



## 111 - UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES INTESTINALES

A. Algaba<sup>1</sup>, N. de Sande<sup>1</sup>, I. Guerra<sup>1</sup>, L. Jiménez<sup>1</sup>, D. Bonillo<sup>1</sup>, A. Guardiola<sup>1</sup>, R. Pique<sup>2</sup>, M. Bellart<sup>2</sup>, M. Gil<sup>2</sup>, M. Pacheco<sup>3</sup> y F. Bermejo<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada e Instituto de Investigación Sanitaria Hospital la Paz (IdiPAZ), Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Digestivo; <sup>3</sup>Servicio de Laboratorio, Hospital Universitario de Fuenlabrada. <sup>4</sup>Departamento de Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La determinación de calprotectina fecal (CF) es un método no invasivo de uso creciente en práctica clínica. Nuestros objetivos fueron analizar su utilidad como método para diferenciar enfermedades orgánicas de las funcionales, conocer la actitud ante los valores de CF y los principales diagnósticos finales.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de los pacientes con determinaciones de CF solicitadas en nuestro centro en 2015-7. Criterios de exclusión: edad 16 años, diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria intestinal, o pérdida de seguimiento tras la CF. La CF se determinó mediante *Elia™* fluoroenzimoinmunoanálisis de Thermo Fisher con 50 ?g/g como punto de corte. Se establecieron cuatro categorías diagnósticas al inicio y tras un año de seguimiento: Trastorno digestivo funcional (TDF); Procesos orgánicos agudos (sobre todo infecciosos) (POA); Enfermedades orgánicas crónicas (EII, celiaca y colitis microscópica, entre otros) (EOC); pólipos de colon (PC).

**Resultados:** Se incluyeron 544 pacientes (edad 38 años -RIQ 50,7–27-, 63% mujeres, 23% fumadores). Motivos de consulta: diarrea (84,6%) y dolor abdominal (78,1%). En todos los pacientes, junto a la determinación de CF se solicitaron otras pruebas para orientar el diagnóstico: 68,8% análisis de sangre; 53,9%, otras determinaciones en heces; 28,5%, estudios de imagen (ecografía y TC); 23,3% endoscopia (sobre todo baja). La mediana de CF fue de 29 ?g/g (RIQ 87-14,9). Los diagnósticos a los que se llegaron inicialmente fueron: 79% TDF, 10,7% POA, 7% EOC, 3,3% PC. La actitud ante el diagnóstico obtenido fue de 3 tipos: 18% actitud expectante (sin otras pruebas complementarias), 44,8% se solicitaron nuevas pruebas complementarias y en 37,2% se llegó a un diagnóstico final. Se realizó seguimiento en la consulta en 312 pacientes (57,3%) que correspondían a algunos de los casos con actitud expectante y aquellos con nuevas pruebas complementarias. Los diagnósticos a los que se llegaron tras 12 meses de seguimiento fueron: 74% TDF, 12,7% POA, 8,5% EOC, 4,8% PC. Tomando como punto de corte 50 ?g/g, la sensibilidad de la CF para detectar trastornos orgánicos crónicos fue del 80,4%, con VPP del 25,5%; mientras que la especificidad para detectar trastornos funcionales fue del 73,2%, con VPN del 97%. Se observaron diferencias ( $p < 0,0001$ ) en los valores de CF (mediana CF ?g/g) en función de la categoría diagnóstica a la que se llegó: EOC (462); POA (57); TDF (26); PC (57). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en el valor de CF en función del sexo, tabaco y uso de fármacos (IBP, AAS, clopidogrel, ARA-II).

**Conclusiones:** La CF es un método no invasivo útil para diferenciar entre enfermedades orgánicas y funcionales intestinales, que posee un VPN cercano al 100% en trastornos funcionales, por lo que aquellos

pacientes con síntomas intestinales y CF 50 ?g/g, presentarán en la mayoría de los casos un trastorno funcional susceptible de manejo sintomático y actitud expectante.