

displasia grave, o vellosa) y no avanzados con una o más colonoscopias de seguimiento. Pacientes con al menos un adenoma avanzado (AA) o ≥ 3 adenomas fueron considerados de alto riesgo (AR) y el resto de bajo riesgo (BR).

Resultados: Un total de 771 FPG tuvieron un seguimiento a largo plazo. De ellos, 253 (32,8%) presentaron al menos un adenoma en la primera colonoscopia y 145 (57,2%) tuvieron una segunda colonoscopia de seguimiento en el periodo de estudio (2000–2006). Ochenta (10,5%) pacientes fueron clasificados como pacientes de alto riesgo (AR) de acuerdo con los hallazgos de la primera colonoscopia. De estos, en la segunda colonoscopia (intervalo de $16,4 \pm 11,1$ meses), 41 (53,3%) tuvieron una colonoscopia normal o con pólipos hiperplásicos, 30 (37,5%) tuvieron AA o ≥ 3 adenomas y 10 (12,2%) tuvieron adenomas no avanzados. De los 145 pacientes con colonoscopias de seguimiento, 65 tuvieron un adenoma no avanzado en la primera colonoscopia y ($25,7 \pm 15$ meses), 9 (13,8%) pacientes tuvieron un AA en la colonoscopia de seguimiento, 14 (21,5%) tuvieron un adenoma no avanzado y en 62 (64,7%) pacientes la colonoscopia fue normal. No se encontró ningún cáncer colorrectal. De los 39 pacientes clasificados en total como de AR de acuerdo con los hallazgos de la segunda colonoscopia, 12 (30,8%) tuvieron un AA en la tercera colonoscopia de seguimiento.

Conclusiones: En nuestro estudio, la tasa de recurrencia de AA en familiares de primer grado de pacientes cáncer colorrectal, parece ser más elevada que la publicada en pacientes con riesgo intermedio con además, un intervalo de seguimiento más corto. Nuestros resultados podrían sugerir un seguimiento más intensivo en estos pacientes a pesar de que no se haya diagnosticado ningún caso de cáncer. Se necesitan más estudios que confirmen nuestros resultados y analicen el impacto económico que conllevaría modificar los intervalos de seguimiento en estos pacientes.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.123

RELEVANCIA DE LA CARGA FAMILIAR EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL OFERTADO A FAMILIARES DE PRIMER GRADO

L. Castillo Molina, L. Vida Pérez, A.J. Hervás Molina, A. Naranjo Rodríguez, A. Reyes López, V. García Sánchez, E. Pérez Rodríguez, B. Agüera Arroyo, M. Vignote Alguacil, E. Iglesias Flores, J.F. De Dios Vega

Hospital Reina Sofía, Córdoba

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la 2ª neoplasia más frecuente en España y gracias al cribado es posible disminuir la mortalidad por esta causa. Las enfermedades hereditarias confieren un riesgo muy elevado a las familias que las presentan, existiendo dos bien definidas: la poliposis adenomatosa familiar y el cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (CCRHSP).

Objetivo: Identificar las características de la población que accede al programa de prevención de CCR por antecedentes familiares de primer grado. Analizar los hallazgos relevantes en la colonoscopia y verificar la adecuación de la indicación de la colonoscopia de cribado.

Pacientes y método: Inclusión prospectiva de pacientes que inician o siguen un programa de prevención de CCR por antecedentes familiares entre el 05-06-2001 y el 11-11-2008. Recopilación de las colonoscopias de cada paciente en base de datos informatizada desde Abril de 2001. Se define edad de comienzo adecuada cuando la primera colonoscopia se realiza a la edad indicada por las guías de práctica clínica o con +5 años.

Resultados: Se han realizado en nuestro centro un total de 508 colonoscopias en 385 pacientes dentro del programa de prevención

de CCR por antecedentes familiares de primer grado. La edad media fue de $51,3 \pm 12$ años, siendo 205 hombres (58,1%) y 148 mujeres (41,9%). La media de familiares afectados fue de $1 \pm 1,8$ (rango 1–8). Doscientos cincuenta y cuatro pacientes (72%) tenían en su historia familiar una generación afecta y 99 (28%) más de una generación. La edad media del familiar diagnosticado a una edad más joven fue de $60 \pm 14,4$ años (rango 13–90 años). Sesenta pacientes (17%) cumplían los criterios de Ámsterdam y 99 (28%) tenían antecedentes de pólipos. La edad media de realización de la colonoscopia de cribado fue de $48,4 \pm 10$ años (rango 19–81 años) y 93 pacientes (26,3%) se realizaron más de una. Del total de colonoscopias se completaron hasta ciego 312 (88,4%). Doscientos cincuenta y tres exploraciones fueron normales (71,7%), se hallaron adenomas en 63 casos (17,8%), 28 adenomas avanzados (8%) y nueve CCR (2,5%). El hallazgo patológico en la colonoscopia se asocia, con significación estadística con la edad del familiar afectado más joven, los antecedentes de pólipos y la edad adecuada de realización de la primera colonoscopia. El 47,6% (168) de las colonoscopias cumplían adecuación en cuanto a la edad de realización, pero sólo 35 (9,9%) se ajustaban a los intervalos de tiempo establecidos.

Conclusiones: El 10,4% de la población estudiada presenta lesiones avanzadas o CCR asintomáticos. El hallazgo de pólipos adenomatosos incrementa el riesgo personal de nuevos pólipos en el futuro. Es necesario concienciar a la población para comenzar con colonoscopias de cribado a una edad adecuada.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.124

UTILIDAD DE LA CLÍNICA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER DIGESTIVO COMO INSTRUMENTO ASISTENCIAL

C. Sánchez-Fortún, R. Jover

Unidad de Gastroenterología Hospital General Universitario de Alicante

Objetivo: Evaluar y clasificar la población atendida en una Clínica de Alto Riesgo (CAR) de cáncer digestivo.

Método: Revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en la CAR del HGUA en el periodo comprendido entre enero de 2006 y octubre de 2008.

Resultados: Un total de 563 individuos han sido atendidos en nuestra CAR. De ellos, 83 casos de cáncer colorrectal (CCR) familiar han sido diagnosticados. Los casos de CCR familiar se distribuyen en: 21 familias (25,3%) con síndrome de Lynch, 7 (8,4%) con poliposis adenomatosa familiar con mutación detectada en el gen APC, 6 (7,2%) con síndrome de poliposis hiperplásica, 4 (4,8%) con CCR hereditario tipo X, 4 (4,8%) con poliposis asociada a MYH, 3 casos (3,6%) de cáncer gástrico familiar y 1 caso (1,2%) de síndrome de Cowden. Las 37 familias restantes (44,7%) corresponden a casos de CCR familiar no sindrómico. De las 21 familias con síndrome de Lynch, 3 tenían mutación en MLH1, 3 en el gen MSH2 y 2 en MSH6, en el resto de casos no se detectó mutación. Treinta y nueve (84,8%) de los 46 casos de cáncer digestivo sindrómico fueron diagnosticados a partir de un caso de cáncer. Se detectaron 2 nuevos casos de cáncer durante el seguimiento de estas 46 familias con síndrome de cáncer digestivo, siendo en ambos casos, un CCR en estadio I en el seno de un síndrome de Lynch. Por otro lado, se ha estudiado a 35 pacientes con poliposis colónica atenuada. Hubo 17 casos (48,5%) de poliposis atenuada adenomatosa, de los cuales 3 tenían mutación en el gen APC, y 1 presentaba mutación bialélica en el gen MYH. Hubo 6 casos (17,2%) de poliposis que cumplían criterios de síndrome de poliposis

hiperplásica, en uno de los cuales había historia familiar con patrón de herencia autosómico dominante. En 12 de los casos (34,3%) las poliposis fueron mixtas, con presencia de pólipos adenomatosos e hiperplásicos. De los pacientes con poliposis atenuadas, 16 (55,2%) presentaban antecedentes familiares de CCR, 14 (48,3%) precisaron tratamiento quirúrgico y en 12 de los casos (41,4%) la poliposis fue diagnosticada al mismo tiempo que un CCR sincrónico. Ninguno de los pacientes con poliposis atenuada presentó CCR durante el seguimiento. Uno de los casos de poliposis atenuada con presencia de mutación en el gen APC ha podido ser controlado endoscópicamente sin necesidad de cirugía.

Conclusión: La asistencia a individuos con alto riesgo de cáncer digestivo en una Clínica de Alto Riesgo permite un adecuado manejo y seguimiento en casos de síndromes de cáncer familiar y poliposis colónica.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.125](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.125)

UTILIDAD DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA Y LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN EL ESTADIAJE DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

L. Bujanda^a, I. Gil^a, C. Sarasqueta^b, E. Hijona^a, M. Beraza^a, A. Cosme^a, J.L. Elorza^c, J.I. Asensio^c, S. Larburu^c, S. Arévalo^d, J. Mínguez^e

^aServicio de Digestivo, Hospital Donostia, Universidad del País Vasco, CIBERehd, Instituto Carlos III, San Sebastián

^bServicio de Epidemiología, Hospital Donostia, CIBERESP, San Sebastián

^cServicio de Cirugía General, Hospital Donostia, San Sebastián

^dServicio de Oncología Médica, Hospital Donostia, San Sebastián

^eServicio de Oncología Radioterápica, Hospital Donostia, San Sebastián

El cáncer de esófago (CE) es un tumor frecuente en el tracto gastrointestinal. El pronóstico depende del estadio tumoral. Nuestro objetivo fue describir los hallazgos de la radiografía de tórax, la tomografía computerizada (TC) y la ultrasonografía endoscópica (USE) en el estadiaje del CE tras la creación de un comité específico para el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados y/o tratados de CE y la unión esofagogastrica en nuestro Hospital entre el año 2003 y 2007. En total fueron 200 pacientes con una edad media de $63,3 \pm 11,2$ años. En todos los pacientes se realizó una radiografía de tórax y una TC. En 77 pacientes se realizó USE.

Resultados: El estadio fue 0 (Tis) en un 1%, estadio I (T1N0M0) en el 3%, estadio IIA (T2-3N0M0) en el 37% de los casos, estadio IIB (T1-2N1M0) en el 1%, estadio III (T3N1M0/T4NxM0) en el 45% y estadio IV (TxNxM1) en el 12%.

En un 7,5% (15) de los pacientes la radiografía de tórax mostró alteraciones relacionadas con el tumor (4 metástasis a distancia). En 22 (11%) pacientes, la TC mostró metástasis a distancia, de ellos en 4 casos se habían objetivado en la radiografía de tórax. De los 77 pacientes que fueron estudiados con USE y TC, hubo concordancia en el estadio en 49 casos (64%). En un 30% (23 pacientes) la USE dio un estadio superior al TC mientras que esto ocurrió a favor del TC en el 6% (5 pacientes). En 9 pacientes (12%) de 77 a los que se realizó la USE se cambió la estrategia terapéutica, no indicando en estos casos la cirugía tras tratamiento neoadyuvante o como opción directa. En

estos casos, la USE observó un estadio T4N1 o T3N1 y la TC un T2-T3N0M0.

Conclusiones: La radiografía y la TC de tórax, confirmaron un estadio avanzado en un 38% de los casos. La EUS aportó el diagnóstico de tumor avanzado en un 30% más de pacientes. La EUS cambió el tipo de tratamiento, al menos, en un 12% de los casos.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.126](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.126)

Páncreas y vías biliares

ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA O CON CEPILLADO EN LA OBTENCIÓN DE CÉLULAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS. RESULTADOS DEFINITIVOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO Y PROSPECTIVO

O. Sendino^a, G. Fernández-Esparrach^a, M. Solé^b, Ll. Colomo^b, A. Pardo^a, C. Guarner^a, M. Pellisé^a, J. Llach^a, A. Cárdenas^a, J.M. Bordas^a, A. Ginès^a

^aEndoscopia Digestiva, Gastroenterología, ICMDM, Hospital Clínic, CIBERehd, Barcelona

^bAnatomía Patológica, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: La precisión de las técnicas de imagen en el diagnóstico de las lesiones quísticas pancreáticas no es alta y la rentabilidad de la PAAF limitada. Se ha sugerido que el cepillado guiado por USE podría ser eficaz en el diagnóstico de estas lesiones.

Objetivo: Comparar la USE-PAAF con el cepillado-USE en la obtención de células de lesiones quísticas pancreáticas y evaluar las complicaciones.

Método: Se incluyeron los pacientes con una lesión quística pancreática de diámetro >15 mm. Se practicó PAAF con aguja de 19 G (EchoTip 3. Cook, Winston-Salem, NC) aspirándose el líquido intraquístico que se procesó para estudio citológico. Posteriormente se introdujo el cepillo a través de la misma aguja (Echobrush, Cook) para cepillado de las paredes del quiste. Las muestras fueron evaluadas por un anatómopatólogo a ciegas para evitar sesgos. Se registraron las complicaciones durante las primeras 24 horas y se contactó telefónicamente el día 7 post-procedimiento.

Resultados: Se han incluido 30 pacientes. En 8 pacientes no fue posible por razones técnicas. La USE-PAAF consiguió celularidad para el diagnóstico en 6 (27%) y el cepillado en 16 (73%) ($p = 0,035$). El diagnóstico de neoplasia mucinosa probable se obtuvo en 5 (23%) pacientes con el estudio citológico convencional y en 11 (50%) pacientes con el cepillado ($p = 0,016$). 8 pacientes fueron operados. En 5 de ellos la pieza quirúrgica fue compatible con el resultado de la PAAF y del cepillado y en 3, en los que la PAAF fue acelular, el diagnóstico fue consistente con el obtenido mediante el cepillado. Se han registrado 2 casos de hemorragia post-punción; 1 caso de hemomucos pancreático que se resolvió de forma conservadora y otro grave de hemorragia retroperitoneal en una paciente en tratamiento con anticoagulantes orales que requirió intervención quirúrgica.

Conclusiones: El cepillado-USE es más eficaz que la USE-PAAF en la obtención de celularidad para el diagnóstico de las lesiones quísticas del páncreas. Sin embargo, son necesarios más estudios que evalúen la seguridad de este procedimiento.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.127](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.127)