

## CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN CON TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE BAJA DOSIS

avalia-t2015/05

**Introducción:** El cáncer de pulmón es el cáncer con mayor mortalidad en España (20,6%; 27,4% en hombres y 9,4% en mujeres). Entre los múltiples factores de riesgo de este cáncer destaca el consumo de tabaco, que se sitúa como responsable del 85-90% de los casos y del 70% de las muertes mundiales. A medida que aumenta el número de cigarrillos y el tiempo que se es fumador el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón aumenta, factores que pueden utilizarse para seleccionar a la población susceptible de diagnóstico precoz. El diagnóstico tardío de la enfermedad, en el que los pacientes presentan ya metástasis a distancia disminuye significativamente la supervivencia de los pacientes. Mientras que la cirugía radical es el tratamiento más efectivo actualmente en estadios tempranos del cáncer de pulmón, el tiempo de supervivencia disminuye a medida que la enfermedad progresa, pasando del 50% del estadio IA al 43%, 36%, 25%, 19%, 7% y 2% en los estadios IB,IIA, IIB, IIIA, IIIB y IV, respectivamente. Disponer de una prueba de cribado que detecte la enfermedad en una fase temprana facilitaría el tratamiento precoz con lo que mejoraría la supervivencia al evitar la diseminación de la enfermedad.

**Objetivos:** Conocer la efectividad del cribado del cáncer de pulmón empleando tomografía computarizada de dosis baja de radiación (TCBD), para reducir la mortalidad por cáncer de pulmón en pacientes fumadores con historia de más de 20 paquetes-año o ex-fumadores con menos de 10 años de abstinencia. Estimar la fiabilidad de la prueba de cribado mediante la evaluación de la sensibilidad y especificidad, con especial énfasis en las consecuencias de los falsos positivos. Asimismo, conocer los efectos adversos del cribado, debidos a las pruebas diagnósticas que un resultado positivo implica y el potencial daño derivado de las mismas.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: Centre for Reviews and Dissemination (CRD), Cochrane Library, Medline (PubMed), EMBASE (Ovid), ISI Web of Science (Web of Knowledge, WoK), Scopus, ClinicalTrial.gov e IC-TRP OMS La estrategia fue ejecutada en Junio de 2015, con límite temporal desde el 2000, realizándose actualizaciones periódicas hasta la fecha de edición del documento para recuperar estudios publicados recientemente. Sólo se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados (ECAs). Dos investigadores verificaron de forma independiente que dichos estudios cumplieran los criterios de inclusión establecidos previamente. Los datos se resumieron en tablas de evidencia y la calidad metodológica de los estudios se valoró con el sistema desarrollado por el grupo de trabajo *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). Se realizó un metanálisis cuando fue posible, utilizando el programa Re-

---

view Manager versión 5.2 para obtener una estimación agrupada de las variables de interés. Cuando fue necesario se obtuvieron medias y desviaciones estándar ponderadas por el tamaño muestral mediante el programa SPSS, versión 19.

**Resultados:** Atendiendo a los criterios de inclusión se seleccionaron 8 ECAs, 2 que comparaban la TCBD con cribado con radiografía de tórax (RxT), siendo el comparador del resto de ECAs los cuidados habituales. Según los resultados de los estudios cuyo comparador fue la RxT, el cribado con TCBD redujo la mortalidad específica por cáncer de pulmón en un 20% y la general en un 6%, con un elevado número de falsos positivos. En el caso de los ECAs que compararon el TCBD con los cuidados habituales, de baja potencia estadística, no se detectaron diferencias significativas en las variables de mortalidad entre el grupo intervención y el grupo control, aunque sí se detectaron más cánceres con el cribado y en estadio más temprano. En estos estudios la tasa de falsos positivos fue menor, pero aún alta para un protocolo de cribado. El único de estos estudios con potencia estadística suficiente para detectar diferencias entre los grupos no ha presentado todavía resultados sobre mortalidad, previstos para el 2016.

**Conclusiones:** Los resultados de un ECA de alta calidad cuyo comparador es la RxT (no recomendado actualmente en guías clínicas) favorecen al TCBD. La baja potencia estadística y heterogeneidad existentes entre el resto de ECAs contribuyen a no detectar diferencias entre cribar y no cribar a la población de riesgo. Las elevadas tasas de falsos positivos, la detección de un número similar de cánceres en estadio avanzado entre la ronda basal y las de incidencia o subsiguientes y el sobrediagnóstico, además de los costes de la evaluación diagnóstica dificultarían un protocolo de cribado de estas características, siendo preciso analizar los datos del ECA con potencia y tamaño muestral suficiente todavía no publicados y que están previstos para el 2016.