

## Luces y sombras de la detección masiva

El programa de detección precoz de cáncer de mama del gobierno de Navarra ha cumplido ya 5 años de actividad, desarrollado a plena satisfacción y con tasas de participación y detección que han mejorado las previsiones más entusiastas.

Los resultados conseguidos en las 2 primeras rondas ya han sido expuestos y no es éste el momento de pormenorizarlos, pero no me resisto a recalcar el elevadísimo porcentaje de tumores descubiertos en estadios precoces tanto *in situ* como cánceres pequeños con axila negativa. Como consecuencia inmediata, el número de pacientes tratadas con técnicas conservadoras se ha hecho mayoritario, sin que hasta ahora hayamos observado aumento significativo en las tasas de recidiva local.

Todo ello nos mantiene ilusionados con respecto al buen pronóstico vital de estas pacientes, de tal modo que durante los próximos años esperamos que comience a cumplirse el objetivo principal de nuestro programa: la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de mama en nuestra Comunidad, en un porcentaje difícil de pronosticar.

Considero, por tanto, legítimo el orgullo que sentimos todos los profesionales implicados en esta tarea, ya que, a pesar de muchas y variadas dificultades, a pesar de pequeñas disensiones, hemos conseguido trabajar de un modo coordinado y eficaz.

Hay que resaltar que el programa ha mantenido su actividad durante 3 gobiernos autonómicos distintos y de signo diverso, lo cual es consecuencia de su excelente funcionamiento y demuestra una concienciación profunda de nuestra sociedad en el tema del cáncer de mama.

Como radiólogo y senólogo directamente relacionado con el programa de Navarra desde su comienzo, comparto plenamente la satisfacción por los resultados obtenidos, pero desearía apuntar brevemente algunos de los problemas y riesgos que se pueden derivar de la puesta en marcha de un *screening* masivo. Parte de ellos los hemos padecido y han constituido deficiencias de nuestro modelo; otras muchas conseguimos eludirlas desde el principio y las valoramos como méritos en nuestro haber.

- El primer riesgo es el derivado de menospreciar la importancia de la calidad técnica de las ma-

mografías. En campañas masivas este aspecto es primordial para evitar pasar por alto tumores, sin tener que llamar por segunda vez a un excesivo porcentaje de mujeres. El equipamiento ha de ser, por tanto, de calidad suficiente y actualizado y es muy conveniente establecer desde un principio un sistema de control de calidad técnica.

- Tan importante como lo anterior es, en mi opinión, la estabilidad de los profesionales, especialmente radiólogos y técnicos. Para ambos la experiencia es quizá la característica que mejor define su adecuación al puesto; se ha insistido mucho en la formación exigible «antes» de comenzar a desempeñar estos trabajos, pero es evidente que en programas de este tipo se aprende mucho en pocos meses, por la gran cantidad de mamografías que se realizan. La experiencia, sin embargo, continúa su efecto acumulativo durante al menos los 2 primeros años. Por otro lado, la labor del radiólogo de *screening* es distinta a la del que realiza mamografía clínica y los conocimientos acumulados en ésta sirven sólo parcialmente para la detección de masas, del mismo modo que un experto en *screening* no domina todas las técnicas manejadas en mamografía clínica. Lo ideal sería poseer una formación específica en mamografía de *screening* y asentar estos conocimientos durante largos períodos de tiempo.
- Sin embargo, tal vez la permanencia demasiado prolongada en un trabajo de estas características podría conducir a la rutina y la falta de interés. Se trata de un peligro que ha de tenerse siempre presente y que en Navarra fue desde el principio motivo de preocupación. La participación activa de los profesionales responsables de la detección en los comités hospitalarios de mama constituye el más eficaz de los remedios, ya que no solamente estimula a éstos, sino que mantiene el interés de los diferentes especialistas intrahospitalarios. Unos y otros perciben así la globalidad del proceso de detección-diagnóstico-tratamiento y las dificultades en cada etapa del mismo; pueden corre-

gir sus propias deficiencias y sobre todo se avanza en la creación de una estructura de equipo.

Para los encargados de la detección, un conocimiento inmediato y exacto de los resultados diagnósticos de las lesiones seleccionadas como sospechosas, significa una enseñanza práctica del mayor interés, aunque luego habrá de ser complementada con las revisiones globales de gran número de casos. Lo mismo puede decirse de los cánceres de intervalo, tanto si son verdaderos como —sobre todo— si constituyen «falsos negativos». La aparición de un cáncer de mama apreciable clínicamente en una mujer incluida en un programa de cribado sistemático constituye, para los responsables de la detección, una convulsión nada desdeñable y según las personalidades implicadas (paciente, familiares, médicos...) puede llegar a ser un suceso difícil de comprender y decepcionante. Sin embargo, estos casos, y principalmente aquellos que incluiríamos en el grupo de tumores «enmascarados» o de difícil percepción, encierran un potencial docente de la máxima importancia. Por ello es muy recomendable que clínicos, radiólogos hospitalarios y radiólogos del programa de detección, examinen con detenimiento los hallazgos en el momento del diagnóstico y los que estaban —o no— presentes en las mamografías previamente evaluadas como normales.

Naturalmente, un sistema eficaz de información y notificación de los tumores de intervalo es imprescindible. El registro oficial de tumores carece de la agilidad necesaria para estos efectos, pero en nuestro medio los propios comités de mama de los hospitales de referencia son capaces de recoger la inmensa mayoría de los casos.

- Y enlazando con el tema de los cánceres de intervalo hay un riesgo que en los últimos meses vengo percibiendo y me parece preocupante: algunos de los tumores de intervalo que hemos visto eran ya palpables en el momento de hacer las mamografías de *screening*, según las propias pacientes. Estas manifestaron no haberlo dicho a nadie por creer que la anomalía sería detectada con facilidad en caso de ser sospechosa o maligna y al recibir el informe de normalidad quedaron aliviadas y tranquilas, con-

fiando en que el bulto que notaban no sería de importancia. Sin embargo, como todos los profesionales sabemos, algunos tumores palpables pueden ser muy difíciles de reconocer por mamografía en cierto tipo de mamas.

En otras ocasiones el tumor es descubierto por la mujer pocos meses después de la revisión periódica y ella —algunas de ellas— tiende a pasarlo por alto, autoconvenciéndose de que el tema puede esperar algún tiempo, tal vez hasta la siguiente ronda de *screening*.

Esta falsa seguridad que en algunas mujeres puede originar un programa de detección sistemática es sumamente peligrosa y algo debe hacerse para explicar a la opinión pública femenina que, establecidos ya los enormes beneficios de estas campañas, sin embargo no constituyen un modelo ideal, ya que es imposible detectar el 100% de los cánceres sólo con mamografía. Y que combinando adecuada y simultáneamente todas nuestras armas —exploración física, mamografía, ecografía y punción—, el margen de error disminuye, aproximándose a cero. Y algo deberíamos hacer también para recalcar suficientemente que un bulto de nueva aparición, detectado por la mujer, es motivo para acudir al especialista cualificado, aunque hayan pasado pocos meses desde la última mamografía.

- Un fenómeno similar se viene produciendo entre las mujeres cuyas edades quedan fuera de los límites establecidos, especialmente las mayores de 65-70 años, donde la incidencia de cáncer de mama permanece elevada. Estamos viendo tumores demasiado grandes en algunas de ellas, que dijeron estar en la creencia de que esta enfermedad no se produce más allá de los 65 años. Una cosa es que el cribado masivo sea menos eficaz por encima de cierta edad, por razones diversas —tasa de participación menor, esperanza de vida más corta, etc.— y otra muy diferente que produzcamos el efecto adverso de hacer que estas pacientes descuiden la vigilancia de sus mamas. A fin de cuentas, a cualquier edad es mejor tratar un estadio precoz que un tumor avanzado.

En una situación de *screening* masivo de cáncer de mama, con una participación superior al 85%, tal como se está produciendo en Nava-

rra, la inmensa mayoría de los cánceres diagnosticados proceden del programa de *screening* o bien son cánceres de intervalo y sólo una minoría de tumores se producen entre mujeres no participantes, ya que éstas son también minoría. Pues bien, la importante reducción de mortalidad que produciría la detección masiva quedará notablemente mermada si la tasa de tumores de intervalo es elevada —en Navarra no parece que exista este problema— o si no se evita el efecto de falsa seguridad mencionado, que hace que los cánceres de intervalo —ya de por sí agresivos— y los de mujeres «fuera de programa», sean en ocasiones diagnosticados en estadios demasiado avanzados.

- En las mujeres menores de 45 años esta situación no se produce; por el contrario, el fenómeno *screening* moviliza también a este grupo hacia un mayor control clínico y mamográfico, con el consiguiente aumento de tumores detectados precozmente. La razón hay que buscarla, en primer lugar, en el mejor nivel de educación sanitaria de este sector, en relación con las mayores de 65 años, que constituyen la generación anterior. Y más concretamente en la labor de concienciación de ginecólogos y senólogos en

las consultas de diagnóstico precoz, a las que acuden con regularidad las mujeres jóvenes, pero no tanto las mayores.

Existen muchas más consideraciones a tener en cuenta relacionadas con la detección sistemática del cáncer de mama y de ningún modo estos comentarios pretender ser exhaustivos, pero a modo de conclusión, resumiría 4 puntos fundamentales que en mi opinión debe cumplir cualquier programa de *screening* con deseos de permanencia y calidad:

1. Optimización de la técnica mamográfica.
2. Formación adecuada y experiencia de los profesionales.
3. Interrelación programa de detección-hospital de referencia.
4. Evitar los efectos de falsa seguridad en las situaciones extra-*screening*.

Al margen de otros temas —organizativos, de participación, etc.— sería muy conveniente que los programas que se vayan instaurando en nuestro país tengan en cuenta los aspectos aquí expresados.

**Luis Apesteguía Ciriza**  
Radiólogo y Máster en Senología