

ORIGINALES

Importancia del cribado del cáncer de mama en nuestro hospital

P.A. Doblás, L. Alonso, M.A. Barber, J.V. Hijano, J. Eguiluz, M. Suárez, I. Narbona, E. Valdivia de Dios, G. Pérez-Pérez y F. de los Santos

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. España.

SUMMARY

Breast cancer is an important public health problem at the present time. There are multiple causing factors, and many are under discussion. It is fundamental that patients are aware of the importance of a screening test for early detection and a more effective treatment of this pathology. We are now seeing this type of cancer in younger patients for which, in the future, it may be necessary to widen the screening limits.

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que en el cáncer de mama son impresionantes la detección y el diagnóstico precoces. Una prueba de cribado del cáncer de mama es válida si es segura y puede detectar el cáncer de mama en un estadio más temprano que otros métodos. Debe de ser fácil de llevar a cabo, de coste razonable y de un valor predictivo positivo aceptable. En nuestro estudio recogemos los datos reflejados en la primera ronda del cribado mamográfico en nuestro medio, con la intención de hacer constar el impacto que en realidad produce en el pronóstico y el posterior tratamiento de la enfermedad.

El cáncer de mama reúne las características necesarias para ser considerado un problema de salud pública prioritario. No sólo es la neoplasia más frecuente en la mujer, sino que además es la que más muertes produce.

El cribado utilizado como término médico, se refiere a la detección precoz de enfermedades. El cribado del cáncer de mama consiste en detectar, mediante procedimientos de selección (examen físico, autoexploración, mamografías) aplicados a una población

aparentemente sana, el cáncer de mama no conocido por la mujer, y en estadio tan temprano que con los tratamientos actuales se consiga un aumento significativo de la supervivencia o la curación en un alto porcentaje de casos^{1,2}. Es importante señalar que antes de su puesta en marcha se debe haber demostrado que el programa es aceptado por la población y que es eficaz y efectivo en la reducción de la mortalidad del cáncer objeto de la intervención, y los individuos considerados positivos tras el cribado han de ser objeto de nuevas exploraciones, con el fin de confirmar el diagnóstico y, si procede, someterlos a tratamiento.

Teniendo en cuenta únicamente el sexo, el riesgo de cáncer de mama de una mujer está entre el 5 y el 6%. Sigue sin estar clara la etiología del cáncer de mama, y en el momento actual es imposible predecir quién contraerá un cáncer. Hay factores que influyen, pero ninguna mujer está protegida y todas tienen un cierto grado de riesgo.

Se supone que el origen es multifactorial, existe una lista de factores de riesgo, pero hay pocos que tengan un verdadero valor. Por un lado, tenemos el factor hereditario; por otro, podríamos resumir cuatro: pacientes con BRCA positivo; aquellas que tienen dos o más familiares de primer grado con cáncer de mama; mujeres con riesgo histológico y una hiperplasia atípica o carcinoma lobulillar *in situ*, y las que han sido operadas de un cáncer invasor.

A estos factores se suma otro: la edad; antes se daba más importancia al período 50-55 años, pero actualmente hemos bajado un poco esta frontera. Cuando exploramos a una mujer con 40-45 años, hemos de considerar que puede tener un cáncer y que éste puede ser detectado sin palparlo. Estamos observando que éste aparece más en edades tempranas por dos motivos: se diagnostican antes y porque parece ser que realmente se dan con más frecuencia en mujeres jóvenes. En mujeres de 40 años de edad ya diagnosticamos cánceres de mama.

Aceptado para su publicación el 16 de marzo de 2002.

CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA

Las técnicas de cribado pueden identificar una enfermedad o trastorno en personas libres de síntomas o con poco riesgo de desarrollar tal afección. También identifica a individuos que son susceptibles de presentar una enfermedad o un trastorno o que tienen algún precursor de una afección o estado. Por último, el cribado puede identificar a una persona que tiene una enfermedad o trastorno antes de que aparezca clínica alguna.

Las técnicas de cribado consisten en estudios o pruebas que se realizan en personas que no tienen signos ni síntomas de la enfermedad o el trastorno que se considera. Ello contrasta con la utilización de la misma prueba para el diagnóstico de una enfermedad que ha presentado ya signos o síntomas en un determinado sujeto. Sin embargo, el término puede ser usado también cuando se efectúan pruebas en personas o poblaciones sin manifestaciones de la enfermedad pero que, por alguna característica distintiva, están en gran riesgo de padecer el trastorno. En consecuencia, la presencia de un factor de alto riesgo puede ser la principal indicación para el cribado, determinar la edad a partir de la cual se inicia o influir en la frecuencia con que se debe realizar.

Múltiples motivos pueden hacer que las pacientes no deseen someterse a las pruebas y el gran desafío que se nos presenta es la aceptación por parte de la población. Los motivos del rechazo al procedimiento van desde el temor a que sus mamas sean dañadas por la exploración hasta el temor de que la radiación empleada pueda inducir la enfermedad. Algunas mujeres prefieren no saber nada de la enfermedad pues, si la tienen, no creen que este test pueda cambiar su destino. La tarea de la convocatoria al programa, por lo tanto, no es sencilla. Es importante instaurar una sesión educativa previa, en la que no sólo estén claros los beneficios de la campaña para las enfermas, sino que también estén consideradas las mujeres sanas, que son la gran mayoría.

Es fundamental la elección del personal, tanto el técnico como el administrativo. No sólo se tendrá en cuenta su pericia y experiencia, sino su vocación y motivación. Es evidente que las mujeres tendrán contacto casi exclusivo con las recepcionistas y técnicas, y será de éstas la importante misión de paliar la ansiedad que estas mujeres experimentan con estas pruebas.

El cáncer de mama es la más frecuente de las neoplasias en la mujer³, es la primera causa de muerte por cáncer y es la primera causa de muerte en mujeres menores de 50 años. El cáncer de mama representa el

32% de los cánceres de la mujer y causa el 18% de las muertes por cáncer. Actualmente y según los últimos estudios, se ha visto que, lejos de aumentar, la incidencia está disminuyendo en nuestro medio en las mujeres de 50 o más años. El National Cancer Institute también indicó que el riesgo de desarrollar cáncer de mama en el transcurso de toda la vida aumentó de 1:9 a 1:8. En España se diagnostican cada año 22 casos por 100.000 mujeres, según los datos obtenidos por los distintos registros españoles de cáncer de base poblacional⁴. Es importante que el tratamiento para el cáncer de mama sea posible, precoz y que consiga una importante reducción de las tasas de mortalidad, condición *sine qua non* para la planificación y puesta en marcha de un programa de cribado. Cuando el cáncer de mama es diagnosticado en un estadio temprano, con ganglios negativos, la supervivencia alcanza un 87% a los 5 años, frente al 47% cuando los ganglios están afectados. La supervivencia relativa a los 20 años es del 72% para el estadio I, del 40% para el estadio II y del 24% para el estadio III⁵.

El cribado para el cáncer de mama debe incluir examen clínico de las mamas, ya que el Breast Cancer Detection Demonstration Project reveló que el 10% de los cánceres de mama palpables no es descubierto mediante mamografía. Si bien el método más eficaz para detectar cánceres de mama no palpables es la mamografía, aún son importantes el examen clínico de la mama y la autoexploración mamaria. Aunque no se ha demostrado que la autoexploración mamaria mejore la supervivencia total de pacientes con cáncer de mama tratadas, cuando se practica con regularidad permite el reconocimiento de variaciones anatómicas y alienta a las mujeres a consultar a sus médicos sobre cambios, signos y síntomas mamarios.

Las pruebas de detección deben de tener elevada sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, reproducibilidad y fiabilidad⁶. Existe un gran número de estudios que han demostrado que la mamografía es la técnica de cribado con mejores resultados, ya que es capaz de detectar pequeños cánceres y con un porcentaje menor de afección ganglionar (20% de ganglios afectados), que pasarían inadvertidos con la exploración clínica⁷⁻¹⁰.

Las orientaciones actuales recomiendan que las mujeres de 40 a 49 años se hagan una mamografía cada uno o dos años y anualmente a partir de los 50 años. El médico que indica la mamografía debe recibir el informe del estudio e informar a la paciente del resultado. Las mujeres que tienen el antecedente de un familiar de primer grado en el que se ha diagnosticado cáncer de mama antes de la menopausia deben

realizarse una mamografía anual a partir de los 35 años. La mamografía es la clave para disminuir la mortalidad por cáncer mama. Sólo la mamografía puede detectar cánceres pequeños no palpables, que cuando son tratados tienen un pronóstico excelente: el 90% de supervivencia libre a los 10 años.

Entre los factores de riesgo del cáncer de mama destacan edad, antecedentes familiares y personales de cáncer de mama, menarquia precoz, menopausia tardía, edad de primer embarazo mayor de 35 años, nuliparidad, lactancia artificial, obesidad, tratamiento hormonal sustitutivo y consumo de alcohol¹¹. La mayoría de los estudios aconseja centrar el cribado en las mujeres con edades entre los 45-50 años y 65-70 años¹²⁻¹⁴.

El primer estudio aleatorio que evaluó el cribado del cáncer de mama se inició en 1963 en los Estados Unidos, en una población de 62.000 mujeres afiliadas al Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)⁸, con edades entre 40 y 64 años distribuidas al azar, de modo que a un grupo se le ofreció examen físico y mamografía anual durante 4 años y al otro grupo, cuidado sanitario según solicitud. Los datos de este estudio demostraron sin ningún género de dudas que la mamografía servía para disminuir la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años. La mortalidad se midió a los 9 años de seguimiento, y resultó evidente una reducción del 40%. Estos beneficios persistían a los 15 y 18 años, manteniendo cifras de reducción de la mortalidad del 23-24%.

A partir de este trabajo, se realizaron otros estudios en los Estados Unidos, así como en Europa (Países Bajos, Suecia y Reino Unido), que corroboraron los resultados del estudio HIP, tanto en la reducción de la mortalidad como en la detección de lesiones más precoz. El estudio más importante realizado en los Estados Unidos es el Breast Cancer Detection Demonstration Project (BCDDP), de 1974 a 1991. Es un estudio multicéntrico en 29 lugares diferentes, cada uno de ellos con 10.000 voluntarias, por lo que el total se aproxima a las 300.000 mujeres con edades comprendidas entre 35 y 74 años, a quienes se realizó examen físico y mamografía anual durante 5 años. En este estudio se demostró claramente la mayor sensibilidad de la mamografía sobre el examen físico. En el conjunto de todos los carcinomas detectados, el 95% lo fue por mamografía frente a sólo el 55% por examen físico^{9,10,15}.

Algunos artículos, como los estudios de Dolan et al¹⁶, mencionan la ansiedad de las pacientes que están esperando el resultado del cribado o reciben falsos positivos. Ambos factores deben ser mejorados^{17,18}.

La mamografía sigue siendo la técnica más importante para la detección de cáncer de mama en fases tempranas. Es una técnica no invasiva, relativamente barata y de gran sensibilidad (72-78%), la cual aumenta con la edad^{19,20}.

OBJETIVO

Valorar la importancia real en nuestro medio del cribado del cáncer de mama y su impacto tanto en la detección precoz de la enfermedad, por lo tanto su importancia en el pronóstico, como en el tratamiento quirúrgico posterior.

DISEÑO

Estudio de las pacientes incluidas en el programa de cribado para el período 1997-1999.

CASUÍSTICA

Durante los dos años del programa de cribado de cáncer de mama en nuestro hospital, con una población total estudiada de 150.000 personas, se estudió a 24.324 pacientes citadas; de ellas fueron realmente válidas 21.408, con edades comprendidas entre 50 y 65 años. Acudieron a la cita 15.925 pacientes: 12.363 en la primera llamada, 3.459 en la segunda y 103 por cuenta propia. La tasa de participación fue del 74,39% de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

El número total de pacientes estudiadas fue de 14.248 (89,47%). De ellas, 102 fueron derivadas por mamografía sospechosa, y se detectó malignidad en 55 pacientes (tasa de detección, del 3,86‰).

RESULTADOS

Se consiguió detectar carcinoma *in situ* en el 17,85% (fig. 1); tumores con un tamaño inferior a 2 cm en el 78,84% (fig. 2); tumores menores de 1 cm en el 38,46% (fig. 3), y tumores sin afección ganglionar en el 77,7% (fig. 4). En cuanto al tratamiento quirúrgico, fue conservador en el 67%, y radical en el 33% (fig. 5).

CONCLUSIONES

Comparando los resultados aparecidos únicamente durante el año previo al cribado, la tasa de detección de carcinoma *in situ* fue sólo del 5,8% y el de tumo-

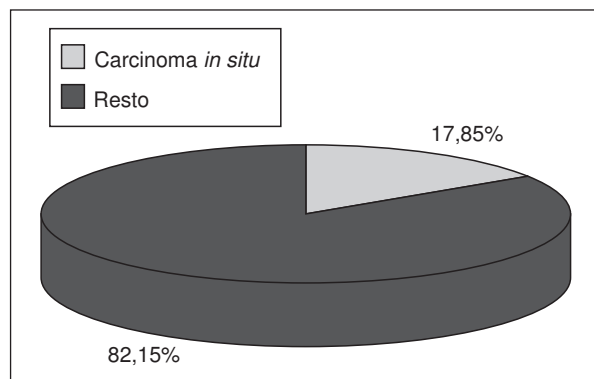


Fig. 1. Diagnóstico de carcinoma *in situ*.

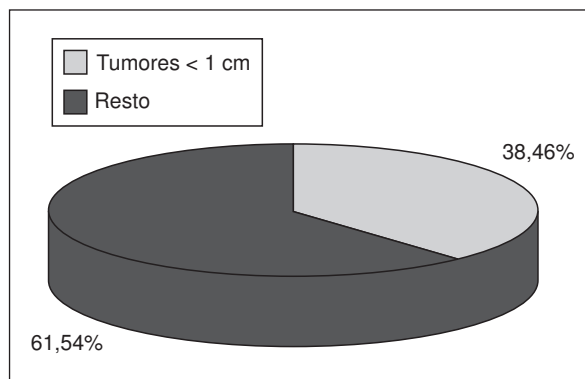


Fig. 3. Diagnóstico de tumores menores de 1 cm.

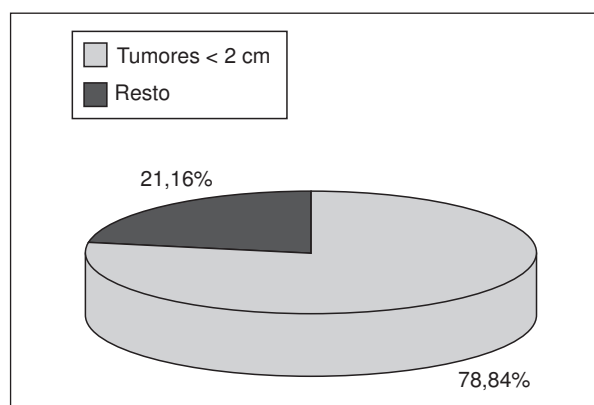


Fig. 2. Diagnóstico de tumores menores de 2 cm.

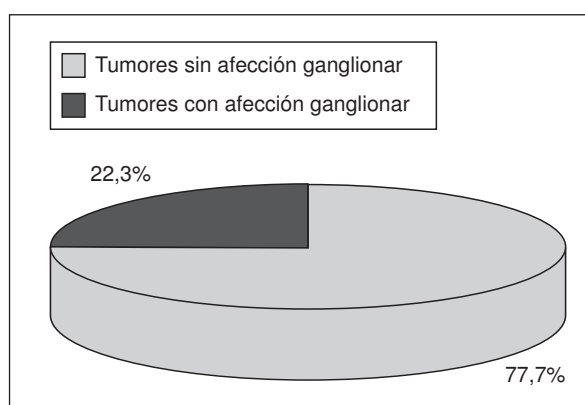


Fig. 4. Diagnóstico de la afección ganglionar.

res de tamaño menor a 2 cm fue del 28,1%. En cuanto al tratamiento conservador, se pudo realizar en el 17,2% de los casos y fue necesario un tratamiento radical en el 82,8% de las pacientes tratadas, lo que evidencia claramente la importancia pronóstica del cribado mamográfico, pues descubre mayor número de carcinomas *in situ* y tumores de menor tamaño y, además, permite un aumento en la práctica del tratamiento quirúrgico conservador.

RESUMEN

El cáncer de mama actualmente es un problema de salud pública muy importante, los factores causantes son múltiples y algunos de ellos están en discusión; es fundamental que las pacientes sean conscientes de la importancia de la realización de pruebas de cribado para la detección precoz y para que el tratamiento de esa enfermedad sea lo más efectivo posible. Se está

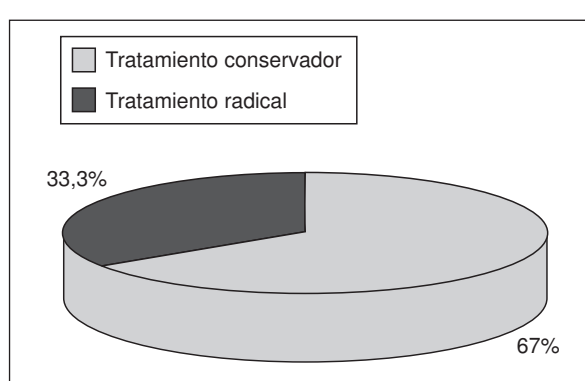


Fig. 5. Tratamiento conservador y tratamiento radical.

viendo la aparición de este cáncer en pacientes cada vez más jóvenes, por lo que se prevé que en un futuro próximo el intervalo de estudio sea más amplio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salleras L. Las bases científicas de la Medicina Preventiva. Atención Mamaria 1987;3:329-45.
2. Salleras L. La medicina preventiva en la asistencia primaria. Rev San Hig Pub 1987;61:545-70.
3. Parkin DM, Stejernsward J, et al. Estimates of World Wide frequency of twelve major cancers. Bull World Health Organ 1984;62:163-82.
4. Escobedo A, Benito E, Moreno A, Azpeitia D, Lloveras B, Moreno F, et al. Cáncer de mama. Jano 1996;1180:63-6.
5. Ferguson DJ, Meier P, Karrison T, Dawson PJ, Straus FH, Lowenstein FE. Staging of breast cancer and survival rates. An assessment based on 50 years of experience with radical mastectomy. JAMA 1982;248:1337-41.
6. Hulka BA. Cancer Screenig: Degree of Proof and practical Application. Cancer 1988;62:1776-80.
7. Jiménez Medina C, López Bonilla A, García Hernández JA. Efectividad y controversias del *screening* del cáncer de mama. Can Med 2001;16:58-63.
8. Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L, Roeser R. Election, follow up and analysis in the health insurance plan study: A randomized trial with breast cancer screening. Natl Cancer Inst Monog 1985;67:65-74.
9. Baker LH. Breast cancer detection demonstration project: five years summary report. Cancer 1982;32:4-35.
10. Beahrs OH, Shapiro S, Smart C. Report of the working group to review the National Cancer Institute American Cancer Detection Demonstration Projects. J Natl Cancer Inst 1979;62:640-709.
11. Harris JR, Morrow M, Bonadonna G. Cancer of the breast. En: De Vita V, editor. Cancer: principles and practice of oncology. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1993.
12. Collette H, Rombach J, Day NE, Waard F. Evaluation of sreeing for breast cancer in a non-randomised study (the dom project) by means of a case-control study. Lancet 1984;2:1222-4.
13. Kopans D, Feig S. The Canadian National Breast Screening Study: A Critical Review. AJR 1993;161:755-60.
14. Warren L, Burhenne J. The Canadian Critique. AJR 1993; 161: 755-60.
15. Baker LH. Breast Cancer Demostratirion Project; five year summary report. CA, 1982;32:194-226.
16. Dolan NC, Feinglass J, Priyanath A, Haviley C, Sorensen AV, Venta LA. Measuring satisfaction with mammography results reporting. J Gen Intern Med. 2001;16:157-62.
17. Barton MB, Moore S, Polk S, Shtatland E, Elmore JG, Fletcher SW. Increased patient concern after false-positive mammograms: clinician documentation and subsequent ambulatory visits. J Gen Intern Med 2001;16:150-6.
18. Miller Redonda G. Breast Cancer Screening: Can We Talk? J Gen Intern Med 2001;16:206-7.
19. Poplack SP, Tosteson AN, Grove MR, Wells WA, Carney PA. Mammography in 53,803 women from the New Hampshire Mammography Network. Radiology. 2000;217: 832-40.
20. Linver MN, Paster SB. Mammography outcomes in a practice setting by age: prognostic factors, sensitivity, and positive biopsy rate. J Natl Cancer Inst Monogr 1997;22:113-7.