

El mito de la mamografía a

FIONA BAWDON

Traducción: Viviana Diogo.



Cómo todos nuestros esfuerzos por hacer exámenes para el cáncer de mama a gran escala pueden causar la misma enfermedad que intentan detectar.

Cada año se diagnostican unos 25.000 casos de cáncer de mama en Gran Bretaña, y 180.000 en los EE.UU. Trece mil mujeres británicas y cien mil norteamericanas morirán de esta enfermedad cada año. En 1990, el gobierno británico introdujo un programa nacional de exploraciones mamarias, en el cual se invitaba a las mujeres de edades comprendidas entre 50 y 64 años a realizarse una mamografía -una radiografía de rayos X de los pechos que, supuestamente, detecta anomalías cada tres años. Las mujeres mayores de 65 serán exploradas cuando ellas lo requieran.

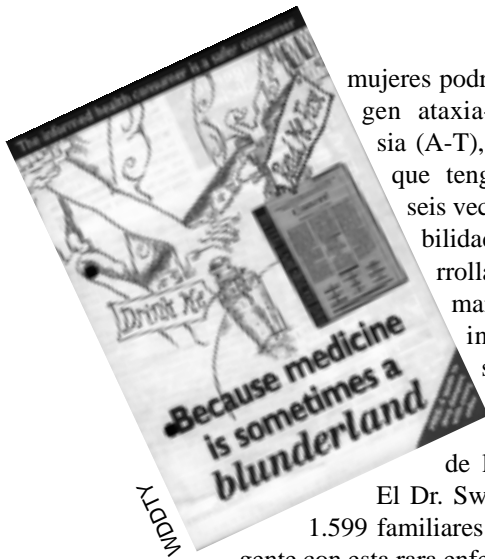
El programa de exploraciones tiene como objetivo detectar más cánceres y con mayor antelación de cara a mejorar la prognosis de la mujeres afectadas. Algunos médicos insisten en que las mujeres jóvenes también deberían tener el "derecho" de hacerse una exploración de forma rutinaria.

No obstante, cada vez existen más pruebas de que las mamografías (que, al igual que cualquier otra radiografía de rayos X, implica bombardear al paciente con radiación) pueden ser claramente perjudiciales e incluso provocar la enfermedad que intentan detectar. Un estudio canadiense, que todavía tiene que publicarse al completo, parece confirmar los descubrimientos de investigaciones previas (P Stomper y R Gelman, *Hematol Oncol Clin N Am* 1989; 3: 611-40); sugiere claramente que una mujer tendrá más probabilidades de morir de cáncer si se hace mamografías que si no se las hace. El estudio canadiense, que utiliza el National Breast Cancer Screening Trial, está examinando el

efecto de las mamografías en mujeres menores de 50 años. Los datos revelados hasta el momento indican que las mujeres cuyos cánceres fueron detectados a través de mamografías tienen una esperanza de vida inferior a las que sólo utilizaron la auto-exploración.

Este tipo de sospechas distan de ser nuevas. Ya al principio de los años 80, el difunto Dr. Robert Mendelsohn, en "Male practice, how doctors manipulate women" (Contemporary Books, Chicago, 1982), escribió: "He estado avisando durante años de que la mamografía anual realizada a mujeres sin síntomas podría producir más cánceres de los que detecta". Mendelsohn citó al Dr. C. Bailar III, editor jefe del *Journal of the National Cancer Institute*, haciendo la misma observación en un informe de 1975. "Su conclusión fue respaldada por muchos estudios, que sugieren que las dosis acumuladas de rayos X con un exceso de 100 rads durante un período de 10 a 15 años pueden inducir cáncer de mama", afirmó Mendelsohn. El Dr. Irwin Bross, del Roswell Park Memorial Institute en Buffalo, Nueva York, también advirtió en un subcomité del congreso en 1978 que un cuarto de millón de mujeres exploradas en el masivo programa de mamografías de la asociación NCI-ACS (National Cancer Institute - American Cancer Society) "en 15 ó 20 años serán víctimas de la peor epidemia yatrógena de cáncer de mama en la historia de la medicina".

La estructura genética de algunas mujeres les hacen particularmente susceptibles de desarrollar cáncer tras estar expuestas a radiaciones "tremendamente bajas", provenientes bien de mamografías o de rayos X, según el Dr. Michael Swift, jefe de genética médica de la Universidad de Carolina del Norte (New England *Journal of Medicine*, 27 diciembre 1991). Afirma que cerca de un 1 por ciento de



mujeres podrían portar el gen ataxia-telangiectasia (A-T), lo que hace que tengan cinco o seis veces más posibilidades de desarrollar cáncer de mama y de ser inusualmente sensibles a la radiación ionizante de los rayos X.

El Dr. Swift estudió a 1.599 familiares cercanos de gente con esta rara enfermedad asociada al gen. Estima que en los EE.UU., de entre 5.000 a 10.000 de los 180.000 casos de cáncer de mama diagnosticados cada año se podrían prevenir si las portadoras del gen A-T fuesen protegidas de la exposición a la radiación.

Al publicar los descubrimientos del Dr. Swift, la revista estadounidense *Glamour* (octubre 1991) cita un estudio escocés y dos suecos que descubrieron que las mujeres de 40 a 50 años que se hacían mamografías de forma regular mostraban bien una incidencia de mortalidad por cáncer de mama más alta que las mujeres a las que se les hacía sólo un examen físico, o bien una reducción no significativa en la mortalidad.

En "How to survive medical treatment" (Como sobrevivir al tratamiento médico) (Century, 1987), Stephen Fulder dice de cualquier tipo de exploración en masa: "Por cada tipo de enfermedad que se detecta pronto, se da el caso de una enfermedad que es tratada cuando habría mejorado por sí misma, y un caso de una persona sana a la que se ha tratado o realizado una biopsia porque el test exploratorio dio un resultado equivocado".

Esta es precisamente la opinión de Johannes Schmidt, miembro de la Práctica para la Medicina de Familia y Epidemiología Clínica en Suiza. El 28 de marzo de 1992 escribió en *The Lancet* que los descubrimientos post-mortem muestran que muchos cánceres pequeños

detectados por una mamografía hubiesen permanecido dormidos si no se hubiesen descubierto y alterado. Afirma que las exploraciones mamarias en masa tienen 10 veces más posibilidades de descubrir un cáncer clínicamente benigno que de prevenir una muerte por cáncer.

La detección de casos dormidos es especialmente significativa porque el tratamiento convencional (e innecesario) que invariablemente sigue, también puede ser devastador para el paciente: radioterapia, quimioterapia, tratamiento a largo plazo con potentes fármacos, que han demostrado provocar otros cánceres. No es una coincidencia que el Bristol Cancer Help Centre (entre otros) haya construido su reputación desarrollando un programa para ayudar a que los pacientes a los que se les ha diagnosticado un cáncer sobrevivan al tratamiento.

Si bien la mamografía en masa en el Reino Unido está en sus comienzos, la experiencia de otros países indica que las mamografías tienen un alto índice de errores. En Canadá, durante los cuatro primeros años de un ensayo de ocho años, alrededor del 70 por ciento de los resultados de las pruebas eran inaceptables. Sólo en los dos últimos años del ensayo, más de la mitad de los tests alcanzaron un nivel de calidad aceptable (*The Lancet*, 13 julio 1991). También nos llegan pruebas de Finlandia de que el nivel razonablemente alto de exactitud obtenido durante los ensayos de mamografías iniciales podría no repetirse en un programa nacional, en el que la sensibilidad a las mamografías podría ser un 25-50 por ciento inferior (*JAMA*, 28-29 julio 1992).

Además de la inútil exposición a la radiación, la exploración rutinaria podría hacer que las mujeres estuviesen menos alertas a las posibles señales de peligro y demoren el pedir consejo. Daniel Kopans del Hospital General de Massachusetts, que ha escrito una crítica del anteriormente mencionado estudio canadiense, afirma: "Las mujeres podrían desarrollar una falsa sensación de seguridad al obtener un resultado negativo en una mamografía para un cáncer de mama". (*The Lancet*, 17 agosto 1991).



Mamografías QUÉ SE DEBE HACER

Asegúrese de que su médico sepa que, aunque usted no desee que le hagan una mamografía, eso no significa que no quiera que le hagan un examen de las mamas. Puede decirle a su médico que quiere que le hagan un examen físico y que le enseñe como hacérselo Vd. Si no quiere o tiene poca experiencia en exámenes físicos, pídale que le mande a otra clínica donde se realice este tipo de examen de forma rutinaria, o encuentre a un médico con una visión menos rígida.

Si decide hacerse una mamografía, investigue un poco primero. Descubra si el equipo que se va a utilizar está especialmente diseñado para mamografías y, por lo tanto, capaz de obtener la mejor imagen con el mínimo de radiación. Pregunte cuántas mamografías realiza el laboratorio. El American College of Radiology recomienda utilizar instalaciones en las que cada radiólogo realice al menos 10 mamografías a la semana. ¿Cuándo se realizó la última inspección y calibración de la máquina para comprobar que está emitiendo la dosis correcta de radiación? Las máquinas deberían chequearse al menos una vez al año.

Si se encuentra un bulto, bien por medio de una mamografía o una auto-exploración, hay que establecer si es maligno o no. Algunos quistes pueden identificarse como benignos por medio del examen físico. Si su médico le dice que es un quiste pero le sugiere que se haga una biopsia (ver artículo), descubra si es realmente necesario. ¿Le está prescribiendo una biopsia innecesariamente porque piensa que eso le va a dejar más tranquila? Un bulto benigno a menudo cambia con el ciclo menstrual: se torna más blando antes del período, mientras que uno canceroso no.

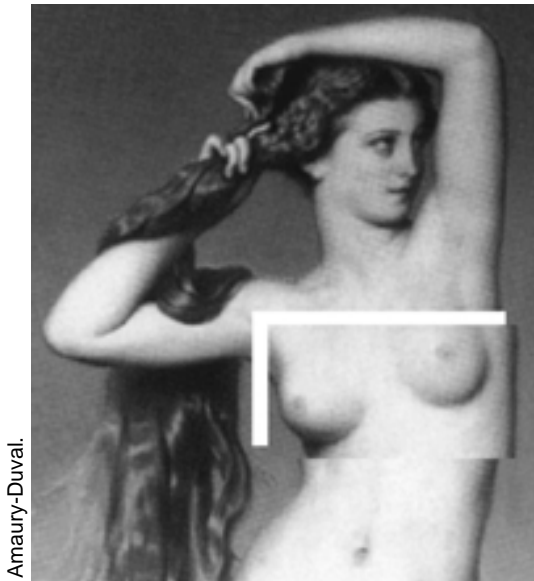
Si un bulto es benigno, el hacerse una mamografía todos los años, "por si acaso", probablemente sólo servirá para crear un problema donde no había ninguno.

La doctora Ellen Grant, autora del libro "The bitter pill" ("La píldora amarga"), nos advierte que un bulto benigno indica que nuestros sistemas de antioxidación no están funcionando correctamente. (El sistema de defensa antioxidante actúa como el cuerpo de bomberos: apaga la combustión que se da en las células cuando se utiliza oxígeno en la quema de nutrientes para obtener energía o en la lucha contra gérmenes extraños. Sin los adecuados antioxidantes, estos pequeños "fuegos" pueden dañar las células y, finalmente, el sistema inmune). Las radiaciones provenientes de exposiciones repetidas a rayos X deprimirán aún más la reserva de nutrientes antioxidantes en el cuerpo, haciendo todavía más plausible la aparición de un cáncer. □

"A las mujeres que se hacen una mamografía debería recordárseles que una exploración negativa no elimina la posibilidad de que exista un cáncer", afirma Kopans. "Deberían llamar la atención de su médico sobre cualquier cambio que se produzca en sus pechos, a pesar de una mamografía negativa reciente". En otras palabras, las mamografías NO son una alternativa al

conocimiento y la auto-exploración rutinaria de los pechos.

Este alto índice de errores podría ser una de las razones por las que las mamografías en masa para el cáncer de mama no han supuesto un gran cambio en los índices de supervivencia. Tal y como el suizo Johannes Schmidt señaló en su carta al Lancet: "No debemos pasar por alto el



descubrimiento de que la mortalidad por cáncer de mama ha permanecido inalterada durante décadas, a pesar de los tremendos esfuerzos por mejorar la detección precoz y el tratamiento local". En artículos publicados en *The Lancet* (24 octubre 1992), Kopans y otros confirman la opinión imperante de que el índice de mortalidad por cáncer de mama permanece igual.

Cuando está presente un cáncer maligno, la detección por medio de una mamografía, en lugar de utilizar una exploración física, puede ayudar a extender la enfermedad. Los estudios con animales han mostrado que si un tumor es manipulado, la diseminación de las células tumorales a otras partes del cuerpo puede aumentar hasta un 80 por ciento (K Smatchlo et al, *Ultrasound Med Biol*, 1979 5: 45-49). En una carta a *The Lancet* (11 julio 1992), los doctores D. Watmough y K. Quan especulan que los niveles excesivos de fuerza ("tanta compresión como las mujeres puedan aguantar") aplicados en las mamografías durante un estudio anterior en Malmo, Suecia, podrían explicar los descubrimientos realizados por I Andersson et al (*BMJ* 1988; 297:943-48), según los cuales se da un 29 por ciento más de muertes en el grupo de las mamografías que en el de los controles en mujeres menores de 55 años en los siete primeros años de seguimiento.

Las directrices distribuidas a los operadores británicos en 1992 recomiendan un límite de fuerza cuando se realiza una mamografía de 200 newtons por mama (el equivalente a 20 kilos), y algunas de las máquinas modernas que se operan a pedal son capaces de aplicar un peso de 300 newtons.

Dado el calibre de la fuerza empleada, no resulta sorprendente que más de un tercio de las mujeres experimentan dolor o molestias durante el proceso (D. Rutter et al, *BMJ* 1992; 305 443-5).

La opinión médica británica continúa restándole importancia a la exploración física, de la que se desconocen efectos secundarios, en favor de la mamografía, que los tiene en abundancia. Esta actitud se agravó en 1992 cuando el oficial médico que acababa de dimitir, Sir Donald Acheson, en una serie de observaciones espontáneas hechas en una conferencia de prensa, condenó la auto-exploración como una pérdida de tiempo. Las declaraciones de Acheson, que recibieron mucha publicidad, al parecer no estaban basadas más que en sus propios prejuicios personales, y contradecían la evidencia de numerosos estudios y las orientaciones publicadas por su propio departamento. Los funcionarios sanitarios se apresuraron a reparar el daño hecho por sus observaciones hablando de la necesidad de una general "concienciación sobre el cáncer de mama", más que de la propia exploración (confundiéndolo aún más a todo el mundo).

A otros les preocupaba menos el prestigio de Acheson y más salvar los pechos de las mujeres. En un artículo aparecido en el *Times* poco después de los comentarios de Acheson (23 septiembre 1991), escrito por Roger Taylor, asesor clínico de oncología en el centro regional de radioterapia del Hospital de Cookridge, el autor afirma: "Algunos cánceres que pueden palpase en una exploración clínica no son detectados por la mamografía".

La doctora Joan Austoker, una asesora del Dr. Kenneth Calman, el sucesor de Acheson, dijo al *Sunday Times* (6 octubre 1991): "Lo que (Acheson) no dijo es que más del 90 por ciento de los tumores de mama son descubiertos por las propias mujeres".



Una pizca de prevención

El reputado Bristol Cancer Help Centre (Centro de Ayuda al Cáncer de Bristol. Ver cap. 10 de "Dirty Medicine", Martin J. Walker) recomienda una serie de suplementos alimenticios. Algunos de ellos tienen como objetivo reforzar el sistema inmune; otros actúan como antioxidantes, lo que significa que desactivan sustancias que, potencialmente, provocan cáncer.

- Vitamina C (como ascorbato de magnesio o calcio).
- Betacaroteno.
- Zinc (como gluconato de zinc, citrato de zinc u orotato de zinc).
- Selenio.
- Vitamina B.

Debe observarse una dieta rica en alimentos no refinados, fruta y vegetales frescos (ambos de cultivo biológico) en abundancia, y comerlos crudos siempre que sea posible. Utilizar aceite de oliva para cocinar y consumir productos a base de soja en abundancia, ya que se ha demostrado que previenen el cáncer de mama (The Lancet, 18 mayo 1991). Limitar al mínimo el consumo de alcohol y evitar el de carne roja, productos lácteos, azúcar, sal, alimentos ahumados o en salmuera, aditivos y conservantes. Hacer ejercicio de forma regular.

Se ha demostrado que amamantar al bebé evita el cáncer de mama tanto en la madre como en el bebé cuando es una niña. □

Un estudio de siete años con 33.000 mujeres, llevado a cabo por la Pennine Breast Screening Assessment Clinic, en Huddersfield (Gran Bretaña), publicado una semana después de los comentarios de Acheson (y publicado en el Times el 20 de septiembre de 1991), mostró que la auto-exploración podría reducir las muertes por cáncer de mama hasta en una quinta parte.

A los bultos benignos (y nueve de cada diez lo son) es mejor dejarlos en paz. No obstante, si hay una buena razón para hacer un examen en mayor profundidad, es probable que se ofrezca la posibilidad de hacer algún tipo de biopsia.

Los médicos tienden a ver las biopsias como algo rutinario y sin importancia. Para las mujeres implicadas, son la última opción, y sólo deberían realizárselas si es estrictamente necesario. En una biopsia estándar se inserta una aguja muy gruesa en la mama, bajo anestesia local, para extraer una pequeña porción de tejido, que luego será examinada para ver si contiene células cancerosas.

En un estudio de 104 mujeres a las que se les practicó una biopsia de lo que luego se compro-

bó eran bultos benignos, se encontró que una cuarta parte de ellas desarrollaban posteriormente "morbosidad relacionada con las heridas" (J. Dixon y T. John, The Lancet, 11 enero 1992). Nueve pacientes reportaron que se había desarrollado un nuevo bulto mamario debajo de la cicatriz de la biopsia de uno a siete años después de la cirugía. Se investigaron los bultos en todos los casos y, una vez más, se encontró que eran benignos. Ocho pacientes sufrían dolores en la zona de la biopsia de uno a seis años después de haberse practicado.

Los autores del informe concluyeron que se debería hacer un mayor uso de la aspiración con aguja fina. En este procedimiento, menos invasivo y que se puede realizar de forma ambulatoria, se inserta una aguja fina con una jeringa en el pecho y se retira un espécimen de su contenido. No obstante, tampoco aquí se pueden evitar las complicaciones. El BMJ (12 octubre 1991) cita casos de pacientes que sufren neumotórax (cuando entra aire en el pecho, lo que provoca que el pulmón colapse) tras la aspiración de la aguja. Por lo tanto, hay que estar alerta a sínto-

mas como dolor en el pecho y dificultad al respirar tras la aspiración con aguja e ir de inmediato al médico.*

En ocasiones, se podría ofrecer una biopsia de excisión, en la que se extirpa el bulto completo bajo anestesia general. Esta operación es, obviamente, más radical y conlleva todos los riesgos de la anestesia, por lo que debe evitarse a no ser que sea absolutamente necesaria. Si se diese la circunstancia de que el médico le quisiese hacer una excisión, pregúntele si cabe la posibilidad de utilizar otra técnica menos agresiva. Busque una segunda opinión si su explicación no le convence.

Si está de acuerdo en que le realicen una biopsia de excisión, lea detenidamente el documento de consentimiento a la operación antes de firmarlo. Asegúrese de que da su consentimiento sólo a la biopsia y no a otras medidas más drásticas. Ya en 1992, el Departamento de Salud del Reino Unido promulgó las directrices a seguir por los hospitales, en las que se les instaba a utilizar hojas de consentimiento más limitadas, que sólo dan permiso al cirujano para extraer el bulto (y no la mama entera si le parece oportuno). Sin embargo, algunos hospitales podrían regirse todavía por las viejas formas, y si el suyo es uno de ellos, tache los párrafos con los que no está de acuerdo y hágaselo saber a su cirujano. Aunque sea de los que está dispuesto a cercenar una mama sin miramientos, es poco probable que sea igual de sanguíneo a la hora de exponerse a un pleito sin fisuras por prácticas abusivas al ir en contra de sus expresos deseos.

No se deje mangonear ni amedrentar. Si su cirujano se niega a tratarle siguiendo sus condiciones, vaya a otro. Las operaciones de cáncer de mama casi nunca son operaciones urgentes, por lo que debería Vd. tener tiempo para considerar las opciones de tratamiento que tiene, si hay sospecha o diagnóstico de cáncer. Tal y como demuestra a continuación el escalofriante estudio de casos (proporcionado por Aspect), el Jeannie Campbell Breast Cancer Radiotherapy Appeal (el Llamamiento de Jeannie Campbell por Radioterapia del Cáncer de Mama), puede ser vital obtener una segunda opinión. Si Vd.

firma un formulario de consentimiento de gran alcance quizás cuando la busque sea demasiado tarde.

"Fui al hospital para que me hicieran una biopsia. Cuando recuperé la consciencia empecé a sentir unos dolores terribles y era incapaz de mover el brazo izquierdo. Pregunté qué había pasado y en cuanto la enfermera vino y me aseguró que no me pasaba nada me arrastré hasta el cuarto de baño y retiré el vendaje lo suficiente para ver que mi pecho izquierdo había desaparecido y que algo horrible le había pasado a mi brazo, que hasta el día de hoy sigue inutilizado.

"Cuando a duras penas conseguí volver a mi cama, me eché a llorar. Nadie vino en mi ayuda hasta que, por fin, dos médicos vinieron a observar que me pasaba. El más mayor me dijo que tenía cáncer y que mi situación era tan mala que sólo me quedaban seis meses de vida.

"Dejé a mi marido en manos de mi hija y me fui a Australia a morir al lado de mi hijo. Regalé todos mis efectos personales. En Australia, fue mi hijo quien me instó a ir a una clínica en la que me hicieron pruebas de la cabeza a los pies.

"No tenía cáncer de mama. Nunca he tenido cáncer. No me voy a morir de cáncer. Fue un diagnóstico equivocado.

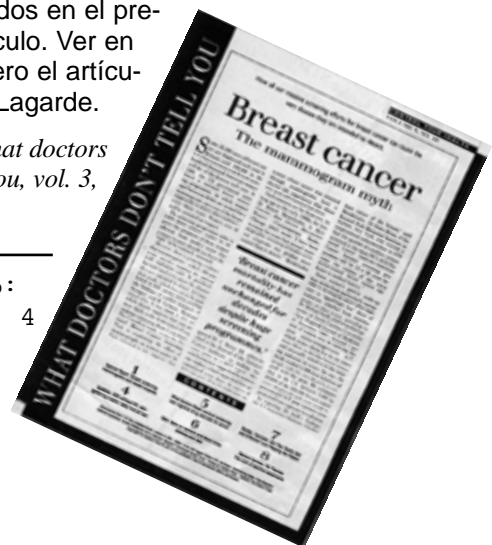
"Volví a casa y recogí los trozos de mi vida".

¶

* Nota de los editores: las biopsias presentan otros problemas muy graves no mencionados en el presente artículo. Ver en este número el artículo del Dr. Lagarde.

Fuente: *What doctors don't tell you*, vol. 3, nº 10.

Contacto:
WDDTY, 4
Wallace
Road,
London
N 1
2 PG,





Inghlaterra.
