

**MARCADORES TUMORAIS****Próstata e Bexiga****Parte III**

**Próstata** - O câncer de próstata possui elevada incidência em homens e o PSA é o marcador de escolha. Porém, apesar de 1 em cada 6 homens (16,7%) receber um diagnóstico de câncer de próstata em sua vida, apenas 2,9% vão, eventualmente, morrer da doença. À luz das evidências atuais, a tomada de decisões sobre a triagem para o câncer de próstata é uma questão complexa. Os valores de corte mais utilizados são 2,5ng/mL e 4,0 ng/mL. Habitualmente associa-se a determinação do PSA ao toque retal, bem como a determinação da relação PSA livre/PSA total para aumentar a especificidade nas determinações com valores acima da referência.

Todas as orientações científicas reconhecem que os benefícios da triagem com o teste de PSA deverão ser pesados contra os riscos, como um falso-positivo na proporção de até 70% para os níveis de PSA superiores a 4,0 ng/mL, e os danos associados ao tratamento de homens com câncer que não se tornaria clinicamente evidente durante a sua vida. Resultados alterados podem decorrer do preparo inadequado, associação com prostatite ou hiperplasia benigna da próstata.

Os dados do estudo PIVOT (Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial) mostraram o pequeno benefício potencial da triagem do câncer da próstata corresponde a prevenir, no máximo, uma morte por 1000 homens após 11 anos de acompanhamento. Além disso, homens que fizeram prostatectomia radical tiveram um aumento em 11% do risco para incontinência urinária e de 37% para disfunção erétil. No entanto, na análise de um subgrupo de homens com níveis de PSA acima de 10 ng/mL observou-se uma redução de 13,2% em todas as causas de mortalidade.

O critério de consenso sobre a utilização do PSA é o monitoramento após retirada da próstata para detectar recidivas ou persistência da patologia.

A conclusão da diretriz brasileira do INCA<sup>1</sup> afirma que, “por não haver, até o momento, evidências científicas de que o rastreamento do câncer de próstata possa produzir mais benefícios que dano, o Instituto Nacional de Câncer recomenda que não se organizem ações de rastreamento para o câncer da próstata e que homens que demandem espontaneamente a realização de exames de triagem, sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática”

Considerando-se o Colégio Americano de Clínica Médica em recente artigo publicado no periódico *Annals of Internal Medicine*<sup>2</sup>, as principais recomendações, além da mesma orientação do INCA, são:

Não realizar a triagem do câncer de próstata utilizando o PSA em homens de risco médio, com idade inferior a 50 anos, idade acima de 69 anos, ou homens com expectativa de vida menor que 10 a 15 anos.

Informar aos homens com idade entre 50 e 69 anos sobre o potencial limitado de benefícios e os riscos substanciais de triagem do câncer de próstata.

Realizar o PSA em idade mais precoce (49 ou menos) nos homens que estão em risco aumentado para câncer de próstata (afro-americano ou parente de primeiro grau diagnosticado com câncer de próstata antes dos 65 anos).

Os níveis de PSA de 2,5 ng/mL ou maior podem justificar avaliação anual.

**Bexiga** - O câncer de bexiga é um dos tumores mais freqüentes no sexo masculino e aumenta com a idade. Durante décadas, a cistoscopia com a adição de citologia urinária tem sido o padrão ouro na detecção e vigilância de câncer de bexiga. Marcadores urinários representam um desafio promissor para o diagnóstico e acompanhamento do câncer de bexiga, porém a triagem geral não é recomendada atualmente.

Alguns desses marcadores utilizados na prática incluem o BTA, a proteína NMP22 e as alterações cromossômicas.

Teste	Marcador Detectado
BTA	Fator de complemento relacionado a proteína H e complemento Fator H
NMP22	Proteína do aparelho mitótico nuclear
FISH- Hibridização fluorescente in situ	Alterações nos cromossomos 3,7,17 e gp21

O antígeno tumoral da bexiga (BTA) é uma proteína expressa por várias células tumorais, mas por poucas células normais. Essas moléculas são liberadas na urina durante o desenvolvimento de tumores uroteliais da bexiga. Os resultados falso positivos podem estar associados a litíase urinária, processos irritativos da bexiga e sonda vesical de demora. Sua sensibilidade varia de 32% a 100% e a especificidade de 40% a 96%. Possui baixo valor preditivo positivo e não é indicado para triagem populacional.

O NMP22 é bastante prevalente em células uroteliais malignas. Devido ao fato desta proteína ser liberada a partir da morte celular por necrose ou apoptose, muitas condições benignas do trato urinário contribuem para uma elevada taxa de falso-positivo, como por exemplo, a infecção urinária.

O teste de FISH parece ser mais sensível, porém menos específico do que a citologia urinária em todos os tipos de tumores.

A utilização de marcadores moleculares no acompanhamento de pacientes com NMIBC (câncer de bexiga sem invasão muscular) não é recomendada.<sup>3</sup>

Lucimar G. de Souza Assunção  
Assessoria científica

**Referências Bibliográficas:**

1. [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz\\_rastreamento\\_prostata.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf)
2. *Ann Intern Med.* 2013; 158:761-769
3. *Urinary markers for bladder cancer F1000Prime Reports.* 2013; 5()