



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Recuento plaquetario, longitud del bazo y cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas en pacientes con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal (Revisión)

Colli A, Gana JC, Yap J, Adams-Webber T, Rashkovan N, Ling SC, Casazza G

Colli A, Gana JC, Yap J, Adams-Webber T, Rashkovan N, Ling SC, Casazza G.

Platelet count, spleen length, and platelet count-to-spleen length ratio for the diagnosis of oesophageal varices in people with chronic liver disease or portal vein thrombosis

(Recuento plaquetario, longitud del bazo y cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas en pacientes con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD008759.

DOI: [10.1002/14651858.CD008759.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008759.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Recuento plaquetario, longitud del bazo y cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas en pacientes con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de la exactitud de pruebas diagnósticas]

Recuento plaquetario, longitud del bazo y cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas en pacientes con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal

Agostino Colli¹, Juan Cristóbal Gana², Jason Yap³, Thomasin Adams-Webber⁴, Natalie Rashkovan⁵, Simon C Ling⁶, Giovanni Casazza⁷

¹Department of Internal Medicine, A Manzoni Hospital ASST Lecco, Lecco, Italy. ²Gastroenterology and Nutrition Department, Division of Pediatrics, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ³Division of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Dept. of Pediatrics, Stollery Children's Hospital, Faculty of Medicine, University of Alberta, Edmonton, Canada. ⁴The Hospital for Sick Children, Toronto, Canada. ⁵Department of Neurology, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Canada. ⁶Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, The Hospital for Sick Children, Toronto, Canada. ⁷Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche "L. Sacco", Università degli Studi di Milano, Milan, Italy

Dirección de contacto: Agostino Colli, Department of Internal Medicine, A Manzoni Hospital ASST Lecco, Via dell'Eremo, 9/11, Lecco, 23900, Italy. a.colli@asst-lecco.it, so.colombo@ospedale.lecco.it.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane Hepatobiliar.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 4, 2017.

Referencia: Colli A, Gana JC, Yap J, Adams-Webber T, Rashkovan N, Ling SC, Casazza G. Platelet count, spleen length, and platelet count-to-spleen length ratio for the diagnosis of oesophageal varices in people with chronic liver disease or portal vein thrombosis (Recuento plaquetario, longitud del bazo y cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas en pacientes con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD008759. DOI: [10.1002/14651858.CD008759.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008759.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Las guías actuales recomiendan el cribado de los pacientes con várices esofágicas mediante esofagogastroduodenoscopia en el momento del diagnóstico de la cirrosis hepática. Lo anterior requiere que los pacientes se sometan reiteradamente a procedimientos invasivos desagradables con los riesgos consiguientes, aunque la mitad de estos pacientes no tienen várices esofágicas identificables diez años después del diagnóstico inicial de la cirrosis. El recuento plaquetario, la longitud del bazo y el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo son pruebas no invasivas propuestas como pruebas de triaje para el diagnóstico de las várices esofágicas.

Objetivos

Objetivos principales

Determinar la exactitud diagnóstica del recuento plaquetario, la longitud del bazo y el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas de cualquier tamaño en pacientes pediátricos o adultos con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal, independientemente de la etiología. Investigar la exactitud de estos exámenes no invasivos como triaje o reemplazo de la esofagogastroduodenoscopia.

Objetivos secundarios

Comparar la exactitud diagnóstica de estas mismas pruebas para el diagnóstico de las várices esofágicas de alto riesgo en pacientes pediátricos o adultos con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal, independientemente de la etiología.

Se intentó realizar comparaciones pareadas entre las tres pruebas índice, a la vez que se consideraron valores de corte predeterminados.

Recuento plaquetario, longitud del bazo y cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas en pacientes con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal (Revisión)

1

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

Se investigaron las fuentes de heterogeneidad.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos controlados del Grupo Cochrane Hepatobiliar (Cochrane Hepato-Biliary Group Controlled Trials Register), en el registro de estudios de exactitud de las pruebas de diagnóstico del Grupo Cochrane Hepatobiliar (Cochrane Hepato-Biliary Group Diagnostic Test Accuracy Studies Register), en la Cochrane Library, MEDLINE (OvidSP), Embase (OvidSP), y en Science Citation Index - Expanded (Web of Science) (14 junio de 2016). No hubo restricciones de idioma o de tipo de documento.

Criterios de selección

Estudios que evaluaron la exactitud diagnóstica del recuento plaquetario, la longitud del bazo y el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas mediante esofagogastroduodenoscopia como estándar de referencia en niños o adultos de cualquier edad con hepatopatías crónicas o trombosis de la vena portal, y sin várices hemorrágicas.

Obtención y análisis de los datos

Métodos Cochrane estándar como se esboza en el *Manual Cochrane para las revisiones de exactitud de las pruebas diagnósticas*.

Resultados principales

Se incluyeron 71 estudios, 67 de los cuales sólo reclutaron adultos y cuatro sólo niños. Todos los estudios incluidos fueron cruzados y se realizaron en un centro de atención terciaria. Ocho estudios presentaron los resultados del estudio en resúmenes o cartas. Se consideró que todos los estudios incluidos, excepto uno, tuvieron alto riesgo de sesgo. Hubo mucha preocupación en definir el valor de corte de las tres pruebas de índice; la mayoría de los estudios incluidos derivaron los mejores valores de corte a posteriori, con lo que se sobreestimó la exactitud; se diseñaron 16 estudios para validar el valor de corte de 909 (n/mm³)/mm para la relación entre el recuento de plaquetas y la longitud de la espina dorsal. El reclutamiento de los participantes no fue consecutivo en seis estudios y no estuvo claro en 31 estudios. Treinta y cuatro estudios evaluados realizaron un reclutamiento consecutivo. Once estudios excluyeron de los análisis a algunos participantes incluidos, y en sólo un estudio el intervalo entre las pruebas índice y el estándar de referencia fue más prolongado que tres meses.

Diagnóstico de várices de cualquier tamaño. El recuento de plaquetas mostró una sensibilidad de 0,71 (intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,63 a 0,77) y una especificidad de 0,80 (IC del 95%: 0,69 a 0,88) (valor de corte de alrededor de 150.000/mm³ de 140.000 a 150.000/mm³; 10 estudios, 2054 participantes). Al examinar las posibles fuentes de heterogeneidad, se observó que de todos los factores predefinidos, sólo la etiología tenía una función: los estudios que incluían a participantes con hepatitis C crónica informaban de resultados diferentes en comparación con los estudios que incluían a participantes con etiologías mixtas (P = 0,036). La longitud del bazo mostró una sensibilidad de 0,85 (IC del 95%: 0,75 a 0,91) y una especificidad de 0,54 (IC del 95%: 0,46 a 0,62) (valores de corte de alrededor de 110 mm, de 110 a 112,5 mm; 13 estudios, 1489 participantes). Las estimaciones globales para la detección de várices de cualquier tamaño mostraron una sensibilidad de 0,93 (IC del 95%: 0,83 a 0,97) y una especificidad de 0,84 (IC del 95%: 0,75 a 0,91) en 17 estudios, y 2637 participantes tuvieron un valor de corte para el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo de 909 (n/mm³)/mm. No se encontró un efecto de las fuentes predeterminadas de heterogeneidad. Una comparación indirecta general de los HSROC de las tres pruebas índice mostró que el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo fue la prueba índice más exacta en comparación con el recuento plaquetario (p < 0,001) y la longitud del bazo (p < 0,001).

Diagnóstico de várices con alto riesgo de hemorragia. El recuento de plaquetas mostró una sensibilidad de 0,80 (IC del 95%: 0,73 a 0,85) y una especificidad de 0,68 (IC del 95%: 0,57 a 0,77) (valor de corte de alrededor de 150.000/mm³ de 140.000 a 160.000/mm³; siete estudios, 1.671 participantes). Para la longitud del bazo, sólo se obtuvo una curva ROC resumida, ya que no se encontró un límite común entre los estudios (seis estudios, 883 participantes). El cociente de la longitud del recuento de plaquetas a la espina dorsal mostró una sensibilidad de 0,85 (IC del 95%: 0,72 a 0,93) y una especificidad de 0,66 (IC del 95%: 0,52 a 0,77) (valor de corte de alrededor de 909 (n/mm³)/mm; de 897 a 921 (n/mm³)/mm; siete estudios, 642 participantes). Una comparación indirecta general de los HSROC de las tres pruebas índice mostró que el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo fue la prueba índice más exacta en comparación con el recuento plaquetario (p < 0,003) y la longitud del bazo (p < 0,001).

Diagnóstico de várices de cualquiera tamaño en niños. Se encontraron cuatro estudios que incluyeron 277 niños con enfermedades hepáticas diferentes o trombosis de la vena portal. El recuento de plaquetas mostró una sensibilidad de 0,71 (IC del 95%: 0,60 a 0,80) y una especificidad de 0,83 (IC del 95%: 0,70 a 0,91) (valor de corte de alrededor de 115.000/mm³; cuatro estudios, 277 participantes). El recuento de plaquetas y la longitud de la puntuación z mostraron una sensibilidad de 0,74 (IC del 95%: 0,65 a 0,81) y una especificidad de 0,64 (IC del 95%: 0,36 a 0,84) (valor de corte de 25; dos estudios, 197 participantes).

Conclusiones de los autores

El cociente recuento plaquetario/longitud del bazo se podría utilizar para estratificar el riesgo de várices esofágicas. Esta prueba se puede utilizar como prueba de triaje antes de la endoscopia y descartar de esa manera a los adultos sin várices. En el caso de un cociente > 909 (n/mm³)/mm es posible descartar la presencia de várices esofágicas de cualquier tamaño y sólo se pasaría por alto el 7% de los adultos con várices de cualquier tamaño, lo que permite a los investigadores disminuir el número de exámenes de esofagogastroduodenoscopia.

Esta prueba no es lo suficientemente exacta para identificar las várices esofágicas con alto riesgo de hemorragia que requieren profilaxis primaria. Los estudios futuros deben evaluar la exactitud diagnóstica de esta prueba en subgrupos específicos de pacientes, así como su capacidad de predecir las várices hemorrágicas. Se deben examinar nuevas pruebas no invasivas.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Recuento plaquetario, longitud del bazo y cociente recuento plaquetario/longitud del bazo para el diagnóstico de las várices esofágicas en pacientes con enfermedad hepática

Antecedentes

La cirrosis hepática es una enfermedad grave con cicatrices y nódulos en el tejido hepático. Como resultado, la función normal del hígado está deteriorada. Cualquiera sea la causa de la cirrosis, los cambios en la estructura del hígado y el flujo sanguíneo dentro del mismo aumentan la presión de la vena portal (hipertensión de la vena portal), que es la vena que drena sangre de los intestinos al hígado. La hipertensión portal induce la dilatación (ampliación) de las venas en la pared del esófago, que a menudo pueden romperse y causar hemorragias graves. Por lo tanto, cuando se diagnostica la cirrosis hepática, se recomienda la realización de una esofagogastroduodenoscopia (EGD) para detectar la presencia de várices esofágicas (áreas de dilatación anormal de las venas). Durante la EGD se inserta una cámara pequeña al final de un tubo que baja por el esófago desde la boca y las imágenes se retransmiten de vuelta a una pantalla. Las várices grandes o los signos rojos en várices incluso pequeñas muestran riesgos altos de rotura y hemorragia. Cuando se encuentran várices de alto riesgo, el tratamiento con betabloqueantes es efectivo para reducir el riesgo de hemorragia. Se podrían utilizar tres pruebas sencillas y no invasivas para identificar a las personas con una enfermedad hepática con alto riesgo de tener várices esofágicas: el recuento de plaquetas, una prueba de laboratorio sencilla realizada en una muestra de sangre mediante la cual se mide el número de plaquetas (un elemento de la sangre que asegura la coagulación); la longitud (diámetro máximo) del bazo, medida durante el examen ecográfico del abdomen; y la relación entre el recuento de plaquetas y la longitud del bazo.

Características de los estudios

Se efectuaron búsquedas en bases de datos científicas de estudios clínicos que compararon al recuento plaquetario, la longitud del bazo o el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo versus la esofagogastroduodenoscopia para detectar la presencia de várices en niños o adultos con enfermedades hepáticas crónicas o trombosis de la vena portal (estrechamiento de la vena portal). La evidencia está actualizada hasta junio de 2016.

Resultados clave

Se encontraron 25 estudios con 5096 participantes que evaluaron el uso del recuento plaquetario para diagnosticar la presencia de várices y el grado de riesgo de sangrado, y compararon el recuento plaquetario versus la esofagogastroduodenoscopia en adultos con cirrosis: 13 estudios con 1489 participantes evaluaron la capacidad diagnóstica de la longitud del bazo y 38 estudios con 5235 participantes evaluaron la capacidad diagnóstica del cociente recuento plaquetario/longitud del bazo. El cociente recuento plaquetario/longitud del bazo fue la más exacta y se podría utilizar para identificar a los pacientes con enfermedad hepática que tuvieran alto riesgo de tener várices esofágicas. En particular, en los pacientes con cirrosis hepática entre los que 580 de 1000 pacientes se espera que tengan várices esofágicas, sólo en 41 (7% de 580) pacientes se pasará por alto la presencia de várices y no recibirán tratamiento preventivo apropiado ni seguimiento. Por lo tanto, si el cociente recuento plaquetario/longitud del bazo es menor de 909 (n/mm^3)/mm (el umbral más utilizado), la presencia de várices esofágicas se puede descartar. Por lo tanto, es posible reducir el número de exámenes endoscópicos necesarios para encontrar un paciente con várices esofágicas. Por el contrario, este cociente no es lo suficientemente exacto para reemplazar la endoscopia en la identificación del alto riesgo de hemorragia de las várices esofágicas.

Calidad de la evidencia

Todos los estudios, excepto uno, tuvieron problemas de riesgo de sesgo que incluyó principalmente la definición de pruebas índice positivas o negativas (recuento plaquetario, longitud del bazo y el cociente), que se deben definir antes y no después de los análisis de los datos, así como el cegamiento de los resultados de la prueba para los endoscopistas que realizaron la esofagogastroduodenoscopia. Por lo tanto, estos problemas podrían afectar las estimaciones de la exactitud de las tres pruebas.