

Material y métodos: Se analizan los enfermos que acuden al Servicio de Endoscopias del Hospital de Fuenlabrada para la práctica de colonoscopia entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de Octubre del 2007. Se estudian los pacientes a los que se extirpan adenomas y se distribuyen según edades: ≤ 40 ; 41-50; 51-60; 61-70; > 71 y según refieran antecedentes familiares de CCR: **grupo 1** o no: **grupo 2**. Se excluyen los enfermos diagnosticados previamente de enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos o CCR o aquéllos con síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar. Se define neoplasia avanzada (NA) como los adenomas vellosos (AV), los adenomas de ≥ 10 mm, los adenomas con displasia de alto grado (DAG) y el cáncer intramucoso (CIM). El colon izquierdo se considera cuando se alcanza la flexura esplénica.

Objetivos: Comparar las características de los adenomas y las NA en ambos grupos y según intervalos de edad.

Resultados: El grupo 1 está formado por 123 pacientes (76 varones y 47 mujeres) y el grupo 2 por 298 (183 varones y 115 mujeres) con edad media de 53.48 ± 9.30 y 63.20 ± 13.54 ($p < 0,001$) respectivamente. La tabla siguiente muestra los resultados endoscópicos por edades en los grupos 1 y 2.

	≤ 40 años	41-50	51-60	61-70	> 70	P
Total enfemos	11/11	36/42	49/83	21/60	6/102	$< 0,001$
Sexo (V/ M), grupo 1	6/5	23/13	33/16	12/9	2/4	NS
Sexo (V/ M), grupo 2	6/5	24/18	58/25	34/26	61/41	NS
Total adenomas	14/13	65/58	83/149	28/94	13/178	NS
A < 10 mm	9/9	*28/38	42/69	18/51	4/77	*0,01
A ≥ 10 mm	2/3	12/11	17/30	5/16	*3/42	*0,09
A Tubular	10/10	*30/40	45/72	20/50	5/90	*0,04
AV	1/2	*10/2	9/19	2/14	**2/24	*0,01, **0,009
DAG	0	1/0	1/3	0/2	*1/5	* $< 0,001$
CIM	0	0	*2/0	0/1	0/6	*0,06
NA	2/3	14/12	18/33	5/20	3/46	NS
Total NA	3/4	19/15	23/38	6/24	*7/58	*0,002
Dcha, izda, ambas, grupo 1	2/0/0	11/1/2	14/4/0	3/2/0	2/0/0	NS
Dcha, izda, ambas, grupo 2	3/0/0	9/2/1	28/3/2	16/3/1	29/15/2	NS

En el grupo 1, 42 (34,14%) pacientes presentan NA frente a 114 (38,25%) en el grupo 2. Si diferenciamos los enfermos en relación a si tienen < 60 o ≥ 60 años obtenemos los siguientes resultados: en el grupo 1, 81% de los pacientes con NA eran < 60 años, frente a 42% en el grupo 2.

Conclusiones: Consideramos que no hay diferencias en cuanto al número de pacientes diagnosticados de NA en los grupos estudiados. Sin embargo, la NA se detecta a una edad más temprana en los pacientes con antecedentes familiares de CCR. Esto debe hacernos reflexionar sobre cómo conseguir una selección adecuada de los pacientes con antecedentes familiares a una edad temprana, a partir de los 40 años, para conseguir que el cribado resulte eficaz.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.113

ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 TESTS DE SANGRE OCULTA EN HECEs EN LA DETECCIÓN DE NEOPLASIA COLORRECTAL. TEST DEL GUAYACO Y TEST INMUNOLÓGICO CUANTITATIVO. RESULTADOS PRELIMINARES

X. Ariza-Solé^a, F. Rodríguez-Moranta^a, A. Berrozpe^a, X. Vázquez^a, G. Binefa^b, M. Navarro^b, E. Sánchez^a, M. De la Hera^a, C. Muñoz^c, N. Gonzalo^c, A. Clopés^c, M. Peris^b, J. Guardiola^a

^aServicio de Gastroenterología Hospital Universitario de Bellvitge

^bServicio de Prevención y Control del Cáncer ICO

^cServicio de Farmacia Hospital Durán i Reynals

Introducción: La baja sensibilidad de los test de sangre oculta en heces (TSOH) basados en el guayaco, ha hecho desarrollar nuevos tests inmunológicos con una eficacia para detectar neoplasia avanzada (adenoma avanzado y cáncer colorrectal) todavía no bien establecida.

Objetivo: Determinar la sensibilidad y especificidad de un TSOH basado en el guayaco (TSOHg) de alta sensibilidad con un TSOH inmunológico cuantitativo (TSOHi) para detectar neoplasia avanzada.

Material y métodos: Población: individuos con una colonoscopia programada por cualquier motivo (cribado, vigilancia o síntomas). Se excluyeron los individuos con enfermedad inflamatoria intestinal conocida y los pacientes con antecedentes de CCR intervenido. En los días previos a la exploración, se completaron 3 TSOHg (Hema-Screen) y 2 TSOHi (OC Sensor, test positivo ≥ 100 ng/ml). Se calculó el tamaño de la muestra para demostrar la superioridad del TSOHi de un 15% de sensibilidad, con un tamaño final de 700 individuos.

Resultados: Se evalúan los resultados de los primeros 140 individuos. Al 66% se les realizó la colonoscopia por síntomas y al resto por riesgo familiar o personal de CCR. La colonoscopia detectó 16 individuos (11%) con una neoplasia avanzada (2 carcinomas infiltrantes y 14 adenomas avanzados). El resto de lesiones encontradas fueron: 20 individuos con adenomas no avanzados, 11 con pólipos no adenomatosos y 4 colitis inflamatorias. La colonoscopia fue normal en 88 (63%) individuos.

El porcentaje de tests positivos fue de 3,5% (5/140) y 16,5% (23/140) para el TSOHg y TSOHi respectivamente. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para detectar neoplasia avanzada fue de 12%, 97%, 40% y 89% para el TSOHg y de 62,5%, 89%, 60,8% y 81% para el TSOHi. En caso de considerar únicamente el primer test inmunológico, la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fue de 43,7%, 92%, 43,7% y 92,7% respectivamente.

Conclusión: El TSOHi es muy superior al TSOHg para detectar neoplasia avanzada, aunque el elevado número de falsos positivos podría limitar su uso.

La utilización de uno o dos TSOHi debería evaluarse en función de los recursos endoscópicos disponibles.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.114

ESTUDIO DEL INTERVALO DIAGNÓSTICO DE LAS SUCEsIVAS GENERACIONES DE ADENOMAS METACRÓNICOS EN EL CARCINOMA DE COLON Y RECTO

A. Borda^a, J.M. Martínez-Peñuela^c, F. Borda^b, M. Muñoz-Navas^a, C. Carretero^a, F.J. Jiménez^b

^aDpto. de Digestivo Clínica Universitaria de Navarra

^bSº. de Digestivo

^cAnatomía Patológica del Hospital de Navarra, Pamplona, España

Introducción: Un elevado porcentaje de cánceres colo-rectales (CCR) desarrollan adenomas metacrónicos. Son escasos los trabajos que analizan el periodo de tiempo transcurrido entre la resección del tumor y el diagnóstico de las sucesivas generaciones de adenomas metacrónicos.

Objetivos: Estudiar la evolución del tiempo hasta el diagnóstico en las sucesivas generaciones de adenomas metacrónicos. Comparar la latencia diagnóstica de la primera lesión metacrónica entre los pacientes con y sin lesiones sincrónicas previas.

Material y métodos: Analizamos 382 CCR, seguidos mediante colonoscopias completas. Determinamos el tiempo transcurrido entre la resección del cáncer inicial y el diagnóstico de la 1ª, 2ª y 3ª generación de adenomas metacrónicos. Comparamos las posibles diferencias en cuanto a tiempo hasta el diagnóstico del primer adenoma metacrónico entre los casos con y sin lesiones sincrónicas iniciales. Para el estudio estadístico empleamos el test de Mann Whitney, considerando significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: 208/382 pacientes (54,5%) presentaron adenomas sincrónicos y 162 (42,4%) desarrollaron adenomas metacrónicos. La media de colonoscopias de control ha sido de $2,74 \pm 1,75$ por paciente. La mediana del tiempo (meses) de las sucesivas colonoscopias fue 1ª = 15; 2ª = 32; 3ª = 46; 4ª = 63; 5ª = 72; 6ª = 85; 7ª = 93 y 8ª = 100 meses. Las medianas del tiempo hasta el diagnóstico para la 1ª generación de adenomas metacrónicos fueron de 21 meses, reduciéndose a 16 para la 2ª generación y 14 meses para la 3ª. En los pacientes con adenomas sincrónicos, la primera lesión metacrónica se diagnosticó significativamente antes: mediana = 19 meses con respecto a los que no tenían lesiones sincrónicas: mediana = 30 meses ($p = 0,011$).

Conclusiones: 1. El intervalo hasta el diagnóstico de las lesiones metacrónicas se va reduciendo progresivamente en las sucesivas generaciones de adenomas. 2. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico del primer adenoma metacrónico es significativamente menor en los cánceres colo-rectales con adenomas sincrónicos iniciales. 3. Nuestros resultados aconsejan efectuar el primer control endoscópico de forma más precoz en los pacientes que hubieran presentado previamente adenomas sincrónicos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.115

EVOLUCIÓN DEL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE COLON EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

L. Bujanda^a, C. Sarasqueta^b, M. Beraza^a, L. Hijona^a, A. Cosme^a, J.L. Elorza^c, R. Jover^d, F. Balaguer^e, X. Llor^f, M. Andreu^g, X. Bessa^g, A. Paya^d, A. Castells^e, Grupo de Oncología de Asociación Española de Gastroenterología

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

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

^cServicio de Cirugía General, Hospital Donostia, San Sebastián

^dServicio de Digestivo, Hospital General, Alicante

^eServicio de Digestivo, Hospital Clinic, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona

^fDepartment of Medicine, University of Illinois, Chicago, IL 60612, USA

^gServicio de Digestivo, Hospital Del Mar, Barcelona

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en la mayoría de países desarrollados. Nuestro objetivo era valorar los cambios de mortalidad del CCR en estos últimos 20 años.

Material y métodos: Se estudian retrospectivamente 1990 pacientes diagnosticados de CCR de manera consecutiva. Los años de inclusión de los pacientes fueron de 1980 a 1994 y 2001. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos. El grupo I (1119) eran los pacientes incluidos entre los años 1980 y 1994. El grupo 2 (871) estaba formado por los pacientes diagnosticados durante el año 2001 (grupo EPICOLON).

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 21 meses para el grupo I y de 50 para el grupo II. En los pacientes que fallecieron las medianas fueron de 12 y 16 meses, respectivamente, y entre los pacientes vivos, 67 y 60 meses respectivamente. La supervivencia media era mayor en el grupo II que en el grupo I (73 meses vs. 25 meses; $P < 0,001$). La supervivencia fue mayor en el grupo II que en el grupo I para todos los estadios tumorales. La mortalidad peroperatoria (hasta 30 días después de la cirugía) en el grupo I fue del 8%, mientras que en el grupo II fue del 2% ($P < 0,001$). Un 17% del grupo I recibían quimioterapia frente a un 50% del grupo II ($P < 0,001$).

Conclusiones: La supervivencia de los pacientes con CCR se ha duplicado. Este aumento se debe, en parte, a la generalización de la quimioterapia y a la disminución de la mortalidad peroperatoria.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.116

EXPRESIÓN DE MOLÉCULAS MICA EN TEJIDO GÁSTRICO TUMORAL Y NO TUMORAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO

L. Barranco^a, F. Bory^a, M. Jimeno^b, M. Borchers^c, A. Ramírez-Sarmiento^e, X. Bessa^a, J.M. de Deu^a, A. Seoane^a, B. González^a, M. Pera^d, M. Orozco-Levi^{e,f}

^aServicio de Digestivo, Hospital del Mar Barcelona

^bServicio de Anatomía patológica, Hospital de Mar, Barcelona

^cDepartment of Environmental Health, Division of Environmental Genetics and Molecular Toxicology, Department of Internal Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care, University of Cincinnati, College of Medicine, Cincinnati, USA

^dServicio de Cirugía, Hospital del Mar, Barcelona

^eGroup of Research in Injury and Immune response (FIRE), IMIM, Servicio de Neumología Hospital del Mar, Barcelona

^fCXS-Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Introducción: El MICA (acrónimo de MHC class I chain related antigen), son antígenos que se expresan por las células epiteliales sometidas a estrés (patógenos intracelulares o transformación neoplásica) y los cuales precipitan una respuesta inmune. La unión MICA-receptor (MICA-NKG2D) activa la función citotóxica de las células NK y T, que representan la primera línea de inmunovigilancia, desencadenando lisis por apoptosis de las células tumorales o infectadas por patógenos. Hay evidencia de la expresión de MICA en diversas neoplasias epiteliales. En condiciones de homeostasis, el MICA no se expresa a excepción del epitelio intestinal, posiblemente traduciendo estrés celular debido a la colonización bacteriana (expresión aberrante).

Objetivos: Evaluar en pacientes con cáncer gástrico, (1) si las células tumorales expresan MICA, (2) si la expresión es exclusiva de células transformadas y (3) si la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) se asocia a esta expresión.

Material y métodos: En el estudio se incluyeron todos los pacientes afectos de cáncer gástrico referidos para cirugía radical en el periodo de mayo 04-noviembre 05 ($n = 34$). Se evaluó la expresión de MICA tanto en tejido tumoral como no tumoral