



Gastroenterología y Hepatología



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

143 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DEL SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRADA DE DEBUT PRECOZ (50 AÑOS): SUBANÁLISIS DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA NACIONAL

A. da Fieno¹, D. Rodríguez-Alcalde², L. Moreira¹, L. Hernández³, L. Rodríguez-Alonso⁴, F. Rodríguez⁴, V. Gonzalo⁵, L. Bujanda⁶, X. Bessa⁷, C. Poves⁸, J. Cubilla⁹, I. Castro¹⁰, M. González¹¹, E. Moya¹², S. Oquiñena¹³, J. Clofent¹⁴, E. Quintero¹⁵, P. Esteban¹⁶, V. Piñol¹⁷, R. Jover¹⁸, L. Cid¹⁹, J. López-Vicente², F. Balaguer¹ y S. Carballal¹

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona. ²Sección de Enfermedades Digestivas, Hospital Universitario de Móstoles. ³Sección de Aparato Digestivo, Hospital Santos Reyes, Aranda del Duero. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. ⁵Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ⁶Servicio de Gastroenterología, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. ⁷Servicio de Gastroenterología, Hospital del Mar, Barcelona. ⁸Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico de San Carlos, Madrid. ⁹Departamento de Gastroenterología, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Instituto de Investigación Biomédica Ourense, Pontevedra y Vigo, Ourense. ¹⁰Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ¹¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. ¹²Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey. ¹³Departamento de Gastroenterología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ¹⁴Servicio de Gastroenterología, Hospital de Sagunto. ¹⁵Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ¹⁶Servicio de Gastroenterología, Hospital Morales Meseguer, Murcia. ¹⁷Servicio de Gastroenterología, Hospital Josep Trueta, Girona. ¹⁸Servicio de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁹Departamento de Gastroenterología, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Instituto de Investigación Biomédica Ourense, Pontevedra, y Vigo.

Resumen

Póster con relevancia para la práctica clínica

Introducción: El síndrome de poliposis serrada (SPS) se asocia a un alto riesgo de cáncer colorrectal (CCR) cuando no se detecta a tiempo. Los programas de cribado poblacional favorecen su diagnóstico en fases potencialmente controlables. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan SPS antes de los 50 años (SPS precoz) lo que podría conllevar peor pronóstico. Conocer las características clínicas del SPS precoz podría ayudar a establecer medidas de prevención específicas.

Objetivos: Describir las características clínicas y endoscópicas de los pacientes con SPS precoz y compararlas con los diagnosticados > 50 años.

Métodos: Subanálisis de una cohorte de 296 pacientes con SPS (criterios I y/o III de la OMS 2010) incluidos retrospectivamente en 18 centros españoles. Descripción de las características clínicas y endoscópicas de aquellos con SPS precoz. Comparación con los > 50 años mediante análisis univariado (t Student para variables cuantitativas y χ^2 para cualitativas) y multivariado (regresión logística binaria) con SPSS v22.0.

Resultados: Se identificaron 62 pacientes (20,9%) con SPS precoz [edad mediana: 45 años [rango intercuartílico; (RIC): 38,5-48] y 29 (46,8%) eran mujeres. En 45/59 (76%) había historia de tabaquismo y 5/45 (11,1%) un índice de masa corporal (IMC) > 30 (obesidad). Dos (3,2%) tenían antecedente familiar

(AF) de SPS y 35 (56,4%) AF de CCR [23 (65,7%) familiares de 1^{er} grado, edad mediana: 65 años]. Se realizaron 263 colonoscopias (mediana: 3,5; RIC: 2-5,25) observando una mediana de 25 pólipos serrados (PS) (RIC: 16,75-40,50) y 1 (RIC 0-1) adenoma. La mitad (n = 31) cumplían el criterio I (OMS-2010) y 48 (77,4%) el criterio III. El 58% (n = 36) tenían PS avanzados (> 1 cm y/o con displasia). Se detectaron 8 (12,9%) CCR, todos simultáneos al diagnóstico de la SPS. En relación a los > 50 años (n = 234; edad mediana: 61,5 años), en el SPS precoz fue más frecuente la indicación de la primera colonoscopia por síntomas (58 vs. 41%; OR: 2,15, IC95%: 1,05-4,39; p = 0,035). No hubo diferencias en relación al sexo ni porcentaje de fumadores, pero en 50 años se observó menor porcentaje de obesidad [11,1 vs. 28,4% (OR: 0,32; IC95%: 0,11-0,86; p: 0,02)] y mayor porcentaje de AF de CCR [56,4 vs. 35% (OR: 2,2; IC95% 1,10-4,41; p: 0,02)]. En relación al fenotipo, los > 50 años desarrollaron más adenomas avanzados (OR: 2,08; IC95% 1,14-3,79; p = 0,01). No hubo diferencias en el número de PS (p = 0,57) ni en la prevalencia de CCR (16,6 vs. 12,9%; p = 0,47).

Conclusiones: El 21% de pacientes con SPS eran menores de 50 años y fue más habitual llegar al diagnóstico tras una colonoscopia indicada por síntomas. Se observó menor frecuencia de pacientes obesos y más casos con antecedente familiar de CCR. Los diagnosticados > 50 años tenían más adenomas avanzados, pero no hubo diferencias en el número de PS ni en la prevalencia de CCR. Estas diferencias sugieren la necesidad de profundizar en el conocimiento del SPS precoz para poder establecer medidas preventivas dirigidas a este subgrupo.