



P-144 - ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA ACUOSA Y COLONOSCOPIA MACROSCÓPICAMENTE NORMAL EN UN CONTEXTO DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

L. Batista, L. Ruiz, Y. Zabana, M. Aceituno, B. Arau, X. Andújar, M. Esteve y F. Fernández-Bañares

Servicio de Digestivo, Hospital Universitari Mutua Terrassa, CIBERehd, Barcelona.

Resumen

Introducción: Se ha sugerido que el estudio diagnóstico de la diarrea crónica acuosa (DCA) de características funcionales ha de incluir un número limitado de pruebas diagnósticas, pero cuáles y en qué orden no está bien establecido.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de colitis microscópica (CM) y otros diagnósticos en pacientes con DCA sin características orgánicas en un contexto de práctica clínica habitual, de cara a establecer la mejor estrategia diagnóstica.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes remitidos para hacer una colonoscopia debido a DCA en el periodo enero 2015 hasta diciembre 2016. Se definió DCA como la presencia de ≥ 2 dep/día o al menos 3 episodios semanales de ≥ 3 dep/día acuosas, con una duración ≥ 4 semanas. Se excluyeron los pacientes con alternancia de diarrea-estreñimiento y aquellos con diarrea autolimitada en el momento de la colonoscopia. En todos los pacientes incluidos la analítica de rutina (incluyendo PCR y serología celíaca), SOH y parásitos en heces fueron negativos. Se practicó una colonoscopia con biopsias del colon y una batería de pruebas para descartar un proceso específico. Se definió diarrea funcional cuando los resultados de todas las pruebas eran normales y persistía diarrea. Se registró el consumo de fármacos (SIRE, Catsalut), enfermedades autoinmunes asociadas, tabaquismo y calprotectina fecal.

Resultados: Se valoraron 158 pacientes excluyendo 21 por estudio no completo. Se incluyen 137 ($58 \pm 1,3$ años; 77% mujeres). Las biopsias del colon fueron diagnósticas de CM en 42 (31%). En 14 de los 95 pacientes restantes la diarrea se autolimitó. En 39 pacientes (grupo "Otros") se alcanzó un diagnóstico específico (28,5%) cediendo la diarrea con el tratamiento (diarrea por ácidos biliares, 17; diarrea por malabsorción de azúcares, 9; diarrea por metformina, 6; celiaquía/sensibilidad al gluten, 6; infección por parásitos, 1). En 42 (31%) pacientes todas las pruebas fueron normales y se catalogaron como diarrea funcional. Hubo diferencias entre los 3 grupos (CM, Otros, Funcionales) en edad ($65 \pm 2,4$; $53 \pm 2,5$; $55 \pm 2,6$; $p = 0,002$) y número de fármacos consumidos ($2,7 \pm 0,4$; $1,2 \pm 0,2$; $2,2 \pm 0,3$; $p = 0,012$). Se analizó calprotectina fecal en 96/137 pacientes (mediana): CM, 175 (59-324); Otros, 16 (16-82); Funcional, 40 (16-281) ($p = 0,002$). Un punto de corte de 85 de calprotectina fecal se asoció a una sensibilidad de 70%, especificidad 68% y VPN 83%. En el análisis de regresión logística la edad > 65 años (OR, 2,9) y la calprotectina > 85 (OR, 3,8) se asociaron de forma independiente al diagnóstico de CM.

Conclusiones: Se consigue un diagnóstico específico en el 60% de los pacientes con DCA sin signos de organicidad en un contexto de práctica clínica habitual, siendo la CM el diagnóstico más frecuente. La colonoscopia con toma de biopsias escalonadas del colon debería de ser la primera prueba diagnóstica en estos casos. Son necesarios más estudios para evaluar el papel de la determinación de calprotectina fecal como biomarcador de CM.