



Gastroenterología y Hepatología



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

75 - CORRELACIÓN ENTRE LA ENTEROSCOPIA CON CÁPSULA Y BIOMARCADORES EN LA RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

A. Elosua¹, M. Rullan¹, S. Rubio², S. Oquiñena², E. Macías², I. Elizalde², M. Vicuña², M.R. Aznárez², J.F. Juanmartiñena², A. Borda², C. Rodríguez², I. Fernández-Urién² y Ó. Nantes²

¹Unidad de Aparato Digestivo, Hospital García Orcoyen, Estella. ²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La recurrencia postquirúrgica endoscópica (RPQ) según la clasificación Rutgeerts (R) es un fuerte predictor de recurrencia clínica. Según las guías actuales la ileocolonoscopia es el *gold standard* para diagnosticar RPQ recomendándose en los 6-12 meses tras cirugía. La posterior monitorización suele basarse en pruebas no invasivas como calprotectina fecal (CPF), estudios de imagen o enteroscopia con cápsula (CEID) ya que los síntomas pueden no reflejar la actividad inflamatoria. **Objetivos:** Evaluar la precisión de CPF y proteína C reactiva (PCR) para detectar RPQ endoscópica por CEID.

Métodos: Se incluyeron los pacientes con enfermedad de Crohn conocida y resección ileocolónica previa seguidos en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de Navarra en los que se realizó CEID (2008-2019). La PCR se consideró elevada si > 5 g/L. Solo se analizaron los L1 para evitar posible sesgo por actividad inflamatoria en colon no detectable por CEID. Se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo negativo (VPN), positivo (VPP) y odds ratio de diagnóstico (ORD). La curva característica operativa del receptor (ROC) y su área bajo la curva (AUC) para CPF y PCR.

Resultados: Se realizaron 113 CEID para evaluar RPQ, 89 pacientes L1. La CPF en los 3 meses previos estaba disponible en 66,3% y la PCR en todos los pacientes (16,9% elevada). Los pacientes con RPQ significativa ($R \geq i2$) tuvieron una PCR media más alta ($4,8 \pm 6,6$ vs. $2,5 \pm 5,2$, $p = 0,017$) y una CPF más alta respecto a pacientes $R < i2$ ($176,3 \pm 178$ vs. $86,3 \pm 132$, $p = 0,04$). El rendimiento diagnóstico para detectar $R \geq i2$ en íleon neoterminal para la PCR fue: S 24,4%, E 89,6%, VPP 66,7%, VPN 58,1%, DOR 2,8. La precisión diagnóstica se obtuvo para distintos valores de CPF (tabla). El AUC para PCR y CPF fue el mismo: 0,7 (IC95%: 0,56 a 0,84).

	50 µg/g	100 µg/g	150 µg/g	200µg/g	250µg/g
Sensibilidad (%)	69,2	53,8	42,3	34,6	26,9
Especificidad (%)	60,6	78,8	84,8	87,9	90,9
VPP (%)	58,1	66,7	68,8	69,2	70,0
VPN (%)	71,4	68,4	65,1	63,0	61,2
DOR	3,5	4,3	4,1	3,8	3,7

Conclusiones: La CPF es un marcador subrogado preciso para detectar RPQ. El valor de 100 µg/g de CPF obtuvo la mejor precisión diagnóstica.