



Gastroenterología y Hepatología



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

P-2 - EL TEST INMUNOLÓGICO FECAL OPTIMIZA EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA EVITANDO REALIZAR EXPLORACIONES INNECESARIAS

G. Hernández-Mesa, D. Morales-Arreaez, M. Carrillo-Palau, Z. Adrián-de-Ganzo, A.Z. Gimeno-Gatrcía y E. Quintero

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Resumen

Introducción: La estrategia diagnóstica del paciente con anemia ferropénica (AF) incluye la realización de gastroscopia y colonoscopia, pero un número considerable de estas pruebas son negativas. El test inmunológico fecal (FIT) detecta globina intacta procedente de lesiones colorrectales, por lo que podría ser útil para optimizar el diagnóstico del paciente con AF.

Objetivos: investigar si en el estudio de pacientes con AF el FIT permite discriminar entre lesión significativa colorrectal (LSC) y del tracto digestivo alto (LSA) evitando realizar exploraciones innecesarias.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en 541 pacientes ambulatorios consecutivos remitidos para estudio de AF, entre abril 2016 y septiembre 2017. Se incluyeron pacientes naïve con AF moderada-grave (Hb sérica < 12 g/dl en hombres, < 11 g/dl en mujeres y ferritinemia < 30 ng/dl). Se excluyeron 134 por gastroscopia/colonoscopia previa, 71 por anemia leve, 40 hospitalización, 36 por hematoquecia reciente, 14 por no cumplimiento y 39 por otras causas. Se realizó FIT (1-kit OC-Sensor™, positivo si $\geq 10 \mu\text{g}$ Hb/g heces). Posteriormente, se realizó gastroscopia con biopsias gástricas y duodenales y colonoscopia. Se calculó el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) del FIT para LSC (cáncer colorrectal -CCR-, pólipo > 10 mm, angiodisplasia, colitis o erosiones) y LSA (esofagitis erosiva, Ulcus péptico, gastritis-H. pylori, cáncer, pólipo > 10 mm, celiaquía, angiodisplasia y erosiones).

Resultados: se incluyeron 207 pacientes (edad 72 ± 12 años; Hb $9,7 \pm 12$ g/dl). El diagnóstico final por paciente fue: 27 pólipo > 10 mm colónico, 21 CCR, 29 angiodisplasia gastrointestinal, 28 gastritis-H. pylori, 6 pólipo > 10 mm gastrointestinal, 2 tumor carcinoide, 2 cáncer gástrico, 23 otras causas y 69 diagnóstico incierto. En 99 (48%) pacientes con FIT+ la colonoscopia confirmó LSC en 55 (VPP 55,5%: 20 pólipos > 10 mm, 19 CCR, 16 otras causas). En los 44 restantes la gastroscopia confirmó LSA en 28 casos (40% de LSA). En 108 (52%) pacientes con FIT- la colonoscopia fue normal en 89 (VPN 82%) y 19 presentaron LSC (2 CCR). En 108 (52%) pacientes con FIT- la gastroscopia detectó 42 LSA (60% de LSA) y en los 66 restantes la colonoscopia detectó LSC en 19 (26% de LSC). La sensibilidad y VPN del FIT para cáncer colorrectal fue 91% y 98%, respectivamente. La estrategia de realizar inicialmente solo colonoscopia si FIT+ y gastroscopia si FIT- y solo ambas pruebas en caso de un resultado negativo en la exploración inicial, hubiera evitado

realizar 97 exploraciones (23%) sin pérdida de eficacia diagnóstica.

Conclusiones: El FIT tiene alta precisión diagnóstica para detectar LSC, lo que permite optimizar la estrategia diagnóstica en pacientes con AF. El inicio del estudio con colonoscopia en los FIT+ y con gastroscopia en los FIT-, detecta la mayoría de lesiones significativas del tracto digestivo bajo y alto respectivamente, evitando realizar un número considerable de exploraciones innecesarias.