

CARTAS AL DIRECTOR

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA MAMARIA

Imaging in Breast Diseases

J.A. López Ruiz

*Doctor en Medicina y Especialista en Radiodiagnóstico.
Jefe de la Sección de Diagnóstico Mamario del Servicio de Radiodiagnóstico.
Secretario General de la Sociedad Española de Diagnóstico e Intervencionismo de la Mama (SEDIM)
Hospital de Galdakao
Barrio Labeaga s/n.
48960 GALDAKAO. BIZKAIA*

Sr Director:

Deseo, en primer lugar, felicitarle por la iniciativa de la Academia de Ciencias Médicas de editar varios números prácticamente monográficos dedicados a diversos aspectos médicos de la mama. Tal iniciativa, a mi juicio justificada debido a los grandes e importantes avances en el campo diagnóstico y terapéutico, se ha visto materializada en diversos e interesantes artículos multidisciplinarios, por lo que extendiendo mi felicitación a los autores de los mismos.

Tras la lectura de todos los artículos publicados, en especial los que más directamente me competen relacionados con el Diagnóstico, he creído conveniente realizar algunos comentarios al respecto.

Mi primer comentario está relacionado con el artículo de Garbiñe Sarriguarte acerca del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) en la C.A.P.V. (1). La responsable del PDPCM, que tanto tiempo y esfuerzo dedica para, junto con todo el personal implicado, convertir el PDPCM de la C.A.P.V. en uno de los mejores del Estado, hace alusión, en uno de sus párrafos, a la eterna cuestión sobre la "validez" de las Mamografías en mujeres de 40-49 años. Su opinión, coincidente con la "postura oficial" de que la Mamografía de "chequeo" no se justifica por debajo de los 50 años, característica de muchos países con una Sanidad Pública dominante, se plasma en la frase de que: "... no hay evidencia de que se reduzca la mortalidad y sin embargo se incrementan seriamente el intervencionismo y los gastos sanitarios".

El asunto, todavía objeto de polémica en muchos países y foros, requiere algunas puntualizaciones. En primer lugar, no han existido, ni existen ni, sin duda, existirán, estudios randomizados que demuestren

la eficacia (en términos de reducción de la Tasa de Mortalidad) de la Mamografía de cribado en ningún grupo de edad, ni tan siquiera en el comprendido en la mayoría de PDPCMs (50-64 años). El lector médico, aunque sea poco perspicaz, comprende que no es, ni será, posible encontrar un "grupo control" de mujeres dispuestas a no realizarse una Mamografía durante varios años. De modo que ¿por qué se exigen unas "pruebas epidemiológico-estadísticas" para realizar mamografías de cribado a las mujeres de 40-49 años, que no se han tenido en cuenta para realizar mamografías a las mujeres de 50-64 años?

El criterio de la mayor parte de Sociedades Científicas nacionales (incluida la que represento (2)) e internacionales, de iniciar el cribado mamográfico en mujeres a partir de los 40 años, hasta los 70-75 años, resulta evidentemente más gravoso para el sistema sanitario. Y probablemente no existen en la actualidad recursos humanos y técnicos para afrontar tal demanda, verdadera razón, a mi juicio, del "criterio restrictivo" de nuestras autoridades sanitarias con respecto a la mamografía de cribado. Con sólo incluir a las mujeres de 40-49 años en un Programa de cribado, se duplicarían, aproximadamente, los costes actuales.

Por otro lado, ¿resultará suficiente abarcar a las mujeres de 50-64 años de edad para obtener una clara reducción de la Tasa de Mortalidad? En Febrero de 1994, la publicación "OSTEBA" (3), de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, publicó una Propuesta de Actuación acerca de la Detección precoz del cáncer de mama en la CAPV. Dicha propuesta de actuación, fruto de diversas reuniones de un Panel de Expertos, citaba una Tasa de Mortalidad del 26,9 / 100.000, y se fijaba el objetivo, dentro de la Política de Salud para Euskadi 2000, de reducir dicha Tasa de Mortalidad a menos de 20/100.000, es decir una reducción de un 25 %, aproximadamente. Tras varios años de rodaje de nuestro PDPCM, y gracias a la actividad de éste, se vienen diagnosticando aproximadamente un 30-40 % del total de casos diagnosticados de cáncer mamario. Es decir, un 60-70 % de casos se diagnostican al margen de la actividad directa del PDPCM. Si tenemos en cuenta que aproximadamente la mitad de ese 30-40 % presentan altas probabilidades de curación, nos encontramos que difícilmente puede

alcanzarse el objetivo de reducir un 25 % la Tasa de Mortalidad por cáncer entre TODAS las mujeres si no se amplían significativamente los actuales límites de edad.

Mi segundo comentario va dirigido a aspectos puramente diagnósticos, puesto que en los artículos correspondientes tal vez no se ha efectuado el suficiente hincapié en la posibilidad real de alcanzar un diagnóstico histológico sin recurrir a un procedimiento quirúrgico. Tanto mi experta colega radióloga, Pilar Utrilla (4), como el anatomopatólogo Profesor Jose M^a Rivera (5), citan los diversos procedimientos de Biopsia Percutánea en sus artículos.

Si se dispone de los recursos técnicos apropiados y de la debida experiencia en las diversas técnicas de Biopsia Percutánea, hoy no tiene mucho sentido realizar biopsias quirúrgicas puramente diagnósticas. Y, especialmente ante lesiones mínimas no palpables (p.e. mínimo foco de calcificaciones), tampoco la biopsia intraoperatoria aporta siempre un diagnóstico histológico concluyente en todos los casos, por no hablar de la clásica "incomodidad" de muchos anatomopatólogos en estas situaciones. Otros aspectos a considerar son las posibles complicaciones del Marcaje Prequirúrgico de lesiones no palpables mediante arpón: poca precisión, excesiva extirpación de tejido, rotura del arpón, e incluso no extirpación de la lesión.

Si tenemos en cuenta el coste medio/proceso de la Biopsia Quirúrgica Diagnóstica asignado por el Servicio Vasco de Salud (6), de unas 222.000 ptas, y lo comparamos con el coste de una Biopsia Percutánea, incluso la realizada con instrumental sofisticado como el Mamotomo® (a modo de referencia, consúltense tarifas de concertación en el Boletín Oficial del País Vasco), puede apreciarse una clara ventaja de ésta, sólo aludiendo a los costes directos; y en cuanto a costes indirectos e intangibles (7) la Biopsia Percutánea resulta mucho más ventajosa.

Una vez superados los lógicos períodos de aprendizaje, la correlación histológica alcanzada entre la biopsia percutánea "con aguja gruesa" (microbiopsia o "core biopsy", Biopsia Asistida por Vacío o "mamotomía, según el tipo de lesión) y la biopsia quirúrgica es prácticamente del 100 %. Es decir, la biopsia percutánea puede ser considerada una alternativa a la biopsia quirúrgica diagnóstica. Y, ade-

CARTAS AL DIRECTOR

más, la paciente tiene el derecho a conocer dicha alternativa.

Atendiendo al habitual Valor Predictivo para cáncer de la indicación de Biopsia Quirúrgica diagnóstica, de un 30-40 %, aproximadamente, la Biopsia Percutánea podría evitar un 60-70 % de procedimientos quirúrgicos por lesiones benignas, y posibilitar el tratamiento quirúrgico en un solo tiempo en los casos de lesiones malignas. En suma, podría obtenerse un claro beneficio en cuanto a productividad de los servicios quirúrgicos, cuyos tiempos de ocupación ahorrados podrían emplearse en otros procedimientos.

Referencias bibliográficas

1. Sarriugarte G. Programa de detección precoz del cáncer de mama en la C.A.P.V. Gac Med Bilbao 2000;97 : 67-69
2. Fernández González B. Justificación: Indicaciones, protocolos y requisitos técnicos de los estudios mamográficos. En: Programa de Garantía de Calidad en Mamografía. Editado por la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de la Mama (SEDIM): Pgnas 5-16, 2000.
3. OSTEBA. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Propuesta de Actuación: Detección precoz del cáncer de mama en la CAPV. Vitoria-Gasteiz: Gobierno

Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria, 1994.

4. Utrilla P. Diagnóstico por la imagen de las enfermedades de la mama. Gac Med Bilbao 2000; 97 : 70-72.
5. Rivera Pomar JM. Papel del patólogo en el manejo del cáncer de mama. Gac Med Bilbao 2000; 97 : 45-55.
6. OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud. Hospital de Galdakao. Memoria 1999.
7. OSTEBA. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Guía de Evaluación Económica en el Sector Sanitario. Vitoria-Gasteiz:Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria, 1999.