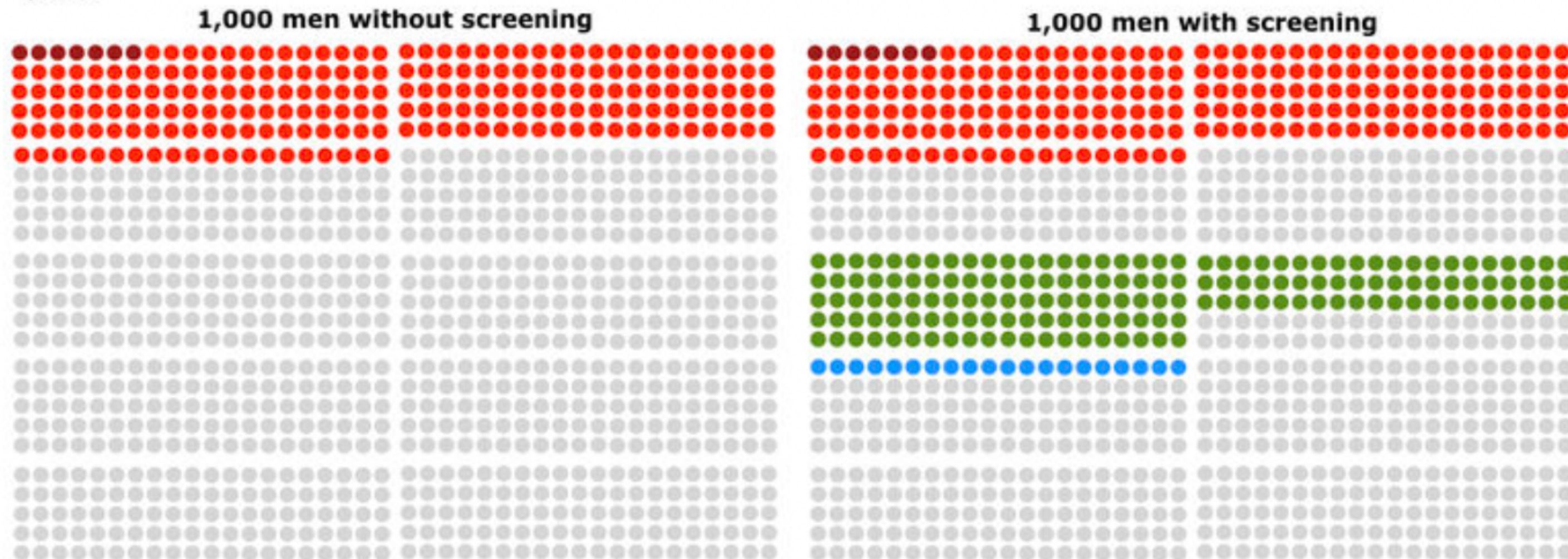
PACIENTE ASINTOMÁTICO

Recomendaciones cáncer de próstata **PAPPS 2022**:

- En menores de 55 años asintomáticos no se debe recomendar la determinación del PSA (evidencia baja, recomendación fuerte en contra).
- En la población entre 55 y 69 años asintomáticos se debe evaluar individualmente el riesgo y recomendar la determinación del PSA en función de un riesgo elevado (antecedentes familiares de cáncer de próstata: familiar de primer grado diagnosticado antes de los 65 años, ascendencia africana) y las preferencias de la persona (evidencia moderada, recomendación condicional a favor).
- En la población de 70 años o más asintomáticos no se debe recomendar la determinación del PSA (evidencia baja, recomendación fuerte en contra).
- No se ofrecerá la realización de PSA a población asintomática de forma activa. Si la persona lo solicita, será necesario ofrecer información exhaustiva y detallada sobre el balance entre riesgos y beneficios.

Early detection of prostate cancer with PSA testing and a digital rectal exam

Numbers for men aged 50 years or older who either did or did not participate in prostate cancer screening for approximately 11 years.



● How many men died from prostate cancer?	7	7
● How many men died from any cause?	210	210
● How many men without prostate cancer experienced false alarms and unnecessarily had tissue samples removed (biopsy)?	-	160
● How many men with non-progressive prostate cancer were unnecessarily diagnosed or treated*?	-	20
● Remaining men		

*E.g. treatments that include removal of the prostate gland (prostatectomy) or radiation therapy which can lead to incontinence and impotence.

Source: Ilic et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(1):CD004876.

Last update: November 2017

www.harding-center.mpg.de/en/fact-boxes


Early detection of prostate cancer

by PSA test

Numbers for men aged 50 years or older who either did or did not participate in prostate cancer screening for approximately 16 years.

	1,000 men <u>without</u> screening	1,000 men <u>with</u> screening
Benefits		
How many men have been diagnosed with metastatic prostate cancer (cancer spreading throughout the body)?	10	7
How many men died from prostate cancer?	12	10
How many men died overall?	No difference: about 322 in both groups*	
Harms		
How many men without prostate cancer experienced false alarms (false-positive test result), usually associated with unnecessary tissue removal?	-	155
How many men with non-progressive prostate cancer were unnecessarily diagnosed or treated**?	-	51

*The number of study participants was probably not sufficient to show a difference in overall mortality due to early detection. Yet, biopsies to clarify suspicious test results are associated with a risk of hospitalization and death. Unnecessary diagnoses and treatments increase the risk of heart attacks, suicide and death from treatment complications. The numbers should therefore not be considered without context. ** For example, surgical removal of the prostate (prostatectomy) or radiation therapy may lead to subsequent complications.



Short summary: Through early detection, 2 out of every 1,000 men could be saved from dying of prostate cancer. Of all men who participated in the screening, some without prostate cancer were falsely diagnosed and some were diagnosed with non-progressing cancer (overdiagnosis) and treated unnecessarily.

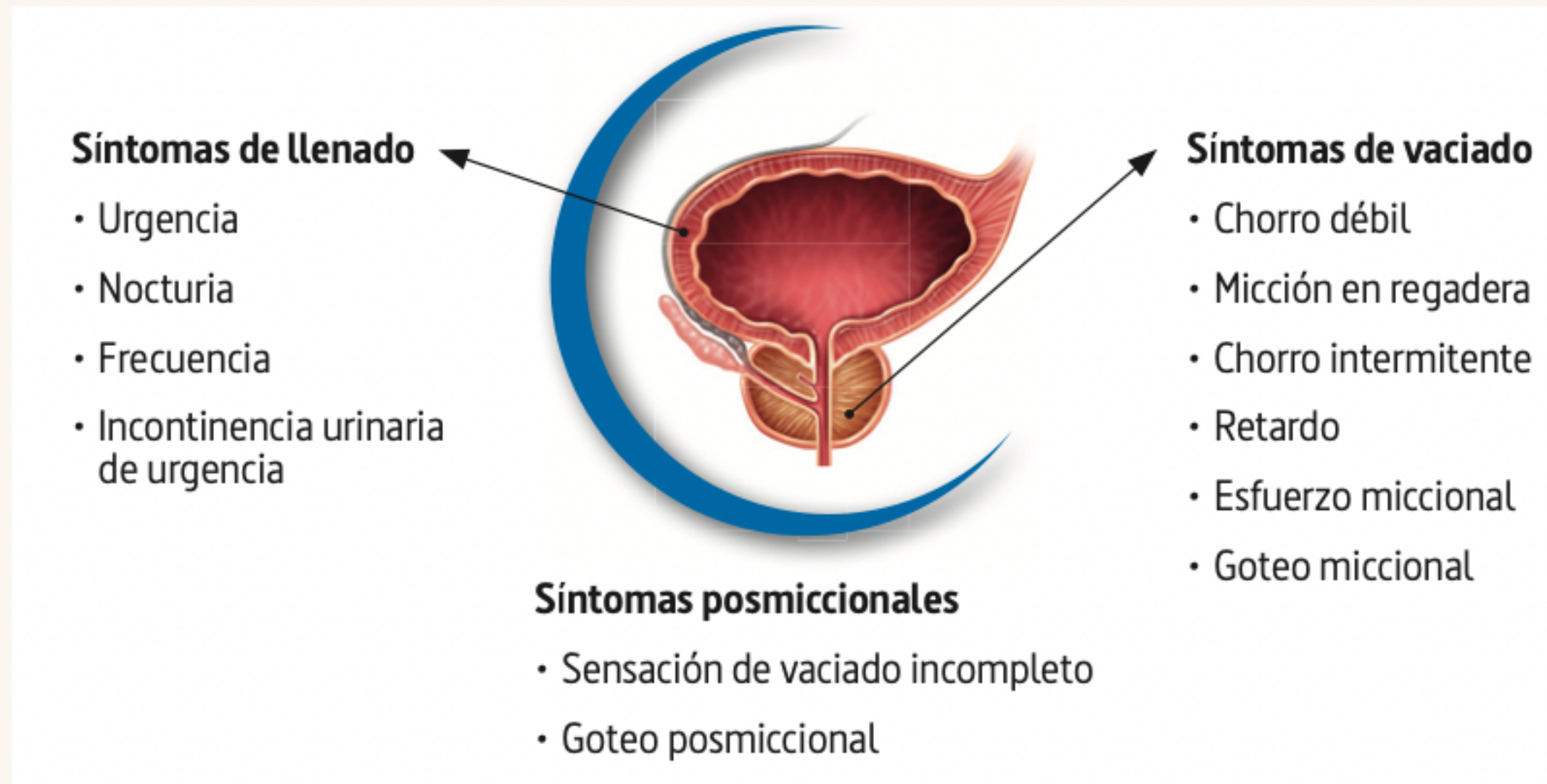
Sources: IQWiG. *IQWiG-Berichte* 2020(905):S19-01; Loeb et al. *J Urol* 2011;186:1830-4; Galina et al. *Int J Cancer* 2008;123:647-52.

Last update: November 2020

<https://www.hardingcenter.de/en/fact-boxes>

¿CUANDO PEDIR EL PSA?

PACIENTE SINTOMÁTICO



Nicturia: STUI más frecuente.

Todas las guías recomiendan como pruebas **obligatorias** en paciente con STUI en AP:

- Anamnesis detallada.
- Examen físico completo que incluya el tacto rectal (grado recomendación A).
- Análisis de orina.

Las pruebas **recomendadas** en un paciente con STUI son:

- Escala IPPS: tiene gran importancia en la valoración diagnóstica inicial, tratamiento y seguimiento de la clínica.

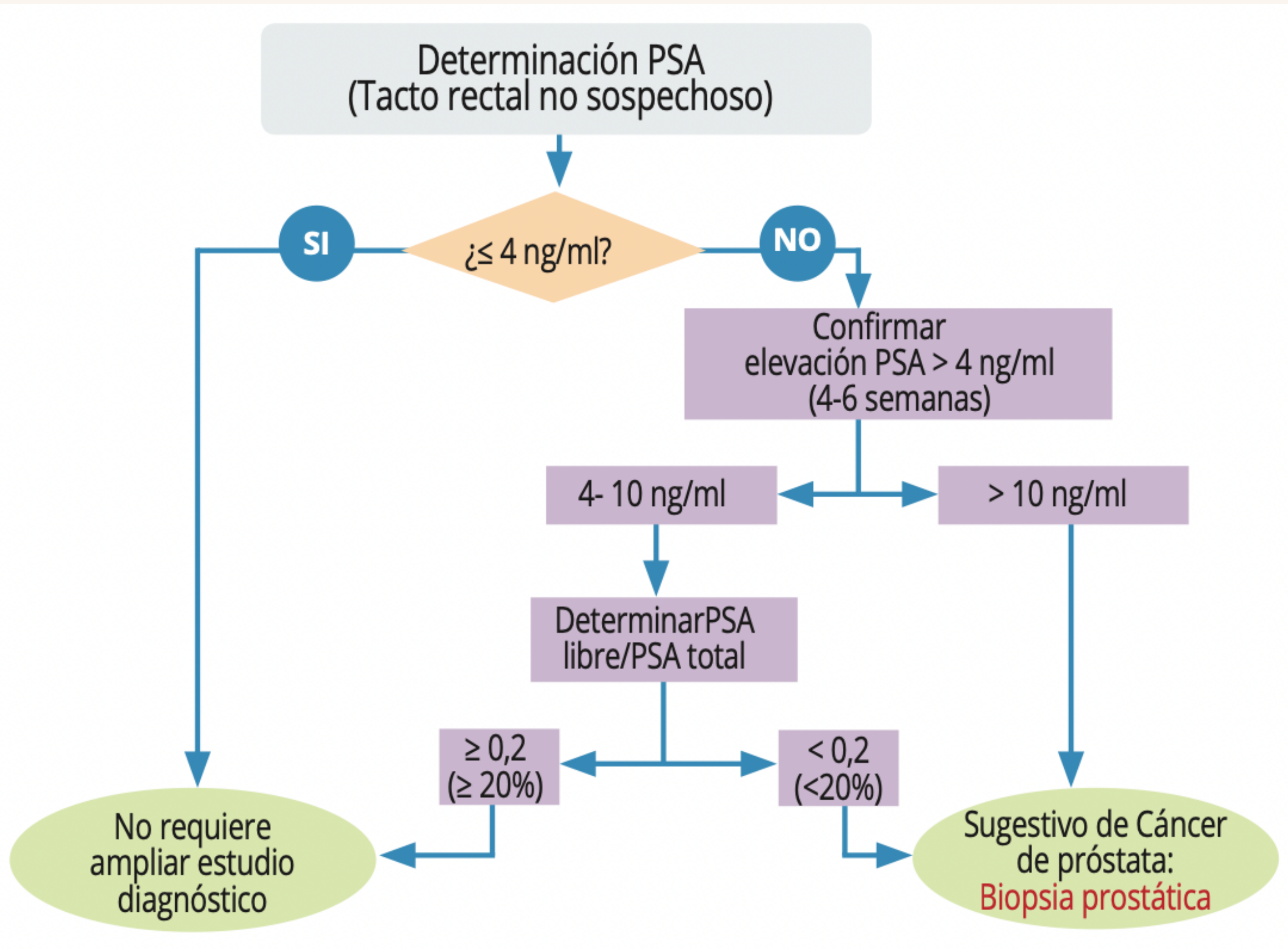
Puntuación IPSS	Sintomatología
0-7	Escasamente sintomático
8-19	Moderadamente sintomático
20-35	Severamente sintomático

- Función renal: la presencia de insuficiencia renal (creatinina $>1,5$ mg/dl) por HBP obliga a realizar prueba de imagen y es indicación de derivación a Urología.
- Prueba de PSA: gran utilidad en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Debe realizarse en la valoración inicial de todos los varones con STUI, pues es un marcador de riesgo de progresión y de complicaciones por la HBP.



Actuación según el el resultado del valor de PSA:

- Cualquier valor ≥ 4 ng/ml debe confirmarse en 4-6 semanas, para descartar otras causas de elevación transitoria de PSA como: infecciones genitourinarias, retención urinaria o masaje prostático vigoroso.
- Valor de PSA ≥ 10 ng/ml confirmado, obliga a la remisión a Urología para la realización de una biopsia guiada por ecografía.
- Valor PSA entre 4-10 ng/ml confirmado. Se aconseja recurrir a otras determinaciones que aumenten la sensibilidad del PSA para el diagnóstico de cáncer de próstata. Se recomienda la determinación de PSA libre y el cálculo del cociente PSA libre/PSA total. Un cociente $>20\%$ es sugestivo de HBP y un valor de $<20\%$ es sugestivo de cáncer de próstata y se debe derivar a Urología.



Evaluar el diagnóstico diferencial con enfermedades sistémicas que producen síntomas urinarios como:

- Diabetes mellitus → poliuria.
- Insuficiencia cardiaca → nicturia.
- Enfermedades neurológicas que aumentan la sospecha de la presencia de una vejiga neurógena → enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, lesiones medulares, patología de discos intervertebrales lumbosacras.



Situaciones que obligan a la realización de ecografía abdominal en varones con STUI

Sospecha de RPM patológico

Sospecha de uropatía obstructiva

Sospecha de patología neuropática

Sintomatología grave

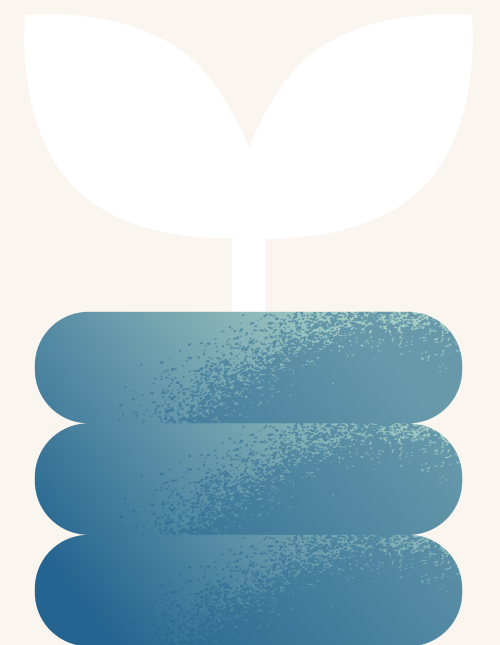
Macro o microhematuria

Globo vesical

Antecedentes de urolitiasis

Las pruebas **opcionales** en paciente con STUI:

- Flujiometría.
- Diario miccional.
- Valorar la función sexual.



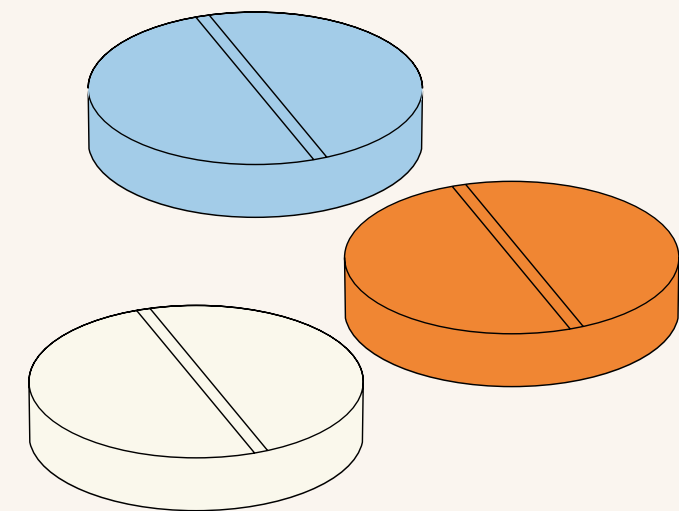
OPCIONES DE TRATAMIENTO

- **Tratamiento conservador:** indicado en pacientes con síntomas leves-moderados que no ocasionan un deterioro significativo de la calidad de vida. En estos casos se harán revisiones cada 6 meses, recomendando el seguimiento de las medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida.
- **Tratamiento farmacológico:**
 1. **Bloqueantes de los receptores α 1-adrenérgicos** (tamsulosina): reducen los síntomas 30-40% y aumentan el Qmax hasta 25%. Mejoría a partir de la 4ª semana. Indicado para paciente con STUI moderados-graves.
 2. **Inhibidores de la 5-alfa-reductasa** (5-ARI) (finasteride): efecto clínico a partir de los 6 meses de tratamiento, disminuye el tamaño de la próstata hasta un 28%. Recomendado para pacientes con STUI moderados-graves.

3. **Inhibidores de la fosfodiesterasa 5:** el uso de este fármaco ha demostrado disminución de 6 puntos en el IPSS, en pacientes con síntomas especialmente de vaciado. Solo el tadalafilo 5 mg ha recibido la autorización de su uso en caso de STUI, con o sin disfunción eréctil.

4. **Agonistas de los receptores β_3 -adrenérgicos:** aumenta la capacidad de llenado vesical. Mirabegron ha sido el primer fármaco de esta clase. Contraindicado en pacientes con hipertensión grave no controlada.

5. **Anticolinérgicos** (fesoterodina): aumenta la capacidad funcional de la vejiga, por lo tanto, su recomendación es para STUI moderados-severos sin que haya un residuo posmiccional >150 mL.



TRATAMIENTO COMBINADO

- **Tratamiento combinado con α -bloqueantes y antimuscarínicos (tolterodina):** indicada en pacientes con síntomas moderados-graves si el alivio de los síntomas de llenado ha sido insuficiente con monoterapia. Existe un bajo riesgo de retención aguda de orina en varones con residuo posmiccional <150 mL.
- **Tratamiento combinado con α -bloqueantes y 5-ARI:** indicada en pacientes STUI de moderado a grave y un mayor riesgo de progresión de la enfermedad (por ejemplo, volumen de la próstata >40 mL).



CONCEPTOS CLAVES

- En menores de 55 años asintomáticos no recomienda la determinación del PSA.
 - En paciente entre 55 y 69 años se debe individualizar según sus factores de riesgo y clínica.
 - En un paciente con STUI se debe realizar anamnesis detallada, exploración con tacto rectal y análisis de orina.
 - Cualquier valor >4 ng/ml debe confirmarse en 4-6 semanas.
 - Si el valor del PSA entre 4-10 ng/ml determinar el cociente PSA libre/PSA total.
-

BIBLIOGRAFIA

1. https://www-uptodate-com.sangva.a17.csinet.es/contents/measurement-of-prostate-specific-antigen?search=psa&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H9
2. Criterios de derivación en HBP para AP 3.0
https://www.semg.es/images/stories/recursos/2016/vari0s/criterios_derivacion_HBP.3.0_opt.pdf
3. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI
https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Criterios_Derivacion_Manejo_Integral_paciente_con_STUI.pdf



¡GRACIAS!