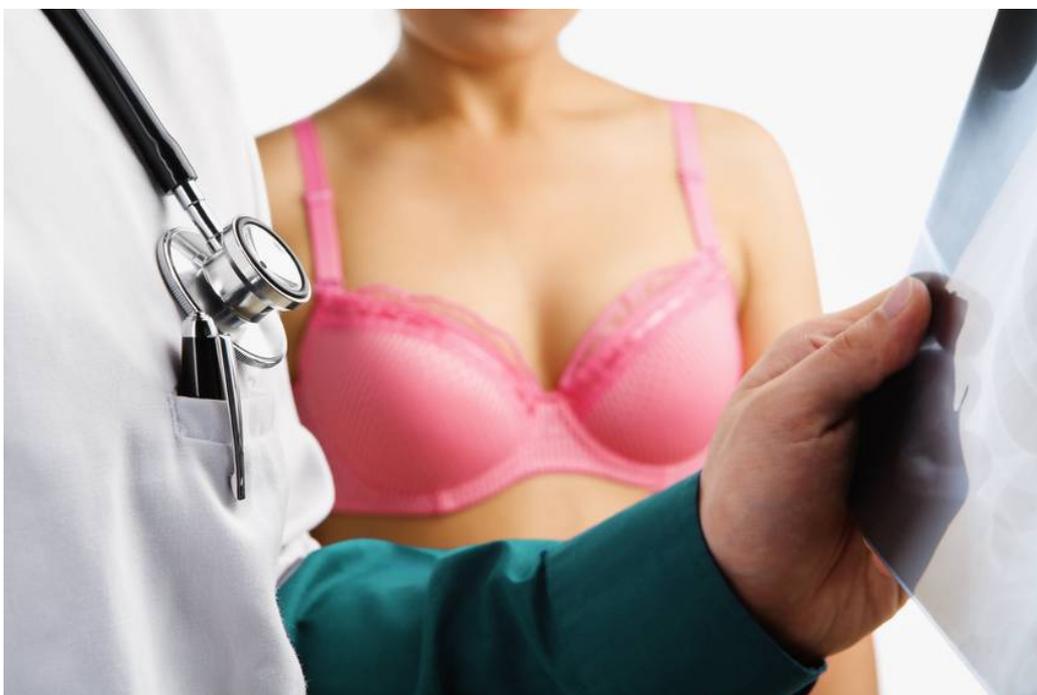


Mamografías sí, gracias

El debate sobre las mamografías lleva abierto más de 25 años, cuando un estudio canadiense cuestionó su eficacia. Los métodos de aquel trabajo se consideraron inadecuados; sin embargo, en 2014 se han publicado los resultados acumulados desde entonces, que cuestionan la utilidad de estos escáneres. Los especialistas consultados por Sinc son tajantes: mamografías sí, bien hechas y en los plazos establecidos.

Verónica Fuentes

31/5/2014 08:00 CEST



Datos de 2014 apuntan que la reducción de la mortalidad por cáncer de mama debido a los exámenes anuales es de hasta un 32% para las mujeres de 60 años. / Fotolia

El pasado 11 de febrero volvió a cuestionarse la mamografía como técnica para prevenir el cáncer de mama cuando la revista *The British Medical Journal* publicó los resultados de un estudio realizado en Canadá que recogía los datos de más de 90.000 mujeres durante 25 años.

Las conclusiones eran contundentes: según aquel trabajo científico, [las mamografías anuales no tienen un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama](#). Por supuesto, muchos medios como el

[New York Times](#) dieron la noticia.

“La mamografía sigue siendo la técnica clave para mejorar la supervivencia de las mujeres con este tumor”, explica a Sinc Melcior Sentís

“La mamografía sigue siendo la técnica clave para mejorar la supervivencia de las mujeres con este tumor”, explica a Sinc Melcior Sentís, responsable del área de radiología de mama de la unidad de diagnóstico por imagen de alta tecnología (UDIAT). “Este trabajo empezó en los años 90, y ya entonces se paró porque no cumplía los criterios de calidad necesarios. Sin embargo, se ha sacado como novedad reanalizando datos que en su momento se consideraron inadecuados”.

El también presidente de la [Sociedad Iberoamericana de Imagen Mamaria](#) señala que un comité internacional de radiólogos mundialmente reconocidos auditó ese estudio: “La mitad de los escáneres que se empleaban en el estudio de Canadá no eran adecuados y la mayoría de los técnicos y una buena parte de los radiólogos que leían esas mamografías no cumplían requisitos de acreditación”.

La polémica y por ende, el interés mediático, surge cuando se analiza el valor del *screening* en la prevención de enfermedades de tanto impacto como el cáncer de mama, que afecta al 52% de la población mundial.

Pero, ¿cada cuánto tiempo es necesario realizar una mamografía? Marina Pollán, jefa de Servicio de Epidemiología del Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, afirma que no existe una respuesta única a esa pregunta.

“La biología del tumor –la rapidez con que crece–, depende de la agresividad de este y de características individuales”, sostiene. “Sabemos que, en general, en las mujeres más jóvenes los tumores crecen más rápido y en las mayores van mucho más lentos. Así que las soluciones son múltiples”.

La clave: la frecuencia de realización

En la actualidad, las [guías europeas de cribado del cáncer de mama](#) dictan que los escáneres se realicen cada dos años en mujeres de 50 a 69 años. Datos de 2014 apuntan que la reducción de la mortalidad por tumores mamarios debida a los exámenes anuales es de aproximadamente un 19% de media, desde un 15% para las mujeres de 40 años hasta un 32% para las mujeres de 60.

“La utilidad de la mamografía no ha disminuido sino que ha aumentado porque la tecnología que se emplea ahora es mucho mejor. Aunque por hacerse más mamografías no se consiguen mejores resultados”, dice Sentís.

Sin embargo, Pollán puntualiza que si la mamografía cada dos años “fuera el tiempo razonable en todos los casos, no existirían cánceres de intervalo”, es decir, los que se desarrollan después de una mamografía negativa y antes de la siguiente.

En la actualidad, la guía europea dicta que estos escáneres mamográficos se realicen cada dos años en mujeres de 50 a 69 años

Por eso, “cuando el riesgo estimado de cáncer de mama es mayor, como en pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama, la frecuencia también deberá ser mayor”, apunta Ignacio Blanco, coordinador asistencial de las Unidades de Consejo Genético del Instituto Catalán de Oncología.

Blanco confirma que los estudios realizados hasta la fecha han demostrado un beneficio significativo cuando el programa de cribado poblacional se dirige a mujeres entre los 50 y 70 años de edad. “En estos momentos se están realizando estudios para demostrar el beneficio o no de disminuir la edad de inicio, por ejemplo a los 40 años de edad”, sostiene.

Para los expertos, es importante tener en cuenta que un programa de cribado poblacional no depende únicamente de la realización de una prueba, en este caso la mamografía, sino que debe garantizar una respuesta rápida y eficaz del sistema sanitario si se identifica una imagen sospechosa y todo ello en un contexto sostenible.

En EE UU, el *screening* se hacía todos los años y hace dos los médicos revisaron estas recomendaciones para llegar a la conclusión de que era más recomendable realizarlas una vez cada dos años para evitar falsos positivos. Por su parte, el programa de cribado británico hace estudios cada tres años en esa franja de edad.

El dilema de la mamografía

Otro artículo publicado recientemente en el *British Journal of Cancer* analiza la [reducción de la mortalidad por cáncer de mama y el sobrediagnóstico](#) por *screening* en Reino Unido. El estudio revela que para el cribado trienal en mujeres de 47 a 73 años la reducción de las muertes y el sobrediagnóstico fue del 18,1% y el 5,6%, respectivamente. Y para el cribado anual en el mismo rango de edad, las estimaciones aumentaron a 35,0% y 7,6%.

Los autores, que evaluaron una cohorte de mujeres británicas nacidas entre 1935 y 1940, determinaron que tanto la mortalidad como el sobrediagnóstico dependen de la frecuencia del *screening*, el rango de edad y nivel de absorción, lo que explicaría las diferencias entre algunas estimaciones previas obtenidas en ensayos aleatorios y servicios de detección.

El cribado por mamografías fue introducido en Reino Unido en 1988 después de que los ensayos mostraran una reducción considerable en la mortalidad por cáncer de mama. Al principio, la edad de *screening* era de 50 a 64. Se extendió hasta los 69 en el año 2002 y desde 2010 cubre desde los 47 hasta los 73.

La mortalidad y el sobrediagnóstico dependen de la frecuencia del *screening*, el rango de edad y nivel de absorción, lo que explicaría las diferencias entre algunas estimaciones previas

Por su parte, otro trabajo publicado el 1 de abril en la revista *JAMA* revisa [50 años de estudios internacionales para evaluar los beneficios y daños de la mamografía](#) de cribado. Los resultados sugieren que los beneficios del

screening, en el caso anual, están a menudo sobrevalorados, mientras que los daños se subestiman.

Y, puesto que los pros y los contras se relacionan con un complejo conjunto de factores clínicos y preferencias personales, el artículo resuelve que los médicos y los pacientes necesitan más orientación sobre la mejor manera de individualizar el enfoque para la detección del cáncer de mama.

[Una de las mayores revisiones sobre los programas de detección precoz de cáncer de mama europeos](#) se publicó en 2012 en el *Journal of Medical Screening*. El trabajo confirma el beneficio del cribado en términos de muertes evitadas y muestra a su vez que este beneficio compensa el daño causado por el sobrediagnóstico.

Los resultados registraron que por cada 1.000 mujeres de 50 a 69 años cribadas cada dos años, se diagnostican 71 cánceres, 4 más que si no se realizara el cribado, y se evitan entre 7 y 9 muertes. Los estudios metodológicamente más válidos indican una reducción de la mortalidad por cáncer de mama del 25-31% en el conjunto de las mujeres invitadas, participen o no en los programas, y del 38-48% para las mujeres que realmente se han explorado.

Según anotaron los autores en la revisión, “los estudios de tendencias de la mortalidad tienen grandes limitaciones para evaluar el efecto del cribado por lo que su valor es muy limitado. Buena parte de la controversia sobre la efectividad de los programas de cribado se sustenta en este tipo de estudios”.

Sobrediagnóstico y efectos adversos

La mamografía es una prueba no invasiva que cuenta con dos efectos adversos: los resultados falsos positivos y el sobrediagnóstico. La revisión de 2012 estimó que el riesgo acumulado de tener un resultado falso positivo de una mujer de 50 años que se criba cada dos años hasta los 69 años (10 exploraciones consecutivas) es del 20% (con un intervalo del 8%-21%).

“Del 17% si se consideran las mujeres a las que solo se ha realizado procedimientos no invasivos y del 3% si se consideran a las mujeres a las

que se ha realizado algún procedimiento invasivo, como una biopsia”, subraya Blanco. En este sentido, un estudio publicado en abril en la revista *JAMA Internal Medicine* concluye que de todas las mujeres con un mamograma falso positivo, [el 50,6% declaran sufrir ansiedad moderada o alta y extrema en el 4,6%](#).

Un estudio de 2012 afirma que se diagnostica un 6,5% más de casos de cáncer de mama de los que se hubieran diagnosticado sin cribado

Sin embargo, esos resultados no afectaban a los planes de las mujeres a someterse a exámenes en los dos años siguientes. De hecho, más mujeres con resultados positivos falsos (25,7%) en comparación con las mujeres con resultados negativos (14,2%) dijeron que eran "más proclives" a someterse a la detección del cáncer de mama en el futuro.

Con respecto al sobrediagnóstico, el trabajo de 2012 estima el 6,5% (con una desviación entre el 1% y el 10%). Es decir, se diagnostica un 6,5% más de casos de cáncer de mama de los que se hubieran diagnosticado sin cribado. Según la revisión, “esta estimación está muy alejada de los valores del 50% o superiores de publicaciones que utilizan diseños de estudio y análisis menos adecuados para el estudio de este resultado”.

“El problema no es el sobrediagnóstico, es el sobretratamiento”, remarca Sentís. “Las técnicas de imagen cada vez permiten detectar lesiones más precoces, incluso lesiones precursoras de cáncer. Es difícil decidir si el tumor va a ser relevante o no para la paciente, por lo que habrá que tratarlo”.

“Si mirando atrás ves que murió de otra patología y no de su cáncer, es sobrediagnóstico”, continúa. “Pero, ¿alguien se atrevería a no tratar habiendo encontrado algún cáncer pequeñito aunque pensemos que no será nada? Eso no parece responder a criterios éticos de ningún tipo”.

Ha pasado un cuarto de siglo desde el estudio canadiense y la literatura científica sigue repleta de desacuerdos sobre la utilidad del cribado para el cáncer de mama. Pero las guías elaboradas a partir de estudios

epidemiológicos lo dicen muy claro: mamografías cada dos años, en las mujeres entre 50 y 70 años y elaboradas por profesionales competentes.

Referencias bibliográficas:

Anthony B Miller, Claus Wall, Cornelia J Baines, Ping Sun, Teresa To, Steven A Narod. "Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial". *BMJ* 2014;348:g366 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g366> (Published 11 February 2014)

N B Gunsoy, M Garcia-Closas and S M Moss. "Estimating breast cancer mortality reduction and overdiagnosis due to screening for different strategies in the United Kingdom". *British Journal of Cancer* 110, 2412-2419 (13 May 2014) | doi:10.1038/bjc.2014.206

Anna N. A. Tosteson, Dennis G. Fryback, Cristina S. Hammond, Lucy G. Hanna, Margaret R. Grove, Mary Brown, Qianfei Wang, Karen Lindfors, Etta D. Pisano. "Consequences of False-Positive Screening Mammograms". *JAMA Internal Medicine*, 2014; DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.981

EUROSCREEN Working Group. "Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet". *Journal of Medical Screening* 2012;19 Suppl1:1-82

Derechos: **Creative Commons**

TAGS

MAMOGRAFÍA | MAMA | CÁNCER | SCREENING |

Creative Commons 4.0

Puedes copiar, difundir y transformar los contenidos de SINC. [Lee las condiciones de nuestra licencia](#)

