

## **El tamizaje del cáncer de mama y sus potenciales daños**

Hemos leído con sumo interés el editorial de la Dra. Lüthy<sup>1</sup> en el que hace referencia a conceptos sobre los cuales creemos oportuno realizar algunas aclaraciones.

Recientemente aparecieron publicaciones que han puesto el acento en los daños que acarrea el tamizaje de cáncer de mama. De ninguna manera esto implica ir en contra de la medicina preventiva como señala el editorial, sino todo lo contrario. La medicina preventiva debe velar por el principio de no dañar, esto es crucial cuando la idea es pesquisar enfermedades en personas asintomáticas.

La autora se pregunta: “¿No veremos aumentar nuevamente las tasas de mortalidad que se mantenían constantes, aunque la incidencia seguía incrementándose?” El aumento de incidencia de una enfermedad sin la consecuente disminución proporcional de la mortalidad es evidencia de sobrediagnóstico. Si bien en el mundo la mortalidad por cáncer de mama ha descendido, se considera que la reducción más importante se debe al avance en los tratamientos<sup>2</sup>.

El editorial menciona la disminución de riesgos relativos de mortalidad por cáncer de mama en poblaciones con y sin rastreo. Es importante prestar atención a los números en términos absolutos para tener una mejor idea del impacto de cualquier intervención. En la revisión de la *US Prevention Services Task Force*, el número de muertes que se previnieron realizando tamizaje mamográfico a 10 000 mujeres durante 10 años fue 2.9 (0.6-9.9) en el grupo de 39 a 49 años, 7.7 (1.6-17.2) en el de 50 a 59 años, 21.3 (10.7-31.7) en el de 60 a 69 años y 12.5 (17.2-32.1) en el de 70 a 74 años. Al analizar en forma conjunta las mujeres de 50 a 69 años, se observó que se previnieron 12.5 muertes (5.9-19.5)<sup>3</sup>. Según Pace y col., por cada 10 000 mujeres que se realizaron mamografías regularmente por 10 años, se salvaron 5 vidas en el grupo de 40 a 49 años, 10 en el de 50 a 59 años y 42 en el de 60 a 69 años<sup>4</sup>.

La autora pregunta: “¿No es más conveniente para la salud de las pacientes la biopsia y/o la resección quirúrgica de tumores que quizás nunca llegarían a crecer, que encontrar esos mismos tumores en un estadio más avanzado y que ya metastatizaron?” La respuesta es que, si los tumores hallados no estuvieran destinados a crecer, sería imposible encontrarlos avanzados y con metástasis. Justamente, la preocupación del sobrediagnóstico es que son cánceres (verdaderos positivos histológicos) que nunca progresarán. Las mujeres que

padecen estas situaciones no están identificadas. Todo lo que sabemos del sobrediagnóstico es por lo que se observa poblacionalmente.

En el artículo se minimizan los efectos adversos de los tratamientos y del diagnóstico de cáncer. Una excelente taxonomía de los daños del tamizaje pone el acento en cuatro tipos de daño: físicos -que incluyen el malestar-, psicológicos -como ansiedad y depresión desencadenados por el rastreo-, económicos -eventual consecuencia de un diagnóstico de cáncer que nunca hubiera evolucionado (preexistencias en seguros o medicina prepaga, imposibilidad de acceder a un crédito)-, y desvío de recursos hacia la cascada diagnóstica y el abordaje de un cáncer de mama indolente<sup>5</sup>.

Debemos ser extremadamente cautelosos al proponer como rastreo una tecnología (en este caso ecografía, pero podría ser tomosíntesis o resonancia magnética) que no haya demostrado disminución de la mortalidad específica en ensayos clínicos. Hasta la fecha, la única tecnología evaluada es la mamografía y, así y todo, nos encontramos en este debate acerca del beneficio neto de su uso en diferentes edades.

Recomendamos prudencia a la hora de extender el tamizaje hacia edades más jóvenes o mayores. Extender el rastreo más allá de los 70 años ha mostrado aumentar significativamente la incidencia de cáncer de mama temprano que puede tener un efecto nocivo en la mujer mayor. Cualquier corrimiento en las edades puede poner la ecuación beneficios/daños en un punto desfavorable<sup>6</sup>, estas decisiones deberían basarse en resultados de ensayos clínicos.

Por último, en la mayoría de las guías sobre tamizaje se recomienda considerar los valores y preferencias de las mujeres a la hora de proponerles realizar una mamografía (o cualquier otra prueba). De manera incipiente, un número cada vez mayor de países informa sobre beneficios y daños del rastreo para que cada mujer pueda decidir qué es lo adecuado para ella<sup>3</sup>. Las guías no deberían ser mandatos sino mostrar claramente las opciones. Y debemos ser transparentes reconociendo que la incertidumbre existe y no negarla con propuestas que no se sustenten en la mejor evidencia científica disponible.

*Karin Kopitowski<sup>1</sup>, Hugo N. Catalano<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires,

<sup>2</sup>Servicio de Clínica Médica, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

e-mail: hugoncatalano@gmail.com

1. Lüthy, IA. Tamizaje del cáncer de mama. Certezas y controversias. *Medicina (B Aires)* 2017; 77: 437-9.
2. Autier P, Boniol M, Koechlin A, Pizot C, Boniol M. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. *BMJ* 2017; 359: j5224.
3. Nelson H, Tyne K, Naik A, et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 151: 727-37.
4. Pace L, Keating N. A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA* 2014; 311: 1327-35.
5. Harris RP, Sheridan SL, Lewis CL, et al. The harms of screening: a proposed taxonomy and application to lung cancer screening. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 281-5.
6. De Glas NA, de Craen AJ, Bastiaannet E, et al. Effect of implementation of the mass breast cancer screening programme in older women in the Netherlands: population based study. *BMJ* 2014; 349: g5410.

### Los beneficios del tamizaje del cáncer de mama superan a los potenciales daños

Agradezco profundamente a los autores sus comentarios en la carta publicada en este mismo número de la revista, ya que considero muy positivo el debate. Contesto algunos conceptos de la misma:

“El aumento de incidencia de una enfermedad sin la consecuente disminución proporcional de la mortalidad es evidencia de sobrediagnóstico”. En algunos países la mortalidad disminuyó tanto por el tratamiento como por el tamizaje. Sin embargo, a nivel global se mantuvo relativamente constante debido a la disparidad de ambos índices entre países. Parte del aumento de la incidencia es atribuible al sobrediagnóstico, otra a la polución ambiental y, según el estudio *Global Burden of Disease*<sup>1</sup>, también al aumento de la población (13%) y al envejecimiento poblacional (15%).

Ciertamente, los adelantos en los tratamientos contribuyeron a mejorar la supervivencia de las pacientes. El *Cancer Intervention and Surveillance Network*<sup>2</sup> utilizó modelos de simulación para estimar el aporte del tamizaje por mamografía y la terapia adyuvante a la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Concluyó que, entre 1975 y 2000, contribuyeron aproximadamente en la misma proporción. También estimó que en 2012 la reducción de la mortalidad por cáncer de mama en EE.UU. fue del 49% (39%-58%) con respecto al basal estimado. El 37% (26%-51%) de esta reducción se debió al tamizaje y el 63% (49%-74%) al tratamiento. El aporte del tamizaje fue aún mayor en algunos subtipos moleculares: 40% (34%-47%) en los tumores que no expresan receptores hormonales y sobreexpresan HER2 y alcanzó el 48% (38%-57%) en los tumores triple negativos. Por lo tanto, el tamizaje contribuyó de manera significativa a reducir las muertes en ese país<sup>2</sup>.

Coincido con los autores en que “es importante prestar atención a los números en términos absolutos para tener

una mejor idea del impacto de cualquier intervención.” Utilizando los datos presentados en su carta, si en lugar de expresarlos por 10 000 mujeres calculamos la reducción de muertes en cada uno de los grupos etarios de la población femenina en la Argentina<sup>3</sup>, obtenemos la cifra nada despreciable de 7180 mujeres que pueden salvar su vida haciendo mamografía durante 10 años. Analizando de la misma manera la segunda cifra presentada en la carta, se previene el fallecimiento de 11 144 mujeres realizando mamografías en nuestro país durante ese lapso.

Con respecto al concepto de no dañar, tal como dicen los autores de la carta, no existe modo de saber qué tumores de mama son indolentes y cuáles invadirán y metastatizarán. Por lo tanto, no considero que estemos dañando al extirpar y tratar un tumor para disminuir el riesgo de una enfermedad mucho más agresiva e inhabilitante. El concepto de detección precoz indica que para no dañar debemos proponer a todas las mujeres extirpar sus tumores, explicando que no sabemos si los mismos crecerán o no. Creo firmemente, al igual que los autores de la carta, en la autonomía de las pacientes y que es fundamental que sean informadas de todas las opiniones para que decidan conscientemente. Existen exámenes que, aplicados a los tumores extirpados –especialmente aquellos de tipo luminal– indican si puede o no realizarse solamente un tratamiento adyuvante con terapia hormonal que tiene efectos secundarios mínimos.

En cuanto a los daños que puede provocar el tamizaje, se cita en la carta un trabajo muy interesante sobre el tamizaje de cáncer de pulmón<sup>4</sup>. Respecto al daño físico que puede causar la mamografía, ciertamente el malestar durante la misma es despreciable frente a los beneficios que ofrece. Sí merece atención, aunque no lo hacen los autores de la carta, la radiación recibida durante la misma. Se estima que el riesgo acumulativo de muerte por cáncer de mama debida a dicha radiación es 1 a 10 por 100 000 mujeres, según edad, frecuencia y duración del tamizaje; este riesgo resulta hasta 100 veces menor que el número de muertes prevenidas por el tamizaje<sup>5</sup>. Los problemas psicológicos causados por el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama existen y deben ser tratados por profesionales especializados. En tumores avanzados se debe recurrir a quimioterapia, y en muchos casos a terapias dirigidas mediante anticuerpos o pequeñas moléculas, que poseen efectos secundarios muy serios. La morbilidad también es mucho más importante en tumores avanzados que en tumores pequeños solamente detectables por mamografía. El otro aspecto planteado es la asignación de recursos. Hay estudios en países que realizan tamizaje sistemático que indican que la reducción de la mortalidad específica por cáncer de mama debida al tamizaje es altamente beneficiosa en relación al costo desde el punto de vista económico<sup>6</sup>.

El rastreo con ecografía en mujeres jóvenes con mamas de gran densidad se proponía como adicional a

la mamografía, tal como sugieren trabajos citados en el editorial, y muchos profesionales aplican.

El cáncer de mama es la malignidad de mayor incidencia en nuestro país y en el mundo. Y considero que cuanta posibilidad exista de reducir su morbilidad y mortalidad debe ser ofrecida a todas las mujeres para que realicen una elección consciente e informada.

*Isabel A. Lüthy*

Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME)  
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y  
Técnicas (CONICET)  
e-mail: isabel.luthy@gmail.com

1. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Allen C, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived

with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA Oncol* 2017; 3: 524-48.

2. Plevritis SK, Munoz D, Kurian AW, et al. Association of screening and treatment with breast cancer mortality by molecular subtype in US women, 2000-2012. *JAMA* 2018; 319: 154-64.
3. PopulationPyramid.net. Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2100. En: <https://www.populationpyramid.net/es/argentina/2016/>; consultado marzo 2018.
4. Harris RP, Sheridan SL, Lewis CL, et al. The harms of screening: A proposed taxonomy and application to lung cancer screening. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 281-5.
5. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Breast-cancer screening: viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med* 2015; 372: 2353-8.
6. van Luijt PA, Heijnsdijk EA, de Koning HJ. Cost-effectiveness of the Norwegian breast cancer screening program. *Int J Cancer* 2017; 140: 833-40.

----

#### **ERRATA**

En la nota de la tapa *Haematoxylon campechianum*, *Medicina (B Aires)*, Nº 6, 2017, p 457, donde dice: “único estado monárquico de América, el reino de Belice, la reina es Elizabeth II de Gran Bretaña”, debe decir: “estado monárquico de América, el reino de Belice, la reina es Elizabeth II de Gran Bretaña”.

En América hay otros estados monárquicos parlamentarios de la *Mancomunidad de Naciones (Commonwealth of Nations)*.