

El tamizaje con antígeno prostático específico probablemente reduce la mortalidad por cáncer de próstata, pero con un beneficio absoluto modesto y un aumento sustancial de los diagnósticos

Karin Kopitowski

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires; Unidad Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Revisión sistemática

Comentado de

Franco JVA, Hwang EC, Jung JH, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2026 May 15;5(5):CD004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub4. PMID:42134821¹

Resumen estructurado

Objetivo

Evaluar los efectos del tamizaje basado en el test de antígeno prostático específico (del inglés *prostatic specific antigen*: PSA) para el cáncer de próstata sobre la mortalidad —específica por cáncer de próstata (CP) y por todas las causas— y sobre los efectos adversos en varones asintomáticos.

Diseño

Revisión sistemática y metanálisis (actualización de la revisión Cochrane de 2013).

Fuente de datos

Búsquedas en las bases de datos de la Biblioteca Cochrane (CENTRAL), MEDLINE y Embase, complementadas con registros de ensayos clínicos y la revisión de listas de referencias.

Selección de estudios

Fueron incluidos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que compararon el tamizaje basado en PSA —solo o combinado con tacto rectal— frente a la ausencia de tamizaje organizado o a la atención habitual, en varones asintomáticos. Se identificaron seis ECA que incluyeron un total de 789.086 varones de 45 a 80 años de edad procedentes de Europa y Norteamérica. Los estudios CAP (Reino Unido), PLCO (Estados Unidos) y ERSPC (Europa) aportaron la mayor parte de los participantes (cerca del 85%).

Extracción de datos

Dos revisores realizaron la selección y la extracción de datos de forma independiente. Fueron desenlaces primarios la mortalidad por CP y la mortalidad por todas las causas. Fueron desenlaces secundarios la incidencia de cáncer metastásico, el diagnóstico de CP (y de cáncer localizado), el sobrediagnóstico, los eventos adversos graves y la calidad de vida. El riesgo de sesgo se evaluó con la herramienta Cochrane y la certeza de la evidencia, con el enfoque GRADE.

Resultados principales

Los resultados, cuya evidencia de mayor certeza está respaldada por el ensayo ERSPC (162.236 participantes y hasta 23 años de seguimiento), se describen en la tabla 1.

El tamizaje con PSA probablemente reduce la mortalidad por CP. La reducción observada fue de 13% (RR 0,87; IC 95 % 0,80 a 0,95), lo que supone, con una certeza moderada, alrededor de dos muertes menos por cada mil varones tamizados (de 16/1.000 a 14/1.000). Si bien sucedió a costa de una incidencia mínimamente menor, el subgrupo tamizado redujo en un 35 % el riesgo de CP metastásico al diagnóstico (certeza baja). Quienes realizaron tamizaje presentaron un aumento del 30 % en los diagnósticos de CP (certeza moderada), en su mayoría tumores localizados.

Desenlaces	Efecto relativo(IC 95%)	Efecto absoluto/1000 varones tamizados	Participantes(nro de ECA)	Certeza(GRADE)
Mortalidad por cáncer de próstata ^a	RR 0,87 (0,80 a 0,95)	-2/1000	162.236 (1)	●●●○ Moderada
Diagnóstico de cáncer de próstata ^a	RR 1,30 (1,27 a 1,34)	+36/1000	162.241 (1)	●●●○ Moderada
Cáncer metastásico al diagnósticoERSPC ^a	RR 0,65 (0,59 a 0,71)	-5/1000	162.236 (1)	●●○○ Baja
Mortalidad por cáncer de próstata (análisis principal) ^b	RR 0,91 (0,85 a 0,99)	-1/1000	721.607 (5)	●●○○ Baja
Mortalidad por todas las causas ^b	RR 0,99 (0,97 a 1,00)	Sin diferencia clara	675.121 (4)	●●○○ Baja

Table 1. Resumen de los hallazgos del tamizaje con antígeno prostático específico frente a no tamizaje para el cáncer de próstata. Notas: ^aResultados correspondientes al ensayo ERSPC, con hasta 23 años de seguimiento. ^bResultados correspondientes al metanálisis principal (721.607 participantes con seguimiento variable). Abreviaturas: ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: intervalo de confianza; RR: riesgo relativo.

Respecto del metanálisis de cinco estudios (721.607 participantes), el efecto observado en el análisis principal fue pequeño y de baja certeza. El tamizaje no redujo de manera clara la mortalidad por todas las causas. No se observó un aumento ni una reducción claros de los eventos adversos graves (certeza baja debido a un reporte limitado). La calidad de vida no difirió de manera sustancial entre los grupos. Por último, los resultados de un estudio que había evaluado una estrategia más reciente que combina PSA con marcadores de calicreína y resonancia magnética resultaron preliminares e insuficientes para evaluar la mortalidad o los desenlaces a largo plazo.

Conclusiones

El tamizaje con PSA probablemente reduce la mortalidad por CP en varones con expectativa de vida suficiente, aunque el beneficio absoluto es modesto (alrededor de 2 muertes menos por cada mil personas tamizadas durante 23 años) y no se traduce en una reducción clara de la mortalidad global. Aumenta el número de diagnósticos —en su mayoría de CP localizado de bajo grado—, por lo que el sobrediagnóstico y el sobretratamiento siguen siendo los principales daños. Los resultados no constituyen un aval para el tamizaje universal. La decisión debe tomarse de forma compartida e informada, sopesando los beneficios y los riesgos.

Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Sin financiamiento específico. Sin conflictos declarados. Varios autores son editores de Cochrane Urology y fueron excluidos del proceso editorial de esta revisión.

Comentario

Conviene subrayar que el origen de la estimación más favorable que comunica esta revisión —dos muertes menos por cada mil varones tamizados durante 23 años— proviene de un análisis de sensibilidad restringido al ensayo ERSPC, no del análisis primario, cuyo efecto es menor y de menor certeza¹. Por otro lado, el cálculo de la mortalidad específica por CP depende, además, de la certificación de la causa de muerte, que es vulnerable al sesgo de atribución en un grupo en el que probablemente muchos más varones cargan con el diagnóstico de CP que los que realmente fallecen por esa causa. Entonces, la falta de efecto sobre la mortalidad global recuerda que el tamizaje no prolonga la vida de manera demostrable². Entre las repercusiones que tuvo este artículo, destacamos que durante el mismo mes en que fue publicado, y a partir de una evaluación independiente, el Comité Nacional de Cribado del Reino Unido reafirmó que no recomienda el rastreo poblacional de CP y aprobó solo un programa dirigido a portadores de del gen BRCA2 con antecedentes familiares, a la espera de una prueba más precisa que el PSA aislado³. Las autoridades gubernamentales de Brasil recomiendan expresamente no realizar el rastreo poblacional y orientan a discutir los riesgos y beneficios con quienes soliciten a su médico realizar dicha práctica⁴. Las de México mantienen desde 2017 una norma vinculante que indica tamizar a todos los varones a partir de los 45 años⁵. Sin embargo, suele predominar que el PSA se solicite de manera oportunista, sin conversación previa ni límite de edad. Los ensayos revisados en la revisión sistemática que acabamos de resumir habían evaluado la invitación a un programa organizado, con umbrales y circuitos definidos para la atención posterior de los pacientes con resultados positivos, lo cual no suele estar garantizado en algunos contextos de la práctica clínica real¹. Consideramos que la principal implicancia práctica de este tipo de evidencia se da luego del resultado del tamizaje en un paciente en particular y no se limita a la decisión de ofrecerlo o no. Por lo tanto, sólo deberíamos realizarlo si existe infraestructura para asesorar al paciente respecto de los hallazgos obtenidos, para derivarlo y para tratarlo y/o mantener una conducta expectante en un marco de supervisión de su evolución³. Sabemos que la disponibilidad de este tipo de circuito varía ampliamente en nuestra región.

Conclusiones de la comentadora

El tamizaje con PSA ofrece un beneficio real, aunque pequeño, tardío y que logra expresarse a nivel poblacional, mientras que los daños de ponerlo en práctica suceden en el corto plazo y tienen repercusión individual. Una primera reflexión es que, dada la complejidad de la problemática, resulta difícilmente justificable solicitar el PSA de forma rutinaria y sin una conversación previa. Por otro lado, el valor de implementar esta estrategia depende menos de la prueba diagnóstica inicial (PSA) y mucho más de la accesibilidad a un sistema de cuidados que debería activarse ante un eventual resultado positivo. Puede ser una opción razonable para varones informados de 50 a 65 años que tienen la posibilidad de realizar posteriormente estudios de imagen, cirugías, radioterapia, tratamientos hormonales y/o vigilancia activa. Por el contrario, en contextos en los que la accesibilidad a estos cuidados es limitada, conviene actuar con mayor cautela.

Declaración de uso de inteligencia artificial

Se utilizó inteligencia artificial generativa únicamente como asistencia para la redacción y edición del texto. La autora es plenamente responsable de la revisión, interpretación de la evidencia y contenido final del manuscrito.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. La autora declara no tener conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. Franco JVA, Hwang EC, Jung JH, et al. Prostate-specific antigen (PSA) test for prostate cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2026 [cited 2026 jul 27];5(5):CD004720. doi: [10.1002/14651858.CD004720.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004720.pub4) PMID: [42134821](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42134821/)
2. Black WC, Haggstrom DA, Welch HG. All-cause mortality in randomized trials of cancer screening. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2002 [cited 2026 jul 27];94(3):167-73. doi: [10.1093/jnci/94.3.167](https://doi.org/10.1093/jnci/94.3.167) PMID: [11830606](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11830606/)
3. UK National Screening Committee. Prostate cancer screening recommendation [Internet]. Reino Unido; mayo de 2026. Available from: <https://view-health-screening-recommendations.service.gov.uk/prostate-cancer/>
4. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Nota Técnica: recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata [Internet]. Brasil; 2023 [cited 2026 jul 27]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-recomendacao-pelo-nao-rastreamento-populacional-do-cancer-de>
5. Balandrán-Duarte DA, Mújica ÓJ, Narro-Robles JR, et al. Desigualdad social en México en el uso de servicios de tamizaje en adultos: un análisis de las encuestas nacionales de salud 2006 y 2012 [Social inequality in the use of screening tests in Mexico: an analysis of the national health surveys 2006 and 2012]. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020 [cited 2026 jul 27];62(5):511-520. Spanish. doi: [10.21149/10413](https://doi.org/10.21149/10413) PMID: [32697902](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32697902/)

Imagen de portada

Ilustración del Comité Editorial de Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria, generada con inteligencia artificial (Gemini, Google 2026). Representa en forma esquemática el balance riesgo-beneficio en el tamizaje de PSA. La balanza ilustra la tensión entre las vidas salvadas y la acumulación de sobrediagnósticos; el reloj representa el seguimiento a largo plazo necesario para evidenciar su eficacia, y el diálogo clínico subraya el rol fundamental de la toma de decisiones compartida. La imagen fue creada exclusivamente con fines ilustrativos para acompañar el artículo y no representa productos reales.