XXXV JORNADA NACIONAL DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

AEED

30 Y 31 DE MAYO

PALACIO DE CONGRESOS DE SALAMANCA

SALAMANCA´25

ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

PROGRAMA

XXXV JORNADA NACIONAL DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

JUNTA DIRECTIVA

- **PRESIDENTE:** D. Fernando Muñoz Núñez
- **VICEPRESIDENTE:** D. Joaquín Poza Cordón
- **SECRETARIO:** D. Miguel Fernández Bermejo
- **TESORERO:** Dña. Rosario Calderón Ramírez
- **VOCAL:** D. Juan Uriz Otano
- **VOCAL:** Dña. Valle Cadahia Rodrigo

COMITÉ CIENTÍFICO

- **PRESIDENTE:** Miguel García González
- **VOCAL:** María Tejada Cabrera
- **VOCAL:** Juan Carlos Pérez Álvarez

COMITÉ ORGANIZADOR

- Fernando Geijo Martínez
- Alejandra Fernández Pordomingo
- Vanessa Prieto Vicente
- Alberto Álvarez Delgado
- Fernando Muñoz Núñez

SALAMANCA´25

VIERNES 30 DE MAYO

CURSO PRECONGRESO: ¿CÓMO HACER UNA ECOGRAFÍA DE CALIDAD Y CÓMO EXPLOTARLA AL MÁXIMO?

8:15 | Apertura secretaría técnica

8:45 | Presentación del curso precongreso
Dr. Fernando Muñoz Núñez - Presidente AEED – H.U. Salamanca
Dra. Elena Garrido Gómez – Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

9:00 | Ecografía en la alteración de la bioquímica hepática y hepatitis aguda.
Dra. Valle Cadahía Rodrigo – Hospital Central de Asturias (Oviedo)

9:20 | Lesiones focales hepáticas, ¿cómo caracterizarlas? ¿Cuándo realizar biopsia o citología?
Dr. Juan Uriz Otano – Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona)

9:40 | Enfermo ingresado en digestivo que desarrolla AKI ¿pauto volumen o diuréticos?
Dr. Gregorio Romero González – Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona)

10:00 | Discusión

10:15 | Causas poco habituales de dolor abdominal.
Dr. Joaquín Poza Cordón – H.U. La Paz (Madrid)

10:35 | Caracterización ecográfica de la lesión focal pancreática.
Dr. Manuel Romero Martínez – Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)

10:55 | Esplenomegalia y vena porta dilatada ¿es una hipertensión portal?
Dra. Rosario Calderón Ramírez – H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

11:15 | Discusión

11:30 – 12:00 | Coffee Break

12:00 | Insuficiencia respiratoria en el paciente ingresado en digestivo, ¿aporta algo la ecografía?
Dr. Yale Tung Chen – H. U. La Paz (Madrid)

12:20 | ¿Algo sencillo de la ecocardiografía que me pueda ayudar en mi práctica clínica?
Dr. Manuel Sánchez Flores – H.U. Salamanca

12:40 | Sarcopenia ¿merece la pena aprender a medirla con ecografía?
Dr. Rubén Díez Rodríguez– CAULE (León)

13:00 | Discusión

13:10 | Utilidad de la ecografía en escenarios no habituales
Dr. Fernando Muñoz Núñez – Presidente AEED – H.U. Salamanca

13:30 | Utilidad de la elastografía más allá de la detección de fibrosis.
Dra. Yéssica Domíngez Novoa – CHUS Santiago de Compostela

13:50 | Discusión

14:00 | Almuerzo de Trabajo

XXXV JORNADA NACIONAL DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

15:15 | Inauguración del congreso

15:35 – 17:30 | Mesa de hepatología
Moderadores: *Dr. Miguel Fernández Bermejo – H. Cáceres (Cáceres)*
Dr. Miguel García González – H. Ramón y Cajal (Madrid)

15:35 | Cribado de hepatocarcinoma en 2025: papel de la ecografía y biomarcadores
Dr. Antonio Olveira – H.U. La Paz (Madrid)

15:55 | Cribado de hepatocarcinoma en 2025: papel de otras técnicas radiológicas.
Dr. Javier Encinas de la Iglesia - H.U. Salamanca

16:15 | Papel de la ecografía en el síndrome vascular portosinusoidal ¿puedo sospecharla?
Dra. Elena Garrido Gómez – H.U. Ramón y Cajal (Madrid)

16:35 | Ecografía en el Síndrome de obstrucción sinusoidal y Budd-Chiari ¿qué puedo hacer con la ecografía?
Dra. María Amo Peláez – H.U. 12 de octubre (Madrid)

16:55 | Discusión

17:00 – 17:30 | Pausa Café

17:30 – 18:35 | I Mesa comunicaciones
Moderadores: *Dr. Francisco Javier Álvarez Higueras (H Virgen de la Arrixaca (Murcia)*
Dr. César Herrero Quirós. H U Rio Hortega (Valladolid)

17:30 | Relación entre la elastografía u los índices no invasivos de fibrosis con los hallazgos ecográficos en pacientes con fibrosis quística.
Dra. Ana Suárez-Soro Fernández – H.U. 12 de Octubre (Madrid)

17:40 | Evaluación de la Concordancia entre Elastografía ShearWave y FibroScan en la estimación de la fibrosis hepática
Dr. Mario Sotomayor – H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

17:50 | Utilidad de la ecografía del recto femoral para el cribado de sarcopenia en cirróticos compensados, actualización cohorte SARCOLEN.
Dra. Sandra Borrego Rivas – Complejo Asistencial Universitario de León

18:00 | Utilidad de la ecografía para la medición de adiposidad visceral en pacientes con hepatopatía crónica compensada.
Dra. Sandra Borrego Rivas – Complejo Asistencial Universitario de León

18:10 | Detección de hipertensión portal clínicamente significativa en el espectro de la enfermedad hepática grasa compensada mediante elastografía de transición esplénica con sonda de 10Hz.
Dr. Alberto Velasco Hernández – H.U. Ramón y Cajal (Madrid)

18:20 | Relación del IMC y el perímetro de cintura con el score de visualización US LI-RADS en la ecografía de cribado de hepatocarcinoma.
Dra. Julia Díez Martín – Complejo Asistencial Universitario de León.

18:30 | Discusión

18:35 - 20:00 | Mesa ecoendoscopia y páncreas
Moderadores: *Dr. Alberto Álvarez Delgado – H. U. Salamanca*
Dr. Carlos de la Serna Higuera – H. U. Río Hortega (Valladolid)

18:35 | Papel de la medición de la presión portal por USE ¿qué aporta al gradiente de venas suprahepáticas?
Dr. Carlos Ortiz Moyano – H.U. Virgen de la Macarena (Sevilla)

18:55 | Cáncer de páncreas hereditario ¿cuándo y cómo seguir?
Dr. Federico Bolado Concejo – Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona)

19:15 | Papel de la USE en la sospecha de pancreatitis autoinmune
Dra. Eva Marín Serrano - H.U. La Paz (Madrid)

19:35 | Gastroyeyunostomías endoscópicas en patología benigna
Dr. Antonio Martínez Ortega – H.U. Salamanca

19:55 | Discusión

20:00 – 21:00 | Asamblea AEED

SÁBADO 31 DE MAYO

7:45 | Apertura secretaría técnica

8:00 – 9:10 | Mesa ecografía intestinal
Moderadores: *Dra. Cristina Suárez Ferrer – H. U. La Paz (Madrid)*
Dra. Vanesa Prieto Vicente – H. U. Salamanca

8:00 | Papel actual del contraste oral en la ecografía intestinal
Dr. Pablo Flórez Díez – Hospital Central de Asturias (Oviedo)

8:20 | Papel actual del contraste IV en la ecografía intestinal
Dra. Berta de las Heras Páez de la Cadena – H.U. 12 de Octubre (Madrid)

8:40 | Ecografía en el brote grave de colitis ulcerosa
Dra. Natalia García Morales – Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

9:00 | Discusión

9:10 – 10:10 | Mesa Casos Clínicos
Moderadores: *Dra. Laura Martín Asenjo H.U. de Álava (Vitoria)*
Dr. Joaquín Poza Cordón – H.U. La Paz (Madrid)

9:10 | Hemorragia intraquística espontánea de un quiste hepático simple: presentación inusual como masa palpable epigástrica
Dra. Ana Suárez-Soro Fernández – H.U. 12 de Octubre (Madrid)

9:15 | No todo es lo que parece.
Dra. María Ojeda Remizova – H.U. San Agustín (Avilés)

9:20 | Diagnóstico de una lesión esplénica muy desconocida: SANT
Dra. Celia Vega Ibáñez – H.U. Ramón y Cajal (Madrid)

9:25 | El papel de la ecografía con contraste (CEUS) en el diagnóstico del sangrado activo.
Dra. Celia Vega Ibáñez – H.U. Ramón y Cajal (Madrid)

9:30 | Lesión quística pancreática de etiología infrecuente.
Dr. Miguel Fernández Bermejo – H.U. Cáceres

9:35 | Aneurisma de aorta abdominal como causa extraordinaria de obstrucción de vía biliar.
Dra. Gemma Cerezal Gómez – H.U. de Getafe (Madrid)

9:40 | GIST yeyunal como causa de hemorragia digestiva digestiva: importancia de la ecografía en el diagnóstico inicial.
Dra. Sandra Borrego Rivas – Complejo Asistencial Universitario de León.

9:45 | Diagnóstico excepcional en un paciente con dolor abdominal y síndrome constitucional. utilidad de la ecografía abdominal y la ecoendoscopia.
Dra. Lucía Flores Belinchón – H.U. de Getafe (Madrid)

9:50 | Fístula gastrocutánea secundaria a herida por arma de fuego.
Dr. Gonzalo Aranda Olaizola – H.U. de Salamanca

9:55 | Discusión

10:10 – 10:40 | Pausa Café

10:40 – 11:55 | II Mesa de Comunicaciones Orales
Moderadores: *Dra. Ester Badía Aranda – H U de Burgos*
Dr. Manuel Macías Rodríguez – H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

10:40 | Relevancia de los hallazgos ecográficos en el seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
Dra. Laura Martín Asenjo – H. U. de Álava

10:50 | Utilidad de la ecografía intestinal para lo monitorización de pacientes con Enfermedad de Crohn en tratamiento con UPADACITINIB
Dra. Laura Cudero Quintana – H.U. 12 de Octubre (Madrid)

11:00 | Valor pronóstico de la curación transmural en pacientes con Enfermedad de Crohn.
Dra. Rocío Gómez Hidalgo – H.U. de Salamanca

11:10 | Ecografía con contraste (CEUS) ¿lo estamos haciendo bien?
Dra. Patricia Álvarez Vizner – H.U. Ramón y Cajal (Madrid)

11:20 | Utilidad de la ecografía intestinal como predictor de respuesta al tratamiento con corticoides en la colitis ulcerosa grave.
Dra. Sofía Patricia Criado Pérez – H.U. La Paz (Madrid)

11:30 | Medición de glucosa tras punción de lesiones quísticas pancreáticas. Experiencia en el H.U. Puerta del Mar (Cádiz)
Dra. Teresa Alía Verdejo – H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

11:40 | Valoración Macroscópica in situ (MOSE) de la muestra obtenida en la punción guiada por endoscopia.
Dr. David Martínez Ares – H. Quironsalud A Coruña

11:50 | Discusión

11:55 – 13:00 | Mesa del residente
Moderadores: *Dra. Concepción González de Frutos – C. Hospitalario de Toledo*
Dra. María Tejada Cabrera – Hospital HLA La Salud (Cádiz)

11:55 | ¿Es importante describir la esteatosis pancreática? ¿Cómo lo hago?
Dr. Gonzalo Aranda – H.U. Salamanca

12:15 | Ecografía en la pancreatitis aguda ¿cómo puede ayudar en la reducción de exposición radiaciones ionizantes?
Dra. Teresa Alía – H.U. Puerta del Mar (Cádiz)

12:35 | Doppler en patología hepática ¿cómo hacerlo y qué medir?
Dra. Carlota Meruédano Padrón – H.U. Ramón y Cajal (Madrid)

12:55 | Discusión

13:00 – 13:15 | Quiz interactivo

13:15 – 13:40 | Conferencia de clausura
Presenta: *Dr. Iria Bastón – CHUS Santiago de Compostela*
Miariangela Alloca - Ospedale San Raffaele (Milán)

13:40 – 13:55 | Estudios y proyectos

13:40 | Estudio nacional multicéntrico sobre la práctica de la biopsia hepática en España. utilización, indicaciones y procedimiento.
Dr. Mariano Gómez Rubio – H.U. de Getafe (Madrid)

13:45 | Estudio nacional multicéntrico sobre la práctica de la biopsia hepática en España. tolerancia, resultados y complicaciones.
Dr. Mariano Gómez Rubio – H.U. de Getafe (Madrid)

13:50 | Modificaciones en el número, indicaciones, técnica y resultados de la biopsia hepática percutánea durante una década (2012 y 2022) en España.
Dr. Mariano Gómez Rubio – H.U. de Getafe (Madrid)

13:55 – 14:00 | Entrega premios y becas

14:00 | Clausura del congreso

CO-01.- RELEVANCIA DE LOS HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES: (*) Patricia Ramírez de la Piscina; (**) Laura Espinosa Taranilla;(***) Katerina Spikakova; (****) Sonia Romero Izuierdo; (*****) Marian Ogueta

CENTRO DE TRABAJO: (*) H. U. Álava

INTRODUCCIÓN:
La ecografía intestinal en estos últimos años ha ido adquiriendo cada vez más relevancia para el seguimiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Es muy accesible, poco invasiva y especialmente útil para valorar la afectación transmural. Con los ecógrafos de última generación se consiguen imágenes muchísimo más nítidas y una exploración en mayor profundidad (sondas matriciales). Actualmente, en nuestro centro se está realizando ecografía intestinal:1. Tras confirmar el diagnóstico 2. Tras pautar tratamiento biológico/inmunosupresor a los 3-6 meses 3. Tras modificar el tratamiento biológico/inmunosupresor (aumento de dosis o cambio de tratamiento) a los 3-6 meses. 4. Control anual en pacientes asintomáticos con alteraciones crónicas en la ecografía (sin datos de actividad) y cada 2 años si no se detectan alteraciones en ecografía 5.A los 6 meses después de una intervención quirúrgica y luego anual. 6.Previo a valorar una retirada o reducción de dosis de tratamiento. 7.Control mensual si aparece alguna complicación (flemón/absceso/fistula entérica activa/obstrucción intestinal). 8.Control en 7-10 días si existe un empeoramiento clínico y/o analítico.

OBJETIVOS:
Objetivo principal : Analizar qué hallazgos ecográficos (intramurales y/o extramurales) tienen un mayor valor predictivo para detectar actividad inflamatoria. Objetivos Secundarios: Analizar qué hallazgos ecográficos tienen un mayor valor predictivo para detectar complicaciones (estenosis, colecciones o fibrosis de la pared intestinal), cuales tienen un mayor valor predictivo de respuesta al tratamiento. Evaluar el papel de la elastografía de la pared intestinal. Evaluar la respuesta al tratamiento en función de los diferentes tratamientos utilizados. Evaluar el riesgo de recurrencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Diseño: Estudio observacional de cohortes ambispectivo
Población de Estudio: Pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) derivados de la consulta monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del servicio de digestivo del HUA desde junio 2024, que cumplan los siguientes criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.
Criterios de Inclusión: Pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn que presenten afectación ileal (L1) / ileocolica (L3) / Cólica (L2) / Gastrointestinal alta (L4) de localización yeyunal
Criterios de Exclusión: Pacientes que no puedan ni entender ni firmar el consentimiento informado. Pacientes a los que, por dificultad anatómica, localización o profundidad no sea técnicamente posible realizar una ecografía intestinal.
Tamaño Muestral: Se han recogido 163 pacientes desde el inicio del estudio hasta la actualidad pero se pronostica que el numero de pacientes puede superar ampliamente los 500VARIABLESA) Ecograficas.

Hallazgos murales: 1.Engrosamiento parietal: Sí/no. Grosor de la pared (en mm). Patológico >3 mm en íleon y > 4 mm en colon. 2.Hiperemia con doppler color utilizando la escala modificadas de Limberg (0-1-2-3): Patológico > 0. 3.Estratificación de las capas (0 normal; 1 focal; 2 segmentaria; 3 extensa > 3 cm). 4.Ulceras murales: Sí/no. En caso afirmativo, indicar si se han producido en la mucosa o submucosa. 5.Fisuras: si/no. 6.Fibrosis de la pared mediante elastografía (elastograma cualitativo y cuantitativo) Si existe afectación de más de un tramo se realiza la medición de todos los parámetros murales en todos los segmentos afectados: 1.Sigma ;2.Colon descendente;3.Colon transverso; 4.Colon ascendente; 5.Ileon; 6.Yeyuno.
Hallazgos extramurales:1.Afectacion de la grasa mesentérica: si/no (subclasificar en leve-moderada/severa). 2. Hiperemia de la grasa: si/no. 3.Tractos sinusales si/no 4.Adenopatías sí/no. Complicaciones transmurales Fistulas: sí/no. En caso afirmativo indicar tipo de fistula: enteroentérica, enterocólica, enterovesical, enterocutánea. Colecciones: si/no. Indicar tipo (flemón, absceso, colección residual). EN CASO DE DETECTARSE UNA COLECCIÓN SE REALIZARIA ECOGRAFIA CON CONTRASTE. Estenosis: sí/no. Si estenosis: longitud de la misma, diámetro luminal de asa estenosada, diámetro de asa proximal dilatada. SICUS si/no.
Otras variables ecográficas 1. Longitud de la región afectada (en cm)2. Número de tramos afectados. 3.Festoneado de submucosa. 4. Peristaltismo de asas ileales: peristaltismo normal: 0; disminuido 1; inmóvil 2B) Variables endoscópicas:1.Índice de Rutgeerts. 2. SES-CD (Simple Endoscopy Score for Crohn's Disease). 3.Actividad de Crohn por capsula endoscópica. C) Clínicas: CDAID) Analíticas: PCR, Calprotectina fecal, Hb y Htco, ferrocineticaE) Farmacológicas: Tipo de farmaco, dosis, intensificacion y niveles F) Demograficas
PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO: Las variables cualitativas se expresarán con la frecuencia, la distribución porcentual y el intervalo de confianza al 95%. Las cuantitativas con la media y la desviación estándar o con la mediana y el rango intercuartil dependiendo de la distribución normal o no normal de las mismas, que será evaluada mediante el test de **Kolmogorov Smirnov**

CO-02.- RELACIÓN ENTRE LA ELASTOGRAFÍA Y LOS ÍNDICES NO INVASIVOS DE FIBROSIS (FIB-4, APRI Y GPR) CON LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

AUTORES: Mónica Delgado Lobo, Marta Nabal Mirat, Ana Martín Algíbez, Cristina Garfia Castillo-

CENTRO DE TRABAJO: H. U. 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS:
Evaluar la correlación entre la elastografía hepática (Fibroscan, FS) y los índices de fibrosis hepática no invasivos (NITs) (FIB-4, APRI y GPR) con los hallazgos ecográficos en pacientes con fibrosis quística (FQ). Material y Método: estudio observacional de pacientes con FQ, evaluando la presencia de enfermedad hepática avanzada (aCFLD) ecográfica (nodularidad e ecogenicidad heterogénea) y su relación con APRI, GPR, FIB-4 y FS (kPa). Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado, t de Student/Mann-Whitney. Se realizó un análisis de regresión logística y un análisis de curvas ROC ($p<0,05$; Stata 18).

RESULTADOS:
Se incluyeron 125 pacientes con FQ con una mediana de edad de 36 años, 45% varones y 73% con mutación F508del. La afectación pulmonar fue predominante (92%), mientras que la afectación hepatobiliar (CFHBI) se identificó en el 27% y aCFLD en el 14% (Tabla 1).

El FS se realizó en 50 pacientes (mediana: 5,35 kPa). La ecografía identificó aCFLD en 16 pacientes (14%), quienes presentaron valores significativamente más altos de kPa, FIB-4, APRI y GPR en comparación con los pacientes sin aCFLD ecográfica (Tabla 2). El FS mostró la mejor correlación con la aCFLD ecográfica y el mejor rendimiento diagnóstico en comparación con los NITs. APRI y GPR tuvieron una asociación moderada con la ecografía, mientras que FIB-4 mostró menor poder discriminativo (Tabla 3). En el análisis de regresión logística, solo el FS (>5,95 kPa) se asoció significativamente con la aCFLD (OR=22,08; IC95%: 3,20-152,61; p=0,002), siendo el único predictor independiente. APRI, GPR y FIB-4 no fueron predictores significativos en este modelo.
CONCLUSIONES:
En nuestro estudio el FS mostró la mejor correlación con la aCFLD ecográfica. Estos hallazgos sugieren que el FS es una herramienta útil en la evaluación precoz de la afectación hepática en FQ, con mayor capacidad discriminativa que los NITs en la detección de aCFLD.

CO-03.- EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA ENTRE ELASTOGRAFÍA SHEARWAVE Y FIBROSCAN EN LA ESTIMACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA.

AUTORES: Mario Sotomayor, Carmen Vallejo, Rosario Calderón, María Rodríguez, Paloma Rendón, Manuel Macías.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVOS:
Evaluar la utilidad de la elastografía 2D (E2D) en la estadificación de la fibrosis en pacientes con enfermedades hepáticas crónicas de diferentes etiologías utilizando la elastografía transitoria (ET) como estándar de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio prospectivo, transversal sobre 90 pacientes remitidos a nuestra unidad para realizarse una ecografía abdominal en septiembre 2024 y que aceptaron someterse simultáneamente a la medición de la rigidez hepática con el dispositivo FibroScan 630 y a una elastografía por ondas de cizallamiento equipo Canon i800?.Los criterios de fiabilidad considerados para ambas exploraciones fueron 10 mediciones válidas para FibroSan y 5 para E2D con un IQR/M<30%. Los valores de corte utilizados para F2/F3/F4 fueron 7/9/12,5 kPa respectivamente. Se compararon las mediciones de forma cuantitativa (kPa) utilizando la correlación de Spearman y análisis de Bland-Altman con sesgos y límites de concordancia del 95 %. Se calculó la concordancia para determinar fibrosis avanzada (f3-f4) mediante el índice Kappa y se analizó la precisión diagnóstica de E2D.RESULTADOSLa exploración resultó fallo técnico en 1 caso para ET, 6 para E2D y 1 para ambas, quedando 81 pacientes. Estadio con ET: 40 f0/1, 13 f2, 8 f3, 20 f4. Estadio con E2D: 30 f0/1, 20 f2, 16 f3, 15 f4. Existe una correlación moderada significativa de 0,58 (p<0,01) entre los valores numéricos con ambas técnicas En el análisis de Bland-Altman los datos se encontraron en los límites del acuerdo, con una media de 2,43 que indica ET tiende a dar valores superiores que E2D. La coincidencia entre ambas pruebas en el diagnostico de fibrosis avanzada fue del 81,48 %, con un índice Kappa de 0,601 (concordancia moderada).

CONCLUSIONES:
Globalmente, existe una limitada correlación entre los valores de fibrosis obtenidos con ET y E2d que aumenta para la determinación de fibrosis avanzada. ET tiende a dar valores numéricos más elevados que E2D.

CO-04.- ECOGRAFÍA CON CONTRASTE (CEUS), ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

AUTORES: P. Álvarez (*); F.J. Manzano (*); A. Vicente (**); E. Garrido (*); A. Albillos. (*) Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. (**) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. **CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Ecografías. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS).

OBJETIVOS:
Revisión de la utilidad de la ecografía con contraste en el diagnóstico de patología abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se han revisado retrospectivamente 133 pacientes a los que se realizó CEUS entre enero y diciembre de 2024.ResultadosEn nuestra unidad se realizaron 8530 ecografías abdominales y en 133 (1.6%) se administró contraste (SonoVue). 114 contrastes administrados por vía intravenosa y 19 intracavitarios. La dosis más frecuentemente utilizada fue 2.4cc. 86 CEUS se realizaron para estudio de lesiones hepáticas, 33 para estudio de vesícula-vía biliar, 8 para estudio vascular, 3 para el estudio de EII y 3 para otras entidades. Se realizó prueba complementaria de confirmación en el 66.17%, habiendo concordancia en el 69.32% de los casos. En el 33.83% no se consideró necesario realizar confirmación tras CEUS.Se realizaron pruebas complementarias en el 62.8% de los casos de lesiones focales hepáticas, con una concordancia diagnóstica con las mismas del 64.81%. Se realizó TAC (39 pacientes), RMN (16 pacientes), biopsia (9 pacientes) y combinación de TAC-RMN (4 pacientes).En el estudio de la vesícula-vía biliar, se realizó prueba complementaria en el 75.75% de los casos, con concordancia diagnóstica del 76%. Las pruebas empleadas fueron colangiografía (16 pacientes), TAC (6 pacientes), RMN (2 pacientes) y CPRE (2 pacientes).Se realizaron 4 CEUS para valorar flujo portal, 2 para flujo arterial y 1 para aneurisma arterial esplénico. Se realizó TAC en el 100% de los casos de trombosis arterial, con una concordancia diagnóstica del 100%.

CONCLUSIONES:
Las aplicaciones clínicas de CEUS en ecografía abdominal son cada vez más amplias, por lo que su utilización en la práctica diaria es mayor. Existe una buena concordancia entre CEUS y diferentes técnicas de imagen en diversos escenarios como son las lesiones hepáticas, patología vesicular y de vía biliar y patología vascular, entre otras.

CO-05.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL COMO PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN LA COLITIS ULCEROSA GRAVE

AUTORES: Cristina Suárez, Joaquín Poza, María Dolores Martín-Arranz
CENTRO DE TRABAJO: H. U. La Paz. Madrid.

OBJETIVOS:
Determinar si la ecografía intestinal (IUS) basal durante el brote grave de colitis ulcerosa (CU) predice la respuesta a corticoides.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo pacientes con brote grave de CU e IUS basal entre 2019 y 2024 recogiendo variables clínicas y analíticas, respuesta a corticoides, fármacos de segunda línea o colectomía.

RESULTADOS:
43 pacientes fueron incluidos, 58% (25) corticorrespondedores (R). Estos presentaron tanto menor índice SAI (6.6) que los no respondedores (NR) (7.82) de manera significativa (p=0.02) como menor Truelove-Witts (R 16.75, NR 18, p=0.11). La PCR y calprotectina fecal fueron menores entre corticorrespondedores (R: PCR 18.5 mg/L, CF 2007.5 µg/g; NR: PCR 26.2 mg/L, CF=3185.1 µg/g) aunque las diferencias no resultaran significativas (PCR, p=0.24; CF, p=0.23). En cuanto a la IUS, los R presentaron menor grosor parietal (5.8 mm) que los NR (5.9 mm), p=0.78. El Simple US Score obtenido entre NR fue mayor (11.1) que el de R (8.93) significativamente (p=0.04), no siendo así UCIUS (R 8.88, NR 8.97, p=0.089) ni MUC (10.35 R, 10.2 NR, p=0.78). Al alta, 17 necesitaron Infliximab, 4 Ciclosporina, 3 Cotrimoxazol y ninguno cirugía.

CONCLUSIONES:
La cuantificación de la actividad inflamatoria basal en pacientes con brote grave de CU mediante un parámetro ecográfico aislado no permite predecir la respuesta a corticoterapia. Sin embargo, en nuestra experiencia, la combinación de estos hallazgos mediante índices ecográficos validados como el Simple US score sí se relaciona significativamente con la respuesta al tratamiento con corticoides.

CO-06.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DEL RECTO FEMORAL PARA EL CRIBADO DE SARCOPENIA EN CIRRÓTICOS COMPENSADOS, ACTUALIZACIÓN COHORTE SARCOLEN.

AUTORES: Alia Martín Izquierdo, Sandra Diez Ruiz, Raisa Quiñones Castro, María Dolores Ballesteros Pomar, Rubén Díez Rodríguez
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de León.

INTRODUCCIÓN:
La presencia de sarcopenia en el paciente con cirrosis impacta de manera negativa en la enfermedad. La ecografía muscular puede ser útil para la medida de la masa muscular.

OBJETIVOS:
Evaluar la correlación de la ecografía del recto femoral (RF) y la presencia de sarcopenia en paciente cirróticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio descriptivo observacional. Durante el cribado de hepatocarcinoma de pacientes con cirrosis compensada se realiza ecografía de recto femoral, dinamometría y bioimpedancia (TANITA MC780). Se estudió la relación entre baja masa muscular, dinamometría y los valores de la ecografía muscular.Definición de sarcopenia: • Baja masa muscular apendicular/talla2 (IMMA) por impedanciometría <7Kg/m2 en varones y <5,5Kg/m2 en mujeres. • Baja fuerza muscular como dinamometría por debajo del percentil 10 de los valores obtenidos por Torralvo et. al para la población española.

RESULTADOS:
Se incluyeron 310 pacientes, 75,2% (233) varones, con una media de 65 años (DE 8,1). La etiología más frecuente de la cirrosis enólica (55,5%), seguida de metabólica (16,5%). 20 pacientes obtuvieron IMMA patológicos (5%). En pacientes con IMMA bajo la media del área, eje X e Y fue

2,8cm2, 37,97cm y 8,8mm, frente aquellos que tenían el IMMA normal (4,67cm2, 42,76mm, 12,22mm respetivamente), siendo las diferencias estadísticamente significativas en todos los valores (p <0,05).En el análisis de correlación todos valores de la ecografía de RF mostraron correlación estadísticamente significativa con la dinamometría y con el IMMA.Cuando se analizan por separado los resultados por sexos, se pierde la significación para las mujeres, debido que solo una mujer presentó IMMA alterada. Usando como punto de corte para el diagnóstico se sarcopenia un área del RF menor de 3,48cm3 en hombres, se obtiene una sensibilidad del 90% y especificidad del 70%.

CONCLUSIONES:
La ecografía del músculo RF constituye un método de cribado de baja masa muscular en pacientes con hepatopatía crónica, útil y accesible.

CO-07.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA LA MEDICIÓN DE ADIPOSIDAD VISCERAL EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA COMPENSADA.

AUTORES: Alia Martín Izquierdo, Laura Alcoba Vega, Raisa Quiñones Castro, María Dolores Ballesteros Pomar, Rubén Díez Rodríguez
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de León.

INTRODUCCIÓN:
La adiposidad visceral es una acumulación de grasa en la cavidad abdominal, factor de riesgo para enfermedades metabólicas y cardiovasculares. En pacientes con hepatopatía crónica, el exceso de grasa visceral puede influir en la progresión de la enfermedad y su pronóstico.

OBJETIVO:
Evaluar la utilidad de la ecografía para identificar un exceso de grasa visceral en pacientes con hepatopatía crónica compensada.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio descriptivo observacional. Durante el cribado de hepatocarcinoma de pacientes con hepatopatía crónica, se realiza medición de la grasa abdominal y bioimpedancia (TANITA MC780). Se estudió la relación de la grasa visceral medida por ecografía y por bioimpedanciometría. Se consideró el valor de 12 como punto de corte patológico de adiposidad visceral en la impedanciometría.

RESULTADOS:
Se incluyeron 167 pacientes, 74,34% (124) varones, con una media de 64,8 años (DE 7,8). La etiología más frecuente fue la enólica (52,74%), seguida de la metabólica (19,2%).La media del grosor de grasa visceral por ecografía fue de 7,8mm (DE 5,8) y la media de índice de adiposidad visceral (IAV) por impedanciometría fue de 12,9 (DE 5,1). Ambos valores mostraron una correlación estadísticamente significativa (p<0,00).El grupo de pacientes de un IAV patológico (84 pacientes) tenían una grasa visceral mayor que aquellos con IAV normal (8,9mm vs. 6,8mm) (p<0,01).El área bajo la curva (ABC) resultó de 0,6. Se identificó como punto de corte óptimo un grosor ecográfico de 6,4mm (63% sensibilidad, 56% especificidad).En varones, al ABC fue de 0,62, identificando como punto de corte óptimo de 3,7mm (93% sensibilidad, 26% especificidad).

CONCLUSIONES:
La medición de la grasa visceral mediante ecografía resulta de utilidad para identificar pacientes con un exceso de adiposidad visceral.

CO-08 .-DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA EN EL ESPECTRO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA COMPENSADA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN ESPLÉNICA CON SONDA DE 100 HZ AUTORES: E. Garrido (*); M. Torres (*); D. Burgos (*); A. Albillos (*); L. Téllez (*).
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid

OBJETIVO:
La hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS), definida como GPVH>10 mmHg, supone la indicación de beta-bloqueantes no cardioselectivos para prevenir la descompensación hepática. Siguiendo la "regla de los 5" de Baveno VII, la elastografía de transición hepática (ETH) permite identificar de forma no invasiva tanto aquellos pacientes con alto riesgo de HPCS (ETH>25 kPa) como aquellos con riesgo despreciable (ETH<15 kPa). Sin embargo, existen problemas no resueltos: la amplia zona gris (ETH 15-25 kPa) y la sobrestimación de la rigidez hepática secundaria a la infiltración grasa. Objetivo: estudiar la utilidad de la elastografía de transición esplénica (ETE) en pacientes con enfermedad hepática grasa (EHG) para identificar HPCS.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Inclusión de todos los pacientes con EHG compensada candidatos a realización de estudio hemodinámico hepático desde 01/01/2023-31/12/2024. Se realizó ETH y ETE con sonda Echosens FibroScan 630, sonda M/XL y M, respectivamente. Se comparó la precisión diagnóstica de ETH y ETE mediante el área bajo la curva (AUC), considerando el GPVH como patrón oro.
RESULTADOS:

Se incluyeron 73 pacientes: 40 con EHG asociada a disfunción metabólica (MASLD); 20 con EHG por alcohol (ALD); 12 con EHG mixta (MetALD). La mediana de ETH fue de 20.9(16.6-30.9)kPa y de ETE 53.4(39.5-69.8)kPa. 40 (55.6%) presentaban HPCS. La mediana de ETH (24.6(17.7-41.4)vs18.4(14.7-23.5)kPa, p<0.01) y ETE (65.4(54.0- 83.4)vs.40.4(33.1-44.9)kPa, p<0.01) fueron significativamente superiores en los pacientes con HPCS. El AUC para el diagnóstico de HPCS para la ETH y ETE fue 0.75 (0.64-0.86) y 0.85 (0.75-0.95), respectivamente. El valor de ETE <34.0kPa permite descartar HPCS (sensibilidad=0.90) y >55.8kPa confirmar HPCS (especificidad=0.90). Según la ETH, 32 pacientes se encontraban en zona gris, siendo en ellos el AUC de la ETE 0.90(0.78-1.00) para diagnosticar HPCS.
CONCLUSIONES:

En pacientes con EHG, la ETE permite el diagnóstico de HPCS con alta fiabilidad y parece ser incluso superior a la ETH.

CO-09.- MEDICIÓN DE GLUCOSA TRAS PUNCIÓN DE LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS.
AUTORES: Alba Hidalgo Blanco, Paloma Rendón Unceta, Manuel Alberto Macías Rodríguez.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO:
Valoración de la utilidad de la medición de glucosa y CEA en el diagnóstico diferencial de LQP (mucinosas/serosas).

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a USE diagnóstica de LQP entre abril-2022 y febrero-2025. Evaluación de niveles de glucosa y CEA intraquísticos de LQP puncionadas.

RESULTADOS:
Fueron recogidos 43 pacientes con LQP. De dichas lesiones, 37 presentaban características compatibles con lesiones mucinosas (86%) y 6 con lesiones serosas (14%). Las características morfológicas quedan recogidas en las Figura -1.Se realizaron 5 punciones en las LQP serosas (83.3%) obteniéndose mediciones de glucosa en 2 casos (33%) y CEA en 3 casos (50%). En LQP mucinosas, se realizó punción diagnóstica en 29 (78,38%) obteniéndose mediciones de glucosa en 25 casos (67.57%) y CEA en 22 casos (59.46%). Dada la reducida muestra de LQP serosas, desestimamos su estudio estadístico.En las lesiones mucinosas la glucosa media intraquística fue de 34,76±41,70mg/dl (Figura-2) y el CEA medio intraquístico de 163±265,64mg/dl. (Figura-3). Tres valores de CEA fueron desechados por ser valores atípicos (>3 desviaciones típicas e la media)

CONCLUSIONES:
Nuestro estudio muestra una glucemia media en líquido quístico <50 mg/dl, concordante con lo encontrado en bibliografía. Sin embargo, en las mediciones de CEA encontramos un valor medio menor a 192, lo cual va en contra de la bibliografía encontrada, si bien es cierto que vuestro valor medio fue cercano a dicho punto de corte y además se vio afectado por la eliminación de los valores atípicos encontrados. De acuerdo a lo recogido en los últimos estudios, se ha encontrado una mayor variabilidad en los niveles de CEA que en los niveles de glucosa. Por todo ello, nuestro estudio apoya la utilidad de la medición de glucosa intraquística para la distinción de lesiones de origen mucinoso, y su probable superioridad frente al CEA.

CO-10 .- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL PARA LA MONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON UPADACITINIB

AUTORES: A. Suárez-Saro (*); M. Algara (*); B. de las Heras (*); M. Amo (*); A. Martín (*)
CENTRO DE TRABAJO: H. U. 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVO:
Evaluar la utilidad de la ecografía intestinal en práctica clínica habitual para la monitorización no invasiva de pacientes con enfermedad de Crohn(EC) en tratamiento con upadacitinib(UPA).

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio unicéntrico y retrospectivo. Se recogieron características basales de la enfermedad y tratamientos previos y respuesta clínica (Índice Harvey-Bradshaw), bioquímica (Proteína-C reactiva y calprotectina fecal) y ecográfica. Se compararon las características basales y a los 6 meses de tratamiento.

RESULTADOS:
Se incluyeron 43 pacientes con EC y tratamiento con UPA. El 100% de los pacientes habían recibido previamente anti-TNF. El 66% tenía ecografía basal, con datos de actividad en el 92.1%. El 72% tenía ecografía a los 6 meses y de ellos el 55% presentó mejoría ecográfica y el 10.3% remisión (p=0.03). Se demostró reducción estadísticamente significativa de la extensión de la afectación ileal y colónica (p=0.008) y del grosor de la pared ileal (p=0.07). Se objetivó descenso de la hiperemia sin alcanzar significación estadística (p=0.17).

No hubo diferencias en la afectación de la grasa ni en la estructura en capas. El porcentaje de ecografías con hallazgo de complicaciones disminuyó de 46% a 13% a los 6 meses (p=0.002). A los seis meses de tratamiento hubo mejoría estadísticamente significativa (p<0.05) en todos los índices ecográficos utilizados. 23 pacientes(53.4%) tenían ileocolonoscopia basal, con actividad endoscópica en 22(96%). Los índices ecográficos SUS-CD, IBUS-SAS y BUSS mostraron una correlación perfecta respecto a la actividad endoscópica basal (rSpearman=1; p=0.001). Solo 7 pacientes (30.4%) tenían endoscopia a los 6 meses, BUSS mostró una correlación perfecta con la actividad endoscópica (r Spearman=1; p=0.045).

CONCLUSIONES:
UPA induce de forma precoz la mejoría clínica, bioquímica, ecográfica y endoscópica en pacientes con EC. La ecografía abdominal es una herramienta útil para la monitorización de estos pacientes en la práctica clínica habitual.

CO-12 .- RELACIÓN DEL IMC Y EL PERÍMETRO DE CINTURA CON EL SCORE DE VISUALIZACIÓN US LI-RADS EN LA ECOGRAFÍA DE CRIBADO DE HEPATOCARCINOMA

AUTORES: Sandra Borrego Rivas, María Fernández Moreno, Diana Boada Ortega, Raisa Quiñones Castro, Rubén Díez Rodríguez.
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de León.

OBJETIVO:
Estudiar la calidad la ecografía de cribado mediante el score de visualización US LI-RADS en la práctica clínica habitual y su relación con el índice de masa corporal y el perímetro de cintura.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio transversal en un hospital terciario en pacientes que acudían a realizarse una ecografía de cribado evaluando el índice VIS (VIS-A: exploración óptima, VIS-B con limitaciones moderadas y VIS-C exploración limitada con <50% del parénquima visualizado) y su relación con el IMC y perímetro de cintura.

RESULTADOS:
Se incluyeron 143 pacientes, siendo 103 varones. La edad media fue 64 años (DS 5.5), con un IMC promedio de 29.3 (DE5.57) y un perímetro de cintura medio de 101.6cm (DE 13).Un 51% de los pacientes presentaron un VIS B (n=73), un 40.6% (n=58) y,un 8.4% VIS C (n=12). En un 49% de la exploraciones se describió limitada por meteorismo (n= 71) , 21% por obesidad (n= 30). En un 60% de los pacientes se realizó la exploración en decúbito lateral y supino para mejorar la visualización.La distribución del IMC según el fue: VIS A 26.7 (DE3.6); VIS B 30.1 (DE4.3) VIS C 36.9 (DE10), mostrando una relación lineal (p <0,00). Además, el perímetro de cintura medio fue 94.86cm (DE10.9) en el grupo VIS A; 101.68cm (DE10.9) en VIS B, y 115.8cm (DE19.99) en VIS C, mostrando una relación lineal (p<0.00).

CONCLUSIONES:
Valores altos de IMC y de perímetro de cintura afectan significativamente de forma negativa a la calidad de la ecografía de cribado

CO-14 .- VALORACIÓN MACROSCÓPICA IN SITU (MOSE) DE LA MUESTRA OBTENIDA EN LA PUNCIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

AUTORES: Alba Carro Blanes, Carmen Aba Garrote, Karina Rosende Señaris, Ana Vilariño Viquendi, Belén Suárez Fernández.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital QuironSalud A coruña

INTRODUCCIÓN:
La punción guiada por ecoendoscopia con aguja histológica (USE-BAAF) ha desplazado a la realizada con aguja citológica (USE-PAAF). La obtención de muestras de mayor calidad y la posibilidad de obviar la valoración in situ por el patólogo (ROSE) son sus puntos fuertes. Valoramos la fiabilidad de la valoración macroscópica in situ de la muestra (MOSE) obtenida durante la punción guiada por ecoendoscopia, con aguja histológica, realizada por personal de la unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Recogemos los resultados de las USE – BAAF realizadas en nuestra unidad en el periodo enero-diciembre 2024 (52 pacientes, 57,7% varones, edad media 68,7 años). Se evalúan características demográficas de los pacientes, indicaciones de la punción, técnicas y agujas empleadas, valoración en sala (MOSE) de la muestra y su correlación con el diagnóstico anatomopatológico y clínico final. La muestra se considera adecuada con un MOSE > 2.

RESULTADOS:
Se realizaron 54 punciones en este periodo (74 % en masas pancreáticas), con un total de 155 pases (2,87 por punción); se han empleado agujas histológicas de 22G (83,3%) o 25 G (16,9%). En el 100% de los casos la valoración in situ de la muestra la consideró "adecuada" para el diagnóstico, hallazgo confirmado por el patólogo en el 96,29% de los casos, con muestra suficiente para estudios inmunohistoquímicos adicionales en el 97,7% de los 45 casos en que dichos estudios se consideraron pertinentes. El diagnóstico final (basado en la pieza quirúrgica o la evolución del paciente) fue acertado en el 98% de casos.

CONCLUSIONES:
El MOSE de la muestra obtenida durante la USE-BAAF, realizada por el equipo de endoscopias en la sala puede permitir prescindir de la presencia del patólogo en sala durante la punción.

CO-15 .- VALOR PRONÓSTICO DE LA CURACIÓN TRANSMURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

AUTORES: B. E. Andreo(*); G. Aranda(*); L. Doreste (**); M. García (*), V. Prieto (*)
CENTRO DE TRABAJO: Hospital QuironSalud A coruña Hospital Universitario de Salamanca (*) Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrin (**)

OBJETIVO:
La ecografía intestinal (EI) es útil en el seguimiento y monitorización de la Enfermedad de Crohn (EC), destacando la curación transmural como hallazgo relevante. Este estudio tiene como objetivo evaluar su valor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se analizaron los datos de una cohorte retrospectiva con seguimiento prospectivo de pacientes con EC entre 2018 y 2025. Se recogieron variables clínicas, demográficas y pruebas de imagen.Se definió curación transmural total como ausencia de vascularización con un grosor de la pared <3mm y curación transmural parcial como ausencia de vascularización con grosor >3mm.

Se definió como mala evolución la variable combinada que incluía hospitalización, cirugía, intensificación o cambio de tratamiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron 79 pacientes. Las características descriptivas se resumen en la tabla 1.La curación transmural precoz (<2 años del inicio del tratamiento) se correlacionó con una mejor evolución con una OR 0.06 (IC95%: 0,007-0,6; p=0,017). La curación mucosa parcial no predijo mejor evolución (p=0.9). La curación transmural conseguida de forma tardía (>2 años del inicio del tratamiento) no se correlacionó con una mejor evolución.

CONCLUSIONES:

Nuestros hallazgos destacan la importancia de lograr la curación transmural precoz en pacientes con EC para mejorar su evolución. La ausencia de curación transmural se asoció con un mayor riesgo de complicaciones y peor pronóstico a largo plazo. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias terapéuticas dirigidas a conseguirla precozmente.

CASOS CLÍNICOS

CC-01.- HEMORRAGIA INTRAQUÍSTICA ESPONTÁNEA DE UN QUISTE HEPÁTICO SIMPLE: PRESENTACIÓN INUSUAL COMO MASA PALPABLE EPIGÁSTRICA.

AUTORES: Marta Nabal Mirat, María Amo Peláez, Berta de las Heras, Marisa Manzano, Ana Martín Algíbez

CENTRO DE TRABAJO: H. U. 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Los quistes hepáticos simples (QHS) son lesiones benignas, generalmente asintomáticas, detectadas de manera incidental y no requieren seguimiento. La ecografía abdominal (EA) ayuda a detectar complicaciones (rotura, hemorragia o compresión de estructuras vecinas). De estas, la hemorragia intraquística (HIQ) tiene una prevalencia del 2-7% y suele ser autolimitada, sin necesidad de tratamiento específico.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 58 años con antecedente de 4 QHS, el mayor de 2,3 cm en segmento II. Tras un esfuerzo físico refirió aparición de una masa palpable epigástrica. La EA describió, en segmento II,
una lesión de gran tamaño en epigastrio, de al menos 10-12 cm de eje máximo, con contenido denso y heterogéneo, que hace nivel, sugestiva de gran hematoma con compresión del lóbulo hepático izquierdo (LHI). El TAC abdominal confirmó el diagnóstico de gran QHS complicado con HIQ localizado en LHI y que condicionaba efecto de masa sobre estructuras vecinas (estómago, duodeno, páncreas y porta). Serología de hidatidosis negativa. Se realizó tratamiento quirúrgico con destechamiento amplio del QH con buena evolución clínica posterior.

DISCUSIÓN:

La HIQ del QHS es una complicación poco frecuente, generalmente asociada a QHS de gran tamaño. Clínicamente suele presentarse con dolor y EA donde se describe contenido heterogéneo intraquístico. Los factores de riesgo de la HIQ incluyen el tamaño del QHS, anticoagulantes y traumatismos. En nuestro caso, la EA fue clave para el diagnóstico inicial, revelando una lesión de gran tamaño con contenido denso y heterogéneo con nivel líquido, sugestivo de HIQ. Aunque el manejo suele ser conservador, el gran tamaño del QHS y su impacto en estructuras adyacentes hicieron necesario el tratamiento quirúrgico. Este caso subraya la importancia de la EA como herramienta fundamental en la detección precoz y caracterización de complicaciones de los QHS

CC-02.- HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR: EL TUMOR DE HÍGADO DEL PACIENTE JÓVEN

AUTORES: Sonia Antón García, Manuel Crespo Sánchez, Javier Soto Sánchez, Leire Parapar Álvarez
CENTRO DE TRABAJO: H. U. San Agustín. Avilés.

CASO CLÍNICO:
Varón de 25 años sin antecedentes de interés que consulta por epigastralgia de más de un año de evolución, náuseas con vómitos recurrentes y pérdida ponderal de más de 2kg. En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda (PCR 11, VSG 120, fibrinógeno 848) con pruebas de bioquímica hepática normales y marcadores tumorales (AFP, CA 19.9) negativos. Se le solicita gastroscopia con hallazgo de compresión extrínseca en toda la curvadura mayor gástrica (>6cm) y primera porción duodenal. En la ecografía se objetiva hepatomegalia a expensas de gran lesión focal heteroecogénica en lóbulo izquierdo (8cm) con otra adyacente de 3cm y otra lesión de más de 6cm en lóbulo derecho. En la porta derecha intrahepática se aprecia material ecogénico que la ocluye parcialmente siendo la lesión más significativa de cerca de 3cm. En el estudio con contraste presentaban leve lavado en fase tardía muy avanzada, comportamiento sugestivo de malignidad. Tras dichos hallazgos se programa ingreso para completar estudios complementarios. En el TC toracoabdominal presenta neoplasia localmente avanzada con masa en LHI con extensión retroperioneal que abraza la porta principal, infiltra la porta derecha e izquierda, y tiene dos lesiones nodulares sueltas en LHD y una M1 a distancia en región lateral del antro gástrico (un macroimplante). Se realizó biopsia de LHI con aguja de aspiración de 18G obteniéndose hallazgos compatibles con hepatocarcinoma con marcadores hepatocitarios y CK7 positivos compatibles con variante fibrolamelar.Finalmente tras decisión multidisciplinar en Comité de Tumores Hepáticos se inicia tratamiento con atezolizumab+bevacizumab (actualmente ya ha realizado el 4ºciclo).

CC-03.- DIAGNÓSTICO DE UNA LESIÓN ESPLÉNICA MUY DESCONOCIDA: SANT

AUTORES: FJ. Manzano Gómez, E. Garrido Gómez, A. Villanueva Campos, C. Martín de Argila Prados, A. Albillos Martínez.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:
La Transformación Nodular Angiomatoide Esclerosante (SANT) es una lesión vascular esplénica rara, descrita en 2004, con menos de 150 casos documentados. Su diagnóstico suele ser incidental mediante técnicas de imagen, planteando retos en su caracterización y manejo.

CASO CLÍNICO:
Mujer de 55 años asintomática remitida a consulta por hallazgo incidental en TC de lesión exofítica esplénica de 36 mm con atenuación intermedia (24 unidades Hounsfield). En la ecografía abdominal se identifica como un quiste esplénico en polo inferior de 40x31 mm. A los 6 meses, se realiza seguimiento con RMN, que revela reducción de la lesión a 20 mm, con morfología menos nodular e hipointensidad en T2. No muestra restricción en difusión ni realce en T1 con saturación grasa, pero tras contraste presenta captación progresiva con tractos lineales radiales. La hipointensidad de señal en T2 y su comportamiento en las fases dinámicas sugieren la posibilidad de SANT.

Dado su curso benigno y la reducción del tamaño, tras valoración por Cirugía General, se opta por manejo conservador. Sorprendentemente, en el control ecográfico con contraste a los 6 meses, la lesión desaparece. No obstante, mantiene seguimiento en consultas dado el comportamiento desconocido de SANT y la ausencia de datos sobre su recurrencia.

DISCUSIÓN:
SANT es una lesión proliferativa vascular derivada de la pulpa roja esplénica, caracterizada por la presencia de nódulos vasculares no encapsulados rodeados por tejido fibroso. Se diagnostica de forma incidental mediante ecografía, TC o RMN, con hallazgos característicos como hipointensidad en T2 y la captación de contraste "en rueda de carro".Históricamente, la esplenectomía era el tratamiento de elección debido a la dificultad del diagnóstico diferencial con lesiones esplénicas malignas. Sin embargo, los avances en imagen permiten una mejor caracterización de SANT, favoreciendo un enfoque conservador con seguimiento mediante técnicas de imagen, como se observa en este caso.

CC-04.- EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE (CEUS) EN EL DIAGNÓSTICO DEL SANGRADO ACTIVO.

AUTORES: E. Garrido Gómez, L. Téllez Villajos, C. Senosiaín Lalastra, F. Mesonero Gismero, A. Albillos Martínez.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN:
La biopsia hepática transyugular es la técnica de elección en el estudio de hepatopatía cuando la técnica percutánea está contraindicada o cuando se va a realizar un cateterismo hepático por otro motivo. Tiene una tasa baja de complicaciones, siendo las más graves las hemorragias y las arritmias ventriculares.

CASO CLÍNICO:
Presentamos el caso de un varón de 29 años que se encontraba en estudio para descartar hipertensión portal. No se objetivaron anomalías en los valores analíticos para estudio de hepatopatía, ni alteraciones en la coagulación. Para continuar el estudio se realiza una elastografía de transición hepática cuyo resultado fue normal y una ecografía en la que únicamente se describió una vena porta levemente dilatada (12.6mm). El mismo día que se realizaron estas pruebas, se llevó a cabo un cateterismo para valorar la hemodinámica hepática y para biopsiar el parénquima hepático. Inmediatamente después de realizar la biopsia, el paciente comenzó con un dolor súbito localizado en hipocondrio derecho. Se repitió una ecografía a pie de cama visualizándose una vesícula de tamaño normal con engrosamiento y edema de a pared hasta 8 mm y estriación de las capas, además se observó un material heterogéneo en la luz vesicular que sugería contenido hemático y que no estaba presente en la ecografía previa a la prueba. Se administró contraste intravenoso (SonoVue 1ml) confirmando un realce de forma lenta del contenido vesicular, lo que sugería sangrado activo de bajo débito y confirmaba la punción accidental de la vesícula. Los hallazgos se confirmaron mediante una tomografía computarizada en fase angiográfica. El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento conservador.

DISCUSIÓN:
La ecografía con contraste intravenoso es una herramienta útil en diversos escenarios. Un escenario infrecuente es su utilización en sospecha de sangrados activos, donde presenta una elevada especificidad.

CC-05.- LESIÓN QUÍSTICA PANCREÁTICA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE.

AUTORES: D. Martín Holgado; P. Mata Romero; PL González Cordero; JM Mateos Rodríguez; J. Molina-Infante.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Cáceres.

INTRODUCCIÓN:
El diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de páncreas es amplio e incluye lesiones epiteliales neoplásicas o inflamatorias benignas, identificadas la mayoría de las veces de manera fortuita en estudios de imagen indicados por síntomas no relacionados con este órgano

CASO CLÍNICO:
Varón de 41 años con antecedentes de fumador, no bebedor habitual, paludismo en la infancia e intervenido de safenectomía, de profesión ganadero, que es derivado al Servicio de Urgencias por cuadro de diarrea de 1 semana de evolución, sin fiebre, acompañado de dolor en hipocondrio derecho con ictericia, coluria y prurito de 3 días evolución. Refiere molestias dispépticas desde hace 1 año no estudiadas. En los análisis presenta hipertransaminasemia y colestasis con bilirrubina total 8,6 mg/dL, con marcadores tumorales negativos. serologías positivas para AcHBs-VHB, anticuerpos hidatidosis y varicela, con resto negativos. Ecografía abdominal con hígado con aumento difuso de la ecogenicidad sin LOEs, dilatación vía biliar intrahepática y páncreas con lesión hipoecogénica irregular mal delimitada en la unión de cabeza y cuerpo pancreático. El TAC/RMN se identifica dilatación vía biliar intra-extrahepática y lesión redondea pancreática de predominio quístico con realce periférico y septos de 5,4 x 3,7 cm, que parece conectada con conducto pancreático principal. Se realiza CPRE con colocación de prótesis biliar plástica por compresión extrínseca de colédoco. En ecoendoscopia presenta lesión multiquística de cabeza-proceso uncinado, con dilatación del Wirsung y pequeñas calcificaciones compatible con pancreatitis crónica. Se realiza PAAF con salida de material viscoso que es negativo para malignidad. A los 15 días del alta presenta cuadro de colangitis con Bilirrubina total de 16 mg/dl realizando nueva CPRE, apreciándose múltiples defectos de repleción que se extraen con aspecto de "hollejos de uva", compatible con quiste hidatídico pancreático abierto a vía biliar. Tras CPRE mejoría clínica, iniciando tratamiento con albendazol. En TAC de control a los 4 meses existe desaparición aparentemente completa de lesión quística pancreática

DISCUSIÓN:
La hidatidosis es una zoonosis endémica de países Mediterráneos que puede afectar al ser humano. Mediante diseminación hematógena, el parásito infecta los órganos del sistema digestivo con formación de quistes, siendo la afectación hepática la más frecuente. La afectación pancreática es muy infrecuente, y cuando existe, es complicada su sospecha debido a su sintomatología larvada, así como el diagnóstico mediante pruebas de imagen, dado que los hallazgos son muy similares a los pseudoquistes pancreáticos y el tumor mucinoso quístico. Los quistes localizados en la cabeza pueden causar ictericia obstructiva o pancreatitis aguda por compresión extrínseca o fistulización. En zonas autóctonas debería incluirse como diagnostico diferencial de lesiones quísticas en el informe ecográfico y de otras pruebas de imagen.

CC-06.- ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COMO CAUSA EXTRAORDINARIA DE OBSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR

AUTORES: F. Gil; E. San Miguel; M. Orts; L. Flores; P. Monasterios
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Getafe. Madrid.

INTRODUCCIÓN:
La compresión biliar se clasifica en intrahepática y extrahepática, esta última subdividida en intraductal y extraductal. Las causas intraductales más comunes son la coledocolitiasis y tumores. La compresión extraductal suele ser provocada por neoplasias o procesos inflamatorios.

CASO CLÍNICO:
Varón de 82 años, obeso, hipertenso, acude a Urgencias por ictericia indolora e hiperbilirrubinemia (9.12 mg/dL). Asocia pérdida de 15 kg en 3 meses, relacionada con dolor por intervención odontológica. En ecografía abdominal se observa dilatación de vía biliar extrahepática hasta 11 mm. Posterior al páncreas, se identifica una lesión ovalada de 52mm, heterogénea, con centro anecoico y captación pulsátil de Doppler, con periferia isoecoica sin captación Doppler, sugestivo de aneurisma de aorta abdominal (AAA) con trombo mural. Se realiza un angioTC que revela una compresión de la vía biliar extrahepática por un AAA infrarrenal de 59mm x 110mm. El paciente fue evaluado por Cirugía Vascular y dado de alta a la espera de cirugía.

DISCUSIÓN:
El primer caso de compresión biliar por alteraciones aórticas fue reportado por Dickens en 1891. Desde entonces, solo se han documentado 12 casos de AAA, incluido el nuestro. La ecografía es la prueba guía en el 31.2% de los casos. Dado que el AAA suele ser grande, muchos pacientes requieren reparación para evitar complicaciones. El AAA como causa obstructiva del tracto biliar es extremadamente rara y requiere de un alto índice de sospecha. Reconocer los signos ecográficos de AAA es crucial para orientar el manejo y mejorar el pronóstico del paciente.

CC-07.- GIST YEYUNAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DIGESTIVA: IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL

AUTORES: Alia Martín Izquierdo, Sandra Diez Ruíz, Laura Alcoba Vega, Raisa Quiñones Castro, Laura Rodríguez Martín,
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de León.

INTRODUCCIÓN:
Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimales que pueden afectar cualquier segmento del tracto digestivo. Dentro de las manifestaciones más comunes se encuentra la hemorragia digestiva, en forma de melenas o sangrado oculto. El diagnóstico de los GIST yeyunales representa un desafío debido a su ubicación y a la inespecificidad de los síntomas

CASO CLINICO:
Presentamos el caso de un varón de 63 años, con diagnóstico de colitis ulcerosa desde 2012, en tratamiento con mesalacina y buen control posterior, que acude a urgencias por melenas con urea de 87mg/dL y hemoglobina de 12,3g/dL. Presentó episodio previo dos meses antes, autolimitado, con gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos relevantes. Se repite gastroscopia que

no objetiva lesiones ni restos hemáticos. A la exploración destacaba un nódulo en flanco izquierdo, por lo que se lleva a cabo una ecografía, que objetiva una lesión hipoecogénica, de 30x24mm en dicha localización, con captación periférica de Doppler y que parece depender de un asa de intestino delgado. Dados los hallazgos se solita angioTC, que describe una masa de unos 35mm, hipercaptante en fase arterial, de bordes lobulados, asociada a un asa de yeyuno. Se lleva a cabo resección ileal y anastomosis yeyunoileal. La histología de la pieza es compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de 3,2cm. El paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN

La ecografía abdominal es una herramienta accesible y útil en la evaluación inicial de pacientes con sangrado digestivo de origen incierto. En este caso, permitió identificar precozmente una lesión sospechosa, orientando la realización de estudios complementarios, que confirmaron el diagnóstico de GIST yeyunal. Aunque no es la técnica de elección para estos tumores, su disponibilidad y capacidad para detectar masas intraabdominales refuerzan su valor como método de aproximación diagnóstica.

CC-08.- DIAGNÓSTICO EXCEPCIONAL EN UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y LA ECOENDOSCOPIA.

AUTORES: M. Gómez-Rubio, A. Borrella, R. Nájera, P. Castro, J. Duarte
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Valladolid.

INTRODUCCIÓN:

La ecografía abdominal y la ecoendoscopia, son procedimientos básicos en el estudio de síntomas abdominales inespecíficos. Se presenta un caso en el que ambos procedimientos resultaron esenciales para un diagnóstico extraordinariamente infrecuente

CASO CLÍNICO:

Varón de 73 años, sin antecedentes reseñables, ingresa por dolor abdominal, síndrome constitucional y masa palpable en hipocondrio izquierdo. La ecografía abdominal muestra dilatación de vía biliar intra y extrahepática (9,5 mm), imagen heterogénea de 45 mm en lecho vesicular y masa retroperitoneal izquierda de 12 cm, homogénea, isoecoica con el parénquima hepático y sin señal Doppler, diagnosticada de liposarcoma desdiferenciado tras biopsia ecoguiada. La tomografía computarizada añadió una imagen pseudonodular en cabeza pancreática.

La ecoendoscopia describió una vesícula biliar poliquística con paredes engrosadas e infundíbulo desestructurado, y una lesión pancreática sólida heterogénea de 25 mm, biopsiada con resultado de adenocarcinoma. Tras duodenopancreatectomía total, esplenectomía y exéresis del liposarcoma, el estudio histológico confirmó el liposarcoma desdiferenciado y descubrió un colangiocarcinoma multifocal, ambos localmente infiltrantes.

DISCUSIÓN:
Los hallazgos ecográficos retroperitoneales sugerentes de un tumor mesenquimal, fueron confirmados tras biopsia ecoguiada. La ecoendoscopia describió una vesícula biliar muy patológica y orientó las biopsias de la lesión pancreática. Así, el diagnóstico inicial sugirió la presencia de un liposarcoma retroperitoneal y un adenocarcinoma pancreático. Sin embargo, la anatomía patológica quirúrgica reveló la coexistencia de un colangiocarcinoma multicéntrico con el liposarcoma. Por tanto, la ecografía abdominal y la ecoendoscopia resultaron esenciales en el diagnóstico preciso de esta rara asociación, estando en curso el estudio genético de potenciales alteraciones predisponentes.

CC-09.- FÍSTULA GASTROCUTÁNEA SECUNDARIA A HERIDA POR ARMA DE FUEGO.

AUTORES: Belén Andreo Vidal, Rocío Gómez Hidalgo, Alberto Álvarez Delgado, Fernando Geijo Martínez, Fernando Muñoz Nuñez.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Salamanca

INTRODUCCIÓN:
Las fístulas gastrocutáneas son generalmente secundarias a procedimientos quirúrgicos, enfermedad inflamatoria o neoplasias. Su presentación espontánea en un paciente con antecedente de traumatismo penetrante es un hallazgo inusual. La ecografía puede jugar un papel fundamental en la detección y caracterización de trayectos fistulosos, permitiendo un diagnóstico precoz y un abordaje terapéutico adecuado

CASO CLÍNICO:
Varón de 74 años, natural de Siria, con antecedente de herida por proyectil de arma de fuego a los 13 años de edad, resuelta tras cirugía. Sin antecedentes de complicaciones inmediatas ni tardías relacionadas con dicho evento. Consulta por presentar drenaje espontáneo de material líquido a través de cicatriz abdominal en epigastrio. Se realiza ecografía abdominal visualizando orificio fistuloso desde el cuerpo gástrico alto hasta piel con un calibre de hasta 4 mm. Posteriormente se efectúa gastroscopia confirmándose los hallazgos ecográficos y procediéndose al cierre endoscópico de la fístula mediante termocoagulación y colocación de 4 hemoclips. El paciente tras ello se encuentra asintomático sin nuevos episodios de apertura de fístula.

CONCLUSIÓN:
La ecografía abdominal puede resultar una herramienta diagnóstica esencial en la detección de trayectos fistulosos además de permitir una planificación terapéutica adecuada. La resolución exitosa mediante abordaje endoscópico refuerza el papel de las técnicas mínimamente invasivas en el manejo de estas complicaciones.

COMUNICACIONES PÓSTER

PO-01.- HEPATOPATÍA SECUNDARIA A INFILTRACIÓN POR MELANOMA MALIGNO: VALOR DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA HEPÁTICA.

AUTORES: Morales Prado Álvaro, Martínez-Echevarría Gil-Delgado Jorge, Mateos Millán Daniel.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Punta Europa. Cádiz.

CASO CLÍNICO:
Presentamos el caso de un varón de 61 años sin antecedentes de interés con ingreso hospitalario por síndrome constitucional y molestias en hipocondrio derecho. A su ingreso se realizó ecografía de abdomen con hallazgos de hepatopatía crónica e innumerables lesiones hipoecogénicas bien definidas de pequeño tamaño. Si bien se amplió el estudio con otras pruebas de imagen no aportaron más información de la disponible en el momento. Posteriormente se realizó biopsia hepática guiada por ecografía con anatomía patológica compatible con infiltración por melanoma maligno. Posteriormente se realizó búsqueda del origen primario de dicho melanoma encontrándose en el muslo derecho. La afectación hepática por melanoma es infrecuente y tanto los síntomas como los hallazgos en las pruebas complementarias son inespecíficos, características que hacen difícil el diagnóstico. Por tanto, en estos casos la biopsia hepática desempeña un papel fundamental en el diagnóstico.

PO-02.- HEMATOMA INTRADUODENAL Y RETROPERITONEAL TRAS BIOPSIAS DUODENALES.

AUTORES: Gallego Gallegos, María Regla
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Punta de Europa. Cádiz.

CASO CLÍNICO:
Se presenta el caso de un varón de 20 años sin antecedentes de interés que en contexto de realización de endoscopia oral con biopsias duodenales por dolor abdominal y diarrea crónica desarrolló un hematoma intraduodenal y retroperitoneal. La evolución con tratamiento conservador fue favorable y se realizaron controles ecográficos hasta su resolución. Los hematomas intraduodenales son lesiones que suelen observarse en niños tras traumatismos abdominales cerrados o en pacientes con factores de riesgo, siendo raros como complicación tras procedimientos endoscópicos diagnósticos o terapéuticos. Su manejo es principalmente conservador y en caso de ausencia de mejoría o perforación está indicada la cirugía.

PO-03.- EVALUACIÓN DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPATICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN Y ELASTOGRAFÍA HEPATICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

AUTORES: Carlos Pachón Martínez, Ester Badia Aranda, Juan Carlos Pérez Álvarez, Beatriz Sicilia Aladren, Judith Gómez Camarero.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Burgos.

OBJETIVOS:
Evaluar la correlación entre la fibrosis hepática medida mediante elastografía de transición (ET) y elastografía hepática por onda de corte (SWE), así como la esteatosis hepática determinada por ambas técnicas. Adicionalmente, analizar la prevalencia de fibrosis hepática significativa y avanzada, y los distintos grados de esteatosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

(EII) tras un cribado inicial con índices serológicos no invasivos (FIB-4 y APRI) e hipertransaminasemia.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio transversal en 1005 pacientes con EII registrados en la base ENEIDA del Hospital Universitario de Burgos hasta junio de 2024. Se seleccionaron aquellos con FIB-4 >1,3 (>2 en ?65 años), APRI >0,5 y/o hipertransaminasemia, considerándolos en riesgo de hepatopatía. A estos pacientes se les realizó ecografía abdominal con elastografía SWE y ET.

RESULTADOS:
Tras el cribado, 266 pacientes (26,5%) fueron clasificados con riesgo de hepatopatía. La prevalencia de esteatosis moderada o severa fue del 41,2% mediante ET, 46,6% con SWE y 22% por ecografía convencional. Se observaron signos ecográficos de hepatopatía crónica en el 11% de los casos. La fibrosis significativa y avanzada según ET se detectó en el 19,2% y 8,6% de los pacientes, respectivamente, mientras que el 12,9% presentó fibrosis avanzada (>9 kPa) en SWE. La correlación entre ET y SWE fue buena, con un índice Kappa de 0,7 para fibrosis y 0,8 para esteatosis.

CONCLUSIONES:
La prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con EII tras el cribado serológico es relevante. ET y SWE muestran una adecuada concordancia para la evaluación de la enfermedad hepática en esta población.

PO-04.- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A CARCINOMA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN.

AUTORES: Gallego Gallegos, María Regla
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Punta de Europa. Cádiz.

CASO CLÍNICO:
Presentamos el caso de un varón de 61 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn de más de 10 años de evolución con pérdida de seguimiento en consultas de Digestivo que ingresó desde urgencias por dolor abdominal, vómitos y alteración del hábito intestinal. En urgencias se realizó TAC de abdomen identificándose signos de obstrucción en íleon distal. Posteriormente se completó estudio con ecografía intestinal donde se objetivó asa de más de 10 cm de íleon distal con engrosamiento mural continuo de hasta 4.5 mm, capas mal definidas, aspecto heterogéneo, hipertrofia de la grasa mesentérica y aumento de la captación Doppler (Limberg 3/3). Asimismo, múltiples asas intestinales dilatadas y líquido libre intraabdominal. Por otro lado, se llevó a cabo una colonoscopia de se observó la válvula ileocecal infranqueable al endoscopio siendo el resto de la exploración normal y enterorresonancia con hallazgos superponibles a la ecografía. Tras el estudio el paciente precisó de cirugía urgente por empeoramiento del estado general, realizándose una resección amplia de íleon distal y colocación de ileostomía. La pieza quirúrgica reveló un carcinoma pobremente cohesivo con focos de células en anillo de sello.

PO-05.- ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMO PRIMERA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN NEOPLASIA DUODENAL.

AUTORES: Alejandro García Martínez, Gloria Francisca León Sanjuán
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Jerez de la Frontera. Cádiz.

CASO CLÍNICO:
Presentamos el caso de un paciente varón de 60 años, con AP relevante decolecistectomía, así como 2 CPRE posteriores por coledocolitiasis y barro biliar. Acude a urgencias por dolor abdominal e intolerancia oral de meses de evolución conempeoramiento en las últimas horas, así como síndrome constitucional y pérdida de peso. En analítica no se objetiva alteración del perfil hepático, con bilirrubina y transaminasas normales. Se realiza ecografía de abdomen para orientación diagnóstica, en la que se visualiza gran dilatación de vía biliar extrahepática (hasta 20mm), dilatación de la vía biliar intrahepática y del conducto pancreático principal (15mm).Para completar el estudio se realiza posteriormente TC de tórax, abdomen y pelvis, evidenciándose una obstrucción a nivel de segunda porción duodenal con engrosamiento parietal concéntrico sin otras lesiones relevantes además de los hallazgos visualizados en ecografía; así como gastroscopia donde se visualiza una estenosis infranqueable a nivel de segunda porción duodenal, que se biopsia, con diagnóstico de adenocarcinoma intramucoso duodenal. Finalmente se realizó una duodenopancreatectomía cefálica, con buena evoluciónpostoperatoria y con diagnóstico definitivo en la pieza quirúrgica de adenocarcinoma de ampolla de vater con extensión duodenal.

PO-06.- LIPOMA INTRAVASCULAR.

AUTORES: M. Sotomayor, C. Vallejo, T. Alia, J. Vergara, A. Perez
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

INTRODUCCIÓN:
Los lipomas intravasculares son tumores venosos primarios poco frecuentes que se presentan con mayor frecuencia en la vena cava inferior. Al ser habitualmente asintomáticos, su diagnóstico se suele establecer como un hallazgo incidental en pruebas de imagen realizadas por otros motivos..

CASO CLÍNICO:
Mujer de 68 años con antecedente de cirrosis hepática secundaria a virus de la hepatitis C con datos de hipertensión portal y respuesta viral sostenida tras tratamiento con antivirales de acción directa. En una ecografía realizada durante el seguimiento, se objetiva lesión nodular hiperecoica de 14 mm, situada en el lóbulo caudado, junto a la vena cava inferior, que impresionaba tratarse de una lesión tumoral. Para mejor caracterización de ésta, se realizó un Tc de hígado dinámico, que describía una imagen hipodensa a nivel intraluminal de la vena cava inferior, de 15 mm, sin realce con contraste, interpretado como trombo parcial venoso. A los seis meses, en Tc de abdomen de control, se aprecia dicha lesión a nivel de la vena cava inferior, de similares características y tamaño, de densidad grasa, siendo más sugestivo de un lipoma intravascular a ese nivel. Las características de la lesión en la RMN posterior fueron consistentes con un lipoma. Ha mantenido seguimiento posterior durante tres años, con estabilidad de dicha lesión, sin evidencia clínica de obstrucción, por lo que no ha requerido tratamiento

DISCUSIÓN:
Los lipomas intravasculares presentan una baja incidencia. Sin embargo, es una afección que se debe contemplar, teniendo especial relevancia el poder establecer un correcto diagnóstico diferencial con otras anomalías que pueden establecerse a ese nivel y que pueden presentar un comportamiento similar. Cabe mencionar que, en el caso expuesto, su localización retrohepática hizo confundirlo inicialmente con una lesión tumoral del parénquima hepático, así como un trombo venoso posteriormente.

PO-07.- HAMARTOMATOSIS BILIAR MÚLTIPLE, UN HALLAZGO ECOGRÁFICO INFRECUENTE

AUTORES: Laura Sánchez Delgado (*); Concepción García Sánchez (*); Leticia Martínez Campos (*); Olga Ortega Lobete (*); Sandra Utrilla Utrilla (*). (*) Hospital Clínico Universitario Valladolid.
CENTRO DE TRABAJO: H. Clínico Universitario de Valladolid..

INTRODUCCIÓN:
Los hamartomas biliares múltiples, también llamados complejos de Von Meyenburg , consisten en dilataciones quísticas de estructuras ductales biliares periféricas dentro de un estroma fibroso que se forman por un defecto en la involución de las placas ductales embrionarias.

CASO CLÍNICO:
Presentamos el caso de una mujer de 39 años sin antecedentes personales de interés, que es derivada a consultas externas de Aparato Digestivo por dolor en hipocondrio derecho. En la analítica de sangre no presentaba alteraciones, salvo una mínima elevación de CA 19.9 (51 KU/L) que se había solicitado desde Atención Primaria. Se realiza una ecografía abdominal en el servicio de Digestivo cuyo principal objetivo era descartar una etiología biliar del dolor. En la ecografía encontramos múltiples lesiones hiperecogénicas subcentimétricas junto con otras imágenes anecogénicas, sin captación con doppler color, de entre 8-10 mm que afectan sobre todo al lóbulo hepático derecho. Para completar estudio se solicita TC abdominal que confirma la presencia de múltiples imágenes hipodensas nodulares de densidad líquida sugerentes de hamartomatosis biliar o Enfermedad de Von meyenburg.

DISCUSIÓN:
La hamartomatosis biliar múltiple o Enfermedad de Von Meyenburg es una entidad congénita, que habitualmente se diagnostica como hallazgo incidental y que no tiene repercusión clínica. Desde el punto de vista ecográfico se pueden presentar como lesiones hiperecogénicas, hipoecogénicas o anecogénicas, habitualmente subcentimétricas. Su importancia radica en el diagnóstico diferencial con otras entidades, ya sean benignas, como quistes hepáticos, o malignas como el hepatocarcinoma difuso o las metástasis hepáticas. Se trata de una entidad benigna que no requiere tratamiento ni seguimiento, aunque se han descrito asociaciones con enfermedades malignas como el colangiocarcinoma.

PO-08.- OBSTRUCCIÓN BILIAR POR QUISTE HIDATIDICO COMPLICADO.

AUTORES: Sandra Izquierdo Santervás, Olga Ortega Lobete, Concepción García Sánchez, Carmen Bocos Asenjo
CENTRO DE TRABAJO: H. Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN:
La hidatidosis, o equinococosis, es una parasitosis causada por las larvas del cestodo Echinococcus. El perro es el hospedador definitivo, liberando sus huevos en los excrementos. Los hospedadores intermediarios son el ganado ovino, vacuno y caprino. La infección ocurre al ingerir los huevos, que eclosionan y pasan al sistema circulatorio formando quistes. El hígado es el órgano más afectado

CASO CLÍNICO:
Paciente de 52 años sin antecedentes relevantes, que acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho e ictericia. La analítica muestra hipertransaminasemia y bilirrubina total 10.2mg/dl.

La ecografía identifica una lesión quística multitabicada en lóbulo hepático izquierdo (68x55mm) que condiciona dilatación de la vía biliar intrahepática. La TC confirma estos hallazgos. El paciente que comenta contacto con ganado ovino y perros en una granja familiar en la juventud. La serología es positiva para Echinococcus granulosus. Se inicia albendazol previo a la cirugía. Durante los primeros días la bilirrubina asciende hasta 27mg/dL. Se realiza colangio RM, identificando comunicación de la lesión con la vía biliar y dilatación del colédoco con material heterogéneo en su interior en posible relación con membranas desprendidas. Se realiza CPRE con extracción de hidátides, descendiendo la bilirrubina a 12mg/dl en 48h. Es dado de alta pendiente de cirugía programada.

DISCUSIÓN:
Habitualmente la hidatidosis permanece asintomática durante años, hasta la aparición de complicaciones (rotura del quiste, infección, compresión mecánica…) que desencadena la sintomatología que permite el diagnóstico. Aunque su incidencia ha disminuido, sigue siendo un problema de salud pública por su gravedad e impacto económico.

PO-09.- ECOGRAFÍA ENDOCAVITARIA CON SONDA LINEAL RÍGIDA: VALOR EN EL ESTUDIO DE UNA NEOPLASIA ESTROMAL RECTAL.

AUTORES: A López, MF Sáenz,P Fabiano, G Martin, C Ramos.
CENTRO DE TRABAJO: H. Recoletas López Cano. Cádiz.

INTRODUCCIÓN:
Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias de origen mesenquimal que se localizan en el tracto gastrointestinal y representando el 2% de los tumores gastrointestinales. Los GIST de localización rectal son muy poco frecuentes (aproximadamente el 3% de los GIST). La ecografía transrectal, con sondas rígidas o flexibles, permiten un estudio morfológico preciso, así como valorar su vascularización(doppler), dureza(elastografía), relaciones con estructuras adyacentes, estado de los esfínteres y permite tomar muestras histológicas.

CASO CLÍNICO:
Mujer de 67 años, sin antecedentes de importancia. Nos consulta por tenesmo rectal. Analítica general sin datos relevantes. Colonoscopia con lesión submucosa de unos 5 cms, en cara anterior del recto, a 1 cm de la línea pectínea. Decidimos realizar valoración ecográfica transrectal con sonda endocavitaria rígida, lineal. El estudio sonográfico mostró una lesión submucosa de 4,37 mm de diámetro, bien delimitada, con vascularización periférica y elastografía heterogénea con áreas blandas y duras. No afectaba a los esfínteres, no vimos adenopatías regionales, ni en región de vasos ilíacos. Vagina y útero sin contacto con ella. Realizamos BAF (20 G) ecodirigidas, con histología y estudios inmunohistoquímicos de GIST de células fusiformes. Se realiza una resección transanal clásica (técnica de Parks), el estudio de la pieza concluye con GIST de células fusiformes 8 mitosis/25 CGA sin necrosis.

DISCUSIÓN:
La decisión de utilizar una sonda transrectal rígida lineal, frente a las otras opciones que disponíamos (radial rígida, flexible lineal) fue por la estabilidad de imagen que proporciona (así pudimos describir la lesión, sus caracteres, origen y relaciones) y utilizarla para tomar muestra de biopsias con pistolas automáticas, decidiéndonos por 20 G para minimizar la eventual lesión de los vasos. Las muestras obtenidas permitieron el diagnóstico certero y la decisión de cirugía, sin tratamiento previo con imatinib, fue tomada por consenso con oncología y cirugía.

PO-10.- HALLAZGO ECOGRÁFICO DE UN TUMOR DESMOIDE INTRAABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: R. Calvo, M. Álvarez, A. Yagüe, A. Castañeda, S. Rodríguez
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:
Los tumores desmoides son neoplasias fibroblásticas raras, benignas, pero localmente agresivas. Afectan principalmente a mujeres entre 15 y 60 años, asociándose con poliposis adenomatosa familiar, embarazo o traumatismos. Se presentan como masas indoloras o poco dolorosas, frecuentemente en tronco, extremidades o abdomen. El diagnóstico definitivo es histológico, aunque la resonancia magnética es el método de imagen de elección. En pacientes asintomáticos, se recomienda vigilancia activa; en casos sintomáticos, el tratamiento puede incluir cirugía, terapias sistémicas, radioterapia o crioablación.

CASO CLÍNICO:
CLÍNICOMujer de 31 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, y sin tratamiento médico habitual, consulta en digestivo por molestias epigástricas desde 2018, tratada en ese momento por infección por Helicobacter pylori. En octubre de 2024, acude nuevamente por epigastralgia y distensión posprandial, sin otra clínica asociada. Los estudios analíticos no revelaron hallazgos relevantes, H. pylori resultó negativo y la gastroscopia mostró hallazgos sugestivos de gastritis crónica. Se realizó una ecografía abdominal que detectó una masa sólida en hipocondrio izquierdo de 9 cm, heterogénea y sin captación Doppler. La tomografía computarizada confirmó una tumoración de 9 × 6 × 10.5 cm en epigastrio y flanco izquierdo, sin dependencia orgánica clara, de aspecto mesenquimal.La biopsia percutánea mostró un tumor mesenquimal fusocelular con atipia leve, compatible con fibromatosis desmoide. Derivada a consulta especializada de sarcomas, inició tratamiento sistémico con Sorafenib 400 mg/día en diciembre de 2024, con mejoría de los síntomas digestivos.

DISCUSIÓN:
Los tumores desmoides son neoplasias raras de tejidos blandos que, aunque no metastatizan, pueden causar morbilidad significativa al invadir estructuras vitales. Su diagnóstico precoz es crucial ya que no existen signos específicos en las imágenes, y requieren diferenciación de otras neoplasias malignas mediante histología. Un abordaje multidisciplinario es esencial para optimizar el tratamiento y mejorar los resultados clínicos.

PO-11.- PSEUDOANEURISMA EN PARED DE PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS EN PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA ENÓLICA. DIAGNÓSTICO Y PLANTEAMIENTO TERAPEÚTICO.

AUTORES: MF Sáenz, A Fernandez, C Navas, L Vela, A López.
CENTRO DE TRABAJO: H. López Cano.

INTRODUCCIÓN:
La inflamación causada por la pancreatitis crónica puede afectar a las arterias vecinas, debilitando su pared, provocando la formación de pseudoaneurisma; En la gástrica izquierda es una complicación muy poco común. El 90% de los casos no tratados fallecieron por hemorragia masiva. Presentamos un caso de diagnóstico ecográfico, tratado con éxito con embolización endovascular.

CASO CLÍNICO:
Varón de 62 años con consumo crónico de alcohol en dosis tóxicas y pancreatitis crónica, con varios ingresos previos por crisis de pancreatitis aguda. Se encontraba en seguimiento por pseudoquiste pancreático de 20 mm asintomático. Tras un periodo de dos años sin control, consulta para seguimiento. La ecografía percutánea mostró una lesión hipoecogénica en cuerpo-cola pancreática, de 55mm. Realizamos ecoendoscopia oral observando una protuberancia parietal de unos 15 mm isoecogénica con flujo arterial turbulento en su interior. Un Angio-TAC confirma el pseudoaneurisma en el territorio de la arteria esplénica. Dada la estabilidad clínica del paciente se optó por la embolización preferente para su tratamiento.

DISCUSIÓN:
Este caso resalta la importancia del diagnóstico ecográfico (ecografía percutánea y ecoendoscopia) en la pancreatitis crónica para detectar complicaciones graves como la que describimos, ya que su ruptura origina hemorragias graves (intraquísticas, que pueden alcanzar el peritoneo o a través del wirsung). La decisión terapéutica debe individualizarse según las condiciones clínicas del paciente. En el caso que presentamos, dada la estabilidad clínica, nos decidimos por la embolización con coils, frente a la cirugía abierta, con buen resultado.

PO-12.- IMAGEN ECOGRÁFICA DE PELIOSIS HEPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Ana Suárez-Saro Fernández, Mercedes Pérez Carreras, Berta de las Heras Páez de la Cadena, Ana María Martín Algíbez.
CENTRO DE TRABAJO:

INTRODUCCIÓN:
La peliosis hepática (PH) es una enfermedad rara y benigna caracterizada por la formación de dilataciones de los sinusoides hepáticas. Su etiología es variada, incluyendo causas infecciosas, inmunológicas y fármacos.

CASO CLÍNICO:
Mujer de 62 años, conviviente con un gato, que ingresó por un shock hemorrágico secundario a hemoperitoneo por sangrado espontáneo de una de las múltiples lesiones hepáticas (LH) detectadas en una tomografía computerizada (TC) urgente, requiriendo embolización. La ecografía abdominal identificó múltiples LH anecoicas, la mayor de 6,7cm de diámetro, algunas con contenido hiperecogénico en su interior. Tras la administración de contraste, la mayoría de las LH eran hipocaptantes, aunque algunas presentaron captación periférica en anillo en fase arterial, volviéndose isocaptantes en fase venosa. Estos hallazgos plantearon como diagnóstico diferencial absceso hepático, neoplasia quística o PH. Finalmente, se realizó una punción-aspiración guiado por ecoendoscopia de una de las LOES cuyo estudio molecular resultó positivo para Bartonella. Ante el diagnóstico de PH por Bartonella se inició tratamiento antibiótico con buena evolución clínica y radiológica.

DISCUSIÓN:
En la PH, los hallazgos en ecografía o TC varían dependiendo de la patogenia, extensión y presencia de hemorragia o trombos. Un hallazgo característico es la ausencia de efecto masa. De forma frecuente, la PH se describe como una LH hipoecoica que tras la administración de contraste presenta hiperrealce heterogéneo leve en fase arterial con lavado en fase portal tardía. También puede presentar hipercaptación periférica o en anillo o ser hipocaptante en todas las fases, dependiendo del tiempo de evolución y el componente hemorrágico/trombótico

PO-13.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE PARA LA CARACTERIZACIÓN DE UNA LESIÓN QUÍSTICA RENAL. AUTORES: R. Nájera, G. Cerezal, L. Flores, M. Alguacil, M. Gómez Rubio.
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Getafe. Madrid.

INTRODUCCIÓN:
El carcinoma de células renales (CCR) es la lesión maligna renal más frecuente, con un pico de incidencia en varones entre los 50 y 70 años. Hasta un 20% de los pacientes con CCR pueden presentar síndromes paraneoplásicos.

CASO CLÍNICO:
Varón de 42 años asintomático que consulta por alteración de la bioquímica hepática presentando una elevación aislada de fosfatasa alcalina (FA) 108 U/l, realizándose ecografía abdominal. Se observa en corteza renal izquierda una imagen redondeada, hipercogénica y heterogénea de 2 cm, ampliándose estudio con tomografía computarizada (TC) abdominal y ecografía con contraste.
Es en la ecografía donde, tras inyección del contraste intravenoso, se observa vascularización de tabiques en su interior, manteniéndose sin cambios en toda la exploración durante 3 minutos, sugiriendo tumoración sólida con escasa vascularización.

DISCUSIÓN:
En el 15% de los casos de CCR existe un aumento de FA, relacionado con infiltración metastásica o como indicador de disfunción hepática no metastásica, descrito por Stauffer en 1961.El CCR suele ser un hallazgo casual radiológico y el contraste endovenoso es de gran utilidad para la caracterización de estas lesiones, siendo en este caso la herramienta clave para orientar el diagnóstico, ya que en el TC no se confirmaba la sospecha. Los principales hallazgos son captación con flujo Doppler y halo hipoecoico a modo de pseudocápsula, diferenciándolo así de otras lesiones sólidas benignas. En el caso de nuestro paciente se realizó nefrectomía parcial con diagnóstico histológico de neoplasia quística multilocular con bajo grado de malignidad, confirmando así la sospecha ecográfica con contraste.

PO-14.- DETECCIÓN DE UNA INVAGINACIÓN INTESTINAL EN UN PACIENTE CON DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN. AUTORES: FJ. Manzano (*); E. Garrido (*); F. Mesonero (*) D. Burgos (*); D. Álvarez De castro (*); M. Ramírez Verdyguer (*); A. Albillos (*).
CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN:
La invaginación intestinal es infrecuente en adultos, afectando principalmente al intestino delgado. Suele manifestarse como dolor abdominal de forma subaguda o crónica, pero en ocasiones es transitoria y asintomática.

CASO CLÍNICO:
Se presenta el caso de un varón de 38 años, con antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, que ingresa por diarrea, artralgias y dolor abdominal de meses de evolución.Los análisis mostraron una Proteína C reactiva elevada, anemia e hipoalbuminemia. Se inició el estudio con una ecografía abdominal que evidenció un aumento del grosor parietal del íleon terminal y medio (4.7mm), pérdida de la estratificación de capas, imágenes hiperecogénicas parietales sugestivas de úlceras e hiperemia (Limberg 3/3). A dicho nivel se observó una imagen

en diana con alternancia de anillos concéntricos hiper e hipoecogénicos, compatible con una invaginación intestinal y un engrosamiento mural del asa que contenía la invaginación. El colon descendente y sigma presentaban también un engrosamiento parietal.La colonoscopia e histología posteriores confirmaron el diagnóstico de enfermedad de Crohn ilecólica. Se complementó el estudio con una RM que confirmó la presencia de la invaginación, que no provocaba obstrucción intestinal, y afectación inflamatoria intestinal.

DISCUSIÓN:
La ecografía de asas intestinales es una prueba dinámica y no invasiva que nos permite valorar el peristaltismo, estando indicada en la sospecha de enfermedad de Crohn. La invaginación intestinal es complicada de diagnosticar, visualizándose ecográficamente una imagen típica en "diana" con anillos concéntricos alternos hiperecogénicos e hipoecogénicos, representando las capas de la pared intestinal y grasa mesentérica, con morfología de pseudorriñón en el corte longitudinal. En ocasiones, las invaginaciones son transitorias y asintomáticas, desapareciendo incluso cuando se realiza la exploración ecográfica; en otras el paciente presenta síntomas y hay que descartar una lesión subyacente, siendo el tratamiento quirúrgico el de elección.

PO-15.- LESIÓN GÁSTRICA SUBEPITELIAL: CUÁNDO LO QUE PARECE NO LO ES

AUTORES: Gonzalo Aranda-Olaizola, Rocío Gómez-Hidalgo, Antonio Velasco-Guardado, Fernando Geijo-Martínez, Alberto Álvarez-Delgado
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN:
El hallazgo incidental de un cuerpo extraño enterrado en tejido gastrointestinal es infrecuente. Su detección puede ser difícil, ya que puede presentarse con signos endoscópicos inespecíficos, como inflamación, ulceración o incluso como tumoración subepitelial.

CASO CLÍNICO:
Se realiza gastroscopia a varón de 70 años con dispepsia, observando lesión de 2cm a nivel de antro prepilórico, con pequeña erosión en el ápex(foto1), sospechosa de tumor gástrico subepitelial. Se realiza USE para filiar diagnóstico, observando tumoración subepitelial de la capa muscular de 15x8mm, hipoecogénica, alargada, que podría corresponder a leiomioma al presentar misma ecogenicidad que la pared muscular(foto2), sin datos de malignidad y con resto de capas conservadas.En USE de control anual, se observa engrosamiento hipoecogénico de la capa muscular, con imagen hiperecogénica central con sombra posterior. En bulbo se identifica pequeño orificio con salida de escaso contenido blanquecino de aspecto purulento(foto3). Con ecoendoscopio sectorial se aprecia la calcificación de 2cm de longitud en un plano longitudinal que sugiere cuerpo extraño tipo espina de pescado, que atraviesa capa muscular sin sobrepasarla desde antro a bulbo transpilórico(foto 4), concluyendo diagnóstico de probable cuerpo extraño tipo espina de pescado con reacción inflamatoria asociada a su alrededor. Tras 2 años desde hallazgo inicial, el paciente se mantiene asintomático.

DISCUSIÓN:
El hallazgo inusual de un cuerpo extraño enterrado que simula un tumor subepitelial puede llevar a interpretaciones erróneas y retrasos en el diagnóstico. La evaluación endoscópica minuciosa y, en algunos casos, estudios de imagen adicionales, son fundamentales para su identificación y manejo adecuado.

PO-16.- UTILIDAD DE LA USE EN LA CARACTERIZACIÓN DE LESIONES SUPRARRENALES DERECHAS: A PROPOSITO DE UN CASO

AUTORES: A. Martinez(*); G. Aranda(*); B. E. Andreo(*); F. Geijo(*); A. Álvarez(*)
CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Salamanca.

INTRODUCCIÓN:
las metástasis suprarrenales en el adenocarcinoma pulmonar son frecuentes y afectan la estadificación y el tratamiento. La USE PAAF puede ayudar en el diagnóstico para la evaluación de lesiones suprarrenales del lado izquierdo. Sin embargo, la visualización, caracterización de las lesiones suprarrenales derechas (LSD) por USE presentan un mayor reto diagnóstico. Presentamos un caso donde la USE permitió confirmar una única metástasis suprarrenal en un paciente con cáncer de pulmón.

CASO CLÍNICO:
Paciente de 70 años con hábito tabáquico activo, diagnosticado de forma incidental de adenocarcinoma pulmonar por nódulo en radiografía de tórax. Las biopsias locales por broncoscopia/EBUS, confirmaron el diagnóstico, sin embargo, en TC de extensión se describió engrosamiento en la suprarrenal derecha como posible única afectación a distancia. Se decide realizar USE para su caracterización. Desde bulbo-segunda porción duodenal, ayudado de la visualización de polo superior renal derecho, se identificó la glándula suprarrenal derecha, que presentaba una masa de 25 mm, hipoecoica, heterogénea y de bordes irregulares. Realizamos USE PAAF transduodenal con aguja citológica 22 G (EZ Shot, Olympus), confirmándose la sospecha inicial de metástasis de adenocarcinoma.

CONCLUSIÓN:
El acceso a la glándula suprarrenal derecha mediante USE es técnicamente más complejo que el de la izquierda, e incluso puede haber interposición de grandes vasos. La PAAF de metástasis en LSD incluso atravesando la vena cava inferior, es factible, si los resultados pueden cambiar el manejo terapéutico del paciente. En este caso la USE cambio la estadificación, evitando al paciente la morbimortalidad de una cirugía.

DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

SALAMANCA '25

ORGANIZA:

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

SECRETARÍA TÉCNICA:

GESSUM EVENTOS

C/ CARMEN DE BURGOS COLOMBINE, 20
41920 – SAN JUAN DE AZNALFARACHE (SEVILLA)

667 911 023

GESSUM@GESSUM.COM

PATROCINADORES

Takeda

abbvie

Johnson&Johnson
Innovative Medicine

KERN PHARMA

Lilly

Pfizer

COOK® MEDICAL

FERRING
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Canon
CANON MEDICAL

Medtronic
Engineering the extraordinary

ZERIA GROUP
TILLOTTS PHARMA

Boston Scientific
Advancing science for life™

SALAMANCA´25