

UM POUCO MAIS DE CONHECIMENTO SOBRE O ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

Valter Nilton Felix

O antígeno prostático específico ou PSA é glicoproteína com peso molecular de 34 kDa tida como marcador tumoral ideal, para diagnóstico e controle da evolução do câncer de próstata.

Normalmente têm-se níveis de PSA abaixo de 2,5 ng/mL no sangue. Elevações são habitualmente observadas nas prostatites e na hiperplasia benigna da próstata, sendo mais expressivas no câncer da glândula, o que, em conjunto com alterações detectadas no toque retal, embasa programas de saúde pública de rastreamento da doença.

Terapias hormonal, quimioterápica, radioterápica e cirúrgica têm também no PSA elemento de valor no controle evolutivo do sucesso ou recidiva, do aparecimento ou recrudescimento de metástases.

No entanto, há situações de fuga do convencional e o médico deve dominá-las para evitar desídia diagnóstica tanto quanto alarmes desnecessários, gastos excessivos e condutas impróprias.

Há que considerar-se quatro resultados possíveis para um teste de PSA:

- 1. O valor de PSA é normal e não está presente o câncer da próstata (verdadeiro negativo)*
- 2. O valor de PSA é elevado e está presente o câncer da próstata (verdadeiro positivo)*
- 3. O valor de PSA é elevado e não está presente o câncer da próstata (falso positivo)*
- 4. O valor de PSA é normal e está presente o câncer da próstata (falso negativo)*

A clínica, outros exames de laboratório, radiografias e ultrassom, ou mesmo cistoscopia, são extremamente valiosos para dirimir várias dúvidas, antes de serem indicadas biópsias prostáticas, pois falsos positivos (cerca de 70% dos casos) podem levar a procedimentos médicos com riscos potenciais e

custos financeiros significativos e criar ansiedade no paciente e na sua família. De fato, as biópsias prostáticas podem ter efeitos secundários indesejáveis, incluindo hemorragias e infecções

Detalhes tornam-se cada vez mais importantes. Assim, aumento brusco de PSA levanta suspeitas de câncer, mas como os níveis de PSA aumentam naturalmente à medida que o homem envelhece, já foi proposto que os valores dados como normais sejam ajustados à idade:

PSA TOTAL	0,10 a 2,50 ng/mL
PSA TOTAL pós prostatectomia	até 0,10 ng/mL
Obs.	resultados de PSA total entre 2,51 a 15,00 ng/mL recomendam a determinação do PSA livre e o cálculo da relação PSA livre/PSA total
Até 53 anos	até 1,00 ng/mL
54 a 71 anos	1,01 a 2,00 ng/mL
72 a 82 anos	2,01 a 3,00 ng/mL
83 a 90 anos	3,01 a 4,00 ng/mL
91 a 96 anos	4,01 a 5,00 ng/mL
97 a 100 anos	5,01 a 5,60 ng/mL

Valor elevado de PSA pode ser menos relevante se a próstata apresenta grande tamanho. Considere-se ainda que há maior concentração relativa de PSA livre no soro quando se trata de afecção benigna da próstata. Assim:

$$tPSA = fPSA + cPSA$$

tPSA = PSA total imunologicamente detectável em ng/mL

fPSA = PSA livre ou free PSA em ng/mL

cPSA = PSA complexado em ng/mL (PSA-ACT)

A meia-vida ($t_{\frac{1}{2}}$) biológica do PSA é de 52,8 horas. Para o controle pós-terapêutico ainda há o PSA ULTRA-SENSÍVEL EQUIMOLAR, um kit da PerkinElmer® registrado sob o nome de autoDELFIATM ou

DELFLIA®ProStatus™PSA EQM. Dosa PSA total e apresenta sensibilidade analítica de 0,05 a 500,00 ng/mL sem necessitar de diluição.

Tem-se ainda que o PSA - alfa-1 antiqumiotripsina é imuno-detectável, o que não ocorre com as frações PSA - alfa-1 antitripsina (PSA-A1A), PSA - inibidor da proteína C (PSA-PCI) e PSA - alfa-2 macroglobulina (PSA-MG).

Podem comprometer a dosagem: fibrina, amostra turva, grande hemólise ou lipemia, anticorpos heterofílicos ou contra algum componente do ensaio, além de descongelamentos repetidos e medicamentos como acetato de ciproterona e difosfato de dietilestilbestrol.

Mais importante é considerar aumento do nível sérico de PSA em caso de prostatite aguda, obstipação intestinal, massagem prostática, biópsia, US transretal, retenção urinária. Nestes casos, deve-se aguardar ao menos 6 semanas para fazer dosagem confiável. Depois de prática de ciclismo, toque retal e relações sexuais três dias são suficientes.

Mais interessante é que o PSA está aumentado em mulheres, durante a gravidez. Teores elevados são encontrados no líquido amniótico e alteram-se com a idade gestacional. Em mulheres sãs, os níveis de PSA variam durante o ciclo menstrual e são mais relevantes em mulheres com excesso de andrógenos, em alguns casos de cânceres ginecológicos e mamários associados à expressão dos receptores de estradiol e progesterona, taxas elevadas correspondendo a prognóstico mais favorável do câncer de mama.

Portanto, modernamente tem-se que o PSA não é absolutamente específico de tecido prostático, pois estudos imuno-histoquímicos demonstraram a presença de PSA em outros tecidos, tais como glândulas periuretrais, mamárias, salivares, pancreáticas e secreções corporais como leite, líquido amniótico e urina.

Recentemente, constatei PSA 85 ng/mL em paciente que convalescia de parotidite por cálculo, decrescendo a 62 depois de um mês e normalizando-se depois de mais dois meses.

O médico deve sempre estar atento a novos conhecimentos para apurada prática clínica.