

## Contribución de las autopsias para detectar la presencia de metástasis en el cáncer de próstata de bajo grado

Contribution of autopsies to detect the presence of metastases in low-grade prostate cancer

Xavier Farré Pueyo<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8702-4643>

Maria del Carmen González Rivero<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2160-3236>

Bernat-Carles Serdà Ferrer<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7363-5053>

Rafael Marcos Gragera<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9824-3657>

Rafael Fuentes Raspall<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2334-4458>

Alicia Baltasar Bagué<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3238-7866>

<sup>1</sup>Departamento de Salud, Agencia de Salud Pública de Cataluña. Lleida, Cataluña, España.

<sup>2</sup>Biblioteca Médica Nacional. La Habana, Cuba.

<sup>3</sup>Universidad de Girona. Departamento de Enfermería. Girona, Cataluña, España.

<sup>4</sup>Departamento de Salud, Instituto Catalán de Oncología, Unidad de Epidemiología y Registro del Cáncer de Girona. Instituto de Investigación Biomédica de Girona "Dr Josep Trueta". Girona, Cataluña, España.

\*Autor para la correspondencia: [xfarre@fulbrightmail.org](mailto:xfarre@fulbrightmail.org)

**Recibido:** 12/10/2022, **Aceptado:** 18/10/2022

Estimado editor:

La detección precoz del cáncer de próstata invasivo de bajo grado precisa habitualmente del cribaje para localizarlo cuando todavía es asintomático y potencialmente curable. Es en ese momento, cuando la mayoría de cánceres diagnosticados suelen tener una puntuación de Gleason de 6 (PG6), con un pronóstico excelente. En parte, esto es debido al sobrediagnóstico y sobretratamiento asociado a la

detección precoz del cáncer, que no discrimina aquellos tumores que no se manifestarían clínicamente a lo largo de la vida y permanecerían silentes sin ocasionar problemas de salud a la persona.

Esta circunstancia motivó recientemente a *Egger* y otros<sup>(1,2)</sup> a plantear la posibilidad de considerar la PG6 como no cáncer y clasificarlo como una lesión preneoplásica. Estos autores consideran que el cáncer PG6 no invade estructuras adyacentes ni produce metástasis durante muchos años. Por otra parte, también tienen en cuenta que el diagnóstico de cáncer de próstata provoca ansiedad en algunos pacientes, los cuáles pueden solicitar, independientemente de la puntuación de Gleason y de su riesgo de progresión, tratamiento activo no exento de efectos secundarios.

Esta propuesta ha sido respondida por distintos grupos de expertos.<sup>(3,4,5)</sup> El principal problema es que una biopsia de próstata únicamente analiza una pequeña porción de la próstata y la porción no biopsiada puede albergar zonas de puntuación de Gleason superior a PG6. Esta circunstancia se observa con frecuencia en los registros poblacionales de cáncer, donde es habitual encontrar un 2-8 % casos de cáncer PG6 con metástasis, debido a que la puntuación de Gleason se obtuvo de biopsias.<sup>(6,7)</sup> Sin embargo, un estudio reciente con muestras de prostatectomía radical diagnosticadas de cáncer PG6 ha obtenido resultados a favor de la indolencia de la PG6.<sup>(8)</sup>

Los protocolos de observación y vigilancia activa del cáncer de próstata de bajo grado se van actualizando y cada vez es mayor el número de pacientes que solicitan esta opción cuando está contemplada en los protocolos. Asimismo, las principales recomendaciones internacionales descartan el cribaje poblacional masivo con PSA y lo sustituyen por un cribaje selectivo en personas con alto riesgo tras una conversación entre médico y paciente, en la cuál se exponen con claridad las ventajas y los inconvenientes de la realización de la prueba de cribaje con el PSA, sin olvidar la sencillez y el bajo coste del tacto rectal utilizado como complemento de la prueba de PSA. Por otro lado, para confirmar que un cáncer de próstata es PG6, deberíamos realizar una prostatectomía radical, con lo que ya estaríamos sobretratando al paciente. En este caso, tampoco evitaríamos el sobrediagnóstico porque, en la actualidad, en la mayoría de los casos el cáncer de próstata todavía necesita de la biopsia para ser confirmado.

Actualmente, en algunos países se dispone de pruebas de imagen de resonancia magnética nuclear de alta resolución y pruebas moleculares. También existen propuestas basadas en el uso de normogramas y otras herramientas parecidas para estimar el riesgo de una persona de padecer un cáncer de próstata, pero ninguna sustituye aún a la biopsia de próstata. El coste de estas técnicas no puede ser asumido a gran escala por países de bajos ingresos. Posiblemente, en el futuro se dispondrá de herramientas de bajo costo basadas en algoritmos de inteligencia artificial, que permitirán definir con mayor exactitud si un determinado cáncer de próstata tiene potencial de progresión, metástasis y causar la muerte del paciente.<sup>(9)</sup>

Al mismo tiempo, la discriminación entre el cáncer de próstata indolente y el potencialmente letal todavía no está clara y continúa siendo objeto de intensa investigación. Hasta que no llegue este momento, el problema de saber si un cáncer PG6 es capaz de producir metástasis podría solucionarse

mediante un estudio exhaustivo de autopsias, donde se analizaría completamente la próstata obtenida de una autopsia y se examinaría detenidamente el resto del cuerpo en busca de posibles metástasis.

Cuba se encuentra en una posición privilegiada para investigar este problema, al mantener un porcentaje de autopsias cerca del 60 % de pacientes que fallecen en el hospital y un Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP) que ha permitido crear una base de datos de 140 000 autopsias.<sup>(10)</sup> En cambio, en la mayoría de países, el porcentaje de autopsias no sobrepasa el 5 % y la tendencia es a ir decreciendo. La contribución de Cuba a escala internacional para investigar este problema se vislumbra como necesaria y proporcionaría respuestas sobre un problema que todavía no se puede resolver mediante el uso de aplicaciones médicas novedosas.

## Referencias bibliográficas

1. Eggener SE, Berlin A, Vickers AJ, Paner GP, Wolinsky H, Cooperberg MR. Low-grade prostate cancer: time to stop calling it cancer. *J Clin Oncol.* 2022;40(27):3110-3114. DOI: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.22.00123>
2. Labbate CV, Paner GP, Eggener SE. Should Grade Group 1 (GG1) be called cancer? *World J Urol.* 2022;40(1):15-19. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00345-020-03583-4>
3. Epstein JI, Kibel AS. Renaming Gleason score 6 prostate to noncancer: A flawed idea scientifically and for patient care. *J Clin Oncol.* 2022;40(27):3106-3109. DOI: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.22.00926>
4. Iczkowski KA, Molina M, Egevad L, Bostwick DG, van Leenders GLJLH, La Rosa FG, et al. Low-grade prostate cancer should still be labeled cancer. *BJU Int.* 2022. DOI: <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bju.15886>
5. Netto GJ, Amin MB, Compérat EM, Gill AJ, Hartmann A, Moch H, et al. Prostate Adenocarcinoma Grade Group 1: Rationale for Retaining a Cancer Label in the 2022 World Health Organization Classification. *Eur Urol.* 2022;S0302-2838(22)02644-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2022.09.015>
6. Alam MU, Kumar J, Norez D, Woolfe J, Tanneru K, Jazayeri SB, et al. Natural history, and impact of surgery and radiation on survival outcomes of men diagnosed with low-grade prostate cancer at  $\leq 55$  years of age: a 25-year follow-up of  $> 60,000$  men. *Int Urol Nephrol.* 2022; 29 de septiembre. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03363-6>
7. Thomsen FB, Westerberg M, Garmo H, Robinson D, Holmberg L, Ulmert HD, et al. Prediction of metastatic prostate cancer by prostate-specific antigen in combination with T stage and Gleason grade: nationwide, population-based register study. *PLoS One.* 2020;15(1):e0228447. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228447>
8. Le Bihan E, Derman J, Salomon L, De La Taille A, Irani J, Lebacle C. Radical prostatectomy in patients with Gleason 6 (ISUP 1) prostate cancer: 10-year follow up. *Prog Urol.* 2022;32(2):108-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.purol.2021.10.008>

9. Naik N, Tokas T, Shetty DK, Hameed BMZ, Shastri S, Shah MJ, *et al.* Role of Deep Learning in Prostate Cancer Management: Past, Present and Future Based on a Comprehensive Literature Review. J Clin Med. 2022;11(13):3575. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11133575>
10. Hurtado de Mendoza Amat JD, Montero González TJ. El diagnóstico correcto de las causas de muerte ayuda a salvar vidas. Revista Cubana de Medicina Militar. 2020 [acceso 12/10/2022];49(4):e0200629. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/629>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.