



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

2 - IMPACTO DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE SANGRE OCULTA EN HECES EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS COLONOSCOPIAS DE PACIENTES SINTOMÁTICOS SEGÚN LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD AEG-SEED PARA LA REANUDACIÓN DE ACTIVIDAD POSPANDEMIA COVID-19

L. Rivero Sánchez¹, A. García-Rodríguez², P. Díez Redondo³, H. Núñez Rodríguez³, M. Ponce⁴, M. San Juan⁵, A. Seoane⁶, M.A. Carrasco⁷, J. Castillo¹, D. Zaffalon⁸, C. Guarner⁹, M. Murzi⁹, R. Jover¹⁰, L. Medina Prado¹⁰, K. Aspuru Rubio¹¹, B. García Zafra², D. João Matias¹², A. Cárdenas¹, B. González¹, O. Sendino¹, H. Córdova¹, A. Fernández-Simón¹, I. Araujo¹, À. Ginés¹, J. Llach¹, G. Fernández-Esparrach¹, M. Pellisé¹ y F. Balaguer¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS. CIBERHerd. Barcelona. ²Hospital de Viladecans. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁴Hospital Clínico de Valencia. ⁵Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Tenerife. ⁶Hospital del Mar, Barcelona. ⁷Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ⁸Hospital de Terrassa. ⁹Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Alicante. ¹¹Hospital San Jorge, Huesca. ¹²Hospital Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción: En pacientes sintomáticos, la prueba de sangre oculta en heces (TSOH+) tiene un alto rendimiento para detectar cáncer colorrectal (CCR) y otras patologías clínicamente relevantes. Los criterios de priorización (CP) AEG-SEED para el reinicio de la actividad endoscópica en la fase pospandemia COVID-19 no incorporan sistemáticamente la realización de TSOH.

Objetivos: Comparar el rendimiento del TSOH+ para LCR y CCR en las colonoscopias de pacientes sintomáticos.

Métodos: se revisaron colonoscopias de 12 centros españoles que utilizaron prospectivamente los CP (alta = P1, media = P2, baja = P3) a partir de abril 2020. LCR se definieron como aquellas lesiones que requirieron tratamiento invasivo (endoscópico/quirúrgico), ingreso hospitalario y/o seguimiento clínico estrecho. Se excluyeron pruebas urgentes, vigilancia o indicación terapéutica. El TSOH se realizó según criterio del médico solicitante.

Resultados: Se revisaron 1.077 colonoscopias (53% mujeres) de 59 ± 15 años. El tiempo transcurrido (meses; mediana; rango intercuartil [RIQ]) desde la solicitud hasta la colonoscopia en P1, P2 y P3 fue 3 (2-4), 4 (3-7) y 6 (4-8) respectivamente. Se detectaron LCR en 18% de las colonoscopias (25% en P1, 18% en P2 y 12% en P3) y 35 CCR: 22 (63%) en P1, 10 (29%) en P2 y 3 (9%) en P3. Las indicaciones con peor rendimiento diagnóstico para LCR fueron: diarrea crónica (9%) y exploraciones en 50 años (rectorragia/hematoquecia [10%], cambio del ritmo intestinal [9%], estreñimiento/dolor abdominal [2%], y anemia ferropénica [0%]) sin CCR en ninguno de ellos. Hubo 180 (17%) pacientes TSOH+, 97 (9%) TSOH- y 800 (74%) con test no realizado. La proporción de LCR en los 3 grupos fue 31% (55/180), 10% (10/97) y 17% (133/800) mientras que CCR fue 9% (16/180), (0/97) y 2% (19/800).

| Indicación | Código | Frecuencia | % | Prioridad | LCR | % | CCR | % | TSOH+ | % |
|--|--------|------------|------|-----------|-----|----|-----|----|-------|----|
| Anemia ferropénica en >= 50 años o con FR de CCR SIN colonoscopia previa (últimos 5 años) | 151 | 133 | 12,3 | 1 | 42 | 32 | 11 | 8 | 29 | 22 |
| Alta sospecha clínica de EI | 169 | 17 | 1,6 | 1 | 5 | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Anemia ferropénica en >= 50 años o con FR de CCR CON colonoscopia previa (últimos 5 años) | 152 | 25 | 2,3 | 3 | 7 | 28 | 0 | 0 | 3 | 12 |
| Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >=50 años estable hemodinámicamente con FR de CCR, sin colonoscopia previa | 154 | 94 | 8,7 | 2 | 21 | 22 | 5 | 5 | 11 | 12 |
| Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >= 50 años estable hemodinámicamente sin FR de CCR | 153 | 72 | 6,7 | 3 | 16 | 22 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en > 50 años con EI, anemia, SOH+ o FR de CCR | 157 | 170 | 15,8 | 2 | 37 | 22 | 6 | 4 | 100 | 59 |
| Cambio del ritmo intestinal de reciente comienzo en >= 50 años | 161 | 117 | 10,9 | 1 | 24 | 21 | 7 | 6 | 10 | 9 |
| Ferropenia sin anemia | 149 | 18 | 1,7 | 2 | 3 | 17 | 0 | 0 | 2 | 11 |
| Sospecha de CCR por criterios clínicos (Guía NICE 2015 actualizada en 2017**) | 166 | 12 | 1,1 | 2 | 2 | 17 | 2 | 17 | 0 | 0 |
| Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en >=50 años estable hemodinámicamente con FR de CCR, con colonoscopia previa | 155 | 33 | 3,1 | 3 | 5 | 15 | 1 | 3 | 1 | 3 |
| Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en >= 50 años sin EI, sin anemia, sin SOH+ ni FR de CCR | 158 | 80 | 7,4 | 3 | 12 | 15 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Rectorragia / hematoquecia (sin EI) en < 50 años estable hemodinámicamente sin FR de CCR | 156 | 86 | 8 | 3 | 9 | 10 | 1 | 1 | 10 | 12 |
| Diarrea crónica sin EI, malabsorción, origen infeccioso, anemia, sangrado, FR de CCR, ni VIH, sin colonoscopia previa con biopsias | 160 | 121 | 11,2 | 3 | 11 | 9 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Cambio del ritmo intestinal de reciente comienzo en < 50 años | 162 | 33 | 3,1 | 2 | 3 | 9 | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Estreñimiento crónico / Distensión abdominal / Dolor abdominal en < 50 años sin EI, sin anemia, sin SOH+ ni FR de CCR | 159 | 44 | 4,1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Anemia ferropénica en < 50 años | 150 | 22 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 14 |

Conclusiones: Es necesario reajustar los CP en pacientes sintomáticos, incorporando de forma sistemática el TSOH sobre todo en las indicaciones con peor rendimiento diagnóstico.