



## 31 - UTILIDAD Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE COLON

L. Ramos<sup>1</sup>, F. Pérez<sup>1</sup>, O. Alarcón<sup>1</sup>, A.Z. Gimeno-García<sup>1</sup>, D. Nicolás-Pérez<sup>1</sup>, Z. Adrián<sup>1</sup> y E. Quintero<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna, Psiquiatría y Dermatología, Instituto Universitario de Tecnologías Biomédicas CIBICAN, Universidad de La Laguna.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La cápsula endoscópica de colon (CEC) es una técnica de imagen no invasiva con una capacidad de detección de lesiones colónicas similar a la colonoscopia convencional. La indicación de la CEC incluye pacientes con colonoscopia previa incompleta, negativa a realizar una colonoscopia convencional y cribado oportunista del cáncer colorrectal (CCR). El objetivo del estudio fue evaluar la utilidad de la CEC en la toma de decisiones médicas de pacientes con indicación de CEC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye pacientes consecutivos que se realizaron una CEC entre enero de 2013 y diciembre de 2018. Se recogió la indicación para la prueba, datos demográficos, comorbilidades (índice de Charlson) y tratamiento de los pacientes en el momento de la realización de CEC. En relación al procedimiento, se revisó el grado de limpieza colónica, los hallazgos y la tasa de expulsión de la CEC. Se examinó la decisión médica adoptada tras el procedimiento. Se revisaron los estudios endoscópicos (gastroscopias y colonoscopias) realizados antes y hasta en los 12 meses posteriores a la CEC. Se analizó la supervivencia de los pacientes sometidos a CEC a los 12 meses de seguimiento.

**Resultados:** Se realizaron 149 CEC (108 mujeres; edad media  $66 \pm 13,5$  años). 22/149 (14,7%) presentaban estreñimiento crónico y 78/149 (52,3%) cirugía abdominal previa. La indicación principal de CEC fue la colonoscopia incompleta 123/149 (82,6%). La limpieza de CEC fue adecuada en 100/149 (67%) pacientes y se logró la visualización completa del colon en 68/149 (64,4%) de los pacientes. La CEC no alcanzó el colon en 17/149 (11,4%) pacientes. No se identificaron factores asociados con la falta de progresión de la CEC. La CEC mostró hallazgos relevantes en 94/149 (63%) casos, que motivaron una decisión terapéutica en 72/149 (52%) pacientes: en 59/149 (39,6%) casos se indicó terapéutica endoscópica, en 14/153 (9,4%) tratamiento médico y en 5/153 (3,3%) cirugía. En 34/149 (22,8%) de los pacientes se había realizado alguna colonoscopia completa previa a la realización de la CEC y en el 13/34 (38,2%) de los casos se indicó una nueva colonoscopia que se pudo completar posteriormente. En el momento de la realización de la CEC, el 47% de los pacientes presentaron comorbilidad alta con Charlson  $\geq 4$  puntos (probabilidad supervivencia  $< 50\%$  a los 10 años). A los 12 meses tras la CEC, habían fallecido 11/149 (7%) pacientes. En nuestra población, un índice de Charlson  $> 6$  puntos se asoció con mortalidad elevada a los 12 meses, independientemente del diagnóstico mediante CEC (AUC: 0,85; IC 0,77-0,90;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La CEC es un procedimiento útil para el manejo de los pacientes con colonoscopia incompleta. En nuestra práctica clínica, deberíamos considerar la limitación de su uso en pacientes con colonoscopia completa previa y/o importantes comorbilidades (Charlson Index > 6 puntos).