

338 Más consideraciones sobre el cáncer de mama

El nuevo repunte del debate sobre la utilidad de las mamografías en la prevención del cáncer de mama se debe a 2 daneses¹ que provocaron una disminución del nivel de recomendación de las mamografías en Estados Unidos, debido al sesgo hallado^{2,3}. Aceptaron como válidos sólo 2 estudios: el Canadian National Breast Screening Study y el estudio de Malmö. El efecto de la mamografía sobre la mortalidad en ambos estudios fue nulo. La incidencia de mastectomías y tumorectomías osciló entre el 30 y el 40% más alta en los grupos con mamografía desde 1970, algo que las mujeres desconocen⁴.

Las bases del razonamiento de las últimas recomendaciones sobre la mamografía, plantea un dilema para la mujer, el médico y la medicina misma basada en la evidencia⁴.

La US Preventive Services Task Force (USPSTF)⁵ no encuentra suficiente evidencia para especificar el intervalo óptimo de cribado para mujeres de 40 a 49 años. El clínico debería aclarar a la mujer los beneficios y los daños: resultados falsos positivos, biopsias innecesarias y las limitaciones de la prueba. Las mujeres que están en riesgo de presentar cáncer de mama se benefician más que las de bajo riesgo. Los beneficios de la mamografía aumentan con la edad y los riesgos disminuyen con ésta.

Para las mujeres de más de 50 años y mayores, hay poca evidencia para recomendar la mamografía anual en lugar de bianual. En las de 40 a 49 años tampoco hay evidencias de las ventajas de la mamografía anual. Sin embargo, se recomienda anual debido a la agresividad de los cánceres de mama en estas edades.

Diferentes instituciones americanas no están de acuerdo en la edad de inicio de las mamografías. Un consenso de los US National Institutes Health concluyó que la evidencia era insuficiente para determinar los beneficios en las mujeres de 40 a 49 años, y recomendaron que se debía informar de los potenciales beneficios y riesgos antes de tomar la decisión de hacer una mamografía⁶. El Canadian Task Force on the Periodic Health Examination concluyó que no había suficiente evidencia para recomendar a favor o en contra de la mamografía⁷, en las mujeres entre 40 y 49 años.

Estas organizaciones también difieren en cuanto al intervalo de tiempo para repetir una mamografía, oscilando entre uno o 2 años. También difieren en relación con el autoexamen, unos lo recomiendan y otros no.

Cuando se hace exploración clínica de las mamas y mamografía o sólo exploración clínica, el riesgo relativo para muerte por cáncer de mama es de 0,97⁸, lo que sugiere que la mamografía tiene poco beneficio añadido en el marco de una exploración clínica cuidadosa. La evidencia sobre la autoexploración no está definida.

Así pues, la eficacia del cribado del cáncer de mama en mujeres de 40 a 49 años está en entredicho. Para comparar la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 40 a 49 años con aquellas a las que se les realizaron mamografías, examen físico y autoexploración en 4 o 5 ocasiones o atención extrahospitalaria después de una exploración física única e instrucciones de autoexploración se llevó a cabo un ensayo con 50.430 voluntarias⁹. La muerte fue la variable principal. No hubo diferencias entre los 2 grupos. Se puede ignorar el estudio canadiense y apoyarse en los otros estudios o confiar en él e ignorar los otros. En la evidencia, como en otros aspectos manejados por humanos, a veces se excluye arbitrariamente⁴. Por otro lado, los problemas que se generan son la radiación, el coste y la ansiedad de los falsos positivos, que generan un diagnóstico excesivo y actos médicos innecesarios.

Se ha descrito una asociación entre los patrones mamográficos densos con un incremento en el riesgo de presentar cáncer de mama¹⁰ y se observó que la variabilidad de la población con relación al porcentaje de tejido denso detectado en las mamografías tiene un elevado componente hereditario o, diríamos nosotros, de origen genético ligado con infecciones virales cuyo ADN, o ARN, se incrusta en el genoma humano. Nuevos adelantos sobre diferentes aspectos genéticos e inmunológicos del cáncer de mama se están produciendo.

Es por tanto necesario cambiar muchos antiguos conceptos^{11,12} por otros modernos^{10,13}, para poder acercarnos un poco a la comprensión del cáncer de mama, para con ello beneficiar a las mujeres y a una sociedad con recursos escasos.

A. Bazarra
Ginecólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oisen O, Gotzsche PE. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:1340-2.
2. Miller AB. Screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:2164; discussion 2167-8.
3. Black WC, Haggstrom DA, Welch HG. All-cause mortality in randomized trials of cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:167-73.
4. Goodman SN. The mammography dilemma: a crisis for evidence-based medicine? *Ann Intern Med* 2002;137:363-5.
5. Berg AO, Allan DJ, Frame PS, et al. Clinical guidelines. screening for breast cancer: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:344-6.
6. NIH Consensus Statement. Breast cancer screening for women ages 40-49. *NIH Consens Statement* 1997;15:1-35.
7. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. Canadian Task Force on Preventive Health Care.
8. Baines CL. The Canadian National Breast Screening Study: responses to controversy. *Womens Health Issues* 1992;2:206-11.
9. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall E. The Canadian National Breast Screening Study-I: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up. A randomized screening trial of mammography in women age 40 to 49 years. *Ann Intern Med* 2002;137:305-12.
10. Ford CE, Tran D, Deng Y, Ta VT, Rawlinson WD, Lawson JS. Mouse mammary tumor virus-like gene sequences in breast tumors of Australian and Vietnamese women. *Clin Cancer Res* 2003;9:1118-20.
11. Bazarra A. ¿Son los estrógenos carcinógenos? *Acta Gin* 2002;LIX:215-6.
12. Bazarra-Castro MA, Bazarra A. Cáncer de mama: ¿dónde nos encontramos? [en prensa]. *Acta Gin*.
13. Teshigahara O, Goshima F, Takao K, Kohno S, Kimata Li, Nakao A, et al. Oncolytic viral therapy for breast cancer with herpes simplex virus type 1 mutant HF 10. *J Surg Oncol* 2004;85:42-7.