

Réplica

Sr. Director de *Radiología*:

Nuestra intención al publicar el artículo «*¿Está justificado el cribado mamográfico?*» fue motivar un debate de carácter científico sobre una cuestión delicada y con gran repercusión social. Lejos de nuestro ánimo estaba herir sensibilidades o defender intereses particulares. Lamentamos por ello el tono del comentario al que debemos responder; y, aunque en el mismo se hacen valoraciones sobre nuestras personas y nuestra capacidad profesional, sólo trataremos de los aspectos científicos que contiene para reconducir la discusión al ámbito del que nunca tendría que haber salido.

Se afirma que los beneficios de los programas de cribado «...apenas han sido abordados por los autores...». Esto no responde a la realidad. Se dedica un apartado completo con gran número de citas a estos beneficios (78 líneas); y de no ser por el cálculo detallado del coste radiológico, el espacio dedicado a los beneficios sería mayor que el dedicado a los costes (70 líneas). El resultado de nuestras estimaciones es 1 cáncer inducido frente a 50 detectados, lo cual, de no existir subgrupos de mujeres para las cuales no puede aplicarse, sería un argumento a favor (no definitivo) de los programas de cribado.

Se dice que «*afirmar que las 3/4 partes de carcinomas intraductales detectados no hubiesen progresado hasta carcinomas invasivos denota una falta de rigor científico...*». Esta aseveración no se rebate empleando datos objetivos. Una consulta a nuestros colegas oncólogos y una visita a la hemeroteca fue suficiente para obtener este dato. Además del artículo ya citado, puede consultarse a Bodian² y verificar que la estimación de los carcinomas ductales *in situ* que pueden progresar a invasivos en 16-18 años es de un 25%.

Como refutación de nuestras tesis, se cita una tabla aparecida en un artículo reciente¹; sin embargo, esos datos avalan nuestras conclusiones: si tomamos el valor medio del número de cánceres inducidos en mujeres de entre 50 y 64 años por una dosis de 1 mGy, resulta un valor de 11,4 cánceres por millón. Si tenemos en cuenta la dosis por placa utilizada en nuestro trabajo (1,6 mGy) y la realización de 4 placas, resultan 7,3 cánceres por 100.000 mujeres. Además, en nuestro artículo se menciona explícitamente que la tasa de inducción es dependiente de la edad en el momento de la exposición: como expresa la ecuación² y los comentarios previos y posteriores.

Los datos publicados por la OMS no apoyan la coincidencia entre la reducción de la mortalidad por cáncer de mama y la implantación de los programas de cribado. Puede observarse una disminución reciente en la mortalidad por cáncer de mama en algunos países, si bien ni todos ellos tienen programas de cribado ni esta reducción aparece en todos los que los tienen (por ejemplo, Australia). Además, la reducción es en algunos casos igual o menor que la mostrada por otros tipos de cáncer, y el conjunto

de factores que la producen (las mejoras terapéuticas entre ellos) son todavía tema de estudio^{3,4}.

En la comparación con la TC de tórax podría invertirse la pregunta: dada la gran eficacia diagnóstica de la TC, ¿por qué no se realizan programas de cribado con esta herramienta? La dosis individual no es la magnitud de interés en la evaluación del riesgo radiológico, sino la dosis colectiva. La mamografía implica bajas dosis (no tan bajas como sería deseable, en especial para algunos grupos de mujeres) pero el cribado afecta a una enorme cantidad de personas, lo que resulta en una gran dosis colectiva. Comparar la realización de una TC *justificada* por el radiólogo para un paciente en particular, con la puesta en marcha de un programa de cribado cuya *justificación* se discute, es una mala interpretación de los principios de la Protección Radiológica.

Los ensayos clínicos deben orientarse para demostrar la eficacia de los procedimientos médicos, lo contrario nos llevaría a ejemplos ridículos; es preciso tener datos previos sobre la utilidad de una técnica antes de proceder a su aplicación y estudio. Este es uno de los aspectos más críticos del cribado: su implantación con carácter experimental supone, de hecho, una implantación de carácter rutinario y generalizado.

En ningún momento hemos permitido que «...disuadan a las mujeres para que no se realicen un test que puede salvarles la vida», en particular cuando hemos aconsejado a familiares, amigas y compañeras de trabajo que nos han preguntado al respecto. Al contrario, hemos defendido las tesis que mantienen las autoridades sanitarias. Creemos que el debate científico, si es serio, tiene que desarrollarse en los foros adecuados, evitando confundir a la población.

Sobre la ortodoxia como valor «en sí», bastaría recordar el abultado historial de «ortodoxos errores» que pueblan todos los campos científicos. Es por eso de enorme utilidad una herramienta como la Medicina Basada en la Evidencia. Los recursos sanitarios no son ilimitados y es preciso preguntarse por su destino; en el caso del cáncer de mama puede ser mejor destino invertir en la investigación básica y la mejora de los métodos de tratamiento: esta es la cuestión que urge dilucidar.

Esperamos que existan mejores argumentos a favor del cribado mamográfico, pues nada deseáramos más que disponer de una herramienta eficaz para mejorar el pronóstico de una enfermedad que a nadie puede resultar ajena, y que amenaza la felicidad de tantas personas y sus familias. Creemos que para lograr esto hay que adoptar una actitud más desinteresada y objetiva que la expresada en la carta del Dr. Iríbar.

1. Law J, Faulkner K. Br J Radiol 2001;74:1121-7.
2. Bodian CA. Epidemiologic Reviews 1993;15:177-87.
3. www-depdb.iarc.fr/who/ menu.htm
4. Olsen O, Götzsche PC. Cochrane Review, Issue 3, 2002.

D. Guirado, M. Vilches.