



O-7 - LA COMBINACIÓN DE SANGRE OCULTA EN HECES Y CALPROTECTINA FECAL ES UNA HERRAMIENTA COSTE-EFECTIVA PARA EVITAR COLONOSCOPIAS NO PATOLÓGICAS EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

G. Hijos¹, A. Lué^{1,2}, C. Sostres^{1,2,3}, M.V. Barra⁴, B. Mascialino⁵, C. Andalucía⁵, J.J. Puente⁴, Á. Lanas^{1,2,3,6} y F. Gomollón^{1,2,3,6}

¹Servicio de Aparato Digestivo; ⁴Servicio de Bioquímica Clínica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²Fundación IIS Aragón. ³CIBERehd. ⁵Immuno Diagnostics Thermo Fisher Scientific. ⁶Universidad de Zaragoza.

Resumen

Introducción: El test de sangre oculta en heces inmunológico (SOH) es una prueba no invasiva que ha demostrado ser eficaz en el cribado de cáncer colorrectal (CCR). La calprotectina fecal (CF) ha demostrado ser útil en evaluar la actividad en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero su papel en la detección de CCR y adenomas en población sintomática no está establecido. Aunque la mayoría de los pacientes sintomáticos presenta patología benigna, en muchos se realiza colonoscopia para descartar CCR o lesiones precancerosas.

Objetivos: Evaluar y comparar el rendimiento diagnóstico y la coste-efectividad de la combinación de SOH y CF frente a los dos test por separado en pacientes sintomáticos remitidos para colonoscopia. Material y método: se reclutaron de forma prospectiva pacientes sintomáticos remitidos para colonoscopia que entregaron una muestra de heces previamente recogida. El SOH se realizó mediante el test SENTi FIT 270 (Sentinel Diagnostics, Milán, Italia) y la CF con el inmunoensayo EliA Calprotectin 2 (Thermo Fisher Scientific, Uppsala, Suecia). Se consideraron como patología relevante: CCR, EII, adenoma avanzado y angiodisplasia. Se calcularon valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), sensibilidad (S), especificidad (E) y área debajo de la curva COR (AUROC). Se realizó un estudio farmacoeconómico incluyendo gastos, complicaciones relacionadas con la colonoscopia y la utilización de recursos para evaluar la coste-efectividad de una estrategia basada en la realización previa a la endoscopia de SOH y CF para reducir el número de colonoscopías.

Resultados: Se incluyeron 404 pacientes (59% mujeres; edad mediana 59 años, RIC: 47-69). 87 (21,5%) presentaron patología colónica relevante. Las indicaciones más frecuentes fueron: rectorragia en 166 (41,1%) pacientes, cambio en el ritmo intestinal en 62 (15,3%) y dolor abdominal en 56 (13,8%). Los resultados de (VPP; VPN; S y E) fueron (57,1%; 86,9%; 50,6% y 89,6%) para SOH, (31,9%; 90,1%; 78,2% y 54,4%) para CF y (32,8%; 94,1%; 88,5% y 50,3%) para la combinación de ambos. El AUROC para patología relevante fue 0,741 (IC95% 0,696-0,783) para SOH, 0,736 (IC95% 0,690-0,778) para FC y 0,816 (IC95% 0,774-0,852) para la combinación. La combinación tuvo un mejor rendimiento diagnóstico comparado con los dos test por separado ($p = 0,001$ vs SOH; $p = 0,001$ vs CF). El coste total de las visitas y de los procedimientos fue de 366.396€ (906,92€/paciente). La combinación de SOH y CF como herramienta previa a la endoscopia permitió reducir del 39,4% el número total de colonoscopías con un VPN del 94,1% y reducir del 14,6% los costes totales (312.748€; 774,13€/paciente).

Conclusiones: La combinación de SOH y CF ofrece un mejor rendimiento diagnóstico respecto a los dos test por separado en la detección de patología colónica en pacientes sintomáticos. Realizar SOH y CF antes de la colonoscopia es una estrategia coste-efectiva que permite reducir el número de procedimientos innecesarios y de complicaciones.