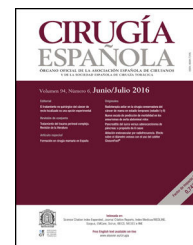




# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Carta metodológica

# Sobrediagnóstico (overdiagnosis) y sobretratamiento (overtreatment). ¿Más es mejor?



## Overdiagnosis and overtreatment - More is better?

Josep M. Garcia-Alamino<sup>a,\*</sup> y Manuel López-Cano<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Global Health, Gender and Society (GHenders), Facultat de Ciències de la Salut, Blanquerna-Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

<sup>b</sup> Sección de Pared Abdominal AEC, Departamento de Cirugía, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Hace cerca de 20 años Moynihan y Smith publicaban en la revista inglesa *British Medical Journal* un editorial titulado «Too much medicine», en el que planteaban si realmente algunos sistemas de salud y algunos médicos estaban sobretratando a la población sana o enferma<sup>1</sup>.

Por sobrediagnóstico se entiende el diagnóstico de una condición que de no haberse detectado no hubiese causado síntomas o el fallecimiento de la persona<sup>2</sup>. También podemos decir que el sobrediagnóstico es el fenómeno que se presenta cuando las personas son diagnosticadas de enfermedades que nunca les causarían sintomatología ni tampoco les acortarían la vida. Sin embargo, el diagnóstico de esa condición puede generar miedo en la persona y la familia, puede llevar a tratamientos intensivos y convertirse en última instancia en un problema a nivel poblacional<sup>3</sup>.

El concepto de sobrediagnóstico es contraintuitivo para el profesional de la salud y también para la población general, principalmente por la idea simple y muy extendida de que «cuanto antes se detecte, mejor». Por lo tanto, aplicar una prueba de cribado parece algo muy sensato. Es cierto que un diagnóstico precoz puede ser mejor, pero no siempre.

En el ámbito de la cirugía encontramos algunos diagnósticos, principalmente tumorales, que se pueden asociar con el fenómeno del sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

De manera resumida, el cirujano, al igual que otros profesionales de la salud, puede apoyar las estrategias de cribado para hacer un diagnóstico precoz del cáncer. Es decir, detectar la enfermedad antes de que se manifieste clínica-

mente. Mediante esta identificación temprana se asume que el tratamiento conseguirá un mejor resultado o que la intervención quirúrgica deberá ser menos extensa y/o intensiva.

No obstante, la progresión de la lesión está influida por el órgano, el tejido en el que se origina y por la biología del tumor. En estudios que recogen los resultados de autopsias, hay individuos que han fallecido por otras causas sin observarse ninguna manifestación clínica del tumor. Esto lleva a confirmar que hay un reservorio de tumores subclínicos<sup>4</sup>. En estos individuos, haber aplicado cirugía de forma aislada o conjuntamente con otros tratamientos farmacológicos podría haber causado unos daños innecesarios en ellos.

Está demostrado que el cribado de determinadas enfermedades no tiene ningún beneficio y en otros casos este es dudoso<sup>5</sup>. En el caso concreto de la enfermedad tumoral, el cribado puede tener beneficio en las lesiones de progresión lenta, pero no en aquellas con un crecimiento rápido. Un error habitual en la valoración de los beneficios del cribado ha sido debido al sesgo de anticipación diagnóstica (*lead-time bias*)<sup>6</sup>, es decir, la supervivencia observada parece superior porque se ha puesto con anterioridad la etiqueta diagnóstica. Tanto en el caso de no realizar cribado como en el caso en que este es ineficaz el fallecimiento se produce en el mismo tiempo, aunque la supervivencia parece mayor en los pacientes que han sido sometidos al cribado debido a que su fecha desde el diagnóstico es anterior.

Un concepto también relevante es el de los incidentalomas. Este término se utiliza para hacer referencia a una masa o

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josepmariagarciaa@gmail.com](mailto:josepmariagarciaa@gmail.com) (J.M. Garcia-Alamino).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.06.013>

0009-739X/© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

lesión totalmente asintomática que es descubierta de forma casual en un paciente asintomático debido al uso común de técnicas de diagnóstico por imagen<sup>4</sup>.

## Cáncer de próstata

Los estudios realizados a partir de análisis post mórtem de varones que habían fallecido por diferentes causas constatan que el cáncer de próstata está presente en una cantidad muy significativa de ellos, en una prevalencia ascendente que llega hasta el 59% en los mayores de 79 años; sin embargo, en el conjunto de países de la OCDE<sup>7</sup>, esta afección está asociada tan solo al 2,3% de la mortalidad masculina.

Hay que recordar nuevamente que el tratamiento del cáncer de próstata puede conllevar algunos daños asociados importantes, como la incontinencia y la disfunción eréctil. Incluso independientemente del impacto del tratamiento que puede llegar a ser intensivo, tan solo el diagnóstico ya tiene un impacto muy destacado para el paciente, como demuestra algún estudio con metodología de investigación cualitativa<sup>8</sup>. Por ello, es muy necesario introducir medidas para reducir el sobrediagnóstico en esta enfermedad.

## Cáncer de tiroides

La incidencia de cáncer de tiroides se ha triplicado en los últimos 40 años en EE. UU.<sup>9</sup> y parece que fundamentalmente es debido a la introducción de nuevas técnicas diagnósticas como la ecografía<sup>10</sup>. El cáncer de tiroides es más común en gente joven y, al igual que en otros ejemplos mencionados, tiene un destacado reservorio biológico, principalmente en su variante papilar, una modalidad poco agresiva en términos relativos<sup>11</sup>. El sobrediagnóstico ha sido estudiado a nivel de algunos centros individuales con resultados relevantes sobre su impacto<sup>12</sup>, pero también a nivel de país, como en Corea del Sur. En este país asiático, debido tanto a diversas políticas del gobierno como a las aseguradoras de salud, se han incrementado de manera exponencial las tiroidectomías asociadas al cáncer de tiroides. Sin embargo, no ha descendido la mortalidad específica para esta enfermedad<sup>9</sup>.

En estos momentos incluso ya se habla de la epidemia del cáncer de tiroides y su expansión se ha dado tanto en países ricos como en aquellos denominados en vías de desarrollo<sup>13</sup>.

Según dicen, la forma de empezar a solucionar un problema es reconociéndolo, y eso es lo que actualmente se está reflejando en la literatura: un incremento de trabajos que abordan el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Por lo pronto, algunas estrategias que pueden ayudar a reducir este exceso de medicina pasan por una mayor información y concienciación sobre el tema de los profesionales y pacientes, promocionar la adhesión de los profesionales a las guías de práctica clínica basadas en la evidencia de mayor calidad, abordar estos diagnósticos en grupos multidisciplinares de profesionales y, quizás también, incidiendo en determinados valores a nivel social y de los medios de comunicación<sup>9</sup>.

Tal y como concluyen Carter et al.<sup>14</sup> en uno de sus trabajos, para definir de manera más precisa, comprender mejor y

responder de manera proporcionada a la epidemia de sobrediagnóstico hace falta entender cómo funciona el entramado del sistema sanitario. La manera de pensar de los profesionales y la visión de los ciudadanos que confían en ellos. Se prevé que el fenómeno del sobrediagnóstico continuará hasta que los médicos, los pacientes y la sociedad en general no aprendan a debatir y aceptar las incertidumbres inherentes a la práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ*. 2002;324:859–60. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.859>.
2. Welch HG, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis - When too much care is harmful. *N Engl J Med*. 2017;376:2208–9. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1615069>.
3. Heneghan C, Mahtani KR. Is it time to end general health checks? *BMJ Evid Based Med*. 2020;25:115–6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111227>.
4. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespin C. Sobrediagnóstico en cáncer. *Aten Primaria*. 2018;50 Supl 2:51–6.
5. Robra BP. Harms and benefits of cancer screening. *Recent Results Cancer Res*. 2021;218:85–104. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-63749-1\\_7](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-63749-1_7).
6. Yang SC, Wang JD, Wang SY. Considering lead-time bias in evaluating the effectiveness of lung cancer screening with real-world data. *Sci Rep*. 2021;11:12180. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-91852-6>.
7. Bell KJ, del Mar C, Wright G, Dickinson J, Glasziou P. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *Int J Cancer*. 2015;137:1749–57. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29538>.
8. McCaffery K, Nickel B, Pickles K, Moynihan R, Kramer B, Barratt A, et al. Resisting recommended treatment for prostate cancer: A qualitative analysis of the lived experience of possible overdiagnosis. *BMJ Open*. 2019;9:e026960. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026960>.
9. Jensen CB, Saucke MC, Francis DO, Voils CI, Pitt SC. From overdiagnosis to overtreatment of low-risk thyroid cancer: A thematic analysis of attitudes and beliefs of endocrinologists, surgeons, and patients. *Thyroid*. 2020;30:696–703. <http://dx.doi.org/10.1089/thy.2019.0587>.
10. Varela J. Overdiagnosis: Realities and perspectives. *Med Clin (Barc)*. 2017;148:118–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.10.011>.
11. Welch HG, Doherty GM. Saving thyroids - Overtreatment of small papillary cancers. *N Engl J Med*. 2018;379:310–2. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1804426>.
12. Solis-Pazmino P, Salazar-Vega J, Lincango-Naranjo E, Garcia C, Koupermann GJ, Ortiz-Prado E, et al. Thyroid cancer overdiagnosis and overtreatment: A cross-sectional study at a thyroid cancer referral center in Ecuador. *BMC Cancer*. 2021;21:42. <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-020-07735-y>.
13. Lortet-Tieulent J, Franceschi S, Dal Maso L, Vaccarella S. Thyroid cancer “epidemic” also occurs in low- and middle-income countries. *Int J Cancer*. 2019;144:2082–7. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.31884>.
14. Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ*. 2015;350:h869. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h869>.