



DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado en las mujeres con un riesgo de desarrollar un tumor de mama a lo largo de la vida de 1 de cada 8 mujeres. Aunque la adopción de estilos de vida cada vez más saludables por parte de la población femenina podría llevar a una disminución en la incidencia de cáncer de mama, el mayor avance en el control de este tumor ha sido mejorando las técnicas de detección precoz. Parece que la realización de mamografías periódicas reduce la mortalidad por cáncer de mama, y facilita un diagnóstico precoz con tratamientos menos agresivos, mejorando el pronóstico y la calidad de vida de las mujeres afectadas. De momento, parece que estos aspectos compensan los riesgos del cribado. En España los programas de cribado se iniciaron en 1990, y en estos momentos su cobertura es total desde el 2009.



EFICACIA DEL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

Existe gran controversia sobre la eficacia y efectividad de este programa. Algunos piensan que los efectos adversos son considerables para la eficacia que presenta, incluso defienden que no deberían ponerse en marcha programas sistemáticos de cribado de cáncer de mama. Otros piensan que es efectivo, y podría serlo aún mas si se intensificara.

Algunos estudios concluyen que las mamografías en mujeres de 40-59 años no disminuyen la mortalidad por cáncer de mama, y además suponen un 22% de cánceres invasivos sobrediagnosticados. Otros estudios en cambio afirman que los **programas de cribado de cáncer de mama disminuyen la mortalidad entre un 25-30%**, remarcando sus beneficios. La diferencia entre las diferentes revisiones suele ser, no tanto la discrepancia en la evidencia de los beneficios y efectos adversos, como la valoración que hacen los autores de este balance.

RIESGOS Y BENEFICIOS DEL CRIBADO

En todos los programas de cribado de cáncer, no hay beneficio sin un cierto nivel de efectos adversos, pero **lo importante es valorar su frecuencia e impacto en el balance beneficio/ efecto adverso que**



se produce. Este balance determinará la conveniencia o no de su realización y las condiciones en las que debe aplicarse.

Principales riesgos del cribado:

- **Falsos positivos:** generando periodos innecesarios de ansiedad, además del riesgo de efectos adversos asociados a las pruebas de confirmación. En general, el 20% de las mujeres del programa suele necesitar una mamografía de confirmación y un 1% pruebas invasivas.
- **Falsos negativos:** producen una falsa tranquilidad que puede derivar en retrasos diagnósticos ante la aparición de síntomas.
- **Sobrediagnóstico:** detección de tumores que tal vez nunca se hubiesen manifestado clínicamente y nunca hubieran producido enfermedad.
- **Sobretratamiento:** lesiones tratadas derivadas del sobrediagnóstico. Es el efecto adverso más importante del cribado. Se estima que ocurre en un 10% de los casos.

Los beneficios que aporta son la **disminución de la mortalidad**, una mejora del pronóstico y detección más temprana, permitiendo tratamientos menos agresivos que mejoran la calidad de vida de las pacientes. Por el momento, los estudios afirman que estos beneficios compensan de manera significativa los efectos adversos y por eso se mantienen los programas de cribado de cáncer de mama.

Se estima que en una población de cribado de 50-60 años, por cada 1000 mujeres incluidas en estos programas durante 20 años, se evitan 7-9 muertes por cáncer de mama (de 30 muertes esperadas). Como efecto negativo, se estima de 4 de los 71 cánceres de mama detectados serían sobrediagnosticados.

BASES DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

El efecto del cribado varía de una mujer a otra, y la edad es un factor determinante. Evaluando los beneficios y efectos adversos, actualmente se recomienda en **mujeres asintomáticas entre 50-69 años**. En mujeres más jóvenes, los efectos adversos son más frecuentes, y en mujeres más mayores el efecto beneficioso neto, no está tan claro.

En base a la evidencia actual, se reconoce que la **mamografía bienal** con doble proyección (oblícuo-medio-lateral y cráneo-caudal), es la técnica universalmente recomendada para la detección precoz de cáncer de mama. El intervalo anual no ha demostrado una reducción mayor de la mortalidad ni ser más eficiente en términos riesgo/ beneficio, por lo que actualmente no debe recomendarse en ningún grupo de edad. Hay quien sugiere que un control trienal podría tener beneficio en mujeres de 70-74 años, si se instaurase.

El cribado debe ser un proceso continuo que incluya todos los pasos de detección, confirmación diagnóstica y tratamiento, garantizando la calidad en todas sus fases. Así, se podrán maximizar los beneficios, minimizando los efectos adversos. **Debe tener un carácter poblacional**, de libre acceso a toda la población seleccionada, cumpliendo los principios de eficiencia y equidad.



SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO

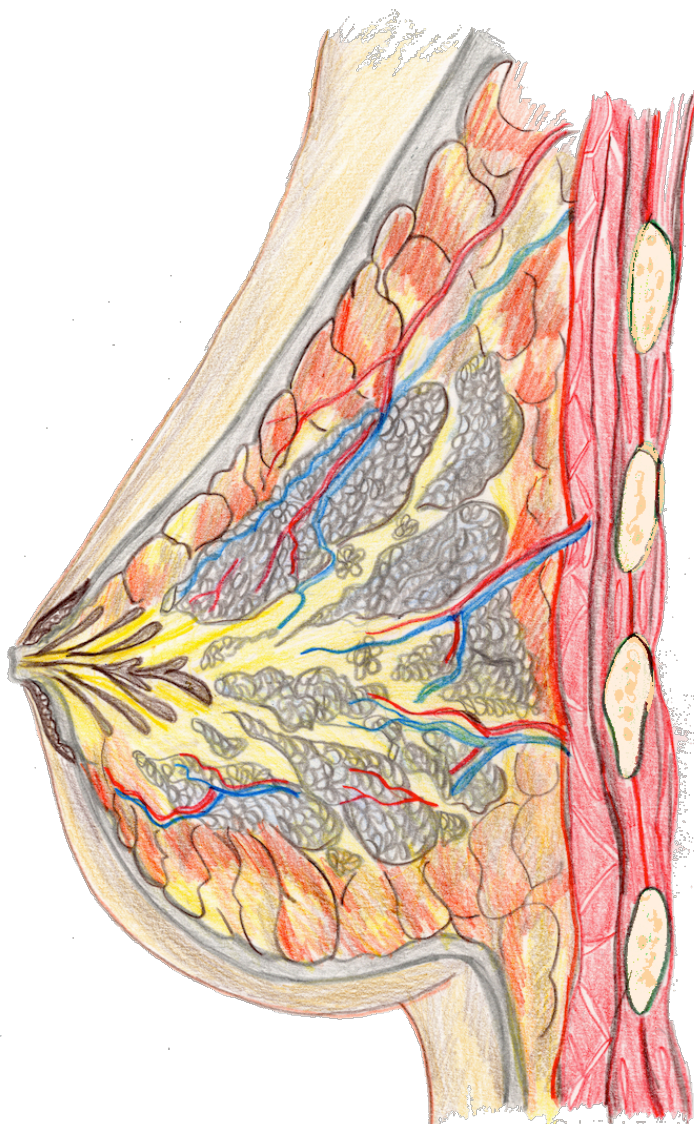
En la actualidad, prácticamente todos los países europeos han puesto en marcha programas de cribado siguiendo las recomendaciones que la guía europea de calidad del cribado y diagnóstico de cáncer de mama establece.

En España, se incluye como prestación en la cartera básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud. Obtiene aproximadamente un 75% de participación con un 90% de adherencia. La tasa de detección es de 4/1000: el 13% son tumores intraductales, el 30% son tumores invasivos menores o iguales a 1cm y el 71% son tumores invasivos sin afectación ganglionar.

Aunque el balance global es positivo, los riesgos y los beneficios no son iguales para todas las mujeres. Probablemente en el futuro se trate de instaurar un cribado personalizado, en el que se estratifiquen los grupos en función de su riesgo individual, para promover medidas preventivas y adaptar las estrategias de cribado en cuanto a periodicidad, técnica o grupo de edad. Para ello, se están desarrollando modelos matemáticos que pretenden predecir el riesgo a nivel individual.

SITUACIONES ESPECIALES

MUTACIÓN FAMILIAR: Aproximadamente el 7% de todos los cánceres de mama están asociados con una predisposición hereditaria, principalmente relacionada con mutaciones en línea germinal de genes de susceptibilidad a cáncer de alta penetrancia, como el BRCA1 y el BRCA2. Para el cribado de las mujeres de alto riesgo se emplea la mamografía, la ecografía y la resonancia magnética, siendo esta última la prueba que ha demostrado mayor sensibilidad para realizar el cribado en mujeres con alto riesgo.



El seguimiento en estas mujeres consiste en la autoexploración mamaria y exploración clínica cada 6-12 meses a partir de los 25 años, realizando de forma anual, también a partir de esa edad, una resonancia magnética (RM). La mamografía se realizará anualmente a partir de los 30 años y hasta los 75. Por ello estas pacientes requieren una periodicidad que no cumple los criterios para la realización de cribado poblacional, de tal modo que el seguimiento se realiza en consulta de ginecología o patología mamaria.



ANTECEDENTES FAMILIARES: Para las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama no portadoras de BRCA, la Sociedad Española de Oncología Médica recomienda una mamografía anual a partir de los 40 años, o 10 años antes del caso más joven de cáncer de mama en la familia, hasta los 70 años.

PRÓTESIS MAMARIAS: En mujeres portadoras de prótesis mamarias, además de las proyecciones convencionales se realizará la maniobra de EKLUND, que consiste en traccionar la mama hacia fuera y desplazar la prótesis hacia atrás, contra la pared torácica, permitiendo mejorar la compresión del tejido mamario. Sin embargo, hasta un 25% del tejido mamario puede no ser visible, disminuyendo notablemente la sensibilidad de la prueba.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de práctica clínica en Senología, 2019. 4ª edición. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. ISBN 978-84-09-13675-9