

Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Mama: sigue sin hacerse lo suficiente

Dr Juan Antonio Mieza Arana (Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia)

Dr Jose Antonio López Ruiz (Médico Especialista en Radiodiagnóstico)

Presidente y Secretario de la Sociedad Vasca de Patología Mamaria-Ugatz Patologiaren Euskal Elkartea, respectivamente

En el año 1995 se inició, en las Comarcas de Araba y Alto Deba, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) para, en 1997, extenderse a toda la Comunidad Autónoma Vasca (CAV). Los comienzos, sin bien anhelados por bastantes ciudadanos y profesionales sanitarios desde tiempo antes, no respondieron exactamente a todas las recomendaciones que, en su día, emitió un Panel de Expertos consultados al respecto, especialmente en cuanto a la necesidad de extender los rangos de Edad de las mujeres invitadas a participar (1).

Los años transcurridos desde entonces han puesto de manifiesto algunos datos objetivos:

- 1) En el período 2002-2006, es decir, en un período en el que el PDPCM se encontraba plenamente “rodado”, el cáncer de Mama fue el tumor más frecuente en mujeres de 30 a 49 años (45,1 %), y en las mujeres de 50 a 69 años (31,3 %) (2).
- 2) Durante los años 2006 y 2007, se observaron oficialmente en la CAV 1.349 y 1.435 casos, respectivamente, de cáncer de Mama (3). Merece la pena resaltar que, durante dicho período, los casos entre mujeres menores de 50 años aumentaron desde un 27,80 % hasta el 31,15 %, mientras que los casos en mujeres de entre 50 y 69 años disminuyeron desde el 47,81 % hasta el 45,71 %. Tales datos se encuentran en sintonía con los obtenidos en 1995, antes del inicio del PDPCM en la Comarca Interior de Bizkaia (4), en donde existía un Programa, a demanda, ofertado a mujeres de 40 a 70 años, mediante Mamografía anual, con un 35 % de casos detectados en mujeres menores de 50 años, y un 36 % en mujeres de 50 a 64 años.
- 3) De la totalidad de casos observados en 2006 y 2007, el porcentaje de casos diagnosticados gracias a la actividad del PDPCM disminuyó desde el 30,32 % hasta el 24,90 %, respectivamente. En la Comarca Interior de Bizkaia, la puesta en marcha del PDPCM motivó que, el porcentaje de casos diagnosticados, en mujeres menores de 50 años (excluidas del PDPCM), descendiera desde un 35 % al 25 % (4).

Con tales datos, es fácil concluir que, gracias a las actividades del PDPCM, apenas se están diagnosticando un 25-30 % de casos de cáncer de Mama, porcentaje que difícilmente puede contribuir a reducir, significativamente, las Tasas de Mortalidad entre las mujeres vascas. O, dicho de otro modo, parece obvio que los actuales rangos de Edad, contemplados en el PDPCM, no permiten diagnosticar la mayor parte de casos. Y esto resulta especialmente grave en mujeres menores de 50 años, con unas habitualmente mayores implicaciones familiares, laborales y socio-sanitarias.

Numerosos estudios y trabajos (4,5) demuestran que, si en los PDPCM se incluyeran mujeres a partir de los 40 años, con Mamografía de periodicidad anual (y estudios complementarios, si procede), se diagnosticarían más casos y con similares perspectivas de supervivencia que entre las mujeres de 50 a 64 años. Por otro lado, el porcentaje de cánceres de intervalo (tumores que se diagnostican entre dos controles sucesivos), que en el PDPCM de la CAV, con un intervalo entre controles

mamográficos de 2 años, ronda el 16-17 % (6), disminuiría hasta el 4-5 %, si el período entre controles fuera de 1 año, en lugar de 2 años. (7).

A la mujer con factores de riesgo de padecer cáncer de Mama, apenas se la presta una necesaria atención diferenciada, y sólo se considera factor de riesgo, en mujeres menores de 50 años, la presencia de antecedente familiares en primer grado. Por supuesto, no se considera aplicar métodos complementarios (Ecografía Mamaria ó Resonancia Magnética Mamaria), recomendados en numerosas Guías Internacionales, tanto en este tipo de mujeres como en las que presentan alta densidad radiológica en sus mamografías, sin otros factores adicionales de riesgo.

Cuando a una mujer se le ha diagnosticado un cáncer de Mama, ha de realizarse un completo estudio de extensión locorregional (y sistémico, si procede). Pues bien, tampoco en estas situaciones se aplican, en todos los casos necesarios, procedimientos de probada eficacia, que permiten detectar lesiones adicionales, tal vez no visibles en Mamografía ó Ecografía Mamaria. Así, mientras que algunas mujeres inician la correspondiente terapia con toda la información necesaria, otras, más desafortunadas, lo hacen con incertidumbre.

Y a la hora de la terapia, no todas las mujeres pueden elegir entre las diversas opciones terapéuticas, bien porque no figuran entre el listado de prestaciones de un determinado Centro, bien porque su facultativo cirujano-oncólogo no las conoce o no las practica.

Los PDPCM tienen, como principal objetivo, reducir la Tasa de Mortalidad por cáncer de Mama. Y, para ello, han de focalizarse sobre una población que presente elevadas Tasas de Prevalencia e Incidencia de la enfermedad, lo cual no se está haciendo si se ignora a las mujeres de 30 a 49 años. Y, si la Mamografía no resulta suficiente, aplíquense procedimientos complementarios, tales como la Ecografía Mamaria, o la Resonancia Magnética (si procede)

Como objetivo secundario, aunque no menos importante, los PDPCM han de garantizar un acceso equitativo y de calidad a las pacientes diagnosticadas que requieran tratamiento. Y esto tampoco está ocurriendo puesto que no todas tienen acceso a un completo proceso de extensión ni a poder acogerse una determinada terapia.

A pesar de que los datos objetivos resultan abrumadores e incontestables, nuestras autoridades sanitarias siguen enrocándose en actitudes huidizas, cuando no beligerantes contra facultativos que aplican otros Protocolos (utilizados, con éxito, en otros países), que aquí se consideran caros o no prioritarios.

La lucha eficaz contra el cáncer de Mama es una tarea coordinada de mucha gente, pero difícil de conseguir si, quien tiene la responsabilidad principal en lograrlo, no la lidera de manera consensuada.

Citas Bibliográficas:

- (1): OSTEBA : Evaluación de Tecnologías Sanitarias. **Propuesta de actuación: Detección precoz del cáncer de mama en la CAPV.** Departamento de Sanidad. Febrero 1994.
- (2): Izarzugaza MI, Martínez R, Audicana C, Larrañaga N, Hernández E, Tobalina MC, et al **El cáncer en el País Vasco. Incidencia, mortalidad, supervivencia y evolución temporal.** Departamento de Sanidad y Consumo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2010
- (3): Respuesta a la pregunta para respuesta por escrito, formulada por Dña Juana Iturmendi Maguregui, Parlamentaria del Grupo Popular Vasco, admitida por la Mesa del Parlamento en su reunión del día 30 de Enero de 2007, relativa a “casos de cáncer de mama diagnosticados en mujeres” (08/10/05/03/2132-13652)
- (4): Aquirre I. **Cáncer de mama en la Comarca Interior de Bizkaia: Análisis epidemiológico y correlación clínico-radio-patológica.** Tesis Doctoral.2005
- (5): Echevarría JJ, López JA, Segovia MC, Rodríguez M, Zabalza I, García M. **Cáncer de mama detectado en mamografía de cribado. Análisis comparativo de los casos diagnosticados en mujeres de 40 a 49 años, frente a 50 a 64 años de edad.** Radiología 1998;40(7):445-51
- (6): Michelena MJ, Rueda JR, Sarriugarte G, Imaña FJ, Pericás I, Izarzugaza I. **Cánceres de intervalo en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.** Proyecto de Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2007. Informe nº Osteba -07-07
- (7): Rickard MT, Taylor RJ, Fazli MA, El Hassan N **Interval breast cancer in an Australian mammographic screening program.** Med J Aust 1998;17;169(4):184-7