

XLV REUNIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. CÁDIZ 2014.

COMUNICACIONES ORALES Sesión General I

C1. AUDITORÍA DE LAS MEDIDAS REALIZADAS PARA EVITAR LA REACTIVACIÓN DE HEPATITIS B EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN UNA COHORTE DE 467 PACIENTES.

Ferrero León, P; Rojas Feria, M; Calle Sanz, R; Millán Lorenzo, M; Castro Fernández, M; Suárez García, E; Romero Gómez, M.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

Objetivos

Auditar las solicitudes de serología de hepatitis B en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que van a iniciar tratamiento con biológicos, así como el manejo posterior mediante tasa de vacunaciones y su respuesta.

Material y métodos

Estudio descriptivo, unicéntrico y retrospectivo en el que incluimos a 467 pacientes con EII seguidos en la consulta hospitalaria, 332 (71,1%) con enfermedad de Crohn (EC) y 135 (28,9%) con colitis ulcerosa (CU). Ciento cuarenta y siete pacientes habían recibido tratamiento con biológicos (Infliximab y/o Adalimumab) en el periodo comprendido entre 2000 y 2012. Valoramos: a) existencia de petición de estudio serológico; b) calidad de la solicitud; c) tasa de vacunación; d) tasa de respuesta a la vacunación con pauta habitual.

Resultados

Se solicitó serología frente a hepatitis B en 108 pacientes (73,5%). En 30 pacientes (27,8%) la solicitud fue incompleta ya que no incluía todos los elementos necesarios (HBsAg, antiHBc y antiHBs). En todos los casos en los que se solicitó el HBsAg (104/108; 96,3%), éste fue negativo. De los 72 casos con antiHBc y antiHBs

negativo, sólo 24 (33%) se vacunaron antes de iniciar el tratamiento con biológicos. Se constató vacunación previa en el 76,1% (16/21) de los pacientes con antiHBs positivo aislado. En 15 pacientes no se solicitó antiHBs. De los 24 pacientes vacunados, en 17 (70,8%) hubo una respuesta positiva, en 5 (20,8%) no se consiguió la inmunidad y en 2 pacientes (8,4%) no se confirmó la respuesta.

Conclusiones

La solicitud de serología viral completa antes de la terapia biológica en la EII es subóptima, no alcanzando el 75%, y en más de un cuarto de los casos la solicitud es incompleta. La tasa de vacunación apenas alcanza el 33% y la tasa de respuesta a la vacunación B es inferior a la observada en la población general. Aunque actualmente la tendencia es a mejorar el porcentaje de solicitudes de serología y de vacunaciones previas a terapia biológica, es necesario realizar campañas de difusión entre los profesionales que atienden la EII para optimizar el manejo de esta terapia y evitar reactivaciones virales que puedan poner en peligro la vida del paciente.

C2. EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍAS DE TRANSICION SERIADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN TRATADOS CON METOTREXATO

Araujo Míguez, A; Leo Carnerero, E; Giráldez Gallego, A; Trigo Salado, C; De la Cruz Ramírez, MD; Herrera Justiniano, JM; Márquez Galán, JL.

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Diversos estudios apoyan el valor de la elastografía de transición (ET -fibrosan-) como medida de la fibrosis hepática

en pacientes tratados con metotrexato (MTX) en diversas enfermedades autoinmunes. Nuestro objetivo fue evaluar el valor de la realización de ET seriadas en un mismo paciente con enfermedad de Crohn (EC) y tratamiento con MTX, valorando el grado de progresión de la fibrosis en relación con el acúmulo de dosis.

Material y métodos

Estudio prospectivo en el que incluimos pacientes con EC tratados con MTX con al menos dos determinaciones de ET. Analizamos características demográficas y fenotípicas de la EC, vía de administración de MTX, diferencia de dosis entre la primera y última determinación, además de dosis acumulada total en el momento de la última. Además analizamos otros factores que pudieran afectar los valores de fibroscan: diabetes, consumo de etanol, dislipemia, esteatosis ecográfica, índice de masa corporal y serología viral.

Resultados

Incluimos 22 pacientes (14 hombres, 8 mujeres) con EC de predominio ileocolónica (13 casos, 59%) y patrón de comportamiento inflamatorio (14 pacientes, 63,6%), diagnosticada a una edad de $23,05 \pm 9,88$ años. Todos ellos habían sido tratados previamente con azatioprina y 8 con terapia biológica; la cirugía había sido precisa en 8 casos.

La vía de administración de MTX fue la parenteral en todos los casos, aunque un paciente tras la inducción continuó mantenimiento por vía oral. La dosis media acumulada de MTX en la última determinación fue de 1761 ± 1038 mgs (520-4305), habiendo recibido 8 pacientes al menos 2 gs de dosis acumulada.

La diferencia media de dosis entre la primera y última determinación fue de $1257,27 \pm 697,38$ mgs (270-2940) tras una media de $79,55 \pm 46,21$ semanas de tratamiento. La variación media de la ET fue de $-0,11$ kPa (-5,20 - 5); sólo una paciente (4,5%) sufre una progresión significativa del grado de fibrosis aunque se mantiene estable tras varias determinaciones. En dicha paciente coexisten otros factores que podrían influir negativamente el desarrollo de fibrosis como son el sobrepeso, la dislipemia y la esteatosis.

Conclusiones

La ET demuestra que el acumulo de dosis de MTX pacientes con EC tiene un bajo riesgo de desarrollo de fibrosis hepática. Si aparecen nuevos estudios que corroboren la validación de la ET en pacientes tratados con MTX, la realización seriada de la técnica podría servir de monitorización de la fibrosis secundaria como sustitución de la biopsia.

C3. GRADO DE CORRELACIÓN ENTRE GLUCEMIA CAPILAR Y VENOSA EN EL TEST DE TOLERANCIA A LA LACTOSA REDUCIDO

Domínguez Jiménez, JL; Ruiz Tajuelo, S; Márquez Casado, MF; Fernández Suárez, A; Puente Gutiérrez, JJ; Rustarazo Franco, Y.

HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR (*). JAÉN.

Objetivos

El test de tolerancia a la lactosa (TTL) es un método clásico para el estudio de la malabsorción a la lactosa (ML), con una eficacia diagnóstica modesta. Sin embargo, la metodología para su determinación no es homogénea, lo que explicaría las diferencias encontradas. Recientemente este test se ha podido reducir a 3 determinaciones (TTLr) sin alterar su eficacia diagnóstica. El propósito de nuestro estudio es el demostrar que la determinación de glucemia capilar no concuerda con la venosa a la hora de realizar un TTLr.

Material y métodos

Estudio prospectivo de pacientes consecutivos con sospecha de ML a los que se les realiza un TTLr en sangre venosa y capilar de forma simultánea, utilizando una sobrecarga de 50g de lactosa. Se mide la concordancia con el coeficiente de correlación de concordancia de Lin (rc) y gráficos de Bland-Altman. El grado de acuerdo se mide con el índice Kappa. Se considerará estadísticamente significativo una $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyen 84 pacientes (68% mujeres). El rc demuestra un grado de concordancia muy pobre entre las dos técnicas (0.68, 0.72 y 0.77 para los tiempos basal, 30min y 60 min respectivamente). El grado de acuerdo es muy bajo, con un índice Kappa es de 0.59 ($p < 0.001$).

Conclusiones

El TTL determinado en sangre venosa no concuerda con el realizado en sangre capilar. Es probable que la eficacia diagnóstica atribuida en los diferentes estudios al TTL de forma global para la ML sea errónea, debiéndose especificar la forma de determinación.

C4. HIPOLACTASIA: INFLUENCIA DEL GÉNERO Y SÍNTOMAS.

Domínguez Jiménez, JL; Ruiz Tajuelo, S; Márquez Casado, MF; Soler Pageo, P; Fernández Suárez, A; Puente Gutiérrez, JJ.

HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR (*). JAÉN.

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la influencia del género en el diagnóstico de la hipolactasia, así como el perfil clínico de estos enfermos.

Pacientes y métodos

Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de 270 pacientes adultos (>16 años) consecutivos, que han sido estudiados por sospecha de hipolactasia al presentar dolor abdominal tipo dismotilidad, meteorismo, borborigmos, vómitos o diarrea. Se excluyen a pacientes con enfermedad orgánica de base. La captación de pacientes se realiza en consulta de Digestivo,

previa derivación por su médico de atención primaria. La recogida de información se basará en la historia clínica realizada, resultado de sobrecarga oral de lactosa (SOL) y encuesta elaborada para el paciente. Se considera hipolactasia cuando en la sobrecarga los niveles de glucemia son <20mg/dl en todas las determinaciones. Se considera intolerancia a la lactosa (IL) el presentar hipolactasia unida a mejoría clínica con la dieta sin lactosa (DSL) y empeoramiento con la sobrecarga. Se realiza χ^2 para la comparación de variables cualitativas y T-Student para las cuantitativas. Se considera $p<0.05$ como estadísticamente significativo. Se exigió consentimiento informado para la participación.

Resultados

Se incluyeron 270 pacientes (69.6% mujeres) con edades medias de 39±16 años. 151 (55.9%) presentaron una SOL patológica. No existe relación entre los síntomas que motivaron el estudio y el género del paciente, así como con la hipolactasia ($p>0.05$). Existe mayor porcentaje de mujeres que de hombres en los subgrupos de IL (55.9% Vs 37.5%), hipolactasia (62.2% Vs 41.5%), síntomas tras el test (64.8% Vs 49.2%) y mejoría tras DSL (81.5% Vs 60.9%) ($p<0.05$).

Conclusiones

La hipolactasia es una patología muy frecuente que tiene una mayor incidencia en mujeres. No es posible llegar al diagnóstico tan solo con los síntomas que motivaron el estudio. Son necesarios estudios de prevalencia que corroboren estos hallazgos.

C5. IDENTIFICACIÓN DE MICRORNAS CIRCULANTES EN LA ENFERMEDAD CELIACA.

Fombuena Rubio, B; García-Valdecasas Merino, M; del Campo Castillo, JA; Ampuero Herrojo, J; Rico Gutiérrez, MC; Romero Gómez, M.

HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR (*). JAÉN.

Objetivos

Identificar en plasma microRNAs(miRNAs) que sirvan de biomarcadores de Celiaquía, complementando los actuales métodos diagnósticos (biopsia duodenal y serología).

Métodos

Análisis intermedio de un estudio transversal en el que se obtuvo plasma, a través de una extracción sanguínea sin problemas técnicos, de pacientes con Celiaquía(n=10) y controles sanos(n=10). Las muestras fueron purificadas usando miRNeasy Serum/Plasma(QIAGEN®) y se cuantificaron tras una retrotranscripción utilizando miScript® II RT(QIAGEN®). Se realizó una alícuota de cada paciente celíaco para conseguir un conjunto patológico y el mismo método fue realizado con los pacientes sanos, siendo obtenidos ambos con una concentración de 0.9 ng/ μ L. Además, se realizó una reacción en cadena de la polimerasa (siglas PCR en inglés) a tiempo real, utilizando la placa de 96 pocillos MIHS-106ZA-2 miScript miRNA PCR(QIAGEN®) con capacidad para identificar 84 miRNAs específicos para suero y plasma humanos. Los miRNAs fueron considerados inducidos si fold change>2 e inhibidos si fold change<0,3.

Resultados

En la cohorte de pacientes celíacos, el 50% (5/10) eran hombres con una edad media 41±18,5 años. El 10% (1/10) presentaba HLA-DQ8 y el 90% (9/10) HLA-DQ2 (uno DQ2,5 cis en homocigosis, cinco DQ2,5 cis+DQ2,2, uno DQ2,5 cis en heterocigosis y dos DQ2,5 trans). El 90% (9/10) tenían realizada biopsia duodenal, presentando un paciente Marsh 1 y el resto Marsh 3 (3 Marsh 3a y 4 Marsh 3b). El 70% (7/10) tenían anticuerpos antigliadina positivo (>10UI/mL) y 80% (4/5) positivos para anticuerpos antitransglutaminasa. Por otro lado, la cohorte control constaba de 30% (3/10) hombres con una edad media 39,5±13,8 años.

De los 84 miRNAs estudiados, encontramos 18 inducidos y 3 inhibidos (Tabla). Entre los miRNAs inducidos destacaron, al amplificarse a ciclos más bajos: a) mir-122-5p (fold change 3,14), identificado como posible biomarcador en suero para la enfermedad de hígado graso no alcohólico; b) mir-191-5p (fold change 2,41), posible biomarcador en patologías como la enfermedad de Alzheimer y cáncer colorectal; c) mir-26a-5p (fold change 2,70), identificado como biomarcador de infarto de miocardio. Por este motivo son candidatos ideales en el siguiente paso de nuestro estudio, la validación de los hallazgos en una cohorte independiente.

Conclusiones

En este análisis intermedio, identificamos 3 miRNAs, circulantes en plasma, asociados a Celiaquía, con alta seguridad diagnóstica. Dichos miRNAs podrían ser utilizados como biomarcadores, siendo este un posible método no invasivo para el paciente.

TABLA: MiRNAs inducidos (fold change>2) e inhibidos (fold change<0,3) en la muestra de pacientes celíacos. Ct: Ciclo de amplificación.

miRNA	Control sano (Ct)	Enfermos (Ct)	Fold change
hsa-let-7a-5p	26,88	25,61	2,12
hsa-miR-1	34,22	32,29	3,35
hsa-miR-122-5p	28,45	26,61	3,15
hsa-miR-124-3p	30,79	33,01	0,19
hsa-miR-134-5p	33,66	31,66	3,52
hsa-miR-146a-5p	28,5	26,88	2,7
hsa-miR-200b-3p	35,6	34,32	2,14
hsa-miR-203a	37,23	34,33	6,57
hsa-miR-210-3p	31,49	33,13	0,28
hsa-miR-221-3p	26,48	25,27	2,03
hsa-miR-222-3p	28,93	26,77	3,93
hsa-miR-224-5p	32,55	30,57	3,47
hsa-miR-23a-3p	26,15	24,71	2,39
hsa-miR-107	32,41	30,03	4,58
hsa-miR-10a-5p	37,29	35,2	3,75
hsa-miR-372-3p	37,44	39,77	0,17
hsa-miR-374a-5p	31,42	30,15	2,12
hsa-miR-103a-3p	27,18	25,95	2,06
hsa-miR-191-5p	26,65	25,19	2,42
hsa-miR-24-3p	26,77	25,33	2,39
hsa-miR-26a-5p	26,63	25,01	2,7

C6. IMPACTO DEL EJERCICIO FISICO EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.

Rivas Rivas, M.1; Ranchall Illescas, I.2; Vaz Pardal, C3; Astor Lopez, M4; Zapata García, B5; Del Campo Castillo, JA2; Rodríguez Ramos, C5; Romero-Gomez, M2

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ.1
 UG MQ.ENF. DIGESTIVAS Y CIBEREHD. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. 2
 CENTRO ANDALUZ DE MEDICINA DEL DEPORTE3
 CENTRO DE MEDICINA DEL DEPORTE4
 HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR5

Objetivos

El objetivo de este trabajo es valorar el impacto del ejercicio físico aeróbico individualizado en pacientes con hepatitis crónica C desde el punto de vista antropométrico, metabólico, forma física e inflamación hepática y sistémica.

Material y métodos

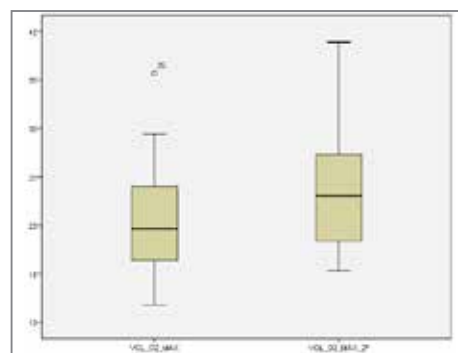
34 pacientes ARNVHC positivo (no tratados o no respondedores) (12 mujeres, $48 \pm 6,6$ años, $25,9 \pm 4,0$ kg/m²; 22 varones, $46 \pm 5,3$ años, $25,6 \pm 4,2$ kg/m²), sin hábitos tóxicos, criterios de síndrome metabólico, ni hipertensión portal. Se diseñó un programa individualizado de ejercicios aeróbicos de 16 semanas de duración de 3 sesiones de 60 minutos/semana. Se realizó una prueba de esfuerzo submáxima sobre cicloergometro, para calcular el volumen de oxigeno consumido, antes y después del estudio. Se realizan dos determinaciones de las variables objeto (antropometría, función hepática, citoquinas proinflamatorias, resistencia a la insulina) antes y después de la intervención deportiva.

Resultados

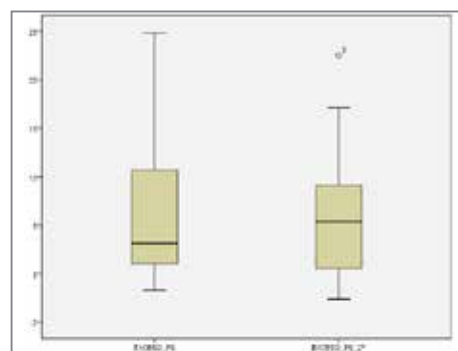
La adherencia al programa deportivo fue de 88% (30/34) de los pacientes. El ejercicio físico prescrito disminuye el exceso de peso, la masa grasa, la suma de pliegues cutáneos y aumenta el peso de la masa muscular, además produce una mejora en la capacidad funcional aeróbica aumentando el VO2 y el umbral aeróbico. El ejercicio disminuye la resistencia a la insulina, el valor de AST y la razón AST/ALT. El ejercicio produce aumento de los niveles de UCP1, IL6, ILB1 y CK18 ($p < 0.05$), así como descenso de los niveles de leptina, Irisina y CD163 ($p < 0.05$).

Conclusiones

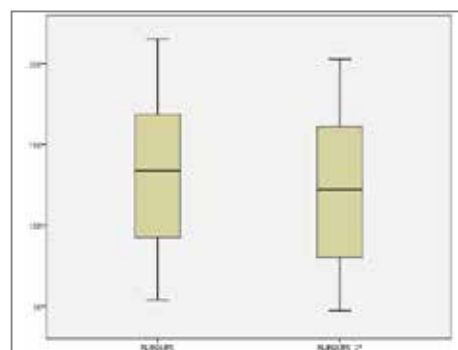
La prescripción individualizada de ejercicio físico aeróbico controlado y monitorizado mejora la forma física, reduce el sobrepeso, así como la inflamación hepática asociada a una regulación de citoquinas proinflamatorias, mioquinas y adipocinas en pacientes con hepatitis C.



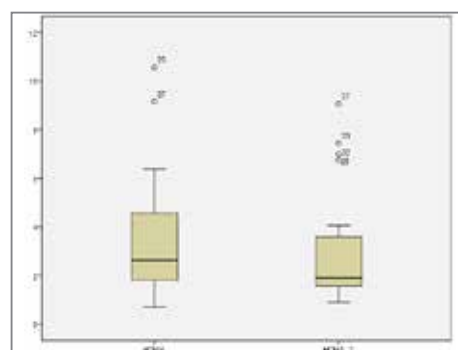
VO2 máximo



Exceso de peso



Suma de pliegues cutáneos



HOMA

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	EXCESO_PS - EXCESO_PS_2º	,96302	1,28976	,23548	,48141	1,44462	4,090	29	,000
Par 2	PESO_GRASO - PESO_GRASO_2º	,70676	1,42755	,26063	,17371	1,23982	2,712	29	,011
Par 3	PESO_MUSC - PESO_MUSC_2º	-1,27754	2,59447	,47368	-2,24633	-,30874	-2,697	29	,012
Par 4	PLIEGUES - PLIEGUES_2º	9,32355	10,38730	1,89645	5,44487	13,20223	4,916	29	,000
Par 5	U_AERO_VATIOS - U_AERO_VATIOS	-13,931	23,290	4,325	-22,790	-5,072	-3,221	28	,003
Par 6	VOL_O2_MAX - VOL_O2_MAX_2º	-3,6033	3,1609	,5771	-4,7836	-2,4230	-6,244	29	,000
Par 7	INSULINA - INSULINA_2	19,5074	37,2714	7,1729	4,7633	34,2515	2,720	26	,011
Par 8	GOT - GOT_2	14,267	29,671	5,417	3,188	25,346	2,634	29	,013
Par 10	UCP1 - UCP1_3	-122,94480	216,84297	43,36859	-212,45318	-33,43642	-2,835	24	,009
Par 11	CK-18 - CK-18_3	-32,12600	33,15083	6,63017	-45,80999	-18,44201	-4,845	24	,000
Par 12	Leptina - Leptina_3	2630,90650	3045,73425	681,04688	1205,45899	4056,35401	3,863	19	,001
Par 13	IL-6 - IL-6_3	-11624,5899	14890,85443	3329,696276	-18593,7243	-4655,45554	-3,491	19	,002
Par 14	IL1B - IL1B_3	-1,4523524	3,1999887	,6982948	-2,9089698	,0042650	-2,080	20	,051
Par 15	irisina - irisina_3	1,64143	2,26024	,49322	,61258	2,67028	3,328	20	,003
Par 16	CD163 - CD163_2	1961,40741	3665,86590	705,49622	511,23916	3411,57566	2,780	26	,010

C7. PREDICTORES SINTOMATICOS DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA DIAGNOSTICADA MEDIANTE TEST DE ALIENTO CON HIDROGENO (TAHL).

Hinojosa Guadix, J1; González Bárcelas, ML1; Romero Ordoñez, MA1; Fernández Moreno, N1; García Gavilán, MC1; Méndez Sánchez, MI1; Sánchez Cantos, AM1; Rivas Ruiz, F2; Pérez Aisa, A1

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, MARBELLA1
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL, MARBELLA2

Introducción

La intolerancia a la lactosa por déficit de lactasa induce un cuadro clínico inespecífico superponible a los que aparecen en los trastornos funcionales digestivos. Es motivo de consulta de un importante volumen de población. Disponer de una herramienta diagnóstica coste-eficiente e inocua es de gran utilidad.

Objetivos

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de intolerancia a la lactosa (IL) mediante test de aliento en hidrógeno con sobrecarga de lactosa (TAHL). Describir la asociación con otras patologías, determinar los síntomas predictores y el uso del tratamiento sustitutivo.

Material y métodos

Se realiza un estudio con carácter retrospectivo de una muestra de pacientes con TAHL positivo realizado en el Hospital Costa del Sol de Marbella desde Enero de 2010 hasta Junio de 2014. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y de prescripción de tratamiento sustitutivo. Los TAHL se realizan bajo condiciones

standarizadas utilizando un score de síntomas durante el transcurso del mismo. Se construyó un modelo de regresión logística multivariante describiendo la Odds Ratio con su IC95%. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$

Resultados

De 1230 pacientes analizados el 30.9% tuvieron un TAHL positivo (30.2% hombres y 31.1% mujeres) con una edad media de 33.07años (0-88años). Los síntomas por los que se indica el test son dolor (51.1%), diarrea (50.9%), distensión (32.8%), meteorismo (14.8%) y otros (7.4%). La sospecha clínica de Síndrome de Intestino Irritable fue el motivo más frecuente por el que se solicitó 42.6% (522 pacientes). De presentar sintomatología durante la realización de TAHL, la distensión y el dolor abdominal fue la clínica prevalente aunque la moda en el Score fue de 0. En relación a los síntomas que indicaron la realización del TAL, en el 38.5% de los TAL positivos fue el meteorismo con una Odds Ratio de 1,47 (IC95%: 1,05-2,04). Se prescribió tratamiento sustitutivo en un 26.2%.

Conclusiones

La IL es una patología con una alta prevalencia en nuestro medio (30.9%) sin que existan diferencias de género. Los síntomas más frecuentes por los que se indica TAHL son dolor, diarrea y distensión pero la presencia de meteorismo implica un 47% de riesgo de intolerancia a la lactosa. El tratamiento sustitutivo en nuestra muestra está infrutilizado.

C8. VALIDACIÓN FUNCIONAL DEL SNP RS6105269 EN LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Aguilar Melero, P; Ferrín, G; Benítez-Cantero, JM; Iglesias Flores, E; Salgueiro, I; García, MA; García Sánchez, V.

IMIBIC/HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA.

Objetivos

En la actualidad, la enfermedad de Crohn (EC) es una de las enfermedades inflamatorias intestinales cuya incidencia está aumentando, llegando a presentar una prevalencia en Europa de 70 casos/100.000 habitantes. Se sabe que tiene un origen multifactorial, y que es la interacción entre factores genéticos y ambientales la que desencadena su aparición. Pese a los numerosos estudios genéticos que han identificado polimorfismos de susceptibilidad a EC, hasta la fecha sólo se ha logrado explicar un 20% del componente hereditario de la enfermedad. Esto hace patente la necesidad de identificar nuevos polimorfismos y, sobre todo, validar qué genes son los verdaderos responsables de la enfermedad. El polimorfismo rs6105269 (G/A), se ha asociado con un mayor riesgo de sufrir la EC. El objetivo de nuestro estudio es analizar los genes más cercanos al mismo (MACROD2 y FLRT3) para comprobar si afecta a la expresión de alguno de ellos y puede ser utilizado como biomarcador pronóstico.

Materiales y métodos

Se han reclutado 95 pacientes con EC, cuyo genotipo para el SNP rs6105269 ha sido secuenciado. Mediante ELISA, se han cuantificado los niveles plasmáticos de las proteínas MACROD2 y FLRT3, en los tres grupos de pacientes correspondientes a los tres genotipos posibles para este SNP (AA, AG y GG). Además, se han analizado las diferencias estadísticas de diversas características demográficas, clínicas y analíticas entre los tres grupos de pacientes, mediante el programa SPSS.

Resultados

La proteína MACROD2 está significativamente disminuida en el plasma de pacientes con genotipo AA (AA: 851 ng/ml, GG: 1372 ng/ml, AG: 907 ng/ml), mientras que la proteína FLRT3 tiende a estar incrementada en estos pacientes. Además, el 43% de los pacientes AA tienen antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal (GG 12 %, AG 9%), lo que sugiere que en su caso el componente genético es un factor de riesgo importante. El genotipo AA, se asocia con patrones estenosantes y fistulizantes de la enfermedad (AA 80% pacientes, GG 47% y AG 38%, $p=0,02$) y con niveles más elevados de marcadores inflamatorios tal como la PCR (AA: 22,5 ng/ml, GG: 3,8 ng/ml, AG: 4,2 ng/ml, $p=0,02$).

Conclusiones

El genotipo AA del SNP rs6105269 disminuye la expresión de MACROD2 en plasma de pacientes con EC, produciendo una mayor inflamación y contribuyendo a un patrón más agresivo de la enfermedad. Dicho polimorfismo podría utilizarse como marcador pronóstico de la enfermedad, pero se necesitan más estudios que ayuden a conocer las funciones biológicas de esta proteína.

COMUNICACIONES ORALES

Sesión General II

C9. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDICTORES DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO: ESTUDIO POBLACIONAL.

Muñoz García-Borrueal, M; Serrano Ruiz, FJ; Moreno Rincón, E; Pérez Medrano, I; Naranjo Rodríguez, A; Pleguezuelo Navarro, M; Casáis Juanena, LL; Hervás Molina, AJ

HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) constituye el tumor más frecuente en el mundo occidental y es la segunda causa de muerte por cáncer, con una incidencia de 440.000 casos y 210.000 muertes cada año en Europa. La calidad de la colonoscopia es punto clave para asegurar la prevención del cáncer colorrectal. El riesgo de CCR tras colonoscopia previa negativa es bajo, aunque el CCR de intervalo ocurre.

Objetivos

Investigar la incidencia de CCR de intervalo en una población de Andalucía Occidental en un período de diecisiete años, así como analizar las características y los factores predictores asociados al CCR de intervalo.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo sobre población sometida a colonoscopia entre 01-01-1997 y 30-06-2014. Datos extraídos de bases informatizadas. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, antecedentes personales y familiares), características de colonoscopia diagnóstica de CCR y de las previas y lesiones encontradas (tamaño, localización, histología). Se aplicó t-Student para comparar variables cuantitativas y Chi cuadrado para categóricas (SPSS), considerando significación estadística $p<0,05$.

Resultados

Realizadas colonoscopias a 33.755 pacientes diagnosticándose 1.814 CCR (figura 1): 115 pacientes 6,34% tenían colonoscopia en los 10 años previos (16(0,88%) un año, 65(3,58%)3 años, 90(4,96%) en 5 años previos). Media: 38,53 meses (6,1-59,9). Colonoscopias en 10 años previos al diagnóstico CCR (tabla 1): 76,5% preparación de colon adecuada.15,7% de adenomas en mismo segmento que el CCR, 72,2% sésiles, 77,7%>10mm, 38,8% vellosos y 33,3% con displasia de alto grado. Se realizaron 8 polipectomías en fragmentos. El 50,4% de pacientes se había realizado más de 1 colonoscopia en los 10 años previos al diagnóstico de CCR. 68 pacientes sin pólipos en anteriores colonoscopias y en las que se realizó polipectomía, 11,2% eran adenomas >10mm, 15,7% vellosos y 12,2% con displasia de alto grado. Comparando los pacientes con CCR intervalo con el resto (tabla 2): presentaban edad más avanzada (72,18±11,04 vs 70,02±11,35 años, $p=0,048$), más antecedentes familiares de CCR (16,5% vs 9,8%, $p=0,022$),