

Prevenir el cáncer de mama

En este artículo intentamos hablar de la verdadera prevención del cáncer y de los beneficios y riesgos de las mamografías, ya que el cribado mamográfico no es un método preventivo sino de diagnóstico precoz; además no es infalible ni inofensivo.

TEXTO MANUELA CUEVAS (MÉDICA HOMEÓPATA ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA PREVENTIVA), **MÓNICA PUGA** (MÉDICA HOMEÓPATA, GINECOLOGÍA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES DE LA MUJER) Y **PEDRO RÓDENAS** (MÉDICO NATURISTA), DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE INTEGRAL, CENTRE MÈDIC I DE SALUT.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres en todo el mundo. Las tasas de incidencia varían según los países, siendo más alta en Norteamérica y Europa y especialmente baja en Oriente. Dentro de los países europeos, existe un patrón norte-sur con una mayor frecuencia de aparición de casos en los países nórdicos y tasas más bajas en los países mediterráneos. La incidencia ha ido aumentando en todo el mundo. En los países desarrollados la probabilidad de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida oscila en torno al 10 %, un caso de cada 10 mujeres. En España esta probabilidad sería un 5%, una de cada 20 mujeres desarrollará cáncer de mama antes de los 75 años.

En el 2009 el cáncer de mama femenino causó 6.130 muertes en nuestro país,

mientras que se estima que cada año se diagnostican 14.000 casos nuevos.

Analizando las tasas de mortalidad del periodo 1952 al 1996 en España, se observa un aumento global de 2,5% anual. Se interrumpe esta tendencia ascendente a partir de los años 90. Actualmente, la mortalidad está descendiendo dados los avances en el diagnóstico precoz y en el tratamiento de estos tumores. España ocupa el penúltimo lugar en cuanto a mortalidad por cáncer de mama y el último en incidencia en la Unión Europea.

La supervivencia a los cinco años ha aumentado un 6% en la última década y, en la actualidad, las cifras de supervivencia relativa ajustada por edad correspondientes a nuestro país son de algo más de un 70%. Este aumento en la supervivencia ha supuesto la estabilización de la mortalidad por cáncer de mama en los países del norte de Europa, por lo que las

diferencias geográficas en la mortalidad tienden a hacerse menos marcadas.

FACTORES DE RIESGO

Solo aproximadamente el 1% de los cánceres de mama se presenta en varones, por lo que se dice que el factor de riesgo más importante del cáncer de mama es ser mujer.

La historia familiar está considerada como uno de los factores de riesgo más destacados, pero esta afirmación habría que matizarla. Aunque las mujeres que tienen parientes de primer grado con cáncer de mama corren más riesgo, un análisis más completo ha demostrado que la mayoría no desarrollará nunca un cáncer, y que las que lo hagan será por encima de los 50 años. Ocho de cada nueve mujeres que padecen cáncer de mama no tienen una madre, hermana o hija afectada, según datos de 2006.



GETTY IMAGES

A pesar de que esta cifra puede haberse incrementado últimamente, lo cierto es que, desde una visión más integral, la repetición de esta patología en el ambiente familiar puede atribuirse a los hábitos de vida, sobre todo dietéticos, heredados.

Las mutaciones genéticas de los genes BRCA1 y BRCA2, que se consideran factores de riesgo, explican menos del 5% de los cánceres de mama. Como decíamos anteriormente, incluso en estos casos, la causa del problema no reside tanto en esta mutación (ya que está reconocida que su presencia no es suficiente para generar el cáncer de mama), sino en los factores relacionados con el estilo de vida y con el medio ambiente que la produjeron (carcinógenos) y que posteriormente estimularon su actividad (co-carcinógenos).

El riesgo de cáncer de mama se relaciona con el estímulo estrogénico, propio

de la edad fértil de la mujer, por lo tanto, cuanto antes aparezca la menstruación (menarquía precoz: antes de los 12 años) y más tarde se retire (menopausia tardía: después de los 55 años), existen más probabilidades de padecer esta enfermedad. También el no tener embarazos aumenta el tiempo de producción de estrógenos (durante el embarazo descansan los ovarios). Por este motivo, se consideran factores protectores del cáncer de mama la multiparidad, tener el primer embarazo antes de los 30 años y la lactancia materna.

La terapia hormonal sustitutiva (THS) basada en la administración exógena de estrógenos, durante más de cinco años, más allá del cese natural de la actividad ovulatoria, es un factor demostrado de riesgo de cáncer de mama, que se explica por el exceso de estímulo estrogénico. Lo mismo ocurre con los

largos tratamientos hormonales en patología ginecológica benigna y en los estímulos ováricos en tratamientos de fertilidad.

Los anticonceptivos orales, también por su componente estrogénico, son un factor de riesgo, aunque en menor medida que la THS.

Los xenoestrógenos son sustancias que ha creado el hombre que actúan imitando a los estrógenos y que son desconocidas por la naturaleza y para el propio cuerpo humano, lo que hace difícil su eliminación. La exposición a estas sustancias puede aumentar el riesgo de cáncer. Las más conocidas y utilizadas son los insecticidas, fungicidas, herbicidas y algunos de sus componentes o metabolitos, al igual que otros subproductos derivados de los plásticos y de la combustión de la gasolina, parabenos y algunos fármacos.

¿Qué es el cáncer?

La enfermedad conocida como cáncer es el resultado de una alteración en las células, transmitida a las células hijas, que se manifiesta por un crecimiento incontrolado de éstas, de forma que invaden tejidos vecinos y se propagan a distancia (metástasis), produciendo graves complicaciones al paciente.

■ GÉNESIS DEL CÁNCER

En el núcleo de las células se encuentran los cromosomas que contienen a su vez los genes, las unidades de material hereditario, formados por ADN (cadena de ácidos

y proteínas que lleva grabado el mensaje a transmitir). La alteración del ADN de los genes que controlan el crecimiento, la diferenciación y la reparación celular (oncogenes) es la que hace que una célula sana sea potencialmente maligna. Se llaman carcinógenos a las sustancias que producen esta modificación en el ADN de los oncogenes. Cuando esto ocurre se habla de "etapa de iniciación". Cuando nuevas sustancias o situaciones (cocarcinógenos) ponen en marcha el proceso incontrolado de multiplicación celular, hablamos de "etapa de promoción", y es cuando se produce el cáncer.

■ CAUSAS DEL CÁNCER

Es necesario insistir aquí que la causa última del cáncer no son los genes modificados, como podría pensarse después del aluvión de noticias que nos hablan de la identificación de genes responsables de este u otro proceso oncológico. Como es fácil comprender, la verdadera causa del cáncer son los carcinógenos que producen estas modificaciones de los oncogenes, y los cocarcinógenos que promocionan su desarrollo. Todo esto está relacionado con el patrimonio genético de cada persona (herencia), el entorno social y afectivo en que vive, el estilo de vida (hábitos tóxicos, dieta...) y los factores medioambientales que le rodean.



La obesidad después de la menopausia, por encima de los 15 o 20 kilos que corresponderían según tablas de peso y talla o índice de masa corporal (IMC), está considerada un factor de riesgo.

El estreñimiento crónico, a través de la acción de bacterias de la flora intestinal sobre ciertos alimentos, puede generar estrógenos activos que aumentan el riesgo.

Hay diversos estudios que atribuyen al consumo de grasa animal y carne de cerdo un incremento del cáncer de mama, sobre todo en tumores con receptores hormonales positivos. Este efecto se explicaría por la producción de aminas heterocíclicas al preparar la carne a elevadas temperaturas y también por el propio contenido hormonal de la carne.

Existe un estudio publicado en 1988 que ya hablaba entonces del incremento de riesgo de padecer cáncer de mama al pasar de consumir carne, huevos y queso

de menos de una vez a la semana a hacerlo diariamente. Este riesgo se multiplicaba por 3,83, 2,86 y 3,23 respectivamente.

Están apareciendo cada vez más evidencias de que el incremento de riesgo debido al excesivo consumo de lácteos podría estar relacionado con su riqueza en el factor de crecimiento IGF-1 que facilitaría la fase de promoción y extensión de las células cancerosas. No olvidemos que en la leche de vaca hay un importante mensaje de crecimiento rápido, puesto que un ternero engorda 200 kg y se hace adulto en aproximadamente un año, cuando nosotros necesitamos casi dos décadas para nuestro desarrollo.

También es conocido, en relación a la dieta, el factor de riesgo debido a los benzopirenos resultantes de los asados y ahumados.

El consumo diario de alcohol favorece el riesgo. Entre un 4% y un 10% de los

cánceres de mama en los países desarrollados se pueden adjudicar al alcohol.

El tabaco, especialmente cuanto más joven se haya empezado a fumar, también está identificado como un importante factor de riesgo.

Hace ya tiempo que se conoce el efecto cancerígeno sobre el tejido mamario de las radiaciones ionizantes, preferentemente mientras hay actividad hormonal, incluso con bajas dosis cuando se producen en la época de la pubertad.

Un factor de riesgo discutible es el efecto de las emociones negativas o las situaciones conflictivas sostenidas. Aunque las opiniones están enfrentadas en cuanto a factor generador del tumor (el método Hamer lo defiende), sí parece haber consenso en su efecto desencadenante del crecimiento tumoral, que hasta ese momento podía estar contenido por el organismo.



GETTY IMAGES

La autoexploración debe aconsejarse a toda mujer salvo a quien produzca ansiedad

PREVENCIÓN

Cuando hablamos de prevención del cáncer de mama, habitualmente pensamos en mamografías, pero es importante aclarar que el cribado mamográfico forma parte de lo que llamamos diagnóstico precoz; es decir, localizar el tumor cuando ya ha aparecido. Sin embargo, prevenir es evitar que se produzca.

Parece claro que tener en cuenta los factores de riesgo es básico para tomar las medidas oportunas para disminuir la posibilidad de padecer un cáncer de mama. En este punto, sería conveniente diferenciar entre situaciones de riesgo y factores realmente generadores del problema.

Cuando hablamos de sexo femenino, de la menarquia precoz o de la meno-

pausia tardía, estamos refiriéndonos a situaciones fisiológicas que por sí solas no son un problema. Lo mismo ocurre con la historia familiar o el ser portador de mutaciones genéticas, ya que todas estas situaciones, que difícilmente podemos modificar ya que no dependen de nuestra voluntad, por sí mismas no inciden en los cambios que van a iniciar el crecimiento tumoral, aunque incrementen las posibilidades de padecerlo.

En cambio, cuando nos referimos al THS, anticonceptivos orales, xenoestrógenos, exceso de grasa animal y carne, benzopirenos, tabaco, alcohol, radiaciones ionizantes... sí que estamos citando agentes generadores de cambios en el ADN celular que ponen en marcha

el proceso de génesis (carcinógenos) y promoción o expansión del cáncer de mama (co-carcinógenos). En este caso, sí que hablamos de factores de riesgo de los que podemos prescindir individual o colectivamente, en busca de una verdadera prevención.

Por lo tanto, se aconseja para prevenir el cáncer de mama evitar el tabaco, el alcohol, la dieta con exceso de carne, lácteos y demás grasa animal, la obesidad, los tratamientos con estrógenos de síntesis (THS y anticonceptivos orales) y la mínima exposición posible a las radiaciones ionizantes y a los xenoestrógenos (insecticidas, herbicidas, parabenes...). El equilibrio emocional también ha de ser un objetivo fundamental en la salud.

Como no podría ser de otra manera, estas recomendaciones son las mismas que haríamos para cualquier otro tipo de patología, ya que no tendría sentido que la propia naturaleza hubiera dispuesto el *imposible* que significaría una prevención diferente para cada enfermedad. Existen unos hábitos sanos que pasan por el respeto a uno mismo, a los demás y al entorno que nos rodea, que permiten actuar con la mayor efectividad posible a nuestro médico interno o mecanismos de autorregulación responsables del equilibrio que es la salud.

HÁBITOS SANOS

Si hablamos en positivo, de lo que hemos de hacer más que de lo que tenemos que evitar, hemos de mencionar el ejercicio físico, el sueño suficiente y la dieta.

El ejercicio físico moderado (andar, ir en bicicleta, nadar...) y regular (más de una hora y media a la semana) disminuye hasta un 20% en riesgo de padecer cáncer de mama, según un estudio de Bernstein (2005). La explicación estaría en la reducción de estrógenos que produce la actividad física regular.

Otro estudio finlandés avala la hipótesis de que las mujeres que duermen más de 8 horas diarias presentan menos riesgo de cáncer de mama.

Las frutas y verduras en general, por su aporte en betacarotenos (precursores de la vitamina A), vitaminas C y E y licopeno, resverastrol, selenio... han demostrado una acción anticancerígena fundamentalmente por su actividad como antioxidantes. La administración de estas vitaminas y sustancias antioxidantes en forma de preparados no ha producido este mismo efecto, lo cual

Un modelo de estilo de vida con menos peso, menos alcohol y más ejercicio permite reducir los casos de cáncer

demuestra que existen en los vegetales otros factores protectores del cáncer todavía desconocidos.

El consumo de aceite de oliva, tomándolo más de una vez al día, también se apunta como un factor que disminuye las posibilidades de desarrollar el cáncer de mama.

En el caso de la soja y sus derivados (tofu, licuado de soja...), ricos en fitoestrógenos como las isoflavonas, la opinión respecto a su beneficio en la prevención y tratamiento del cáncer de mama está dividida, especialmente en los casos hormonodependientes. En algunos estudios se habla de su efecto frenador del crecimiento tumoral, por lo que recomiendan su consumo para prevenir y para tratar esta patología. Su protección la extienden tanto a la época pre como postmenopáusica. A ello se atribuye la baja incidencia del cáncer de mama en las mujeres japonesas, grandes consumidoras de soja. En cambio, otros estudios sugieren que la soja y derivados pueden aumentar el cáncer de mama, especialmente si se consumen a partir de la menopausia.

Quizás podríamos concluir diciendo que, durante la etapa fértil de la mujer, la soja y derivados tendrían un efecto protector o preventivo, ya que sus fitoestrógenos benefician al competir con el efecto hiperestrogénico de medicamentos y xenoestrógenos, y que en épocas anteriores (infancia) y posteriores (postmenopausia) el efecto es al menos discutido. Ante la duda y hasta que no existan estudios más claros y coincidentes, hay quien sugiere no abusar de soja y derivados, no tomándolos más de una vez al día mientras la mujer sea fértil (hay personas que consumen, el mismo día y de forma continuada, tofu, licuado de soja, hamburguesa o salchichas de soja...), distanciando más su consumo en la infancia y en la postmenopausia (2 a 3 veces a la semana) y evitar su toma en aquellos casos diagnosticado de cáncer de mama hormonodependiente. También hay que saber que las isoflavonas de la soja pueden interferir con la acción del Tamoxifeno (medicación que se indica, generalmente durante 5 años, a las

pacientes que han padecido un cáncer para prevenir recaídas), ya que ocupa los mismos receptores en las células.

Podríamos resumir diciendo que una propuesta de dieta preventiva y terapéutica del cáncer mama (y para cualquier tipo de cáncer) sería una dieta vegetariana y con alimentos ecológicos, y una dieta de bajo riesgo pasaría por ser rica (consumo diario) en frutas frescas, verduras, cereales, frutos secos y aceite de oliva de primera presión en frío; moderada (2 a 4 veces a la semana) en legumbres (incluida la soja), lácteos, pescado y carne blanca; y escasa (0 a 1 vez a la semana) en productos refinados y azúcares, grasas animales y carne de mamíferos como la de cerdo.

Por último, hacer referencia a un estudio recién publicado en *The Journal of the National Cancer Institute* (Dra. Petraci y equipo) que describe un modelo que cuantifica la reducción de riesgo de cáncer de mama al cambiar el estilo de vida. En él se relaciona la pérdida de peso, la disminución del consumo de alcohol y la práctica de ejercicio durante diez años con la reducción de 16.000 casos de cáncer sobre una población de un millón de mujeres.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

A diferencia de la prevención que intenta evitar la aparición del tumor, el diagnóstico precoz consiste en identificar lo antes posible su presencia para poder actuar terapéuticamente con la máxima efectividad.

Es importante que la mujer conozca sus mamas a través de su propia palpación y acuda al médico cuando note cualquier novedad.

La autoexploración mamaria por sí sola no se considera suficiente para la detección precoz del cáncer de mama, pero sabemos de muchas mujeres que fueron diagnosticadas después de apreciarse ellas una alteración en sus mamas, incluso pocos meses después de que el resultado de la mamografía fuera negativo. Lo aconsejable sería que todas las mujeres aprendieran a conocer su propio cuerpo y a reconocer los mensajes que nos transmite.

La autoexploración debe aconsejarse a



toda mujer salvo a aquellas a las cuales les produce ansiedad o serias preocupaciones. Debe también marcarse que el mejor momento para hacer la autoexploración es una vez retirada la menstruación, momento en que las mamas están en un momento de descanso hormonal y, por ende, es más fácil la palpación.

Lamentablemente, la disminución de la morbi-mortalidad del cáncer de mama se debe a los tumores que se diagnostican en un estado muy inicial *in situ*, con tamaño menor de 1 centímetro y sin afectación ganglionar. Desgraciadamente, estos tumores no se suelen detectar en la autoexploración.

Hoy en día, la mamografía es el método de diagnóstico que con mayor precisión puede dar cuenta de lesiones cancerígenas a través de imágenes interpretables. O sea, es lo que más nos puede permitir un diagnóstico precoz, y por este motivo



GETTY IMAGES

es la técnica que se utiliza como bandera en todos los programas mal llamados frecuentemente de “prevención de cáncer de mama”.

¿QUÉ ES UNA MAMOGRAFÍA?

Es la técnica utilizada en la exploración radiológica (emite radiaciones ionizantes) de la mama. Permite localizar la lesión y elaborar un informe sobre el tipo de lesión encontrada y su localización, también valora el grado de sospecha para cáncer de mama.

Está indicada en mujeres con síntomas y sospecha clínica de cáncer de mama como diagnóstico y en mujeres asintomáticas en los programas de cribado o

detección precoz de cáncer de mama. La técnica habitual es realizar una mamografía en ambas mamas en doble proyección (de arriba abajo y oblicuamente). Las incomodidades que genera hacerse una mamografía para la paciente tienen un sentido. La fuerte compresión de la mama en el senógrafo disminuye el espesor del tejido, por lo tanto es necesario que pase menos radiación para generar la imagen y, además, aumenta su calidad. Algo importante a mencionar a las pacientes es que para evitar estas molestias es aconsejable efectuar la prueba inmediatamente después de la menstruación, es decir, en los primeros días del ciclo.

La mamografía puede detectar pre-

cozmente cánceres *in situ*, con tamaño menor a 1 cm y sin afectación ganglionar. Su grado de sensibilidad es del 85 al 95 % y una especificidad alrededor del 90%. Hay un 5 a 15% de cánceres que no se van a detectar precozmente y un 10% de falsos positivos.

PROGRAMAS DE CRIBADO

Un cribado consiste en examinar un grupo de población con el fin de detectar una enfermedad. Normalmente, son iniciativas de la administración pública con el objetivo de provocar un descenso de mortalidad por esa causa.

El cáncer de mama reúne todas las características generales de los programas de cribado de carácter poblacional. Tiene una alta morbilidad y mortalidad. Es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 35 a 55 años.

El tratamiento en fase precoz permite la conservación de la mama en más de la mitad de los casos.

La mamografía se presenta como la prueba de cribado más efectiva, dado que permite el diagnóstico de lesiones muy pequeñas y tiene buena tolerancia.

PROTOCOLO DE CRIBADO ACTUAL

Hasta hace poco, el protocolo de detección precoz de cáncer de mama indicaba una mamografía cada año o cada dos años, según el ámbito institucional, en mujeres sin riesgo que tenían entre 40 y 64 años.

El nuevo protocolo de la OMS nos marca olvidarnos de las mamografías de cribado poblacional entre los 40 y 49 años, y hacerlas cada dos años entre los 50 y 74 años. El cribado mamográfico se asocia a una disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de mama significativa en este último grupo de edad y, además, se evita la acumulación y peligrosidad de las radiaciones en las mujeres más jóvenes, ya que aplicar radiaciones ionizantes en un tejido en activa proliferación epitelial por acción de las propias hormonas incrementa el riesgo de cáncer de mama en mujeres menores de cincuenta años.

Ya en el 2009 la USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) de Estados Unidos recomendaba no hacer cribado

Hay que informar a las pacientes acerca de los beneficios y riesgos tanto de hacerse una mamografía como de lo contrario



Alternativas o complementos a la mamografía

Una alternativa real a la identificación de microtumores en la mama como la que nos proporciona la mamografía parece ser que no existe por el momento. Sí que hay pruebas que la complementan o que pueden proporcionar mejor información en tumores incipientes de mayor tamaño, sin olvidarnos de la autoexploración mamaria, como método de conocimiento del propio cuerpo y de sus cambios. Relacionamos a continuación otros medios diagnósticos.

El uso de la mamografía digital ha disminuido el número de falsos positivos, de acuerdo a un estudio del Equipo de Radiología del Hospital del Mar de Barcelona, ya que precisa más el diagnóstico en el caso de un falso tumor, pero tenemos que saber que las radiaciones que emite son prácticamente las mismas que emite la mamografía tradicional. La diferencia está en la lectura, ya que las imágenes se pueden ver ahora en formato digital.

La ecografía mamaria complementaría la exploración clínica o mamográfica. No sustituye a la mamografía en el cribado de cáncer de mama por sus limitaciones en ver los tumores más pequeños.

La resonancia magnética tiene una gran sensibilidad para la detección del cáncer de mama, pero las limitaciones en su especificidad obligan a usarla en combinación con otras técnicas de la imagen.

La galactografía, prueba radiológica que detecta las masas intraductales de la mama, permite señalarlas guiada con ecografía o mamografía.

La punción con aspiración de aguja fina (PAAF) se utiliza para extraer del tumor palpable material para el análisis citológico que nos dirá si tiene características de benignidad o malignidad.

poblacional a las mujeres antes de los 50 años. A las mujeres de 40 a 49 años, se les debía advertir de los riesgos y beneficios de realizar mamografías y ayudarlas a decidir en base al riesgo real de contraer la enfermedad y su preocupación sobre la misma.

VENTAJAS DEL CRIBADO

El cribado regular con mamografía no puede prevenir el cáncer de mama, pero puede reducir el riesgo de morir debido a este cáncer por identificar tumores en sus inicios, con un tamaño inferior a 1 cm. En la Revisión del estudio Cochrane 2011 sobre el cribado con mamografías se observa una reducción de mortalidad del 15% del cáncer de mama.

Otro estudio con seguimiento durante 30 años sobre población sueca, publicado en junio de 2011, habla de un 30% menos de muertes por cáncer de mama en el grupo de mujeres que participó en el cribado y que, de cada 1.000 a 1.500 mamografías, se previene una muerte por cáncer; o también se evita un fallecimiento por cada 400 ó 500 mujeres cribadas.

En un artículo de 2008, el Dr. P.C. Gotzsche, director del centro nórdico Cochrane, revisa la mamografía como método de cribado para cáncer de mama, y maneja otras cifras, llegando a la conclusión de que, de cada 2.000 mujeres que participan en programas de cribado de cáncer de mama durante 10 años, una prolongará su vida como consecuencia de una detección temprana y su tratamiento precoz.

La mamografía se asocia con una disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de mama, sobre todo en mujeres de 50 a 74 años. Las mujeres de 60 a 69 años parecen ser las más beneficiadas. Y el beneficio es escaso en las mujeres de más de 74 años.

INCONVENIENTES DEL CRIBADO

En contraposición, algunos de los tumores cancerígenos y los llamados precursores del cáncer (displasias, metaplasias...) que son hallados por cribado crecen muy lentamente, o no lo hacen del todo (teoría de la remisión espontánea). Estas lesiones podrían no convertirse en verdaderas lesiones cancerígenas. Debido a que es difícil el diagnóstico de benignidad o malignidad sin la cirugía, todos son tratados. En consecuencia, el cribado lleva a tratar a muchas mujeres

por una enfermedad tumoral que ellas no tienen y nunca tendrán. De las 2.000 mujeres –citadas anteriormente– sometidas al cribado durante diez años, 10 mujeres sanas que no se hubieran diagnosticado si no se les hubiera hecho el cribado se diagnosticaran como enfermas y recibirán tratamiento innecesariamente de cirugía, radioterapia e incluso quimioterapia.

Por el motivo anterior, el cribado de detección precoz del cáncer de mama puede aumentar la mortalidad debido al mayor uso de la radioterapia. La radioterapia es beneficiosa para las mujeres con alto riesgo de recurrencia local. Sin embargo, es perjudicial para las mujeres con un riesgo particularmente bajo, como aquellas en las que el cáncer se detectó mediante el cribado, principalmente debido al daño vascular y al desarrollo de insuficiencia cardíaca como resultado de algunos tipos de radioterapia (Early Breast C 2000).

En ocasiones, la mamografía muestra imágenes confusas o lesiones sospechosas de ser cancerígenas, lo que obliga a realizar nuevos exámenes (y nuevas radiaciones) que finalmente pueden demostrar que lo observado era benigno y, por lo tanto, una falsa alarma o lo que se denomina falso positivo. Esto ocurre aproximadamente en 200 mujeres (10%) de las 2.000 valoradas en un cribado durante diez años (Gotsche). Estos diagnósticos de falsos positivos, mientras se esperan los resultados definitivos, pueden causar ansiedad y sufrimiento psicológico durante varios meses que a veces cuesta reconducir.

El 32% de las mujeres a las que se realizó su primera mamografía presentan dolor alrededor de la prueba, siendo una de las causas de abandono del programa de cribado.

No todos los cánceres pueden ser detectados con mamografías, causando una sensación de falsa seguridad.

No debemos olvidar que la mamografía es una exposición a radiaciones ionizantes, justo uno de los factores de riesgo del cáncer de mama, por lo que no son inocuas. Su efecto cancerígeno puede ser más o menos elevado en función de los antecedentes y edad de la paciente, la frecuencia de la prueba y estado o antigüedad del mamógrafo. Estudios de hace quince años afirmaban que, en diez años de cribado anual, por ejemplo entre los 35 y 45 años, el efecto radioinducido era



GETTY IMAGES

tres veces más importante que el preventivo. Es decir, que por cada cáncer que se evitaba se generaban tres. Afortunadamente, hoy en día los mamógrafos actuales irradian menos, la edad del cribado recientemente se ha restringido a partir de los 50 años y la frecuencia ha pasado a ser de anual a cada dos años, lo que hace menor el riesgo de cáncer radioinducido por las mamografías y, en general, en medios sanitarios se ha pasado a considerar superior el beneficio conseguido.

CONCLUSIONES

Las mujeres, los médicos y los responsables sanitarios deben considerar las ventajas y desventajas de los programas de detección precoz de cáncer de mama. Las mujeres, en especial, deberían estar informadas de los riesgos y beneficios antes de decidir si asistir o no a los pro-

gramas de *screening* de mama.

Se desconoce el impacto real de los programas de detección precoz. La mortalidad ha descendido, pero el cáncer de mama aumenta en su incidencia. No hemos de olvidar que este tipo de cáncer es la primera causa de muerte en mujeres entre 35 y 55 años y el cribado mamográfico se inicia, según las actuales recomendaciones, a los 50 años, por tanto con pocas posibilidades de reducir estas muertes. Se debería ampliar el abordaje con la implementación de programas de salud para la prevención de los factores de riesgo evitables y no quedarse únicamente con el diagnóstico precoz.

Para reforzar esta idea, y teniendo en cuenta, como hemos podido comprobar en este mismo artículo, que las cifras de los diferentes estudios son aproximaciones a la realidad y, por tanto, variables,

no podemos resistir la tentación, como conclusión, de enfrentar los datos de reducción de mortalidad por cáncer de mama atribuidos al cribado mamográfico, una muerte por cada 400, 500 o 2.000 mujeres cribadas según los distintos estudios referenciados, con los del trabajo de la Dra. Petracci y su equipo también citado en este artículo sobre un modelo que cuantifica la reducción del riesgo de padecer cáncer de mama al cambiar el estilo de vida (perdiendo peso, bebiendo menos alcohol y haciendo ejercicio) y que habla del cálculo de una reducción de 16 casos de cáncer de mama por cada 1.000 mujeres que han incorporado estas tres medidas preventivas durante diez años. Queda en evidencia el beneficio en salud y el ahorro sanitario que significa potenciar la prevención frente al uso exclusivo de medidas diagnósticas, teniendo además en cuenta que en el estudio anterior solo se han aplicado algunas de las medidas preventivas mencionadas en este mismo artículo.

LA MUJER DEBE DECIDIR

No caigamos en el error de suponer que los datos de la ciencia pueden decirle a una persona cuál es la decisión correcta respecto a una elección médica. Cada paciente debe poder evaluar los posibles resultados según una buena información que depende del médico... así tendrá que considerar los potenciales beneficios y daños de cada alternativa.

Aunque es muy difícil, los valores del médico no deberían contar en la decisión, ya que sus propios temores y ansiedades pueden condicionar a la paciente.

Hay que informar a las pacientes acerca de los beneficios y riesgos presentes tanto en el caso de hacerse una mamografía como en el caso de prescindir de esta prueba.

En este punto, el médico debe mantenerse al margen de la decisión que tome la paciente, en cualquier caso debe acompañarla, pero no juzgar o sentenciar.

El conocimiento, el saber, es lo que nos hace verdaderamente libres. Una persona no puede decidir sin conocer las opciones. Por eso, se debe hacer especial hincapié en la información y el acompañamiento. Cada paciente debe poder evaluar las consecuencias y resultados según la información que le aportamos, pero también por sus propias creencias y valores. ■

Bibliografía en Integral Práctica