

El tamizaje del cáncer de mama y sus potenciales daños

Hemos leído con sumo interés el editorial de la Dra. Lüthy¹ en el que hace referencia a conceptos sobre los cuales creemos oportuno realizar algunas aclaraciones.

Recientemente aparecieron publicaciones que han puesto el acento en los daños que acarrea el tamizaje de cáncer de mama. De ninguna manera esto implica ir en contra de la medicina preventiva como señala el editorial, sino todo lo contrario. La medicina preventiva debe velar por el principio de no dañar, esto es crucial cuando la idea es pesquisar enfermedades en personas asintomáticas.

La autora se pregunta: “¿No veremos aumentar nuevamente las tasas de mortalidad que se mantenían constantes, aunque la incidencia seguía incrementándose?” El aumento de incidencia de una enfermedad sin la consecuente disminución proporcional de la mortalidad es evidencia de sobrediagnóstico. Si bien en el mundo la mortalidad por cáncer de mama ha descendido, se considera que la reducción más importante se debe al avance en los tratamientos².

El editorial menciona la disminución de riesgos relativos de mortalidad por cáncer de mama en poblaciones con y sin rastreo. Es importante prestar atención a los números en términos absolutos para tener una mejor idea del impacto de cualquier intervención. En la revisión de la *US Prevention Services Task Force*, el número de muertes que se previnieron realizando tamizaje mamográfico a 10 000 mujeres durante 10 años fue 2.9 (0.6-9.9) en el grupo de 39 a 49 años, 7.7 (1.6-17.2) en el de 50 a 59 años, 21.3 (10.7-31.7) en el de 60 a 69 años y 12.5 (17.2-32.1) en el de 70 a 74 años. Al analizar en forma conjunta las mujeres de 50 a 69 años, se observó que se previnieron 12.5 muertes (5.9-19.5)³. Según Pace y col., por cada 10 000 mujeres que se realizaron mamografías regularmente por 10 años, se salvaron 5 vidas en el grupo de 40 a 49 años, 10 en el de 50 a 59 años y 42 en el de 60 a 69 años⁴.

La autora pregunta: “¿No es más conveniente para la salud de las pacientes la biopsia y/o la resección quirúrgica de tumores que quizás nunca llegarían a crecer, que encontrar esos mismos tumores en un estadio más avanzado y que ya metastatizaron?” La respuesta es que, si los tumores hallados no estuvieran destinados a crecer, sería imposible encontrarlos avanzados y con metástasis. Justamente, la preocupación del sobrediagnóstico es que son cánceres (verdaderos positivos histológicos) que nunca progresarán. Las mujeres que

padecen estas situaciones no están identificadas. Todo lo que sabemos del sobrediagnóstico es por lo que se observa poblacionalmente.

En el artículo se minimizan los efectos adversos de los tratamientos y del diagnóstico de cáncer. Una excelente taxonomía de los daños del tamizaje pone el acento en cuatro tipos de daño: físicos –que incluyen el malestar–, psicológicos –como ansiedad y depresión desencadenados por el rastreo–, económicos –eventual consecuencia de un diagnóstico de cáncer que nunca hubiera evolucionado (preexistencias en seguros o medicina prepaga, imposibilidad de acceder a un crédito)–, y desvío de recursos hacia la cascada diagnóstica y el abordaje de un cáncer de mama indolente⁵.

Debemos ser extremadamente cautelosos al proponer como rastreo una tecnología (en este caso ecografía, pero podría ser tomosíntesis o resonancia magnética) que no haya demostrado disminución de la mortalidad específica en ensayos clínicos. Hasta la fecha, la única tecnología evaluada es la mamografía y, así y todo, nos encontramos en este debate acerca del beneficio neto de su uso en diferentes edades.

Recomendamos prudencia a la hora de extender el tamizaje hacia edades más jóvenes o mayores. Extender el rastreo más allá de los 70 años ha mostrado aumentar significativamente la incidencia de cáncer de mama temprano que puede tener un efecto nocivo en la mujer mayor. Cualquier corrimiento en las edades puede poner la ecuación beneficios/daños en un punto desfavorable⁶, estas decisiones deberían basarse en resultados de ensayos clínicos.

Por último, en la mayoría de las guías sobre tamizaje se recomienda considerar los valores y preferencias de las mujeres a la hora de proponerles realizar una mamografía (o cualquier otra prueba). De manera incipiente, un número cada vez mayor de países informa sobre beneficios y daños del rastreo para que cada mujer pueda decidir qué es lo adecuado para ella³. Las guías no deberían ser mandatos sino mostrar claramente las opciones. Y debemos ser transparentes reconociendo que la incertidumbre existe y no negarla con propuestas que no se sustenten en la mejor evidencia científica disponible.

Karin Kopitowski¹, Hugo N. Catalano²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires,

²Servicio de Clínica Médica, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

e-mail: hugoncatalano@gmail.com

1. Lüthy, IA. Tamizaje del cáncer de mama. Certezas y controversias. *Medicina (B Aires)* 2017; 77: 437-9.
2. Autier P, Boniol M, Koechlin A, Pizot C, Boniol M. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. *BMJ* 2017; 359: j5224.
3. Nelson H, Tyne K, Naik A, et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 151: 727-37.
4. Pace L, Keating N. A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA* 2014; 311: 1327-35.
5. Harris RP, Sheridan SL, Lewis CL, et al. The harms of screening: a proposed taxonomy and application to lung cancer screening. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 281-5.
6. De Glas NA, de Craen AJ, Bastiaannet E, et al. Effect of implementation of the mass breast cancer screening programme in older women in the Netherlands: population based study. *BMJ* 2014; 349: g5410.