



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 145 - ESTRATEGIA PARA REDUCIR LAS COLONOSCOPIAS NORMALES EN EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL: REPETIR LA PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES

N. Saura Blasco<sup>1</sup>, C. Boroa Laguna<sup>1</sup>, R. Velamazán Sandalinas<sup>2</sup>, G. Hijos Mallada<sup>1</sup>, Á. Lanas Arbeloa<sup>1</sup> y C. Sostres Homedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital San Joan de Deu, Althaia, Manresa.

### Resumen

**Introducción:** Aproximadamente el 40% de las colonoscopias realizadas en el cribado de cáncer colorrectal (CCR) no presentan patología relevante. El sangrado asociado a las lesiones en la colonoscopia es intermitente, por ello la positividad de la sangre oculta en heces (SOH) puede ser variable y repetir la SOH podría ser una estrategia útil para disminuir las colonoscopias innecesarias.

**Métodos:** Se reclutaron 508 pacientes incluidos en un programa de cribado de CCR. Se realizó una 2<sup>a</sup> SOH previa a la colonoscopia utilizando el mismo test, y se calculó: sensibilidad, especificidad y valores predictivos. El objetivo es explorar si en los pacientes con 1<sup>a</sup> SOH positiva débil ( $35 \text{ ?gHb/g}$ ), una 2<sup>a</sup> SOH negativa ( $20 \text{ ?gHb/g}$ ) se asocia a una baja probabilidad de CCR o de lesiones que precisan seguimiento endoscópico, según las recomendaciones ESGE 2020. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística, ajustando por edad y sexo.

**Resultados:** Se reclutaron 508 pacientes. En 220 (43,3%) la colonoscopia fue normal. Se detectaron 20 (3,9%) casos de CCR y 133 (26,2%) de adenomas que precisan seguimiento endoscópico, con un total de 153 (30,1%) pacientes con patología relevante. En 347 (68,3%) la 2<sup>a</sup> SOH fue negativa. De los pacientes con positividad débil en la 1<sup>a</sup> SOH ( $n = 132$ ), 105 (79,5%) tienen una 2<sup>a</sup> SOH negativa. El rendimiento diagnóstico de la 2<sup>a</sup> SOH se resume en la tabla. El riesgo de detectar patología relevante (ajustado por edad y sexo) es un 80% menor en los pacientes con 1<sup>a</sup> SOH  $35 \text{ ?gHb/g}$  y una 2<sup>a</sup> SOH positiva es 4 veces mayor que el resto (OR 4,8, IC95%, 3,1-7,4).

		VP	FP	VN	FN	S	E	VPP	VPN
<b>Todos los pacientes (n = 508)</b>	CCR (n = 20)	15	146	342	5	75%	70,08%	9.32%	98.56%
	CCR + Adenoma que precisa seguimiento (n = 153)	94	67	260	87	56.86%	79.15%	54.04%	80.98%
<b>Pacientes con primera SOH &lt;35µgHb/g (n = 132)</b>	CCR (n = 3)	3	24	105	0	100%	81.4%	11.11%	100%
	CCR + Adenoma que precisa seguimiento (n = 23)	12	15	94	11	52.17%	86.24%	44.44%	89.92%

**Tabla 1.**

VP (*verdaderos positivos*), FP (*falsos positivos*), VN (*verdaderos negativos*), FN (*falsos negativos*)

S (*sensibilidad*), E (*especificidad*), VPP (*valor predictivo positivo*), VPN (*valor predictivo negativo*).

**Conclusiones:** La mayoría (80%) de los pacientes con una primera SOH positiva débil obtienen un resultado negativo al repetir el test, con un alto valor predictivo negativo (90%) para patología relevante. Esta estrategia permitiría evitar más del 20% de las colonoscopias de cribado.