Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S163

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# 56 - REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS ESTUDIOS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE NEOPLASIA OCULTA EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

***Anabel Franco Moreno***[1], *Juan Torres Macho*[1], *José Manuel Ruiz Giardín*[2], *Cristina de Ancos Aracil*[2], *Miguel Ángel Casado Suela*[1], *Laura Vela de la Cruz*[1], *Elena Isaba Ares*[1] *y Ana María Martínez de la Casa Muñoz*[3]

[1]*Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.* [2]*Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.* [3]*Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.*

## Resumen

*Objetivos:* Los pacientes diagnosticados de un episodio de tromboembolismo venoso no provocado (TEVnp) presentan un mayor riesgo de presentar una neoplasia oculta (NO). Sin embargo, no existe un consenso acerca de qué pruebas diagnósticas deben realizarse. Esta revisión sistemática pretendió conocer la rentabilidad de un cribado extenso frente a pruebas rutinarias para el diagnóstico de NO en pacientes con TEVnp.

*Métodos:* Se realizó una búsqueda bibliográfica, incluyendo todos los estudios que compararon un cribado extenso frente a un cribado limitado para el diagnóstico de NO en pacientes con TEVnp.

*Resultados:* Se identificaron 5 estudios que incluyeron 2,274 pacientes (tabla). El 51% se sometieron a un cribado extenso y el 49% a un cribado limitado. La edad media fue 62,8 años y el 39,8% eran mujeres. Cuatro estudios analizaron la eficacia de la tomografía computarizada (TC) (1-3,5) y un estudio la rentabilidad de la tomografía por emisión de positrones (PET/TC) (4). La estrategia limitada consistió en historia clínica y exploración física completas, análisis de sangre y radiografía de tórax. La incidencia global de cáncer fue del 7,0%. El número de neoplasias detectadas durante el cribado inicial fue del 5,1% (60 de 1.159) con la realización de un estudio exhaustivo en comparación con el 2,6% (29 de 1.115) en aquellos pacientes sometidos a un estudio limitado (*odds ratio* [OR] 2,04; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,30-3,21; p < 0,001). Durante el seguimiento, la tasa de cáncer fue de un 1,9% (22 de 1.159) y un 3,5% (39 de 1.115), respectivamente (OR 0,53; IC95%: 0,31-0,91; p = 0,019). La estrategia de cribado extenso identificó 40 neoplasias en estadio precoz (I y II) y 26 en estadio avanzado (III y IV), mientras que para el cribado limitado fueron 17 y 27, respectivamente (OR 2,44; IC95%: 1,12-5,34; p = 0,032). La mortalidad por todas las causas fue de un 4,0% (46 de 1.159) y un 4,4% (49 de 1.115), respectivamente (OR 0,90; IC95%: 0,45-1,79; p = 0,675). La mortalidad relacionada con el cáncer fue 2,3% (27 de 1,159) en el grupo de cribado extenso y 2,4% (27 de 1,115) con las pruebas rutinarias (OR 0,96; IC95% 0,40-2,30; p = 0,891).

| Autor, año | Tamaño muestral | Intervención | Periodo de seguimiento | Detección de cáncer en el *screening* inicial, n (%) | Detección de cáncer durante el seguimiento, n (%) | Mortalidad relacionada con el cáncer, n (%) | Mortalidad global, n (%) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cribado extenso | Cribado limitado | Cribado extenso | Cribado limitado | | Cribado extenso | Cribado limitado | Cribado extenso | Cribado limitado | Cribado extenso | Cribado limitado | Cribado extenso | Cribado limitado |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Piccioli, 2004 (estudio SOMIT) (1) | 99 | 102 | Ecografía, TC abdominopélvico, gastroscopia, colonoscopia, citología de esputo y marcadores tumorales (CEA, α-FP y Ca 125). Mamografía y tinción de Papanicolaou en mujeres; ecografía de próstata y PSA en varones | Pruebas a criterio médico | 24 meses | 13 (13,1) | 0 | 1 (1,0) | 10 (9,8) | 2 (2,0) | 4 (3,9) | No reportado | |
| Carrier, 2015 (estudio SOME) (2) | 423 | 431 | Cribado limitado más TC abdominopélvico | Historia clínica, exploración física, análisis de sangre, radiografía de tórax y cribado para cáncer de mama, cérvix y próstata | 12 meses | 19 (4,5) | 14 (3,2) | 5 (26,0) | 4 (29,0) | 4 (0,9) | 6 (1,4) | 5 (1,2) | 6 (1,4) |
| Prandoni, 2016 (3) | 98 | 97 | TC toracoabdominopélvico y test de hemorragia oculta en heces | Pruebas a criterio médico | 24 meses | 10 (10,2) | 8 (8,2) | 2 (2,0) | 2 (2,0) | 2 (2,0) | 4 (4,1) | 7 (7,1) | 11 (11,3) |
| Robin, 2016 (estudio MVTEP) (4) | 197 | 197 | Cribado limitado más PET/TC | Historia clínica, exploración física, análisis de sangre y radiografía de tórax | 24 meses | 11 (5,6) | 4 (2,0) | 1 (0,5) | 9 (4,7) | 2 (1,0) | 5 (2,5) | 8 (4,1) | 8 (4,1) |
| Van Doormaal, 2011 (5) | 342 | 288 | Cribado limitado más TC toracoabdominal; mamografía en mujeres | Historia clínica, exploración física, análisis de sangre y radiografía de tórax | 30 meses | 12 (3,5) | 7 (2,4) | 13 (3,8) | 14 (4,9) | 17 (5,0) | 8 (2,8) | 26 (7,6) | 24 (8,3) |

*Conclusiones:* Las neoplasias detectadas en el cribado inicial con la realización de un estudio exhaustivo fue significativamente mayor en comparación con el estudio limitado. Los tumores se identificaron en una etapa más temprana. Sin embargo, no hubo un impacto positivo en la mortalidad relacionada con el cáncer ni en la mortalidad global. Estos resultados apoyan la recomendación actual de someter a un cribado limitado a los pacientes con TEVnp para la detección de NO. Exámenes como la TC, PET/TC o endoscopias digestivas deberían solicitarse solo en caso de sospecha clínica.

**Bibliografía**


1. Piccioli. Extensive *screening* for occult malignant disease in idiopathic VTE.

2. Carrier. *Screening* for Occult Cancer in Unprovoked VTE.

3. Prandoni. Extensive Computed Tomography versus Limited *Screening* for Detection of Occult Cancer in Unprovoked VTE.

4. Robin. Limited *screening* with versus without (18)F-fluorodeoxyglucose PET/CT for occult malignancy in unprovoked VTE.

5. Van Doormaal. Is extensive *screening* for cancer in idiopathic VTE warranted?


0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.