

## Cribado mamográfico

Estimado Sr. Director de *Radiología*:

En el Volumen 44, número 2, de marzo de 2002, aparece publicado un Artículo-Revisión titulado «¿Está justificado el cribado mamográfico?», cuya publicación y contenido nos han obligado a exponer y remitir los siguientes comentarios:

1. Si bien defendemos la libertad de «expresión científica» de la Revista RADIOLOGÍA, no acabamos de entender bien la manera en que el citado artículo, cuyos autores son dos radiofísicos, ha visto la luz en una Revista de ámbito básicamente radiológico, en el sentido de que nos parece respetable, aunque sumamente extraño, que el contenido del artículo sea contrario a los criterios de todas las Sociedades o Asociaciones Nacionales e Internacionales de Radiodiagnóstico en materia de cribado mamográfico.
2. El artículo contiene, de manera bastante extensa por cierto, diversas consideraciones técnicas, profesionales y éticas cuyo conocimiento (a la luz del estilo literario empleado) resulta sorprendente en dos personas que se dedican a la Radiofísica. En general, los detractores de los programas de cribado han discutido todo o casi todo: la randomización de los ensayos iniciales, la calidad técnica de los estudios mamográficos, su interpretación, el efecto de la radiación sobre la población invitada por la posibilidad de inducir cánceres, el sobrediagnóstico de lesiones que aunque supongan un riesgo, no desarrollarían cáncer durante la vida de la paciente invitada, el sobretratamiento que conlleva éste sobre diagnóstico, la ansiedad que se crea en las pacientes sometidas a pruebas adicionales por sospecha de cáncer, que muchas veces no se confirma y hasta la valoración del costo-beneficio, desde un punto de vista economista o de años ganados o perdidos de vida.

Los programas de cribado, poblacional han sido criticados por diferentes especialistas, epidemiólogos, físicos, médicos, psicólogos y economistas, considerados expertos en su materia que han mostrado su opinión, no sólo como expertos en su materia sino como expertos en la materia de los demás, opinando en ocasiones e ignorando en otras hechos importantes, siempre para apoyar el objetivo perseguido.

Naturalmente un especialista experto tiene autoridad cuando habla de temas de su especialidad pero no tiene la misma cuando trata temas que le son ajenos.

*Beneficio de los programas de cribado:* Apenas han sido abordados por los autores del artículo, aunque procede recordarlos aquí de manera resumida. Los autores del artículo publicado en RADIOLOGÍA han olvidado demasiadas cosas sobre el beneficio de la mamografía como para pensar que este olvido es mera casualidad. Han olvidado que la reducción de la mortalidad por esta enfermedad, por primera vez en la historia, en algunos países del mundo coincide plenamente con la puesta en marcha de estos programas basados en la mamografía, puesto que está demostrado hasta la saciedad que la detección precoz del cáncer de mama es la llave para el éxito del tratamiento. Olvidan también que los potenciales (¡estamos hablando de estimaciones!) cánceres inducidos por la mamografía también son detectados precozmente y, por lo tanto, su efecto sobre la mortalidad también sería menor. Pero sobre todo, olvidan la información que se deriva de algunas fuentes de la literatura más actual, incluso de algunos autores citados profusamente por ellos mismos, como es el caso de un reciente artículo de Law y Faulkner<sup>1</sup>, en el cual se llega a las siguientes conclusiones:

1. En el NHSBSP (Programa nacional de cribado con mamografía del Reino Unido), el beneficio excede el riesgo radiológico por un margen importante, fundamentalmente en las mujeres de más edad (mayores de 50 años), incluso considerando dosis de radiación mayores.

2. Para el grupo de mujeres más jóvenes (menores de 50 años), sin historia familiar de cáncer de mama, el margen de beneficio también es superior y sólo en el grupo de 35 a 39 años el riesgo puede ser superior al beneficio.
3. Para el grupo de mujeres menores de 50 años con una historia familiar de cáncer de mama en primer grado, el margen de beneficio es aceptable, incluso para aquellas por debajo de los 40 años.

*Efectos adversos de los programas de cribado:* Ampliamente citados y desarrollados por los autores, de forma muchas veces sesgada. Está aceptado universalmente en el mundo científico que la exposición a los rayos X puede causar cáncer de mama, incluso cuando la dosis acumulada es el resultado de diferentes exposiciones con una «dosis mínima». Podría afirmarse, al menos en un plano teórico, que una sola exposición a la radiación tiene la capacidad potencial de producir un daño irreparable del DNA que tenga como consecuencia una mutación con efecto carcinogénico.

La mamografía está considerada como una exploración que utiliza «dosis mínimas» de radiación y, aunque con capacidad de inducir un cáncer de mama, sus beneficios, en forma de reducción de muertes por esa misma enfermedad, están muy por encima de sus potenciales perjuicios. El número de estudios e instituciones con prestigio internacional que avalan esta consideración sería demasiado largo para poderlos enumerar aquí.

La preocupación por el potencial efecto carcinogénico de la mamografía planea constantemente sobre ella, especialmente en aquellos que son detractores del uso masivo de la misma en programas de cribado poblacionales. ¿Acaso sólo los rayos X que utilizamos en mamografía tienen este efecto? Todos nosotros, y nuestros colegas Radiofísicos en particular, tenemos el deber de alertar sobre los efectos perjudiciales de las técnicas que manejamos, y su utilización debe hacerse bajo estrictos criterios de control de calidad. Sin embargo, el clima de «alerta roja» creado alrededor de la mamografía es notablemente (¿interesadamente?) mayor que el que existe para otras técnicas radiológicas que utilizan dosis sustancialmente superiores y, por tanto, potencialmente más perjudiciales. Quizás sea oportuno recordar que una mamografía genera una dosis de aproximadamente 0,2 cGy por cada mama y, por contraste, una TC de tórax genera una dosis de aproximadamente 5 cGy, es decir una dosis 25 veces superior. A pesar de representar dos situaciones no claramente similares, ¿sería esto suficiente motivo como para deducir que hay que eliminar el «scanner» como herramienta de diagnóstico, y dedicar las inversiones en materia sanitarias a otras prácticas en medicina?

Afirmar que «las tres cuartas partes de los carcinomas intraductales detectados en el programa de Cantabria no hubiesen progresado hasta carcinomas invasivos» denota una falta de rigor científico poco comprensible en el manejo de una información cuyo significado se escapa a los autores. Ello no sorprende, por su condición de no especialistas en la materia, lo que sorprende es su imprudencia. De igual forma, aseverar que «entre 7 y 8 mujeres de cada 100.000 que se someten a la primera ronda de un programa de cribado sufrirá un cáncer de mama a lo largo de la vida...» y ligar esta afirmación al número de mujeres que se someten a mamografía en el programa andaluz, es algo más que imprudente. Es, sencilla y llanamente, manipulador. Además, estos datos, tan groseramente expuestos, no responden a la realidad, ya que la tasa de cánceres inducidos está en relación con la edad, tal como se observa en la siguiente tabla de estimaciones en el citado artículo de Law y Faulkner, publicado en la revista *British Journal of Radiology*, en el que realizan un interesante

estudio sobre los cánceres detectados e inducidos en un programa de cribado:

3. No ha habido (ni probablemente podrán haber, dadas las implicaciones éticas que ello comportaría) estrictos Ensayos Clínicos randomizados cuyos resultados demuestren la eficacia, en términos de reducción de las tasas de mortalidad, de la mamografía de cribado en mujeres de 50-69 años de edad. Del mismo modo que no los ha habido en otros grupos de edad. Y lo mismo cabe aplicar a la conclusión contraria, es decir, tampoco han existido estrictos Ensayos Clínicos randomizados que demuestren que la mamografía de cribado no sea eficaz para reducir las tasas de mortalidad.

De modo que ¿por qué siguen realizándose mamografías de cribado? ¿Por qué sigue criticándose dicha práctica? O, dicho de otro modo, ¿hasta qué punto debe marcar la pauta profesionales cotidiana, y la canalización de recursos públicos, la denominanda «medicina basada en la evidencia»?

No resultaría atrevido aventurar que si todas las prestaciones sanitarias debieran poseer el refrendo de un nivel de evidencia grado I para ser cubiertas, las arcas del Estado y de las Comunidades Autónomas estarían sumamente saneadas, y no existiría déficit público alguno.

De modo que, desde un punto de vista ortodoxo, la mamografía de cribado no posee un grado I de evidencia, y su eficacia viene respaldada, a nivel internacional, por evidencias grado II y III, lo cual resulta habitual y no ha de ser considerado por ello una práctica «heterodoxa». La mamografía permite una reducción de la tasa de mortalidad si se realiza bajo adecuadas condiciones de técnica y competencia, factores por otro lado a los que se presta demasiada poca atención cuando se realizan críticas negativas.

4. Comentarios éticos y deontológicos:

La mujer debe ser informada de las ventajas y posibles inconvenientes que acarrea la práctica periódica de la mamografía. Y no creemos que con ello se reducirían las tasas de participación y de adherencia en los Programas de Cribado Mamográfico. La credibilidad de tales programas, ante la mayor parte de los profesionales directamente implicados y mujeres participantes, se encuentra todavía a salvo, a pesar de las furibundas críticas. Y sería aún mayor si nuestras autoridades sanitarias atendieran, aunque sea por una sola vez, las recomendaciones de los profesionales auténticamente expertos en supervisión y lectura mamográficas, es decir, de los radiólogos.

Finalmente, y aunque nuestro cotidiano ejercicio profesional se encuentra cada vez más impregnado y condicionado por factores economicistas, tenemos que ser capaces de no descuidar algunos aspectos éticos. Del mismo modo que no deben «venderse ilusiones» y realizar promesas que tal vez no podamos cumplir, tampoco debemos permitir que disuadan a las mujeres para que no se realicen periódicamente un test que puede salvarles la vida.

1. Law J and Faulkner K. Cancer detected and induced, and associated risk and benefit, in a breast screening programme. *Br J Radiol* 2001;74:1121-7.

**Marcelino Iríbar de Marcos.**  
**Presidente de la SEDIM**

**En representación de la Junta Directiva de la Sociedad**