

DESPISTAJE DE CÁNCER DE MAMA

SALUD PÚBLICA DE LA PAMPA CARAVANA DE LA SALUD

FERNANDO GIAYETTO, MARCELO LIONE, ALBERTO CUBERO, MARÍA CRISTINA CUEVAS, ESTELA MAROA RODRÍGUEZ, RUBÉN MOLINA, SERGIO PICÓN

EALM CENTRO DE ONCOLOGÍA Y TERAPIA RADIANTE CENTRO ONCOLÓGICO INFINITO LA PAMPA, ARGENTINA

RESUMEN

El cáncer de mama representa un grave problema de salud pública, en la mayoría de los casos se consulta tardíamente, en nuestro país existe una mortalidad de 22 por 100 000 mujeres. Se realizó un análisis retrospectivo que comprendió un período de cuatro años, donde se revisaron las mamografías realizadas en el servicio de diagnóstico por imágenes del Hospital Dr. Lucio Molas que cuenta con uno de los dos mamógrafos disponibles en el sector público de la provincia. La relación entre cáncer y despistaje fue: 3,1/1 000. Biopsias positivas en 51 %. El tamaño tumoral promedio fue de 10 mm. La eficacia de este tipo de campañas ha sido corroborada por numerosos estudios, es necesario mejorar los resultados y reducir los inconvenientes que se les han atribuido a este tipo de estudio: el costo económico, los falsos positivos y negativos, las biopsias innecesarias, o la ansiedad generada en las pacientes.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, mortalidad, diagnóstico, mamografía, biopsias.

SUMMARY

The breast cancers represent a big and hard health public problem. In the majority of cases the patients consult us so late, in our country exist a mortality of 22 for 100 000 women. We realized a retrospective work in a period of four years in witch we review all the mammography's realized in the diagnostic image service of Hospital Dr. Lucio Molas these hospital has one of the two mammography public machine for health public in the province area. The relation between cancer and screening was 3.1/1 000. The positive biopsies were in 51 %. The tumor average size was 10 mm. The efficacy of this kind of campaign were corroborated for numerous studies, is necessary to improve the results and reduce the inconvenient describe for these kind of study: Costs, false negative and positive, economic problem, the unnecessary biopsy's and the anxiety generated in the studied patients.

KEY WORDS: Cancer, breast, mortality, diagnostic, mammography, biopsies.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano y representa también una verdadera inversión para contribuir al bienestar familiar, al desarrollo social y al desarrollo económico de una nación. La salud es además una condición indispensable para alcanzar una auténtica

igualdad de oportunidades en la población.

Dentro de este marco se establecen las acciones para la prevención y control del cáncer mamario y el cáncer de cuello uterino, que permitirán enfrentar uno de los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, así como reducir la inequidad entre la población pampeana.

Recibido: 13/09/2009 Revisado: 15/11/2009

Aceptado para publicación: 18/12/2009

Correspondencia: Dr. Marcelo Lione. Centro de Oncología y Terapia Radiante Santa Rosa. La Pampa. Argentina Av. Perón 1297. Tel.: 54 - 02954 - 431701
E-mail: centrodeoncologia@speedy.com.ar
Web: www.ceontera.com.ar

El objetivo principal de un programa de despistaje es detectar precozmente la enfermedad en su fase asintomática, con el fin de disminuir su morbilidad y mortalidad.

En Argentina no existen estadísticas oficiales sobre morbilidad, la mortalidad es de 22 por 100 000 mujeres, similar a la observada en otros países occidentales. Si bien no existen cifras oficiales, los datos recogidos en hospitales públicos mostrarían un predominio de los estadios II sobre los estadios I. El último estudio sobre epidemiología descriptiva que incluía datos sobre estadios de presentación del cáncer de mama en centros hospitalarios públicos y privados fue realizado entre la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Argentina de Mastología en 1984 y mostraba en esa época un claro predominio del estadio II (43 %) sobre el estadio I (30 %). Finalmente, debe tenerse en cuenta que el verdadero valor de la mamografía consiste en su capacidad para la detección del cáncer en etapas iniciales y que una mamografía negativa no descarta la existencia de un cáncer mínimo, estos denominados falsos negativos se deben a la dificultad diagnóstica que presentan las mamas con alta densidad glandular o a determinados tipos histológicos como los carcinomas lobulillares.

Las indicaciones actuales son realizar controles clínico-mamográficos anuales a partir de los 40 años y en mujeres con riesgo aumentado desde los 35 años.

La provincia de La Pampa tiene una gran extensión geográfica, una baja densidad poblacional, y una concentración de los recursos humanos (médicos) y tecnológicos (mamógrafos) en dos ciudades de la provincia (Santa Rosa y General Pico), que obliga a que una gran cantidad de mujeres deban viajar muchos kilómetros para acceder a una mamografía.

Se realizó un análisis retrospectivo que comprendió un período de cuatro años, de las mamografías realizadas en el servicio de

diagnóstico por imágenes del Hospital Dr. Lucio Molas que cuenta con uno de los dos mamógrafos disponibles en el sector público de la provincia.

Se efectuó un análisis completo de la frecuencia con que se realizaban los controles mamográficos y se lo relacionó con la procedencia de las pacientes, concluyendo que muchas mujeres se efectuaban una mamografía por año, pero muchas otras no se habían efectuado ninguna mamografía en todo ese período; evidentemente no se estaba alcanzando a toda la población en riesgo, sino solo a un grupo. Observamos que aquellas mujeres que vivían en las ciudades donde había mamógrafo disponible tenían más mamografías al cabo de 4 años que aquellas que vivían a mayor distancia. Además existía una relación directa entre incidencia de realización de mamografía y la formación del profesional prescriptor (Interés en el cáncer de mama, interés en la prevención, actualización continua), determinadas localidades tenían más prácticas mamográficas realizadas que otras con relación a su población.

OBJETIVOS

1. Evaluar el impacto del *screening* del cáncer de mama en la provincia de La Pampa.
2. Correlacionar el número de casos de pacientes con cáncer de mama diagnosticadas durante el *screening* y los estadios detectados.

MÉTODOS

POBLACIÓN

El programa estuvo dirigido a mujeres a partir de los 40 años, residentes en la provincia de La Pampa, dividiéndose las dos ciudades con mayor concentración de población, Santa Rosa y General Pico por un lado y el resto de las localidades por otro lado. Los datos personales y direcciones se obtuvieron del padrón electoral por localidad.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor

de 40 años, asintomática, vivir en el área definida para el centro de *screening*.

Los criterios de exclusión: estar embarazada, estar en período de lactancia, tener una mamografía los últimos 11 meses.

EQUIPAMIENTO

Las mamografías fueron realizadas con una unidad F 600 T *Senograph* de GE-CGR[®], que estuvo montada en la unidad móvil, procesadora automática *Agfa Gevart* modelo XP1000[®], chasis *Mamoray*[®], negatoscopio de alta intensidad y homogeneidad de la luminosidad. Incluye lupa.

TÉCNICA DE DESPISTAJE

Se invitó a las pacientes a que participasen del programa, acompañando la misma con información sobre el programa; la convocatoria se realizó por diferentes vías: centro de salud de referencia en la localidad, intendencias, publicidad radial y televisiva, folletería, convocatoria a través de instituciones intermedias gubernamentales y no gubernamentales (escuelas, clubes, etc.).

En total se realizaron 3 520 mamografías durante un año (2006- 2007).

Se efectuaron tres incidencias: cráneo-caudal, lateral y oblicua medio lateral (axilar), habilitándose si fuese necesario proyecciones complementarias adicionales (localizadas, magnificaciones, etc.). La dosis de radiación fue de 0,3 cGy por cada exposición mamográfica.

DISEÑO DE LA CAMPAÑA

Se constituyeron cuatro unidades

Unidad mamográfica móvil

Unidad de informe del *screening*

Unidad de evaluación

Unidad de coordinación del programa de *screening* mamario

UNIDAD MAMOGRÁFICA MÓVIL

La misma estuvo integrada por dos técnicos radiólogos con experiencia en mamografía, los mismos fueron los encargados de realizar las prácticas, identificarlas, rotularlas y entregarlas al equipo de informes del *screening*.

Se realizó un control de calidad que cubrió por un lado toda la cadena de imagen, esto implica un mantenimiento de rutina al aparato de Rx (control de emisión, calidad del haz, dosis que recibe la paciente, estado del porta chasis y de las paletas compresoras, etc.); a las películas/pantallas, suministrando las adecuadas y cambiando las degradadas; al sistema de procesado (temperatura, tiempo de procesado, estado de los rodillos y agentes químicos), que debe controlarse periódicamente para asegurar óptimo contraste y resolución de la imagen.

Por otro lado se realizó un sistema de control de calidad externo que fue llevado a cabo por el área de mamografía del servicio de diagnóstico por imágenes del Hospital Dr. Lucio Molas.

La unidad móvil estuvo provista de un sistema de computación con un programa diseñado específicamente por el CESIDA[®], para el ingreso y sistematización de los datos. Este programa contempla la interacción informática de las diferentes unidades.

Las pacientes fueron identificadas primariamente con el número de documento, y secundariamente con la identificación de la localidad.

También se confeccionó una ficha informática que contempló los datos filiatorios (domicilio, teléfono) y los antecedentes personales y epidemiológicos de cada paciente.

UNIDAD DE INFORME DEL SCREENING

Formada por dos médicos especialistas en diagnóstico por imágenes, con experiencia en mamografía que fueron los encargados de realizar los informes con técnica de doble lectura. La doble lectura de los informes (por dos médicos

informantes diferentes) aumenta la sensibilidad de la detección de lesiones mínimas en hasta un 7 %.

Se aplicó la clasificación del BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) del CAR al informe mamográfico, incluyendo los hallazgos dentro de 5 categorías:

- I: ninguna anomalía
- II: certeza de benignidad
- III: benignidad probable
- IV: sospecha de malignidad
- V: malignidad casi segura

Las mujeres con diagnósticos III, IV y V fueron remitidas a la unidad de evaluación que funciona en el Hospital Dr. Lucio Molas, donde se prosiguió con los estudios diagnósticos o el tratamiento según correspondiera.

Todos los informes mamográficos fueron volcados en el programa de sistematización de datos, que operó en conectividad con los datos ingresados por la unidad móvil de mamografía.

UNIDAD DE EVALUACIÓN

Compuesta por el equipo anterior de especialista en imágenes y un médico ginecólogo. El grupo se reunía cada siete días para decidir estudios adicionales en las mujeres con anomalías mamográficas. De las conclusiones de dicho equipo se citó a las pacientes al Hospital Dr. Lucio Molas para continuar con los estudios complementarios; los mismos consistieron en exploración clínica, nuevas proyecciones mamográficas (cráneo-caudal, lateral con compresión), magnificación, compresión y magnificación, ecografía, punción con aguja fina, etc.). Esta unidad tuvo como principales funciones: confirmación diagnóstica de los hallazgos sospechosos y/o dudosos, tratamiento de los casos detectados, en un marco de trabajo multidisciplinario, comunicación de

los resultados de las pruebas realizadas a la mujer, informar a la unidad de coordinación y al responsable (director médico) del hospital o posta sanitaria a la que pertenece la paciente los resultados de las pruebas realizadas.

UNIDAD DE COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE SCREENING GÉNITO-MAMARIO

Esta unidad tuvo como principal función la coordinación del programa con las diferentes áreas de salud, lo cual implicaba varias actividades.

RESULTADOS

Las mamografías fueron informadas de la siguiente manera:

BIRADS 0: 7, 41 %, BIRADS I: 67, 22 %,
BIRADS II: 21, 34 %, BIRADS III: 3, 51 %,
BIRADS IV: 0, 38 % BIRADS V: 0, 14 %.

Las pacientes con BIRADS IV y V (n =20) representan el 0,52 % del total. De estas 20 mujeres con resultados de sospecha de malignidad, 16 fueron BIRADS IV y 8 de ellas tuvieron carcinomas, 5 patologías benignas, 2 continuaron estudios en medio privado y 1 no concurrió a la consulta para diagnóstico; hubo 4 mujeres con BIRADS V de las cuales 3 fueron carcinomas y una nunca concurrió para diagnóstico pero la imagen mamográfica era de alta sospecha de malignidad y tenía igual imagen en mamografía de un año anterior. De esto resulta que las 11 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama representan el 0,31 % del total que fueron tamizadas.

De lo anterior resulta: la relación entre cáncer /*screening* fue: 3,1/1 000. El porcentaje de biopsias positivas fue del 51 %. El tamaño tumoral promedio diagnosticado fue de 10

mm (rango de 8 mm a 15 mm) exceptuando una paciente que tenía enfermedad localmente avanzada. El análisis de anatomía patológica en siete de las pacientes está representado en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Análisis de informe de anatomía patológica de 7 pacientes

T	N0 %	N1 %	N2 %
T is	0	0	0
T 1 a	14	0	0
T 1 b	42	0	0
T 1 c	16	0	0
T 2	0	0	0
T 3 – T 4	14	14	0
Cáncer lobulillar <i>in situ</i>	14	-	-

DISCUSIÓN

La reducción de la mortalidad por cáncer en estas campañas supone importantes implicaciones en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad. A diferencia del cáncer de cuello uterino, si bien es considerado por algunos investigadores el cáncer de mama como un proceso sistémico desde el principio, a pesar de ello se deben utilizar estrategias de detección y tratamientos precoces para tener un impacto favorable en la supervivencia global de pacientes con cáncer de mama.

El primer estudio fue el *Health Insurance Program Study* ⁽¹⁾ (HIP) que fue realizado en la década del 60, este determinó la precisión de la mamografía, estimando el impacto del rastreo en la supervivencia global por cáncer de mama demostrando una reducción de la mortalidad del 50 % a cinco años en las mujeres de 50 a 59 años.

Los estudios suecos demostraron una disminución de la mortalidad de un 24 % con una sola proyección cada dos años y sin examen clínico mamario ^(2,3).

Los metaanálisis de los estudios aleatorizados y estudios caso-control demostraron reducción de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años. Kerlikoske y col. ⁽⁴⁾ publicaron en la revista JAMA en 1995 un metaanálisis donde se observó un mayor impacto con más tiempo de seguimiento. Resultados similares se obtuvieron en metaanálisis posteriores. Estos datos se resumen en una reducción de la mortalidad de un 25 % para las mayores de 50 años y de un 18 % para las menores.

Recientemente han surgido controversias y discusiones en relación al rastreo de rutina, a partir de la revisión sistemática realizada por Gøtzsche PC y col. ⁽⁵⁾ publicada en la revista Lancet en el año 2000. En este metaanálisis se revisó detalladamente la metodología de los ensayos, fundamentalmente la aleatorización de los estudios, y se concluyó que muchos ensayos eran de mala calidad.

The Canadian National Breast Screening Study ⁽⁶⁾ recomienda en el examen periódico de salud realizar *screening* de cáncer de mama cada 1-2 años con mamografía solamente o mamografía más examen clínico anual para las mujeres entre 50 y 69 años. Se considera que la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra de realizar rastreo a la población entre 40 y 49 años o mujeres sanas mayores de 70 años. También es insuficiente para la recomendación de realizar únicamente examen clínico mamario o auto examen mamario. La última actualización en 2001 fue acerca de la indicación en el grupo de mujeres entre 40-49 años donde sugiere participar a la paciente en la decisión de realizar el rastreo.

Eckhardt y col. recomiendan realizar *screening* con mamografía anual a todas las mujeres a partir de los 40 años de edad ⁽⁷⁾. Huey Fl y col. ⁽⁸⁾ recomiendan *screening* con mamografía anual a las mujeres asintomáticas, a partir de los 40 años de edad. *The National Health Institute* ⁽¹⁾ reconoce la efectividad del rastreo mamográfico para las mujeres entre 50

y 69 años. Podemos concluir: el resultado del presente trabajo es similar a lo publicado en la bibliografía mundial. La eficacia de este tipo de campañas ha sido corroborada por numerosos estudios, es necesario mejorar los resultados

y reducir los inconvenientes que se les han atribuido como son: el costo económico, los falsos positivos y negativos, las biopsias innecesarias, o la ansiedad generada en las pacientes.

REFERENCIAS

1. Fletcher S, Black W, Harris R, Rimer B, Shapiro S. Special article: Report of the international workshop on screening of breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:1644.
2. Dean P, Pabilo M. Screening mammography in Finland 1.5 million examinations with 97 percent specificity. Mammography Working Group, Radiological Society of Finland. *Acta Oncol.* 1999;38(13):47-54.
3. Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long term effects of mammography screening: Updated overview of the Swedish randomized trials. *Lancet.* 2002;359:909-919.
4. Kerlikoske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Emster VL. Efficacy of screening mammary. A meta analysis. *JAMA.* 1995;273(2):149-154.
5. Gøtzsche PC, Olsen O. Is breast cancer screening justifiable? *Lancet.* 2000(8);355(9198):129-134.
6. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. *J Natl Cancer Inst.* 2000(20);92(18):1490-1499.
7. Eckhardt S, Badellino F, Murphy GP. UICC meeting on breast cancer screening in premenopausal women in development countries *Cancer.* 1994(1);73(3):745-749.
8. Huey FI. NIH Consensus stamen on breast cancer screening for women in the 40s: How it will affect patient care. *Medscape Womens Health.* 1997;2(4):1.