

permanecen particularmente sintomáticas a través de los años a pesar del uso de antidepresivos y ansiolíticos—.

Claudio N. Soares, MD, PhD, FRCPC
Professor and Associate Chair, Research
Academic Head, Mood Disorders Division
Director Women's Health Concerns Clinic
Department of Psychiatry and Behavioural
Neurosciences
McMaster University
Ontario, Canada

Referencias

1. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:385-390.
2. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:375-382.
3. Rocca WA, Grossardt BR, Geda YE, et al. Long-term risk of depressive and anxiety symptoms after early bilateral oophorectomy. *Menopause* 2008;15:1050-1059.
4. Lokuge S, Frey BN, Foster JA, Soares CN, Steiner M. Depression in women: windows of vulnerability and new insights into the link between estrogen and serotonin. *J Clin Psychiatry* 2011;72:e1563-569.

MENOPAUSIA AL DÍA

Sobrediagnóstico de cáncer de mama

Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from the Norwegian Screening Program. Ann Intern Med 2012;156:491-499.

KALAGER M, ADAMI HO, BRETTHAUER M, TAMIMI RM.

Nivel de evidencia: III

Resumen. ¿Qué porcentaje de sobrediagnóstico de cáncer de mama es debido al tamizaje por mamografía? Este estudio comparó la incidencia de cáncer invasivo de mama con y sin tamizaje (edades entre 50 a 69) desde 1996 al 2005. Los investigadores también examinaron dos grupos históricos, con y sin tamizaje, compuesto por mujeres seguidas de 1986 al 1995.

Un total de 39.888 mujeres Noruegas fueron incluidas y 7.793 de estas, fueron diagnosticadas con cáncer de mama después de que comenzó el tamizaje.

Los investigadores usaron dos enfoques para determinar el porcentaje de sobrediagnóstico:

1. Ellos contabilizaron la disminución esperada en la incidencia después de la suspensión del tamizaje luego de los 69 años de edad (la tasa estimada de sobrediagnóstico fue de 18% al 25%, $p < 0.001$, y 2. Compararon la incidencia del grupo de tamizaje actual con la incidencia entre mujeres 2 y 5 años mayores en el grupo de tamizaje histórico, contabilizado para el tiempo promedio que se condujo (la tasa estimada de sobrediagnóstico fue de 15% a 20%, $p < 0.001$).

Comentario. Kalager y col. Tomaron ventaja del casi completo registro de cáncer en Noruega y analizaron la incidencia de tasa de cáncer de mama en los últimos treinta años. Los métodos estadísticos son elegantes, y el conjunto de datos casi perfecto, sin embargo, el estudio está basado

en supuestos, lo cual es verdaderamente defectuoso.

El artículo comienza con el establecimiento de que el tamizaje con mamografía aumenta la incidencia de cáncer de mama por una detección más temprana y sobrediagnóstico. El estudio entonces establece separar esas dos entidades y concluye diciendo que: «el sobrediagnóstico y el tratamiento innecesario de cáncer de mama no fatal... puede poner en duda si los programas de tamizaje por mamografía deberían existir. Este dilema puede ser reducido solo cuando el potencial cáncer fatal que requiere detección y tratamiento temprano puede ser realmente identificado».

¿Qué es sobrediagnóstico? Es la identificación de la enfermedad que no necesita intervención y por lo tanto, no necesita ser identificado. ¿Son todos los cánceres de mama no fatales? Si nuestros amigos estadísticos no han gastado un tiempo en una sala de oncología, yo les pediría que me contestaran esta pregunta solo después de que hagan una visita a mi mundo. Todas las mujeres mayores de 79 años ¿irán a morir de otra cosa diferente al cáncer? Si nosotros identificamos suficientemente temprano el cáncer yo creo que podría escogerse el tener tratamiento si se necesita. ¿Hay manera de predecir quién va a necesitar significativa intervención temprana diferente a biopsia o limpectomía? La respuesta a esta última pregunta es la clave.

Hay manera de identificar cánceres que pueden ser una amenaza significativa a la supervivencia. Hemos conocido que algunos expresan el receptor de estrógenos sin ser generalmente tratables con un modulador selectivo de estrógenos o un inhibidor de aromatasas, pero ahora tenemos más información de pronóstico disponible.

La única manera de tener este punto es diagnosticar las pacientes con tamizaje de mamografía, realizar una biopsia o escisión para determinar el estadio, y luego usar información molecular para distinguir la estrategia del tratamiento.

No hay un dilema ético aquí. Tenemos las herramientas para detectarlo; el sistema no es perfecto, y otros marcadores están en fase experimental. Pero de acuerdo a los modelos presentados en este artículo, vamos a volver atrás para saber cerca del 50% de los cánceres y no ser capaces de ofrecer a nuestros pacientes la oportunidad de hacer una decisión informada acerca de ser tratadas y si eso sucede, que tan agresivamente puede ser.

Por último, los autores apuntan una caída del último estado del diagnóstico encontrado en los grupos tamizados y no tamizados cuando se compararon con controles históricos. Ellos establecen que aumentar la conciencia fue responsable para la mejoría en el grupo de no tamizaje.

¿Cómo se explica que el aumento de un 50% en el diagnóstico de enfermedad estadio O (tumores < 2cm) en la misma cohorte? ¿Es posible que todos esos pacientes fueron diagnosticados sin un tamizaje mamográfico? ¿Todos los 1.976 de esos cánceres fueron palpables, o presentaban con algún otro síntoma? No, el real dilema ético ¿es cómo nuestra sociedad propone decidir sobre el valor de una vida salvada?

Vale la pena 2.500 mamografías, vale la pena otras 20 mujeres cuyo cáncer hubiera sido diagnosticado de varias maneras, o vale la pena 6 de 10 mujeres cuyos cánceres no han sido descubiertos de otra manera, y ¿cuáles tienen la oportunidad de hacer una decisión informada acerca de su futuro?

Bernard A. Eskin, MS, MD
Professor of Obstetrics & Gynecology
Drexel University College of Medicine
Philadelphia, PA
Ari D. Brooks, MD
Associate Professor of Oncologic Surgery
Drexel University College of Medicine
Philadelphia, PA.