

EDITORIAL

SCREENING MAMOGRÁFICO: GUERRERO DE MIL BATALLAS

El primer programa de *screening* mamográfico realizado en 1963, HIP, demostró disminución de la mortalidad por cáncer de mama del 30% en mujeres de 40 a 64 años. Era la primera vez en la historia que se lograba modificar la historia natural de la enfermedad.¹

Otros programas de *screening randomizados* corroboraron el hallazgo. Como consecuencia de ello, a partir de los años ochenta, fueron establecidos programas de *screening* mamográfico en muchos países europeos a niveles nacionales, regionales, municipales, etc., y se establecieron guías para la realización de mamografías en mujeres asintomáticas en EE.UU. y otros sitios donde no se establecieron programas organizados.

La mamografía se presentó a la sociedad como un método infalible, capaz de encontrar lesiones del tamaño de la cabeza de un alfiler.

En 1993 algunas publicaciones analizaron los resultados dividiéndolos en subgrupos etarios, para lo cual no habían sido diseñados estos estudios. El subgrupo 40-49 años, por contener menor número de lesiones, no alcanzó diferencias significativas de beneficio y esto llevó a que el National Cancer Institute desaconseje la realización de mamografías durante un tiempo.² Años más tarde, con mayor tiempo de seguimiento, el poder estadístico aumentó y se logró mostrar beneficio significativo en mujeres entre 40-49 años en los protocolos *randomizados* y en 1997 se restituyó la recomendación de realizar *screening* mamográfico a estas mujeres.³

Dos autores daneses, Gotzsche y Olsen de la Cochrane Library, publicaron en el año 2000 un metaanálisis de los protocolos *randomizados* de *screening*.⁴ Ellos concluyen que la mamografía no ayuda a disminuir la mortalidad por cáncer de mama, aunque excluyeron del análisis a la mayoría de los estudios por alegar fallas en la *randomización*. En el año 2002 la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) luego de analizar los mismos estudios de *screening randomizados*, concluyó que hubo un 15% de reducción de la mortalidad (20% si se excluye el estudio canadiense, único que no mostró beneficios) en mujeres menores de 50 años, lo que resultó significativo y reco-

mendó realizar mamografía a partir de los 40 años cada uno o dos años, con o sin examen físico asociado (recomendación grado B). No pueden recomendar a favor o en contra del examen clínico solo como *screening* de cáncer de mama, ni de enseñar o realizar autoexamen en forma rutinaria (recomendación grado I).⁵

En noviembre de 2009 la USPSTF publicó la actualización de sus guías de *screening* de cáncer de mama, las que sorpresivamente desaconsejaron la realización de exámenes mamográficos rutinarios en mujeres entre 40-49 años y recomendaron la realización cada dos años de los mismos en mujeres mayores de 50 años, en lugar de anualmente. Adicionalmente recomendó que los médicos no enseñen el autoexamen mamario a sus pacientes y que hay insuficiente evidencia que muestre beneficios y daños respecto del examen mamario clínico en mujeres entre 40 y 74 años, así como también hay insuficiente evidencia que muestre beneficios y daños respecto de realizar mamografías en mujeres mayores a 75 años.⁶

Los beneficios y daños del *screening* mamográfico se establecieron en base a modelos de cálculo computarizado, tomando una disminución de la mortalidad menor a la señalada en estudios últimos, que no fueron considerados. A pesar de ello, el informe concluyó que realizar *screening* mamográfico en mujeres entre 40-49 años reduce significativamente la mortalidad por cáncer de mama, pero la USPSTF desaconseja su realización sistemática porque, a su entender, los beneficios son pocos si se consideran las desventajas o daños. Consideraron daños del *screening*: daño psicológico; exceso de estudios por imágenes; y biopsias en mujeres sin cáncer, debido a falsos positivos del *screening* mamográfico. Además, deben considerarse los daños por cánceres tratados que no se hubieran manifestado clínicamente durante la vida de esas mujeres y así, como el daño por tratamiento temprano innecesario de aquellos carcinomas que a pesar de manifestarse clínicamente, no acortan la vida de una mujer (sobrediagnóstico). Además, señalan que estos daños se producen tanto en mujeres menores como mayores a 50 años, siendo más frecuentes los falsos positivos en mujeres más jóvenes y el sobrediagnóstico en mujeres mayores.

Esto desató un intenso debate en las sociedades médicas y no médicas, y llegó a los ámbitos de la política.⁷ Las recomendaciones fueron bien recibidas en general por las sociedades de medicina interna y fueron severamente criticadas y rechazadas por las sociedades de radiología y cancerología, que señalaron que estas recomendaciones retrotraían el control mamario de las mujeres menores de 50 años a 1960, cuando era solamente clínico y pronosticaron un incremento en la mortalidad por cáncer de mama.⁸ El 76% de las mujeres estaba en desacuerdo con estas recomendaciones, según una encuesta

de Gallup.⁹ Las mujeres no fueron consultadas respecto del impacto que en ellas producen los falsos positivos.

La incidencia del cáncer de mama aumenta lentamente y no hay cambio brusco entre los 49 y 50 años que avale considerar a los 50 años como umbral para comenzar con los estudios rutinarios.¹⁰

Afortunadamente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE.UU. estableció que a partir de septiembre de 2010 todos los nuevos planes de salud deben cubrir totalmente las mamografías a partir de los 40 años de edad, basado en las guías de la USPSTF de 2002.¹¹

Finalmente, a raíz de la crisis económica en EE.UU. ya se observa que menos mujeres acceden al *screening* mamográfico, algunas por haber perdido su seguro médico y otras por la severa reducción de fondos públicos para los programas destinados a atender a mujeres sin recursos.¹²

En nuestro país afortunadamente no han llegado impactos de ninguna de estas batallas y hay consenso en la comunidad médica sobre la utilidad de la mamografía. Pero son pocos los esfuerzos gubernamentales y privados para difundir y favorecer el acceso a la detección temprana del cáncer de mama en la Argentina.

La Sociedad Argentina de Mastología ha realizado un paso importante llegando a conocer los usos y costumbres de las mujeres argentinas mayores de 40 años respecto de las consultas al médico y la realización de mamografías, así como sus conocimientos sobre el cáncer de mama; mediante una encuesta poblacional. La batalla que deberíamos librar, a partir de esta información, es mejorar la atención y el acceso a la detección temprana del cáncer de mama, especialmente en las mujeres mayores de 60 años y de menor nivel socioeconómico.

Dr. Daniel Lehrer

REFERENCIAS

1. Shapiro S, Strax P, Venet L, Venet W. Changes in five year breast cancer mortality in a breast cancer screening program. Seventh National Cancer Conference Proceedings 1973; pp.663-678.
2. Kopans DB, Halpern E, Hulka CA. Statistical power in breast cancer screening trials and mortality reduction among women 40-49 years of age with particular emphasis on the National Breast Screening Study of Canada. *Cancer* 1994; 74(4): 1196-1203.
3. Hendrick RE, Smith RA, Rutledge JH 3rd, Smart CR. Benefit of screening mammography in women aged 40-49: a new metaanalysis of randomized controlled trials. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997; 22(22): 87-92.
4. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355(9198): 129-34.

5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 137(5 part 1): 344-346.
6. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 151(10): 716- 726, W-236.
7. Berlin L, Hall F. More mammography muddle: emotions, politics, science, costs, and polarization. *Radiology* 2010; 255: 311-316.
8. Kopans DB. The 2009 U.S. Preventive Services Task Force guidelines ignore important scientific evidence and should be revised or withdrawn. *Radiology* 2010; 256: 15-20.
9. Szabo L. Women are insistent on mammograms, poll shows. USA Today 11/24/2009. http://www.usatoday.com/news/health/2009-11-24-mammogram24ONLINE_ST_N.htm
10. Kopans DB, Moore RH, McCarthy KA, et al. Biasing the interpretation of mammography screening data by age grouping: nothing changes abruptly at age 50. *Breast J* 1998; 4(3): 139-145.
11. Madden Yee K. Will new HHS guidance improve mammography screening rates? August 10, 2010. <http://www.auntminnie.com/index.asp?Sec=sup&Sub=wom&Pag=dis&ItemId=91572>
12. Madden Yee K. Mammography screening hard-hit by economic downturn. June 22, 2010. <http://www.auntminnie.com/index.asp?Sec=sup&Sub=wom&Pag=dis&ItemId=91019>