

**Métodos:** ADN genómico procedente de 515 pacientes con CG y 515 individuos sanos fue tipado mediante RFL-PCR para el análisis de los polimorfismos *GSTP1* Val105Ile (rs1695) y *GSTP1* Val114Ala (rs1138272) y mediante PCR múltiple para el estudio de las delecciones de los genes *GSTM1* y *GSTT1*. El estatus de infección por *H. pylori* y de anticuerpos CagA/VacA se realizó mediante Western blot.

**Resultados:** La infección por cepas cagA de *H. pylori* (OR: 2,33; 95% IC: 1,78–3,06), el tabaco (OR: 2,26; 95% IC: 1,39–3,08) y la existencia de antecedentes familiares de CG (OR: 3,1; 95% IC: 1,83–5,14) fueron factores de riesgo asociados al desarrollo de CG. El porcentaje de individuos homozigotos para la delección de los genes *GSTM1* y *GSTT1* fue similar en pacientes y controles (52% vs 49%, OR: 1,57; 95% IC: 0,89–1,49 para *GSTM1* y 22% vs 21%, OR: 1,07; 95% IC: 0,78–1,46 para *GSTT1*). Igualmente, el porcentaje de individuos homozigotos para ambas delecciones fue casi idéntico en ambos grupos (10,8% en CG vs 10,7% en controles; OR: 1,14; 95% IC: 0,73–1,78). Tampoco se observaron diferencias significativas en la distribución de genotipos y frecuencias alélicas de los polimorfismos *GSTP1* Val105Ile y *GSTP1* Val114Ala entre pacientes y controles. Por último, no se encontraron diferencias significativas en los genotipos cuando los pacientes fueron clasificados en función del sexo, edad, tabaquismo, status de infección por *H. pylori*, presencia de anticuerpos anti CagA/VacA, tipo histológico tumoral, localizaron del tumor o antecedentes familiares de cáncer gástrico.

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que los polimorfismos genéticos de *GSTM1*, *GSTT1* y *GTP1* analizados en nuestro estudio no están implicados en la susceptibilidad al desarrollo de CG.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.119](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.119)

## NEOPLASIA AVANZADA DE COLON. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER COLORRECTAL Y LA POBLACION GENERAL

M.E. Tomás Moros<sup>a</sup>, F. García Durán<sup>a</sup>, J.A. Carneros Martín<sup>a</sup>, S. Sánchez Prudencio<sup>a</sup>, J.C. Villa Poza<sup>a</sup>, C. Ciriza de los Ríos<sup>b</sup>, J.L. Rodríguez Agulló<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital de Fuenlabrada

<sup>b</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) constituye la segunda causa de muerte por cáncer en España. La mayoría de los CCR se desarrollan desde adenomas.

**Material y métodos:** Se analizan los pacientes 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 seleccionan aquéllos a los que se extirpan adenomas y se distribuyen en dos grupos: **grupo 1**, pacientes con antecedentes familiares de CCR y, **grupo 2**: sin antecedentes. 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 ≥10mm, los adenomas con displasia de alto grado (DAG) y el cáncer intramucoso (CIM). El colon izquierdo se considera cuando se alcanza la flexura esplénica. A algunos de los pacientes estudiados se les practica colonoscopias a los 6 y/o 12 meses.

**Objetivos:** Comparar las características de los adenomas y las NA en ambos grupos.

**Resultados:** Se practican 3009 colonoscopias en 2598 pacientes. 519 (20%) pacientes refieren antecedentes familiares de CCR y, de éstos, 123 presentan adenomas. La tabla siguiente compara los resultados endoscópicos de la primera colonoscopia en ambos grupos.

	Grupo 1 (n = 123)	Grupo 2 (n = 298)	P
Edad media	53,48 ± 9,30	63,20 ± 13,54	<0,001
varón/mujer	76/47	183/115	NS
Total adenomas	203	492	NS
Adenoma tubular	172	415	NS
AV	31	77	NS
Adenomas <10 mm	151	375	NS
Adenomas ≥10 mm	52	117	NS
DAG	4	10	NS
CIM	2	7	NS
NA	42	114	NS
Total NA	58	139	0,044
Izquierdo/derecho/ ambos	32/7/3	85/23/6	NS

68 pacientes se someten a una segunda colonoscopia y 46 a una tercera. En la segunda colonoscopia se diagnostican 1 NA (1 AV) en el grupo 1 y 6 (1 adenoma > 10 mm, 3 AV, 1 DAG y 1 CIM) en el grupo 2 (p = NS). En la tercera colonoscopia, 2 NA (2 AV) en el grupo 1 y 1 (1 DAG) en el 2 (p = NS). Por otra parte, 11 pacientes en el grupo 1 y 5 en el 2 tuvieron adenomas <10 mm (15 y 9 respectivamente) (p < 0,001). 14 adenomas tubulares en el grupo 1 y 9 en el 2 fueron extirpados (p = 0,002).

**Conclusiones:** El cribado del CCR constituye la indicación de colonoscopia en 1:5 pacientes. Los adenomas y/o NA se diagnostican a una edad más temprana en el grupo de pacientes con antecedentes familiares de CCR. Se diagnostica un mayor número de NA en la población general. La NA es más frecuente en el colon izquierdo en los dos grupos. Tras 12 meses de seguimiento, se extirpan más adenomas <10 mm y más adenomas tubulares en los pacientes con antecedentes familiares. Esto puede implicar que en seguimientos más largos puedan detectarse más NA en este grupo de pacientes.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.120](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.120)

## PILOTAJE SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA. RESULTADOS ENDOSCÓPICOS Y ANÁLISIS DE CARGA ASISTENCIAL

E. Torrella<sup>a</sup>, P. Esteban<sup>a</sup>, S. Morán<sup>c</sup>, J. Cruzado<sup>b</sup>, F. Pérez Riquelme<sup>b</sup>, M.C. Cavas<sup>b</sup>, E. Muñoz Bertran<sup>a</sup>, J.L. Rodrigo<sup>a</sup>, S. Chacón<sup>a</sup>, E. Pérez Cuadrado<sup>a</sup>, F. Carballo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hosp. Morales Meseguer (Murcia)

<sup>b</sup>Dto Salud Pública CARM

<sup>c</sup>Hosp. N.S. Rosell (Cartagena)

<sup>d</sup>Hosp. V. Arrixaca (Murcia)

**Introducción y objetivo:** La Región de Murcia realizó en el bienio 2006–2007 un estudio piloto para evaluar eficacia, coste y aplicabilidad de un programa de Cribado de Cáncer Colorrectal que fuera extensible en el futuro al resto de la Región.

**Método:** El estudio se aplicó a la totalidad de la población de entre 50 y 69 años (riesgo medio) del área sanitaria dependiente del Hospital Morales Meseguer (29726 personas) a las que se invitó a la

realización de un test de SOHi cuantitativo y posterior colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica. Se definieron diferentes parámetros de control de calidad para la colonoscopia: porcentaje de intubaciones a ciego, tiempos de endoscopia, pólipos recuperados, cumplimiento en sedoanalgesia y grado de satisfacción.

**Resultados:** Se realizó el test de SOHi el 42,3% de la población diana. Fueron positivos el 9,47%. La tasa de aceptación de la colonoscopia fue del 93,3%. Se realizaron 1369 colonoscopias con los siguientes resultados en (%): Lesiones 80,9, adenomas 61,1, Adenomas de alto riesgo 38,4, Pacientes de alto riesgo por adenomas: 22,7, Carcinoma *in situ* o intramucoso 8,1, Carcinoma infiltrante 4,67. Valor predictivo positivo del test de SOHi fue: Adenoma alto riesgo: 46,5%; Adenoma bajo riesgo: 21,5%; Carcino: 3,6%.

159 (11,5%) pacientes precisaron sucesivas colonoscopias (224 pruebas) por los siguientes motivos: dolor 35 (2,52%), mala preparación limpieza 13 (0,94%), anticoagulación-antiagregación 12 (0,87%), complicaciones 8 (0,58%), control endoscópico de carcinoma invasivo 18 (1,31%), pólipos múltiples 16 (1,16%), lesiones complejas 58 (4,23%). 59 del total precisaron 72 colonoscopia bajo sedación profunda para su resolución. Se predijeron 15 (1,09%) complicaciones (12 hemorragias, 1 perforación y 3 serositis); 8 de ellas requirieron ingreso hospitalario para tratamiento.

90 pacientes fueron derivados a una Consulta de Alto Riesgo por presencia de lesiones múltiples ( $>10$ ). 58 pacientes están en seguimiento por pólipos adenomatosos múltiples en sus distintas calificaciones y han sido detectadas 5 PAF atenuadas.

**Conclusiones:** El método ha demostrado su eficacia para la detección y tratamiento de lesiones si bien al coste por colonoscopia hay que sumar las cargas de trabajo derivado de la necesidad de tratamiento de los problemas hallados en dichos pacientes. La aplicabilidad del programa dependerá de la capacidad de las unidades para dimensionar adecuadamente su actividad.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.121](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.121)

## POLIMORFISMOS DEL GEN PTGS2 Y RIESGO DE NEOPLASIA DE COLON EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL. ESTUDIO PRELIMINAR

V. Sostres<sup>a,c</sup>, A. Ferrández<sup>a,c</sup>, M. Strunk<sup>b</sup>, P. Roncalés<sup>b</sup>, M. Polo-Tomas<sup>c</sup>, J. Nerín<sup>a,c</sup>, R. Sainz<sup>a,c</sup>, A. Lanas<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo HCU Lozano Blesa Zaragoza

<sup>b</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

<sup>c</sup>CIBERehd

**Introducción:** Existe evidencia de que las prostaglandinas intervienen en la carcinogénesis del cáncer colorrectal (CCR). En la mayor parte de los CCR se encuentra un aumento de la expresión de la COX 2. Los polimorfismos del gen PTGS2 tienen relevancia en patologías extradigestivas (p.e. cáncer de pulmón, infarto de miocardio). Hoy en día no se conoce el papel del gen PTGS2, responsable de la síntesis de COX2, y sus polimorfismos, en el desarrollo de lesiones preneoplásicas en familiares de primer grado (FPG) de pacientes con CCR.

**Objetivo:** Estudiar si los FPG de pacientes con CCR que expresan el polimorfismo 8743C > T (variante alélica CC) o el 765G > C (variante alélica CC) tienen mayor riesgo de desarrollar adenomas colorrectales.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo que incluyó FPG de pacientes con CCR a los que se les realizó una colonoscopia de cribado. Todos los pacientes formaban parte del Programa de

Prevención del CCR en pacientes de alto riesgo de la Comunidad de Aragón. El genotipado para los polimorfismos 765G > C y 8473C > T en el gen PTGS2 se realizó a partir de muestras de sangre periférica utilizando TaqMan assays en un secuenciador ABI Prism 7000 (Applied Biosystems). Se realizaron tablas de contingencia para la comparación de porcentajes entre los grupos a estudio y los resultados se expresaron como OR y con 95% de IC.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 142 FPG ( $53,89 \pm 8,06$  años), 30 con al menos un adenoma avanzado (AA), 50 con adenoma no avanzado y 59 con colonoscopia normal. Un 6,3% (5/80) de los FPG con adenoma presentaban el polimorfismo 765C > G frente ninguno de los FPG con colonoscopia normal OR: 1,067 (95% IC: 1.008-1.129)  $p = 0,049$ . De los pacientes con adenoma, el 10% de los que presentaban AA expresaban el polimorfismo frente al 4% de los pacientes con adenomas no avanzados OR: 2,67 (95% IC: 0,42-16,95). El 15% (12/80) de los FPG con algún adenoma presentaban el polimorfismo 8473C > T frente al 6,5% de los pacientes con colonoscopia normal OR: 2,56 (95% IC: 0,78-8,33). De los pacientes con adenoma el 23,3% con AA presentaban el polimorfismo 8473C > T frente al 10% de los pacientes con adenomas no avanzados OR: 2,56 (0,78-9,61). No se observaron diferencias en la distribución de los polimorfismos en dependencia del tipo de agregación familiar (1FPG > 60 años vs el resto).

**Conclusiones:** Nuestro estudio preliminar sugiere que los FPG de pacientes con CCR que presentan el polimorfismo 756G > C (variante alélica CC) tienen mayor riesgo de desarrollar adenomas colorrectales. La presencia del polimorfismo 8473C > T no parece aumentar dicho riesgo, aunque, esto podría ser debido al pequeño tamaño de la muestra. Si nuestros resultados se confirman en posteriores estudios, los polimorfismos del gen PTGS2 podrían seleccionar un subgrupo de mayor riesgo entre los FPG de pacientes con CCR para un seguimiento más exhaustivo.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.122](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.122)

## RECIDIVA DE ADENOMAS EN PACIENTES CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE COLON. ¿NECESITAN ESTOS PACIENTES UN SEGUIMIENTO MÁS INTENSIVO?

M. Badía<sup>a,b</sup>, A. Ferrández<sup>a,b</sup>, P. Roncalés<sup>c</sup>, M. Polo-Tomas<sup>b</sup>, F. Sopeña<sup>a,b</sup>, R. Sainz<sup>a,b</sup>, A. Lanas<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio Aparato Digestivo, HCU Lozano Blesa

<sup>b</sup>CIBERehd

<sup>c</sup>IACS

**Introducción:** De acuerdo con las últimas guías (Winawer S et al. CA Cancer J Clin 2006), el seguimiento de los adenomas en familiares de primer grado (FPG) de pacientes con cáncer colorrectal (CCR), debe ser similar que en los pacientes de riesgo intermedio. Sin embargo, el intervalo de seguimiento se basa principalmente en tasas de recurrencia observadas en pacientes de riesgo intermedio o en subanálisis derivados de estudios no diseñados específicamente para pacientes de alto riesgo. La evidencia disponible sobre la tasa de recurrencia de adenomas en FPG de pacientes con CCR es escasa.

**Objetivo:** Investigar la tasa de recurrencia de adenomas en familiares de primer grado de pacientes con cáncer colorrectal.

**Métodos:** Realizamos un análisis de las colonoscopias y las biopsias de adenomas en pacientes con historia familiar de CCR de nuestro centro e incluidos dentro del programa de prevención de cáncer de colon de Aragón. Se analizó la tasa de recurrencia de adenomas en pacientes con adenomas avanzados ( $\geq 10$  mm, o