

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%; Carcinoma: 3,6%.

159 (11,5%) pacientes precisaron sucesivas colonoscopias (224 pruebas) por los siguientes motivos: dolor 35 (2,52%), mala preparación limpia 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