La tendencia en la incidencia de cáncer de mama es paralela a los patrones de tamizaje de mamografía y el uso de terapia hormonal

Breast cancer incidence, 1980-2006: combined roles of menopausal hormone therapy, screening mammography, and estrogen receptor status. J Natl Cancer Inst 2007; 99: 1152-1161.

GLASS AG, LACEY JV JR, CARREON D, HOOVER RN.

Nivel de evidencia: III

Desde 1980 hasta el 2006 la tendencia del cáncer de mama en una población de mujeres simple y definida en el área de Portland, Oregon, es paralela a los cambios en los patrones de tamizaje de mamografía y el uso de terapia hormonal posmenopáusica (TH); particularmente eran tumores con receptores de estrógenos positivos (ER+), encontraron los investigadores del Kaiser Permanente Northwest. Ellos usaron el registro de tumores con datos clínicos, patológicos y farmacéuticos de un plan grande de medicina prepagada para comparar la edad específica y la edad ajustada de las tasas de incidencia de cáncer de mama con el uso de tamizaje por mamografía y el uso de TH posmenopáusica. Su intención fue identificar contribuciones específicas de las causas potenciales del aumento a largo plazo y la reciente disminución de la incidencia de cáncer de mama.

El estudio determinó cambios temporales en las tasas de incidencia por medición de la regresión de puntos de unión la cual identifica puntos en los cuales hay cambios estadísticamente significativos en las tasas.

La población de estudio fue de 7.386 mujeres diagnosticadas con cáncer invasivo de mama que recibieron virtualmente todo el cuidado a través de la Kaiser Permanente, y la Kaiser mantiene todos los datos de sus miembros incluyendo datos clínicos y administrativos, un registro de los tumores, reportes de patología con el estado de los RE, mamografías y datos de fármacos. La incidencia global que fue relativamente constante al principio de los 80 (10.5 por 100.000), aumentó dramáticamente de 1983 a 1991 (132.3 por 100.000), y creció a través del 2001 (a 151.3 por 100.000). Hubo un pequeño pero abrupto descenso del 2002 al 2004 (123.6 por 100.000); después las tasas se elevaron ligeramente (126.2 por 100.000). Expresadas como cambios en porcentajes anuales, las tasas de cáncer de mama se elevaron en un 28% de 1982 a 1993. Después disminuyeron levemente y las tasas volvieron a subir de manera constante pero más despacio, 15% hasta el 2001. Finalmente, las tasas cayeron dramáticamente hasta el 2004 y luego se estabilizaron.

El aumento de las tasas de incidencia en 1980 es cuantitativa y cualitativamente consistente con la adopción de la mamografía como tamizaje en este momento, dice el artículo. El tamizaje regular aumenta de un poco porcentaje en 1980 a 75% después de 1993. El aumento del uso de TH puede también haber contribuido al aumento durante este tiempo. En el principio de los 90, el porcentaje de mujeres que estaban recibiendo tamizaje de mamografía se estabilizó. El aumento de la incidencia en cáncer de mama en este tiempo es paralelo al aumento del uso de TH, particularmente a estrógenos más progestina (TEP). El uso de TH disminuyó levemente del 2001 al 2002 y dramáticamente en el 2003, paralelo a la dramática reducción de la incidencia de cáncer de mama en este tiempo. Hubo un mayor aumento de la incidencia en 1990 en mujeres entre 45 y 59 años, comparado con mujeres de 60 años o más, lo cual es consistente con el mayor uso de TEP en mujeres más jóvenes. Para mujeres menores de 45 años no hubo cambios en la incidencia de cáncer de mama en el período de este estudio.

Hubo una dramática diferencia en las tendencias de la tasa de incidencia de acuerdo al estado de los RE. Los tumores con ER+ siguieron el patrón de incidencia de todos los cánceres de mama, incluyendo la reciente disminución. En contraste, las tasas de incidencia para los tumores ER- que se basaron en pocos casos, no mostró evidencia de un aumento en el período de 27 años. Pero inexplicablemente, las tasas de incidencia

para esos tumores también disminuyeron recientemente, de 24 por 100.000 en el 2002 a 16.6 por 10.000 en el 2006. Los investigadores del estudio fueron incapaces de ofrecer una explicación para la disminución de estos tumores que se supone que no son afectados por la TH.

Comentario. En el momento hay tres reportes documentando la disminución de la incidencia de cáncer de mama en los EUA en el 2003: un análisis de los datos de los resultados de Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) y dos informes de los programas de la Kaiser, uno en el noroeste de California y este del noroeste del Pacífico[1,2]. Todos los tres reportes enfatizan en la pequeña pero importante disminución del tamizaje por mamografía que comenzó en el año 2000[3,4]. La pregunta crítica es si la disminución en la incidencia de cáncer de mama no fue solamente en mujeres menores de 60 años sino en mujeres entre 60 y 70 años. Las poblaciones más viejas posiblemente han usado TH a tasas mucho más bajas. En el Reino Unido, las mujeres posmenopáusicas descontinuaron la TH a una tasa similar que las mujeres en EUA pero no hubo disminución de la incidencia en cáncer de mama en ningún grupo de edad más notablemente en mujeres entre 50 y 64 años[5].

La disminución actual de la incidencia de cáncer de mama comenzó en 1999 en todos los grupo de edad de posmenopáusicas, con una disminución aguda entre 2002 y 2004 en tumores ER+ en mujeres entre 50 y 69 años[6].

La disminución global puede reflejar los cambios en el tamizaje con mamografía y la disminución más reciente puede reflejar la respuesta a la suspensión del uso de la TH.

Si la TH en mujeres posmenopáusicas está afectando tumores preexistentes, uno podría esperar tumores pequeños indetectables que suspendan o paren sus cambios (al menos temporalmente) cuando la mujer descontinúa la TH y así estar por debajo del límite de detección. La preocupación es que esos tumores pueden emerger más tarde en un estado más avanzado y un grado de enfermedad de muy pobre pronóstico. Solo el tiempo lo dirá, pero esto puede probar ser un daño publicitario asociado con el Women´s Health Initiative.

Leon Speroff, MD
Professor of Obstetrics and Gynecology
Oregon Health and Science University
Portland, OR

Referencias

1. Ravdin PM, Cronin KA, Howlader N, et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *New Engl J Med* 2007; 356: 1670-1674.
2. Clarke CA, Glaser SL, Uratsu CS, Selby JV, Kushi LH, Herrinton LJ. Recent declines in hormone therapy utilization and breast cancer incidence: clinical and population-based evidence. *J Clin Oncol* 2006; 24: e49-e50.
3. Chagpar AB, McMasters KM. Trends in mammography and clinical breast examination: a population-based study. *J Surg Res* 2007; 140: 214-219.
4. Breen N, Cronin K, Meissner HI, et al. Reported drop in mammography: is this cause for concern. *Cancer* 2007; 109: 2405-2409.
5. Cancer Research UK. UK breast cancer incidence statistics. Available at: http://info. cancerre searchuk.org/cancer stats/types/ breast/incidence. Accessed August 22, 2007.3
6. Jemal A, Ward E, Thun MJ. Recent trends in breast cancer incidence rates by age and tumor characteristics among US women. *Breast Cancer Res* 2007; 9: R28.