

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^{a,c}, A. Ferrández^{a,c}, M. Strunk^b, P. Roncalés^b, M. Polo-Tomas^c, J. Nerín^{a,c}, R. Sainz^{a,c}, A. Lanas^{a,c}

^aServicio de Aparato Digestivo HCU Lozano Blesa Zaragoza

^bInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud

^cCIBERehd

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^{a,b}, A. Ferrández^{a,b}, P. Roncalés^c, M. Polo-Tomas^b, F. Sopeña^{a,b}, R. Sainz^{a,b}, A. Lanas^{a,b}

^aServicio Aparato Digestivo, HCU Lozano Blesa

^bCIBERehd

^cIACS

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 (≥ 10 mm, o

displasia grave, o veloso) 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](https://doi.org/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 2^a 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 (CCRHP).

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 afectos 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%). Doscientas 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](https://doi.org/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 cancer 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