

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

ISABEL A. LÜTHY^{1,2}

¹Instituto de Biología y Medicina Experimental - CONICET, ²Comité de Redacción *Medicina (B Aires)*, Buenos Aires, Argentina

E-mail: isabel.luthy@gmail.com

En este número de la Revista Medicina se publica un trabajo analizando las diferentes causas que llevan a un primer diagnóstico con enfermedad avanzada entre pacientes con cáncer de mama en un hospital público en Gral. Pacheco, Provincia de Buenos Aires¹. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el tiempo transcurrido para la primera consulta médica, en mujeres con cáncer de mama en el Hospital Magdalena V. de Martínez, y determinar las causas que pueden influir en la demora de la paciente y su impacto en el estadio al momento del diagnóstico. Mediante un interrogatorio detallado analizan diferentes variables socioeconómicas y demográficas. Encuentran que estas mujeres tenían deficiencia en la conciencia sobre el cáncer de mama, no consultaron al ginecólogo después de los 40 años, o estaban desempleadas, mientras que aquellas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa temprana tenían tumores no palpables, declaraban un ingreso familiar suficiente o demoraban menos de cuatro semanas en buscar atención médica. La demora en la primera visita médica fue de más de un mes en el 78% de las pacientes, siendo el desinterés la causa más común de postergación. Además, esta demora estaba asociada a tumores más grandes y a una educación incompleta. Concluyen en que deben realizarse esfuerzos para la detección temprana con el fin de llegar a un diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad, lo que puede tener un impacto en la supervivencia global.

GLOBOCAN² estimaba que en 2022 la cantidad de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama a nivel global era de unos 2 300 000, mientras

que alrededor de 666 000 fallecieron ese año por esta enfermedad. Esto significa una incidencia de alrededor de 145 por 100 000 mujeres por año, con una mortalidad de 33 por 100 000. Una de ocho mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida y esa es la mayor causa de muerte en mujeres entre 45 y 55 años de edad³. En nuestro país, el Instituto Nacional del Cáncer informó para 2020 alrededor de 22 000 nuevos casos de cáncer de mama (que representa el 32% de los cánceres en mujeres). Los fallecimientos por esta enfermedad fueron de 16.4 por 100 000, 15.4% de los causados por cáncer en mujeres⁴. Y es probable que las cifras de nuestro país estén subestimadas.

El Ministerio de Salud de la Argentina tiene una posición muy clara respecto del tamizaje. Explica, en un lenguaje accesible, que la detección temprana del cáncer de mama aumenta las posibilidades de cura y para ello el método recomendado es la mamografía. Indica que la mamografía puede detectar el cáncer de mama cuando el nódulo todavía no es palpable, o lo es mínimamente. En estos casos es posible recurrir a tratamientos menos agresivos que los que se realizan cuando el cáncer está más avanzado. Cuando el cáncer provoca síntomas y alteraciones de la mama detectables en el examen físico, se puede observar retracción del pezón, cambios en la textura y el color de la piel, prurito o lesiones descamativas en el pezón. Recomienda entonces el Ministerio de Salud que todas las mujeres de 50 a 69 años se realicen al menos una mamografía cada dos años junto a un examen físico de las mamas por parte de un profesional

de salud. Tanto las mujeres menores de 50 años como las mayores de 69, deben consultar con el/la médico/a acerca de la conveniencia de hacerse, o no, una mamografía. Ante una mamografía con una imagen sospechosa de cáncer o un examen físico que detecte una lesión visible y/o palpable en la mama, se deberá realizar una biopsia para definir el tratamiento⁴.

Recientemente se ha publicado una comparación entre diferentes guías basadas en la evidencia científica disponible³. Incluyen en este estudio guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), varias de EE.UU. (*U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF), *American Cancer Society* (ACS), *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), *American Society of Breast Surgeons* (ASBrS), *American College of Radiology* (ACR)), la canadiense *Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC)), dos europeas (*European Commission Initiative on Breast Cancer*, ECIBC, y *European Society for Medical Oncology*, ESMO), además de la *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP) y la *Japanese Journal of Clinical Oncology* (JJCO). En el rango de 25 a 39 años, algunas guías (ACOG, ASBrS, NCCN, ASBrS) recomiendan iniciar el tamizaje mediante examen físico por parte de un/a profesional. El grupo etario entre 40 y 49 años presenta las mayores controversias. Las guías ACOG, ACR, ASBrS, NCCN, USPSTF y JJCO coinciden en comenzar el tamizaje por mamografía desde los 40 años, cada uno o dos años (ACOG), anualmente (ACR, ASBrS, NCCN), o bianual (USPSTF). Hay acuerdo entre las guías en un programa de tamizaje por mamografía para el rango 50-69 años. La evidencia indica que el beneficio de tamizaje para esta edad sobrepasa cualquier posible daño. Algunas guías recomiendan tamizaje anual (ACR, ASBrS, NCCN), otras, bianual (WHO, USPSTF, ECIBC, RACGP) y otras cada uno o dos años (ACOG, ACS, ESMO). La canadiense CTFPHC es la única sociedad médica que la sugiere entre dos y tres años. Todas esas guías, exceptuando a la OMS, coinciden en tamizaje por mamografía para el grupo de 70-74 años. Luego de los 75 años, sugieren que la decisión

de interrumpir el tamizaje debería basarse en una decisión común entre médico/a y paciente, basada en el estado general de la consultante y su expectativa de vida. Para mujeres con buena salud y expectativa de vida de más de 10 años, ACOG, ACR, ACS, ASBrS, NCCN, USPSTF y RACGP recomiendan decidir la continuación, en forma anual (ACR, ASBrS) o bianual (USPSTF). En cuanto a otros métodos de tamizaje, hay consenso en desestimar la evaluación clínica como método de tamizaje en mujeres con riesgo medio. En cuanto a la ecografía mamaria, USPSTF, ECIBC, ESMO y JJCO la desestiman, mientras la CTFPHC solamente la acepta como suplementaria a la mamografía. Menos sociedades, (ACR, USPSTF y ECIBC) dan a la resonancia magnética nuclear un valor similar a la ecografía, mientras que NCCN la refiere solamente para mujeres con alto riesgo.

Se ha tratado anteriormente en un Editorial⁵ y en una Carta⁶ la relación entre la detección precoz del cáncer de mama y la sobrevida. Además, en un reciente estudio sobre un programa de tamizaje por mamografía⁷, realizado en dos cantones suizos, se comparó la sobrevida de mujeres con cáncer de mama que participaron del programa con aquellas que no. Las participantes en el programa poseían en general más carcinomas de estadio I (46.5% vs. 33.0%; $p < 0.01$), menor tamaño tumoral (19.1 mm vs. 24.9 mm, $p < 0.01$) y menos recurrencias y metástasis en el periodo de seguimiento (6.7% vs. 15.6%, $p < 0.01$). La sobrevida a 10 años fue 91.4% para las mujeres participantes en el programa y 72.1% para aquellas que no participaban ($p < 0.05$). La diferencia de sobrevida persistía, pero disminuía cuando se comparaban mujeres con el mismo estadio tumoral⁷.

Todas estas consideraciones resaltan la importancia del tamizaje para el cáncer de mama y de los factores que lo impiden o dificultan en determinados grupos de mujeres. Y este artículo¹ nos impulsa a pensar colectivamente, tanto profesionales de la Salud como los Ministerios de Salud, nacional y provinciales, en las diferentes estrategias para conseguir que el tamizaje se lleve a cabo.

Bibliografía

1. Coianis M, Saldain L, Grandoni MV, et al. Deciphering the causes of advanced-stage disease at diagnosis among breast cancer patients who attended a suburban hospital in Buenos Aires. *Medicina (B Aires)* 2024; 84: 811-22.
2. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Incidence, Females, in 2022. En: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&group_populations=1&multiple_populations=1&sexes=2; consultado julio 2024.
3. Katsika L, Boureka E, Kalogiannidis I, et al. Screening for breast cancer: A comparative review of guidelines. *Life (Basel)* 2024; 14.
4. Ministerio de Salud de la Argentina. Cáncer de mama. 2024. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-mama>; consultado julio 2024.
5. Lüthy IA. Tamizaje del cáncer de mama. Certezas y controversias. *Medicina (B Aires)* 2017; 77: 437-9.
6. Lüthy IA. Los beneficios del tamizaje del cáncer de mama superan a los potenciales daños. *Medicina (B Aires)* 2018; 78: 142-4.
7. Kuklinski D, Blum M, Subelack J, Geissler A, Eichenberger A, Morant R. Breast cancer patients enrolled in the swiss mammography screening program “donna” demonstrate prolonged survival. *Breast Cancer Res* 2024; 26: 84.