



## V-097 - ELEVACIÓN ASINTOMÁTICA DEL ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO. SEGUIMIENTO DE 7 AÑOS Y PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL PACIENTE CON CEA ELEVADO

E. López Almela<sup>1</sup>, J. Béjar Valera<sup>1</sup>, F. Box Laveda<sup>2</sup>, M. Martos Borrego<sup>2</sup>, J. Martínez Martínez<sup>2</sup>, V. Martínez Pagán<sup>1</sup>, M. Miluy Guerrero<sup>1</sup> y E. Mené Fenor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

### Resumen

**Objetivos:** Conocer la incidencia de aparición a largo plazo de neoplasias en pacientes con CEA elevado sin neoplasia previa. Realizar un protocolo de estudio del paciente con CEA elevado.

**Material y métodos:** Partimos de una cohorte de 657 pacientes con una cifra elevada de CEA en el último trimestre de 2009, sobre todas las 3.102 determinaciones realizadas en ese periodo. Evaluamos en mayo de 2011 los pacientes que no tenían un cáncer previo a la solicitud del CEA y encontramos una incidencia aumentada significativa y creciente de nueva neoplasia según la magnitud de la elevación: aparecieron 43 nuevas neoplasias. El objeto de nuestro estudio actual son los 430 pacientes sin neoplasia previa con CEA elevado desde 2009. Recogemos retrospectivamente de la historia electrónica, variables demográficas, meses de seguimiento analítico del CEA, aparición de una nueva neoplasia y su tipo, existencia de condición preneoplásica (preneoplásica: condición o enfermedad que asocia una mayor incidencia de cáncer por lo que se establece un despistaje individualizado más intensivo que la detección precoz rutinaria y que ha demostrado reducir la mortalidad), ser fumador y una lista de enfermedades que se asocian a elevación del CEA no neoplásica, falsos positivos, alguna de las cuales coincide con ser condición preneoplásica. Utilizamos el test de chi cuadrado de Pearson como medida de asociación entre variables.

**Resultados:** La edad media actual es de 71 años, con un porcentaje de exitus de 33% en el periodo y una incidencia de nueva neoplasia de 11%, similar entre vivos o muertos. Hay un 24% de pacientes con condiciones preneoplásicas, grupo en el que aparece tendencia a más nuevas neoplasias 15% frente a 10% sin alcanzar significación estadística (p 0,093). Las neoplasias más frecuentes han sido próstata 15% mama 8% y colon 6%. Ninguna de las enfermedades inflamatorias que elevan el CEA como falso positivo asocian mayor frecuencia de nueva neoplasia, excepto el prostatismo (p 0,047) y la artritis reumatoide (p 0,045). La ERC (p 0,000), el EPOC (p 0,003), la cirrosis (0,027) y los pólipos digestivos (p 0,002) se asocian con más exitus.

**Discusión:** Varios estudios han mostrado en población asintomática con CEA elevado mayor incidencia de cáncer que en población con CEA normal. En nuestro trabajo inicial durante los primeros 21 meses de seguimiento la incidencia de cáncer en el tramo de CEA mayor de 9 fue del 35% y fue diagnosticado a los 4 meses de media, además casi todos los enfermos tenían síntomas sugestivos o compatibles con neoplasia y el 85% de ellos presentaban enfermedades inflamatorias

asociadas a elevación de CEA. En el posterior seguimiento hasta 7 años la incidencia baja al 11%; consideramos a los pacientes como asintomáticos y observamos que las enfermedades inflamatorias asociadas a CEA elevado no se relacionan con la aparición de nuevos cánceres, mientras que las preneoplásicas sí muestran una tendencia no significativa a producir más neoplasias y, paradójicamente, la AR y el prostatismo sí se asocian a incremento de cáncer.

*Conclusiones:* Los primeros meses de seguimiento de un paciente con CEA elevado deben guiarse por la clínica, la magnitud de elevación el CEA y la ausencia de enfermedades inflamatorias asociadas a CEA elevado. A largo plazo hay que tener en cuenta condiciones preneoplásicas y factores de riesgo personales hereditarios o adquiridos. Proponemos el siguiente protocolo de estudio que consta de anamnesis, exploración y pruebas complementarias según la elevación del CEA y los hallazgos de la historia clínica. 1. Elevación leve 3-5: Screening básico poblacional y repetir cifras. 2 Elevación moderada 5-10: búsqueda básica y repetir cifras. 3. Elevación grave > 10 Búsqueda activa y repetir cifras 4. Elevación muy grave > 20 Búsqueda activa intensiva y repetir cifras.