

# XXXVI Jornada Nacional de Ecografía Digestiva



**MADRID 2026**

**8 - 9 de Mayo  
Hotel Elba Madrid Alcalá**

# XXXVI Jornada Nacional de Ecografía Digestiva

---



## XXXVI Jornada Nacional de Ecografía Digestiva

### JUNTA DIRECTIVA

- **PRESIDENTE:** D. Joaquín Poza Cordón
- **VICEPRESIDENTE:** Dña. Elena Garrido Gómez
- **SECRETARIO:** D. Juan Isidro Uriz Otano
- **TESORERO:** Dña. Valle Cadahía Rodrigo
- **VOCAL:** Dña. María Amo Peláez
- **VOCAL:** Dña. Laura Martín Asenjo

### COMITÉ CIENTÍFICO

- **PRESIDENTE:** D. Fernando Muñoz Núñez
- **VOCAL:** Rosario Calderón Ramírez
- **VOCAL:** Miguel Fernández Bermejo

# XXXVI Jornada Nacional de Ecografía Digestiva

---



*Viernes, 8 de mayo de 2026*

## Curso Precongreso

**09:00h | Apertura Secretaría Técnica**

**09:30 – 11:00h | Punto de Vista: Colecistitis**

Moderadores:

*Dr. Constantino Fontdevila Campo – H. U. La Paz. Madrid*

*Dra. Paloma Rendón Unceta – H. U. Puerta del Mar. Cádiz*

**09:30h | Diagnóstico ecográfico colecistitis aguda. Diagnostico diferencial ¿el CEUS tiene alguna utilidad?**

*Dra. María Tejada Cabrera - H. HLA La Salud. Cádiz*

**09:50h | Colectomía en colecistitis aguda ¿cuándo no y por qué?**

*Dr. Javier Salinas Gómez - H. U. La Paz.*

**10:10h | Colectostomía percutánea ¿qué debo saber?**

*Dr. Antonio López Cano - H. Lopez Cano*

**10:30h | Colectostomía por EUS ¿sustituirá la percutánea? ¿en qué casos?**

*Dr. Juan Vila Costas - H. U. de Navarra*

**10:50h | Discusión**

**11:00 – 12:10h | Mesa CEUS**

Moderadores:

*Dra. Rosario Calderón Ramírez - H. U. Puerta del Mar. Cádiz*

*Dra. Ana Martín Algíbez - H. U. 12 de Octubre. Madrid*

**11:00h | CEUS en patología esplénica**

*Dra. Paula Tomás Pujante – H. U. Virgen de Arrixaca. Murcia*

**11:20h | CEUS en lesiones sólidas y quísticas del riñón.**

*Dr. Carlos Nicolau Molina – H. Clinic. Barcelona*

**11:40h | CEUS en patología pancreática**

*Dra. Gloria Ruíz Fernández – H. U. La Paz. Madrid*

**12:00h | Discusión**

**12:10 – 12:40h | PAUSA CAFÉ**

**12:40 – 13:55 h | Mesa de Calidad en Ecografía Digestiva**

Moderadores:

*Dr. Federico Argüelles Arias - H. U. Virgen Macarena.  
Sevilla*

*Dr. Rafael Gómez Rodríguez - Comp. Hospitalario de  
Toledo*

**12:40h | Medición de la calidad en Unidades de Ecografía**

*Dra. Elena Garrido Gómez - H. U. Ramón y Cajal*

**13:00h | ¿Cómo mejorar la formación en nuestras unidades de ecografía?**

*Dra. Concepción González de Frutos - Complejo  
Hospitalario de Toledo*

**13:20h | Investigación en ecografía digestiva ¿qué queda por descubrir?**

*Dra. Antonio Olveira Martín - H. U. La Paz. Madrid*

**13:40h | Discusión**

**13:55 – 15:30h | ALMUERZO DE TRABAJO (Salón Cibeles)**

## XXXVI Jornada Nacional AEED

### 15:30 – 15:40h | INAUGURACIÓN DEL CONGRESO

*Dra. María Dolores Martín Arranz - Jefa de Servicio de Aparato Digestivo Médico H.U . La Paz. Madrid*

*Dr. Francisco J. García Río - Jefe de sección. Servicio de Neumología. Director médico H.U . La Paz. Madrid*

*Dr. Joaquín Poza Cordón - Presidente de la AEED. Médico de aparato digestivo H.U . La Paz. Madrid*

*Dra. Elena Garrido Gómez - Vicepresidenta de la AEED. Médico de aparato digestivo Hospital Ramón y Cajal*

### 15:40 – 17:00h | Mesa de Hepatología

Moderadores:

*Dra. Marta Abadía Barno - H. U. La Paz. Madrid*

*Dr. Joan Carles Quer Boniquet - H. Joan XXIII. Tarragona*

### 15:40h | Sistema LIRADS en ecografía ¿debemos emplearlo?

*Dr. Diego Burgos Santamaría - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

### 16:00h | CEUS postablación o postquimioembolización.

*Dr. José Luis del Cura Rodríguez - H.U. de Basurto. Bilbao*

### 16:20h | Papel de la ecografía y la elastografía en el diagnóstico precoz y en el seguimiento del SOS.

*Dra. María Amo Peláez - H. U. 12 de Octubre. Madrid*

### 16:40h | Discusión

### 16:50 – 17:20h | PAUSA CAFÉ

### 17:20 – 18:15h | Mesa del Residente

Moderadores:

*Dra. Laura Martín Asenjo - H. U. de Álava. Vitoria.*

*Dr. Rubén Díez Rodríguez - Complejo Asistencial Univ. de León*

### 17:20h | Dolor en fosa iliaca derecha y fosa iliaca izquierda. Más allá de la apendicitis aguda y de la diverticulitis aguda.

*Dra. Laura Cudero Quintana - H. U. 12 de Octubre. Madrid*

**17:40h** | Patología ginecológica en ecografía transabdominal ¿qué debemos saber?

*Dra. Alicia Ramírez Castán – S. Ginecología y Obstetricia. H. U. La Paz.*

**18:00h** | Discusión

**18:15 – 19:30h** | **Mesa de Comunicaciones Orales**

Moderadores:

*Dra. Valle Cadahía Rodrigo - H. U. Central de Asturias. Oviedo*

*Dr. Manuel Crespo Sánchez - H. U. San Agustín. Avilés*

**CO-01** | ¿Podemos anticipar una ecografía subestima? Factores asociados al índice de visualización (VIS) en el cribado del hepatocarcinoma.

*Dra. Carolina Broco Fernández - C. Asistencial Universitario de León*

**CO-02** | Valor de la elastografía hepática frente a marcadores ecográficos y séricos en adultos con circulación de Fontan

*Dra. Ana Suárez-Saro Fernández - H. U. 12 de Octubre. Madrid*

**CO-03** | El grado de afectación ecográfica hepática en la telangiectasia hemorrágica hereditaria como predictor de hipertensión pulmonar.

*Dra. Celia Vega Ibáñez - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**CO-04** | La elastografía de transición esplénica como marcado no invasivo para la disfunción hemodinámica del TIPS.

*Dra. Ana Coedo Cañón - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**CO-05** | Seguimiento ecográfico de los pacientes con Enfermedad de Crohn de nuestro centro. Resultados anuales.

*Dra. Laura Martín Asenjo - H. U. de Álava.*

**CO-06** | Comparación de rigidez hepática mediante Fibroscan y elastografía Shearwave: Análisis de concordancia y reclasificación clínica

*Dr. Miguel Fernández Bermejo - H. U. Cáceres*

**CO-07** | Valor pronóstico de la rigidez hepática en pacientes con cirugía de Fontan

*Dra. Patricia Álvarez Vízner - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**19:30 – 20:00h** | **Asamblea Ordinaria de Socios AEED**

*Sábado, 9 de mayo de 2026*

**08:00h | Apertura de Secretaría Técnica**

**08:30 – 09:30h | I Mesa de Casos Clínicos**

Moderadores:

*Dr. Juan Uríz Otano – H. U. de Navarra. Pamplona*

*Dr. César Herrero Quirós – H. U. Río Hortega. Valladolid*

**CC-01 |** Lesión Quística Pancreática Incidental con Nódulo Mural.  
*Dra. Wilma Pamela Villamayor Gallardo – H. U. La Paz. Madrid.*

**CC-02 |** Complicación Infrecuente de la Enfermedad de Crohn.  
*Dra. Sofía Patricia Criado Pérez – H. U. La Paz. Madrid*

**CC-03 |** Cuando lo habitual pasa a ser excepcional  
*Dra. Ana Gabriela Rodríguez Francisco – H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**CC-04 |** Hidatidosis de localización infrecuente: quiste hidatídico esplénico primario.  
*Dr. Sergio Casiano Manzano - H. U. de Cáceres*

**CC-05 |** La ecografía abdominal como herramienta diagnóstica y terapéutica de los quistes hepáticos complejos: a propósito de un caso  
*Dra. Carolina Martínez Casas - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**CC-06 |** Lesiones focales hepáticas resueltas mediante flebotomías. Nódulos hepáticos sideróticos con sospecha inicial de malignidad.  
*Dra. Ana Coedo Cañón - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**CC-07 |** Monitorización Ecográfica seriada de la respuesta a inmunodepresión en pancreatitis autoinmune.  
*Dra. Wilma Pamela Villamayor Gallardo - H. U. La Paz. Madrid.*

**CC-08 |** Patrón hipervascular atípico en ecografía con contraste: Un diagnóstico final inesperado.  
*Dra. Sofía Patricia Criado Pérez - H. U. La Paz. Madrid*

**CC-09** | Síndromes colestásicos en el adulto: La ecografía como herramienta clave en el diagnóstico de PFIC-3  
*Dra. Sofía Patricia Criado Pérez - H. U. La Paz. Madrid*

**CC-10** | Quiste hepático ciliado: una entidad infrecuente que debemos tener presente  
*Dra. Sheila Redondo Evangelista - H. U. Príncipe de Asturias. Madrid.*

## **09:30 – 10:30h** | Mesa de ECO INTESTINAL

Moderadores:

*Dr. Joaquín Poza Cordón - H. U. La Paz. Madrid*

*Dr. Tomás Ripollés González - H. U. Doctor Peset. Valencia*

**09:30h** | Indicadores de mal pronóstico mediante ecografía  
*Dra. Berta de las Heras Páez de la Cadena - H. U. 12 de Octubre. Madrid*

**09:45h** | Grasa mesentérica en E. Crohn ¿qué información nos aporta?  
*Dr. Jordi Rimola Gibert - H. Clinic i Provincial. Barcelona*

**10:00h** | Índices ecográficos en Ell, ¿qué información nos aportan? ¿qué puntos de corte utilizar?  
*Dra. Iria Bastón Rey - Comp. Hospitalario Univ. de Santiago de Compostela*

**10:15h** | Discusión

## **10:30 – 11:00h** | PAUSA CAFÉ

## **11:00 – 12:00h** | Mesa de Páncreas - Endoscopia

Moderadores:

*Dra. María Consuelo Froilán Torres - H. U. La Paz. Madrid*

*Dr. Enrique Vázquez Sequeiros - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**11:00h** | TNE de páncreas: diagnóstico por ecografía y manejo  
*Dra. Eva Marín Serrano - H. U. La Paz. Madrid*

**11:15h** | Detección y seguimiento de TPML de páncreas por ecografía ¿cuándo nos podemos olvidar de ellas?  
*Dra. Belén Agudo Castillo - H. U. Puerta de Hierro. Madrid*

**11:30h** | Ecografía en la pancreatitis aguda idiopática.

*Dra. Ana García García de Paredes - H. U. Ramón de Cajal.  
Madrid*

**11:45h |** Discusión

**12:00 – 13:00h | II Mesa de Casos Clínicos**

Moderadores:

*Dr. Juan Carlos Pérez Álvarez - H.U. Burgos*

*Dr. Miguel García González - H. U. Ramón y Cajal.  
Madrid*

**CC-11 |** Ecografía intestinal en la actinomicosis abdominal: a propósito de un caso

*Dra. Mónica Delgado Lobo - H. U. 12 de Octubre. Madrid.*

**CC-12 |** Cuando la ecografía abdominal es capaz de ver más allá de lo esperado.

*Dr. Alberto Velasco Hernández - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**CC-13 |** La Ecografía con contraste (CEUS) puede ser superior a la tomografía (TC) en la caracterización de lesiones focales en esteatosis hepática grave.

*Dr. Yali Cheng Wang - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**CC-14 |** Diverticulitis de Meckel: una entidad excepcional en adultos. Papel de la ecografía en el diagnóstico

*Dra. María Argüés Floristán - H. U. 12 de Octubre. Madrid*

**CC-15 |** Apendicitis aguda secundaria a foco endometriósico en paciente hysterectomizada con doble anexectomía.

*Dr. Óscar Pérez Aznar - H. U. de Navarra.*

**CC-16 |** Ecografía como herramienta diagnóstica inicial en linfoma folicular mesentérico: caso clínico.

*Dr. Andoni Pedraza Pérez - H. U. de Álava*

**CC-17 |** De la hemorragia digestiva al hallazgo de una lesión duodenal obstructiva: ¿complicación postoperatoria o neoplasia? Papel clave de la ecografía y CEUS

*Dra. María Argüés Floristán - H. U. 12 de Octubre. Madrid*

**CC-18** | Más Allá de la litiasis: diagnóstico ecográfico precoz de pileflebitis séptica mediante ecografía a pie de cama  
*Dr. Juan Pablo Gamón Lanza - H. U. La Paz. Madrid*

**CC-19** | La gran simuladora también a nivel hepático: a propósito de dos casos  
*Dr. Carlos Meizoso Montesinos - H. U.12 de Octubre. Madrid*

**CC-20** | Ecografía en patología vascular no sospechada asociada al lupus eritematoso sistémico (LES)  
*Dra. Mónica Delgado Lobo - H. U. 12 de Octubre. Madrid.*

## **13:00 – 13:30h | Conferencia Magistral**

Presentado por:

*Dra. Rocío Plaza Santos - H. U. Infanta Leonor. Madrid*

*Dra. Cristina Suárez Ferrer - H. U. La Paz. Madrid*

Ecografía Transperineal ¿es una verdadera opción? ¿puede sustituir a la ecografía endoanal? - *Dr. Giovanni Maconi*

## **13:30 – 13:50h | Proyectos de investigación**

Moderadores:

*Dr. Joaquín Poza Cordón - H. U. La Paz. Madrid*

*Dra. Elena Garrido Gómez - H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

## **13:50 – 14:00h | Clausura y entrega de premios.**

*Dr. Miguel Fernández Bermejo - H. U. de Cáceres*

*Dra. Rosario Calderón Ramírez - H. U. Puerta del Mar.*

*Cádiz*



# RESÚMEN DE COMUNICACIONES

## Casos Clínicos

**CC-01 | Lesión quística pancreática incidental con nódulo mural |**  
*Autores: Wilma Pamela Villamayor Gallardo, Eva Marín Serrano, Sofía Criado, Gloria Ruiz, Ana Barbado y María Dolores Martín Arranz | H. U. La Paz. Madrid*

**Introducción:** Las lesiones quísticas pancreáticas son un hallazgo creciente. La presencia de nódulo mural (componente sólido adherido a la pared) es un signo de alarma, al asociarse a mayor riesgo de displasia avanzada o malignidad, especialmente en neoplasias quísticas mucinosas, y condiciona la actitud diagnóstica y terapéutica.

**Caso clínico:** Mujer de 41 años, sin antecedentes de interés, con hallazgo incidental en ecografía abdominal de un quiste pancreático de 15 mm en la cabeza del páncreas, con nódulo mural de 3,5 mm. En la ecografía con contraste (CEUS) se observó realce arterial del nódulo, con realce periférico en rodete y finos septos captantes, sugestivos de componente sólido vascularizado (Figura 1). La RM y la ultrasonografía endoscópica (USE) mostraron hallazgos concordantes y descartaron conexión ductal. Dado el pequeño tamaño de la lesión, no se realizó punción. Ante el signo de alarma, se indicó duodenopancreatectomía cefálica (DPC). La anatomía patológica confirmó tumor neuroendocrino pancreático bien diferenciado G1 (Ki-67 1,6%), sin invasión linfovascular ni perineural, con márgenes libres y sin metástasis en ganglios peripancreáticos. El PET/TAC con  $^{68}\text{Ga}$  descartó enfermedad a distancia.

**Discusión:** Pese a no ser técnica principal en guías, la ecografía detectó el quiste e identificó el nódulo mural, y la CEUS demostró su realce arterial. Los hallazgos fueron concordantes con RM/USE, con impacto en la decisión terapéutica.

## CC-02 | Complicación Infrecuente De La Enfermedad De Crohn |

*Autores: Sofía Patricia Criado Pérez, Joaquín Poza Cordon, Jose Luis Rueda García, Cristina Suárez Ferrer, María Dolores Martín-Arranz | H. U. La Paz. Madrid*

**INTRODUCCIÓN:** Presentamos el caso de una mujer de 33 años con Enfermedad de Crohn (EC) ileocólica estenosante-fistulizante recurrente. Doble terapia biológica tras intervención quirúrgica en dos ocasiones: La primera por estenosis refractaria con resección ileocecal y la segunda por estenosis de la anastomosis ileocólica, presentando en ambas ocasiones recurrencia postquirúrgica grave.

**CASO CLÍNICO:** Ante dolor abdominal y fiebre se realiza ecografía intestinal evidenciando en hipocondrio derecho anastomosis ileocólica latero-lateral con asa ciega que fistuliza con fondo de saco ciego de colon, identificándose a dicho nivel una masa inflamatoria en el mesenterio con múltiples trayectos fistulosos que contactan con reborde hepático (Segmento VI) formando un absceso hepático con gas en su interior e hipercaptación periférica sin relleno de unos 2 cm, se realiza punción-aspiración para ajustar antibioterapia y programar cirugía electiva, que confirmó los hallazgos descritos.

**DISCUSIÓN:** Las fístulas enterohepáticas como complicación de la EC presentan una incidencia  $< 1\%$ , habiendo sido documentadas en casos aislados. Suelen presentarse con fiebre y dolor abdominal, siendo diagnosticadas por técnicas de imagen. Dada la rareza de esta condición, no hay pautas de tratamiento establecidas, y la elección del tratamiento quirúrgico o percutáneo debe individualizarse caso por caso. Destacamos el papel de la ecografía en su detección y seguimiento, pudiendo ser una potencial herramienta en los casos que se decida drenaje percutáneo o punción aspiración de la misma.

**CC-03 | Cuando Lo Habitual Pasa A Ser Excepcional |** Autores: Ana Gabriela Rodríguez Franciso, D. Burgos-Santamaría(\*); E. Garrido (\*); Y. Chen (\*); A. Coedo (\*); C. Martínez (\*) | H. U. Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: El hemangioma es el tumor hepático benigno más frecuente y suele presentar un patrón ecográfico típico. No obstante variantes con fibrosis, trombosis o hemorragia pueden comportarse de forma atípica, suscitando diagnóstico diferencial con neoplasias o procesos infecciosos/inflamatorios.

Caso Clínico: Mujer de 63 años, natural de República Dominicana y sin historia de hepatopatía, remitida a Gastroenterología ante hallazgo de un nódulo hepático hipoecogénico de 35mm en ecografía durante el estudio de una dermatosis neutrofílica ANA+, con sospecha inicial de lupus eritematoso sistémico. La ecografía con contraste (CEUS) y la TC mostraron realce periférico y precoz en anillo grueso, rápido, sin captación central ni lavado. Al no ser posible descartar absceso, proceso neoforativo ni pseudotumor inflamatorio, se realiza una biopsia con aguja gruesa (BAG) que se informa como lesión mesenquimal sin atipia y positiva para actina, compatible con pseudotumor inflamatorio. Tras realizar RMN y descartar enfermedad por IgG4, infecciones crónicas, LES, otros procesos reumatológicos y parasitosis, se pautan corticoides. A los 2 meses la lesión permanece estable, por lo que se realiza una segunda BAG, que en esta ocasión se informa como hemangioma. Ante la discordancia de histologías y que ninguna de las pruebas de imagen orientaba a hemangioma, se solicita una gammagrafía con hematíes marcados con Tc-99m, que confirma el diagnóstico de hemangioma hepático.

Discusión: El hemangioma es la lesión focal hepática más frecuente y en >95% de los casos se diagnostica con técnicas de imagen convencional. No obstante, de forma excepcional puede requerir biopsia o medicina nuclear para ser diagnosticado.

## **CC-04 | Hidatidosis De Localización Infrecuente: Quiste Hidatídico Esplénico Primario** | *Autores: S. Casiano; Z.A. Jiménez; J. Humanes; M. Nogues; P. Robledo. M. Fernández | H. U. Cáceres*

**Introducción:** La infección por *Echinococcus granulosus* se caracteriza por la formación de quistes hidatídicos siendo el hígado la localización más habitual ( $\approx 80\%$ ). La afectación esplénica es excepcional (0,5–1%) lo que supone un reto diagnóstico por su baja prevalencia y ausencia o inespecificidad de síntomas.

**Caso Clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 49 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por clínica inespecífica dispéptica. La exploración física y estudio analíticos fueron normales. La ecografía abdominal evidenció un hígado sin lesiones focales y una imagen quística bien definida en el bazo de  $8 \times 9$  cm con calcificaciones periféricas (Figuras 1, 2). Ante la sospecha de quiste hidatídico esplénico, se realizó Tomografía axial computarizada abdominal, que confirmó la presencia de una lesión quística en el polo anterior del bazo, de hasta 9,5 cm de diámetro, con paredes calcificadas, compatible con un quiste hidatídico tipo III según la clasificación de Gharbi, sin identificarse otras localizaciones (Figura 3). La serología para hidatidosis fue negativa. Ante estos hallazgos se optó por tratamiento quirúrgico más albendazol siendo la evolución posterior favorable. La pieza quirúrgica se describió histológicamente como quiste hidatídico esplénico unilocular.

**Discusión:** La hidatidosis esplénica es infrecuente y puede simular múltiples lesiones quísticas del bazo, complicando su diagnóstico por imagen, además hasta un 40% de los casos pueden tener la serología negativa debido a la menor exposición antigénica. Según la evidencia actual, la ecografía es la técnica inicial clave, permitiendo identificar quistes bien delimitados, membranas desprendidas y calcificaciones parietales, orientando así el diagnóstico diferencial.

## **CC-05 | La Ecografía Abdominal Como Herramienta Diagnóstica Y Terapéutica De Los Quistes Hepáticos Complejos: A Propósito De Un Caso | Autores: Carolina Martínez Casas, E. Garrido (\*);D.Burgos(\*);C.Martin de Argila (\*);J.Valor(\*);A. Martínez(\*) | H. U. Ramón y Cajal**

Introducción: Los quistes hepáticos son lesiones frecuentes, generalmente benignas y asintomáticas. La ecografía abdominal es la técnica de primera línea para su detección y caracterización, permitiendo diferenciar quistes simples de lesiones complejas. La ecografía con contraste intravenoso (CEUS) aporta información dinámica sobre la vascularización septal y mural, mejorando el diagnóstico diferencial y orientando la estrategia terapéutica.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una mujer de 92 años, con antecedentes de quistes hepáticos, que acudió a urgencias por ictericia y coluria. Analíticamente destacaba bilirrubina total de 25mg/dL y elevación de enzimas de colestasis. La ecografía abdominal evidenció una lesión quística gigante en segmentos IV–V hepáticos de 160mm de diámetro máximo, con algún tabique, contenido ecogénico y foco mural hiperecogénico; asociando efecto masa vascular y biliar, con dilatación de vía biliar intrahepática. La TC abdominal con contraste evidenció hallazgos similares, recomendando pruebas complementarias para descartar la posibilidad de cistoadenocarcinoma. Se decidió realizar CEUS que mostró ausencia de captación del contenido, que había aumentado respecto a pruebas previas y paredes finas sin nodularidades. Se realizó drenaje percutáneo ecoguiado, extrayéndose 1340mL de líquido bilioso oscuro, disminuyendo la lesión a 70×50mm. Tras el procedimiento se observó mejoría clínica y analítica, permitiendo el alta hospitalaria.

Discusión: El abordaje de los quistes hepáticos complejos requiere integrar datos clínicos y de imagen. La CEUS incrementa la precisión diagnóstica y la ecografía permite intervenciones mínimamente invasivas, especialmente relevantes en pacientes añosos con elevado riesgo quirúrgico.

## CC-06 | Lesiones Focales Hepáticas Resueltas Mediante Flebotomías. Nódulos Hepáticos Sideróticos Con Sospecha Inicial De Malignidad |

*Autores: Ana Coedo Cañón; AG. Rodriguez, C. Martinez, M. García, E. Garrido, D. Burgos-Santamaría | H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**Introducción:** Los nódulos hepáticos sideróticos son un hallazgo infrecuente en pacientes con hemocromatosis sin hepatopatía avanzada. Excepcionalmente, pueden manifestarse como lesiones focales (LOEs) de aspecto metastásico. Se presenta el caso de una mujer con numerosas LOEs de aspecto alarmante que, tras estudio extenso, resuelven mediante flebotomías.

**Caso Clínico:** Mujer sana de 33 años con antecedente familiar de hemocromatosis, remitida por elevación crónica y leve de ferritina (Ferritina 318, IST 63%). La ecografía abdominal identifica al menos nueve LOEs isoecogénicas con anillo periférico hiperecogénico, de 8-15 mm de diámetro. En el estudio con contraste (CEUS) los nódulos isorrealzan en todas las fases, sin patrón hipervasculares ni lavado. A pesar de ello, la TC plantea metástasis de tumor neuroendocrino como primera posibilidad. Se realizan dos punciones dirigidas de los nódulos sin identificar malignidad y evidencian depósito intrahepatocitario de hierro. Dado el aspecto, se amplía el estudio con resonancia magnética, marcadores tumorales, PET-TC con  $^{68}\text{Ga}$  DOTATATE, ecografía mamaria y endoscopias, sin hallazgos patológicos. El estudio genético de HFE confirma mutación H63D en homocigosis, lo que unido a la manifestación fenotípica de hemocromatosis (ferritina e IST elevados) motiva a iniciar flebotomías. Transcurridos 6 meses, se objetiva normalización de la ferrocínica y desaparición de la mayoría de las LOEs.

**Discusión:** Los nódulos sideróticos excepcionalmente pueden generar imágenes indistinguibles de metástasis en ecografía convencional. El patrón dinámico del CEUS y la histología son fundamentales para orientar el diagnóstico hacia patología benigna. Todo ello, junto con la resolución de las LOEs tras flebotomías, confirmó la sospecha en este caso.

## **CC-07 | Monitorización Ecográfica Seriada De La Respuesta A Inmunosupresión En Pancreatitis Autoinmune | Autores: Wilma Pamela Villamayor Gallardo; Eva Marín-Serrano, Irene Monjo-Henry, Itziar de la Peña Navarro, Elena Velilla, Sofia Criado, Marta Abadía, María Dolores Martín-Arranz. | H. U. La Paz. Madrid**

Introducción: La evaluación de la respuesta terapéutica en la pancreatitis autoinmune tipo 1 (PAI-1) se basa en la evolución clínica, la IgG4 sérica y técnicas de imagen avanzadas. La evidencia sobre el papel de la ecografía transabdominal en la monitorización estructural tras el tratamiento es limitada.

Caso clínico: Hombre de 76 años, natural de Japón, con diabetes mellitus de reciente diagnóstico sin factores de riesgo metabólicos y antecedente familiar de cáncer de páncreas, que consulta por epigastalgia, diarrea y pérdida ponderal de 8 kg en tres meses. La integración de los hallazgos clínicos, radiológicos, serológicos e histológicos permitió el diagnóstico de PAI-1 definitiva según las International Consensus Diagnostic Criteria (ICDC), al presentar afectación pancreática difusa (nivel 1), IgG4 sérica  $>2\times$  el límite superior de la normalidad (nivel 1) y afectación biliar compatible, tras excluir malignidad. La ecografía basal mostró páncreas difusamente aumentado de tamaño, con aspecto en “salchicha”, parénquima homogéneamente hipoecogénico y conducto pancreático principal filiforme, junto a engrosamiento circunferencial de la pared biliar (7 mm), en relación con actividad inflamatoria. Tras corticoterapia no hubo mejoría clínica, analítica ni por imagen, persistiendo colestasis disociada y elevación de IgG4. Ante la ausencia de respuesta, se administraron dos dosis de rituximab, con mejoría clínica y normalización por imagen, reducción del componente inflamatorio pancreático y evolución hacia atrofia residual (Figura 1).

Discusión: La ecografía seriada permite objetivar cambios estructurales asociados a la actividad inflamatoria y constituye una herramienta accesible en la monitorización evolutiva de la PAI-1.

**CC-08 | Patrón hipervascular atípico en ecografía con contraste: Un diagnóstico final inesperado.** | *Autores: Sofía Patricia Criado Pérez, Marta Abadía Barno, Alberto Cerpa Arencibia, Juan Pablo Gamón Lanza, Alejandro Ortega Martín, María Dolores Martín-Arranz | H. U. La Paz. Madrid*

**Introducción:** La ecografía es una herramienta fundamental en la detección de lesiones ocupantes de espacio hepáticas. La ecografía con contraste (CEUS) permite su caracterización dinámica y orienta el diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de una mujer de mediana edad atendida en nuestro centro.

**Caso Clínico:** Mujer de 47 años, sin antecedentes de interés, a la que se realiza ecografía abdominal por dolor abdominal inespecífico. Analítica hepática y gastroscopia normales. En modo B se objetiva hígado sin datos de hepatopatía, identificándose en lóbulo hepático derecho una lesión sólida, heterogénea, de 5 × 6 cm. Para su caracterización se realiza ecografía con contraste (CEUS) utilizando Sonovue®, objetivándose hipercaptación intensa en fase arterial y lavado leve y tardío, no precoz. Se completa estudio con TC multifásico y RM, que confirman lesión hipervascular con discreto lavado en fases tardías, sin cicatriz central ni calcificaciones. La biopsia percutánea demuestra proliferación mesenquimal compatible con PEComa hepático, con positividad para HMB-45, Melan-A, actina de músculo liso, catepsina K y glutamina sintetasa. En comité multidisciplinar se consensua hepatectomía derecha robótica, realizada con éxito.

**Discusión:** El PEComa hepático es una neoplasia mesenquimal excepcional cuyo diagnóstico definitivo es histológico. Se caracteriza por la coexpresión de marcadores melanocíticos y musculares lisos. En nuestro caso, la ecografía permitió la detección de la lesión en un hígado sin datos de hepatopatía, orientando su comportamiento biológico y justificando la realización de pruebas complementarias, así como su posterior valoración en comité multidisciplinar.

**CC-09 | Síndromes colestásicos en el adulto: La ecografía como herramienta clave en el diagnóstico de PFIC-3** | *Autores: Sofía Patricia Criado Pérez, Antonio Olveira Martín, Miriam Romero Portales, Juan Pablo Gamón Lanza, Alejandro Ortega Martín, María Dolores Martín-Arranz | H. U. La Paz. Madrid*

**Introducción:** Las colestasis genéticas del adulto constituyen un grupo de entidades infradiagnosticadas debido a su clínica heterogénea e inadecuada aplicación del algoritmo diagnóstico (Ecografía, inmunidad, RM, biopsia y genética). Presentamos el caso de un varón de 22 años diagnosticado previamente de fibrosis hepática congénita (FHC), varices esofágicas y esplenomegalia que inicia seguimiento en nuestro centro.

**Caso Clínico:** El paciente presentaba episodios recurrentes de dolor epigástrico y prurito junto a colestasis analítica (AST 105 UI/L, ALT 355 UI/L, FA 233 UI/L y GGT 681 UI/L). Se realizó ecografía abdominal evidenciando múltiples hepatolitiasis (puntos en los conductos biliares periféricos con sombra acústica) junto a la ausencia de hamartomatosis (Parénquima homogéneo, descartando FHC) y quistes biliares (Descartando Síndrome de Caroli). Ante la presencia de colestasis, prurito y hepatolitiasis se estableció la sospecha de colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 3 (PFIC-3), realizando biopsia hepática (Diagnóstico previo de FHC) y estudio genético. La biopsia evidenció proliferación ductal, metaplasia colangiolar y fibrosis avanzada (F3) en ausencia de hamartomatosis. El estudio genético mediante NGS identificó dos variantes en heterocigosis en el gen ABCB4 (c.1445T>C;p.Phe482Ser y c.1769G>A;p.Arg590Gln), permitiendo establecer el diagnóstico de PFIC-3.

**Discusión:** La presencia de hepatolitiasis es característica de PFIC-3 debido a la ausencia de fosfolípidos (MDR3: Heterocigosis LPAC, homocigosis PFIC-3). Además, la colestasis, prurito y hepatolitiasis en ausencia de Caroli no son típicos de PFIC-2. Tras inicio de tratamiento con Ácido Ursodesoxicólico, se resolvió el prurito y la colestasis analítica. Este caso subraya la relevancia de la ecografía en el diagnóstico de los síndromes colestásicos.

## **CC-10 | Quiste hepático ciliado: una entidad infrecuente que conviene tener presente** | Autores: S. Redondo, I. Bartolomé, A. Flandes, I. Gala, L. Castilla, S. Tabernero | H. U. Príncipe de Asturias

Introducción: El quiste hepático ciliado es una lesión infrecuente de naturaleza benigna, derivada del intestino embrionario anterior. Se han descrito menos de 200 casos en la literatura, siendo muy infrecuente.

Caso clínico: Varón de 37 años en estudio por un cuadro emético. Se solicitó una tomografía computarizada abdominal evidenciando una lesión hepática nodular de 20 mm en segmento IVb con densidad mayor que el líquido. La lesión descrita se mostró hipointensa en T1 y heterogénea en T2 en la resonancia magnética, siendo sugestiva de un quiste con contenido. Ecográficamente, la lesión se mostró anecoica con refuerzo posterior, con contenido ecogénico en su interior y sin captación Doppler. Ante la sospecha de un quiste ciliado y puestos los vómitos en contexto de cólicos biliares, se indicó una colecistectomía y quistectomía electivas con abordaje laparoscópico. El estudio histológico de la lesión confirmó el diagnóstico.

Conclusión: Los quistes ciliados suelen ser uniloculares y subcapsulares, sin comunicación con la vía biliar; diagnosticados generalmente de manera incidental en pruebas de imagen. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Se caracterizan por tener una pared compuesta por cuatro capas, entre las que destacan un epitelio columnar ciliado pseudoestratificado y una de músculo liso.

Son de naturaleza benigna, no obstante, se ha descrito su transformación maligna en carcinoma escamoso en un porcentaje no desdeñable de casos, por lo que debemos tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas hepáticas. Su manejo no está estandarizado, no obstante, muchos autores abogan por su resección quirúrgica.

## **CC-11 | Ecografía Intestinal En La Actinomicosis Abdominal: A Propósito De Un Caso** | Autores: *Mónica Delgado Lobo, B. Franchez Martincorena, B. de las Heras Páez de la Cadena, M. Amo Peláez, ML. Manzano Alonso, A. Martín Algíbez* | H. U. 12 de Octubre. Madrid

**Introducción.** La actinomicosis es una enfermedad infrecuente causada por bacilos grampositivos anaerobios del género *Actinomyces*. Aproximadamente el 20 % de los casos presentan afectación abdominal en forma de masa, localizada principalmente en el apéndice y región ileocecal, que puede abscesificarse y fistulizarse y suele cursar con dolor abdominal, masa palpable y fiebre. El diagnóstico definitivo requiere confirmación histológica o microbiológica.

**Caso clínico.** Mujer de 16 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que acude a Urgencias por dolor agudo en fosa iliaca derecha (FID) asociado a fiebre. La ecografía intestinal mostró en FID una gran masa inflamatoria de aproximadamente 7 cm de diámetro, con extensión al hipogastrio, que englobaba varias asas intestinales, complicada con una fístula y líquido libre adyacente. Próximo a la masa, se identificó una estructura tubular sugestiva de apéndice engrosado. Ante la sospecha de apendicitis aguda con plastrón inflamatorio, se realizó una laparotomía con apendicectomía y resección ileocecal. El estudio anatomopatológico evidenció inflamación aguda abscesificada a nivel cecal y la presencia de *Actinomyces*. La paciente presentó una evolución favorable.

**Discusión.** El diagnóstico de la actinomicosis abdominal requiere alto grado de sospecha, ya que tanto los síntomas como los hallazgos en pruebas de imagen no son específicos. La ecografía puede mostrar masas, fístulas, engrosamiento parietal o reacción mesentérica, hallazgos que pueden simular una apendicitis aguda, una EII complicada o una neoplasia.

No obstante, es una herramienta útil en la evaluación inicial y deberemos incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor y masa abdominal.

**CC-12 | Cuando la ecografía abdominal es capaz de ver más allá de lo esperado** | Autores: *Alberto Velasco Hernández, F. Mesonero Gismero, E. Garrido Gómez, C. Martín de Argila, D. Burgos Santamaría, A. Albillos Martínez | H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**Introducción:** El tratamiento endovascular de varices gástricas y shunts portosistémicos es actualmente un reto en pacientes cirróticos con anatomía compleja o contraindicación para TIPS.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 71 años con cirrosis hepática por VHC descompensada con hemorragia por varices gástricas. Se realizó tratamiento endoscópico con cianoacrilato®, pero dado el riesgo de recurrencia y la contraindicación para TIPS por hipertensión pulmonar se realizó una embolización transhepática anterógrada de las varices esofago-gástricas utilizando tapones vasculares de nitinol® y cianoacrilato®, cerrando también el shunt esplenorenal. Dos semanas más tarde se realizó una ecografía abdominal programada, visualizándose como hallazgo inesperado la presencia de un material hiperecogénico a nivel de la vena gástrica izquierda y la vena esplénica en su confluencia con la vena renal, que, revisando la historia clínica, era compatible con el material embolizante usado.

**Discusión:** La ecografía abdominal es una herramienta fundamental en la cirrosis. Las recientes mejoras en la imagen permiten identificar hallazgos sutiles que antiguamente habrían pasado desapercibidos, adquiriendo esta técnica gran utilidad en distintos ámbitos de la hepatopatía crónica. Para el tratamiento de varices gástricas puede ser útil la embolización mediante obliteración transvenosa retrógrada con balón de oclusión(BRTO). Existen variantes como el abordaje transhepático anterógrado con tapones de nitinol® y cianoacrilato®. Mediante ecografía, es posible observar material hiperecogénico endovascular correspondiente a dichas sustancias, representando un hallazgo inesperado.

Su reconocimiento y correlación con el antecedente es importante para diferenciarlo de otras complicaciones vasculares y para evaluar de manera no invasiva el éxito terapéutico.

## **CC-13 | La Ecografía Con Contraste (Ceus) Puede Ser Superior A La Tomografía (Tc) En La Caracterización De Lesiones Focales En Esteatosis Hepática Grave | Autores: Diego Burgos Santamaría, Elena Garrido Gómez, Ana Coedo Cañón, Ana Gabriela Rodríguez Francisco, Agustín Albillos | H. U. Ramón y Cajal. Madrid**

Introducción: El hígado es uno de los principales órganos de diseminación hematológica, siendo las metástasis hepáticas más frecuentes las de cáncer colorrectal, de mama, pulmón y páncreas. La esteatosis hepática grave disminuye la sensibilidad de la TC para la detección de metástasis. Ante el hallazgo ecográfico de lesiones focales hepáticas en un paciente oncológico, el estudio con contraste ecográfico (CEUS) puede tener mayor rentabilidad diagnóstica.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer de 50 años con antecedentes de hígado graso metabólico (MASLD) y carcinoma de mama tratado con cirugía y adyuvancia con tamoxifeno. Es remitida a las consultas de Hepatología por alteración del perfil hepático llamativa para MASLD. Ante la sospecha de hepatotoxicidad por tamoxifeno se suspende el fármaco tras 5 años de tratamiento, logrando normalización del perfil hepático. En una ecografía de control 12 meses después se identifican múltiples lesiones focales hepáticas hipoecoicas de pequeño tamaño. En el estudio con contraste ecográfico (SonoVue®) muestran hiperrealce arterial y lavado portal precoz, patrón diagnóstico de malignidad (Imagen 1). Se completa estudio con TC que identifica los nódulos con dificultad y resulta no concluyente debido a la esteatosis grave (Imagen 2). Finalmente, se realiza una biopsia hepática dirigida de uno de los nódulos, confirmándose infiltración hepática por carcinoma de inmunofenotipo mamario.

Discusión: La ecografía con contraste agiliza la caracterización de las lesiones focales hepáticas y en contextos de esteatosis grave puede tener mayor rentabilidad diagnóstica que la TC.

**CC-14 | Diverticulitis de meckel: una entidad excepcional en adultos. papel de la ecografía en el diagnóstico. | Autores: M. Aragüés (\*); M.L. Manzano (\*); C. Moreno (\*); A. Masedo (\*); M. Amo (\*); A. Martín (\*). (\*) Hospital Universitario 12 de Octubre | H. U. Ramón y Cajal**

**Introducción:** La diverticulitis de Meckel en adultos constituye una entidad poco frecuente. Su presentación puede simular una apendicitis, por lo que pocas veces se sospecha de forma preoperatoria. Presentamos un caso diagnosticado por ecografía en un paciente adulto y en el que el seguimiento ecográfico permitió descartar complicaciones en la evolución.

**Caso Clínico:** Paciente de 61 años que ingresa por dolor abdominal de predominio en fosa ilíaca derecha, con elevación de reactantes de fase aguda. La ecografía abdominal muestra inflamación de ciego e imagen en ileon terminal redondeada con pared engrosada estratificada irregular y afectación de la grasa adyacente. El TAC confirma la sospecha diagnóstica de diverticulitis de Meckel. Durante el ingreso se trata de forma conservadora con antibioterapia, con evolución favorable. Una ecografía de control descarta complicaciones por lo que es dado de alta para cirugía posterior programada.

**Discusión y Conclusión:** La ecografía abdominal es la técnica de primera línea en el diagnóstico del dolor abdominal. En población pediátrica, presenta una elevada sensibilidad y especificidad para identificar la diverticulitis de Meckel. En adultos el diagnóstico diferencial es más amplio e incluye patologías más prevalentes, como apendicitis aguda, enfermedad de Crohn, etc. En el caso que presentamos, la ecografía dirigida orientó la sospecha diagnóstica que se confirmó con TAC. Asimismo, el seguimiento ecográfico permitió un alta precoz y segura.

## **CC-15 | Apendicitis Aguda Secundaria A Foco Endometriósico En Paciente Histerectomizada Con Doble Anexectomía | Autores: Óscar Pérez Aznar, C. Prieto, D. Ruiz-Clavijo, R. Armendáriz, C. Saldaña, J.I. Uriz | H. U. Navarra**

**Introducción:** La endometriosis puede simular patologías abdominales agudas, que precisan tratamiento quirúrgico. No es fácil su detección mediante pruebas de imagen y por ello es importante la sospecha clínica.

**Caso Clínico:** Mujer de 49 años, portadora de BRCA2 e intervenida de histerectomía con doble anexectomía. Presenta dolor en fosa ilíaca derecha de un año de evolución y en colonoscopia de cribado se observa inflamación apendicular con biopsias no concluyentes. Se amplía estudio con ecografía y TAC abdominal que describen el apéndice dilatado (8,2 mm) con engrosamiento parietal de 3,9 mm, pequeñas ulceraciones en la base y un engrosamiento nodular de la muscular, en la punta, compatible con posible foco de endometriosis o tumor carcinoide. Dados estos hallazgos y la duda diagnóstica, la paciente finalmente se somete a apendicectomía laparoscópica diagnóstica que muestra un apéndice sin signos inflamatorios. El análisis histológico de la pieza mostró que se trataba de un apéndice con focos de endometriosis y ligera apendicitis aguda en la base. Tras la intervención quirúrgica la paciente se encuentra asintomática.

**Discusión:** La afectación endometriósica del apéndice o peritoneo puede manifestarse con dolor en fosa ilíaca derecha, imitando una apendicitis aguda. Su diagnóstico suele ser incidental durante la cirugía o posteriormente en el análisis histológico. Este caso resalta la importancia de considerar etiologías ginecológicas en mujeres en edad fértil con abdomen agudo y la necesidad de una adecuada correlación clínico-patológica para el correcto manejo. Llama la atención en este caso el antecedente de la paciente de la histerectomía y doble anexectomía.

## CC-16 | Ecografía como herramienta diagnóstica inicial en linfoma folicular mesentérico: caso clínico | Autores: Andoni Pedraza Pérez, B. Álvarez, L. Martín, A. Gamba, L. Espinosa | H. U. de Álava

**INTRODUCCIÓN:** El dolor abdominal inespecífico es un motivo frecuente de consulta y requiere estrategias diagnósticas rápidas y precisas. La ecografía abdominal permite evaluar en tiempo real la morfología y vascularización de vísceras sólidas, asas intestinales y mesenterio. Presentamos un caso en el que la ecografía permitió la identificación precoz de una masa mesentérica hipervascular, orientando el diagnóstico hacia un proceso linfoproliferativo.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 66 años con dolor abdominal hipogástrico, estreñimiento progresivo y pérdida ponderal >5 kg de tres meses de evolución. La exploración física evidenció una tumoración indurada dolorosa en hipogastrio. La ecografía inicial mostró una masa mesentérica de 118 × 95 mm, heterogénea y de bordes irregulares, asociada a tres adenopatías satélites y pequeña cantidad de líquido libre. La lesión condicionaba compresión y dilatación yeyunal (34 mm). El Doppler color y SMI evidenciaron flujo arterial central en patrón radial, y CEUS mostró realce arterial con lavado precoz y áreas anecoicas persistentes, compatibles con necrosis. Orientando todo ello hacia tumor mesentérico hipervascular de origen linfoproliferativo como primera posibilidad. La TC y PET-TC corroboraron que se trataba de una masa hipermetabólica con adenopatías supra e infradiaphragmáticas sugestivas de proceso linfoproliferativo. La biopsia ecoguiada estableció el diagnóstico de linfoma folicular de bajo grado (estadio IVA) iniciando el paciente tratamiento con R-CHOP.

**DISCUSIÓN:** La ecografía permitió caracterización morfológica y hemodinámica de la masa, detección de complicaciones y guía segura de biopsia, consolidándose como herramienta clave en la filiación diagnóstica inicial del dolor abdominal y en la identificación precoz de masas mesentéricas oncohematológicas.

**CC-17 | De la hemorragia digestiva al hallazgo de una lesión duodenal obstructiva: ¿complicación postoperatoria o neoplasia? Papel clave de la ecografía y CEUS | Autores: María Aragüés Floristan; M. Amo (\*); S. Sáenz-López (\*); M.L. Manzano (\*); B. de las Heras (\*); A. Martín (\*) - (\*) Servicio de Aparato Digestivo | Hospital Universitario 12 de Octubre.**

**Introducción:** La ecografía es la técnica diagnóstica inicial en la ictericia obstructiva, permitiendo descartar obstrucciones y orientar su etiología. En lesiones ampulares, su rendimiento puede verse limitado por la localización; sin embargo, asociada a contraste (CEUS), permite una caracterización vascular dinámica con elevada sensibilidad. Presentamos un caso en el que ambas técnicas resultaron decisivas en el diagnóstico de la lesión tras la terapéutica endoscópica.

**Caso Clínico:** Mujer de 58 años ingresada previamente por shock hemorrágico secundario a úlcera duodenal tratada con adrenalina y etoxiesclerol. Semanas después reingresa por ictericia obstructiva aislada. La ecografía mostró dilatación marcada de la vía biliar intra y extrahepática (colédoco 14mm), con conducto pancreático principal conservado. A nivel periampular se identificó lesión redondeada de 3cm, hipoecogénica y halo líquido, condicionando compresión del colédoco distal. La CEUS evidenció hiperrealce arterial difuso y homogéneo sin lavado precoz, elevando la sospecha de lesión sólida vascularizada, más probable lesión neoplásica frente a colección inflamatoria. La resonancia magnética confirmó lesión sólida duodenal con afilamiento brusco del colédoco distal e impronta sobre cabeza pancreática, compatible con proceso neofornativo. Finalmente se realiza ecoendoscopia con punción, confirmando adenocarcinoma con diferenciación pancreatobiliar.

**Discusión:** El diagnóstico de lesiones duodenales periampulares es complejo por su pequeño tamaño y localización profunda. La ecografía presenta sensibilidades de en torno al 80% para obstrucción distal y del 60–70% para identificar la etiología, aumentando con CEUS hasta 85–90% en lesiones sólidas.

En este caso, la ecografía permitió confirmar la obstrucción, identificar la lesión y, mediante CEUS, estratificar la probabilidad de malignidad, demostrando su papel clave en el diagnóstico.

**CC-18 | Más allá de la litiasis: diagnóstico ecográfico precoz de pyleflebitis séptica mediante ecografía a pie de cama | Autores: JP. Gamón Lanza; E. Marín-Serrano<sup>1</sup>; A. Ortega<sup>1</sup>; S. Criado<sup>1</sup>; J. Aizpurua<sup>2</sup>; M.D. Martín-Arranz<sup>1</sup> (Servicios de Aparato Digestivo<sup>1</sup> y Cirugía General<sup>2</sup> del Hospital Universitario La Paz) | H. U. La Paz**

**Introducción:** La pyleflebitis séptica es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal de infecciones intraabdominales, incluida la patología biliar. Su reconocimiento precoz resulta determinante para optimizar el pronóstico.

**Caso clínico:** Varón de 77 años que consulta por dolor abdominal leve de 12 horas de evolución, sin fiebre ni signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaban leucocitosis y elevación de transaminasas con patrón mixto. La ecografía inicial mostró vesícula distendida con engrosamiento parietal (5,4 mm), litiasis de 2 cm con detritus intraluminales y discreta dilatación del colédoco, orientando a pancreatitis aguda biliar en contexto de colecistitis aguda litiásica, con sospecha de coledocolitiasis. A las 24 horas presentó marcado deterioro analítico con respuesta inflamatoria sistémica y colestasis progresiva, pese a mantener estado general, permanecer afebril, hemodinámicamente estable y con tolerancia oral. Ante esta discordancia clínico-analítica, se realizó ecografía a pie de cama por el gastroenterólogo de guardia, evidenciando vesícula distendida con engrosamiento parietal severo (16 mm). En el hilio hepático se observaron múltiples focos hiperecogénicos móviles en la vena porta y ramas intrahepáticas con artefacto de reverberación tipo ring-down, compatibles con gas intraportal, junto a engrosamiento de la pared portal, sin trombosis visible. (Figura-1). Se activó manejo urgente y, en menos de una hora, se realizó colecistostomía e ingreso en UCI, iniciándose antibioterapia y anticoagulación. La TC confirmó pyleflebitis séptica. La evolución fue favorable.

**Discusión:** La ecografía clínica a pie de cama por el gastroenterólogo puede ser clave para detectar signos precoces de pyleflebitis, acelerar decisiones terapéuticas e influir en el pronóstico.

**CC-19 | La gran simuladora también a nivel hepático: A propósito de dos casos** | Autores: C. Meizoso Montesinos, P. Ramírez Alcázar, B. de las Heras Páez de la Cadena, M. Amo Peláez, ML. Manzano Alonso, A. Martín Algíbez | H. U. 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción:** Las lesiones hepáticas son una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, que puede simular abscesos, quistes hidatídicos e incluso neoplasias. La ecografía abdominal suele ser la primera prueba de imagen, siendo fundamental la correlación clínico-radiológica para orientar el diagnóstico.

**Casos clínicos:** El primer caso corresponde a un varón de 32 años con diagnóstico de tuberculosis ganglionar en tratamiento, que además presenta una infección crónica por VHB con HBeAg negativo. En este contexto se solicita un estudio hepático ecográfico. La ecografía identificó dos lesiones subcapsulares en el segmento V, de 18 y 11 mm y de aspecto mixto sólido-quístico (contorno hiperecogénico y centro hipoecoico con material denso), sugestivas, en el contexto clínico, de tuberculomas hepáticos (Figura 1). El segundo caso corresponde a una mujer de 38 años con enfermedad de Crohn y antecedente de tuberculosis latente parcialmente tratada, que ingresa en 2019 por tuberculosis diseminada tras inicio de Adalimumab. La ecografía abdominal evidenció múltiples lesiones hepáticas hipoecoicas. El estudio con contraste (SonoVue®) mostró realce periférico arterial y de los septos internos, con lavado en fase venosa, hallazgos compatibles con abscesos tuberculosos (Figura 2).

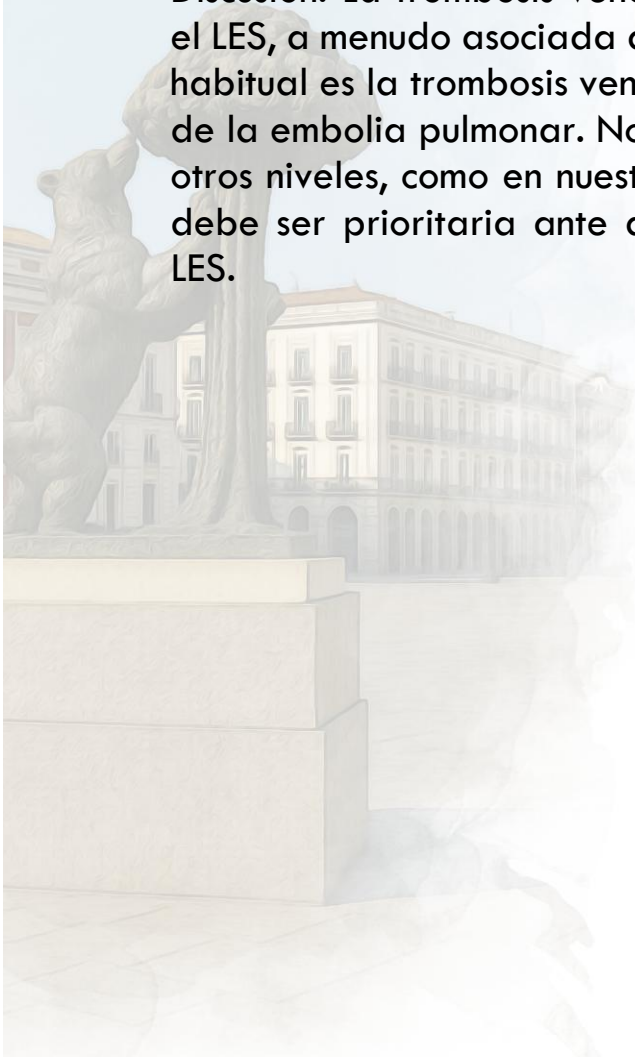
**Discusión:** La tuberculosis hepática es una entidad cuyo diagnóstico puede resultar complejo debido a su baja prevalencia y al amplio diagnóstico diferencial de sus manifestaciones ecográficas, pudiendo presentarse como lesiones hipoecoicas, hiperecogénicas o mixtas. La adecuada correlación con los antecedentes infecciosos y otras pruebas de imagen resulta clave para orientar el diagnóstico y evitar la realización de procedimientos invasivos innecesarios.

**CC-20 | Ecografía en patología vascular no sospechada asociada al lupus eritematoso sistémico (LES)** | Autores: Mónica Delgado Lobo, ML. Manzano Alonso, P. Ramírez Alcázar, B. de las Heras Páez de la Cadena, M. Amo Peláez, A. Martín Algíbez | H. U. 12 de Octubre

**Introducción:** La ecografía abdominal puede poner de manifiesto lesiones vasculares relevantes en patologías sistémicas. Presentamos dos pacientes con LES con trombosis de la vena cava inferior (VCI) en ecografía.

Caso Clínico: Pacientes mujeres de 23 y 28 años con diagnóstico de LES y alteraciones en la bioquímica hepática, por lo que se realizó ecografía abdominal. En la primera paciente se evidenció oclusión de la VCI con datos de hipertensión portal (HTP), circulación colateral y una lesión de 9,8 mm en el segmento IV hepático, sugestiva de hiperplasia nodular focal-like. El TAC mostró “agenesia” de la VCI retrohepática y suprarrenal, con dilatación del sistema ácidos, ausencia de relleno de venas hepáticas, esplenomegalia homogénea y marcada colateralidad. La flebografía confirmó la oclusión de la desembocadura de las venas suprahepáticas, drenando a colaterales, y la cavografía inferior evidenció cambios postrombóticos en la VCI suprarrenal. La gastroscopia reveló varices esofágicas grandes. En la segunda paciente, la ecografía sugirió trombosis de la VCI con dilatación de la vena suprahepática media y signos de HTP, hallazgos confirmados por TAC. Ambas pacientes presentaban síndrome antifosfolípido y recibieron anticoagulación.

Discusión: La trombosis venosa es una complicación frecuente y grave en el LES, a menudo asociada al síndrome antifosfolípido. La localización más habitual es la trombosis venosa profunda de miembros inferiores, seguida de la embolia pulmonar. No obstante, pueden presentarse afectaciones a otros niveles, como en nuestros casos, por lo que la ecografía abdominal debe ser prioritaria ante alteraciones analíticas o clínica abdominal en LES.



## Comunicaciones Orales

**CO-01 | ¿Podemos anticipar una ecografía subóptima? Factores asociados al índice de visualización (vis) en el cribado del hepatocarcinoma.** | Autores: C. Broco Fernández, S. Borrego Rivas, V. Blázquez Ávila, P. Suárez Álvarez, S. Diez Ruiz, R. Díez Rodríguez. | C. Asistencial Universitario de León

La ecografía semestral es la técnica recomendada para el cribado de hepatocarcinoma en la hepatopatía crónica. Se analizaron los factores asociados a la calidad ecográfica.

Estudio observacional longitudinal (febrero 2024–agosto 2025) en pacientes en programa de cribado. Se recogieron variables demográficas, etiología, IMC, perímetro de cintura. Se registraron limitaciones técnicas y se realizó ecografía nutricional. La calidad se clasificó según US LI-RADS (VIS A–C).

Se incluyeron 240 pacientes (70,4% varones; edad media 65 años). El IMC medio fue 28,9 kg/m<sup>2</sup> (DS 4,9). El 23,4% de los pacientes presentaban obesidad y 56,3% perímetro de cintura patológico. La etiología predominante fue enólica (42,1%) y MASLD (19,6%). La calidad fue VIS A 42,9%, VIS B 48,3% y VIS C 8,8%. El meteorismo fue la principal limitación (51,3%). Tanto el IMC, como el perímetro de cintura, grosor de grasa subcutánea y preperitoneal mostraron una relación lineal inversa estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con el grado de visualización. IMC: VIS-A: 26,8 kg/m<sup>2</sup>, VIS- B: 29,7 kg/m<sup>2</sup> y VIS-C: 33,9 kg/m<sup>2</sup>; Perímetro de cintura: VIS-A 95,3cm, VIS-B 104,6cm y VIS-C 114,2cm; Grasa visceral: VIS-A 6,7mm, VIS-B 8,1mm, VIS-C 11,8mm; Grasa subcutánea VIS-A 15,4mm; VIS-B 17,3mm; VIS-C: 19,3mm.

Un 57% de las ecografías no resultan satisfactorias para el cribado. La calidad disminuye progresivamente a medida que aumentan el IMC, el perímetro de cintura y el espesor de grasa abdominal. En el contexto del creciente peso de la etiología metabólica y alcohólica, integrar sistemáticamente estos parámetros podría anticipar estudios limitados, optimizar recursos y permitir una vigilancia individualizada.

## **CO-02 | Comparación de rigidez hepática mediante FIBROSCAN y elastografía SHEARWAVE: análisis de concordancia y reclasificación clínica** | Autores: Miguel Fernández Bermejo, Álvaro Fernández Viana, Pablo Solís Muñoz, Javier Molina Infante | H. U. Cáceres

**Introducción:** La intercambiabilidad entre distintos métodos de elastografía hepática puede ser clínicamente relevante para la toma de decisiones y el seguimiento. Evaluamos la concordancia entre FibroScan (FS) y elastografía por onda de corte (SWE) en práctica clínica real.

**Métodos:** Estudio prospectivo, transversal de pacientes remitidos para realización de elastografía con FibroScan y que se realizó en el mismo día una elastografía SWE con ecógrafo Canon i800e. Se excluyeron pacientes a los que no se realizó ambos métodos, o no se conseguían mediciones con ambos. Se evaluó equivalencia mediante TOST con márgenes predefinidos ( $\pm 1,5$  y  $\pm 2,0$  kPa). La concordancia se analizó mediante Bland–Altman e ICC (modelo de dos vías mixto, acuerdo absoluto). Se realizó análisis de reclasificación clínica según puntos de corte  $< 8$ ,  $8-10$ ,  $10-15$  y  $> 15$  kPa. Se efectuó subanálisis en pacientes con FS  $< 15$  kPa.

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes ( $55,3 \pm 14,9$  años; 57,8% mujeres) con mediciones pareadas de rigidez hepática (kPa) mediante FS y SWE. En el análisis global, la diferencia media (SWE–FS) fue  $-1,06$  kPa (IC90%  $-2,30$  a  $0,18$ ), sin demostrarse equivalencia para  $\pm 1,5$  ni  $\pm 2,0$  kPa. Los límites de acuerdo fueron amplios ( $-14,9$  a  $+12,8$  kPa) e ICC 0,60. La concordancia categórica fue 78,9% (kappa 0,59), con reclasificación del 6,7% al cruzar 10 kPa y 3,3% al cruzar 15 kPa. En pacientes con FS  $< 15$  kPa ( $n=79$ ), la concordancia mejoró: diferencia media 0,53 kPa (IC90% 0,18 a 0,88), límites de acuerdo  $-3,1$  a  $+4,2$  kPa e ICC 0,77. La reclasificación fue baja (7,6% para 10 kPa y 2,5% para 15 kPa).

**Conclusiones:** No se demostró equivalencia global entre FS y SWE. Sin embargo, en el rango  $< 15$  kPa —representativo de la práctica habitual— la concordancia fue adecuada y la reclasificación clínicamente relevante fue baja.

SWE podría ser útil en pacientes no cirróticos y para seguimiento intra-método, aunque no completamente intercambiable con FS en todos los rangos.

## **CO-03 | El grado de afectación ecográfica hepática en la telangiectasia hemorrágica hereditaria como predictor de hipertensión pulmonar |**

*Autores: Celia Vega Ibáñez, L. Téllez Villajos, E. Garrido Gómez, V. Gómez del Olmo, J. Donate Ortega, A. Albillos Martínez | H. U. Ramón y Cajal . Madrid*

**Objetivos:** Describir en una población con telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) las características ecográficas de la afectación hepática y la relación entre éstas y la presencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP).

**Material Y Método:** Serie consecutiva de 19 pacientes con THH y afectación vascular hepática evaluados mediante ecografía, TC/RM, elastografía hepatoesplénica, medición del gradiente de presión venosa hepática (GPVH) y cateterismo cardiopulmonar. Se ha realizado un análisis comparativo en función de la presencia de hipertensión pulmonar (HAP) (presión arterial pulmonar media  $>20$  mmHg) entre los grupos con afectación leve y grave con THH mediante las pruebas de chi-cuadrado y U-Mann-Whitney.

**Resultados:** 15 (78.9%) pacientes fueron mujeres con edad media de 48.0 (42.0-65.0) años. El tipo 1 de malformaciones venosas hepáticas (MVH) fue el más frecuente (63.2%), seguida de la combinación de tipo 1 y 2 (26.3%). 11 pacientes (57.7%) presentaron colestasis. 10 (52.6%) pacientes presentaban lesiones nodulares hepáticas tipo hiperplasia nodular focal y 9 (47.4%) pacientes presentaban datos ecográficos de gravedad según el índice ecográfico utilizado. 11 pacientes (57.9%) cumplían criterios de HAP. Los pacientes con HAP presentaron con mayor probabilidad signos ecográficos de gravedad (81.8 vs. 0%;  $p < 0.01$ ) y colestasis (81.8% vs. 20.0%,  $p = 0.02$ ), sin diferencias entre grupos en la prevalencia de nódulos hepáticos, en el gradiente de presión portal y en la elastografía.

Conclusiones: En los pacientes con THH que presentan afectación hepática, podría existir una relación entre el grado de afectación ecográfica y la presencia de HAP. La adecuada clasificación de los hallazgos ecográficos, incluido un amplio estudio Doppler, es fundamental para estratificar el riesgo y establecer estrategias terapéuticas de forma precoz en estos pacientes.

**CO-04 | La elastografía de transición esplénica como marcado no invasivo para la disfunción hemodinámica del tips. | Autores: Ana Coedo Cañon, E. Garrido, D. Burgos-Santamaría, M. Torres, A. Guerrero, L. Téllez | H. U. Ramón y Cajal.**

**OBJETIVOS:** La disfunción hemodinámica del TIPS es una complicación relevante no siempre identificada mediante criterios ecográficos convencionales. La rigidez esplénica (SSM) podría ser más precisa para detectarla. El objetivo es evaluar la capacidad diagnóstica de la SSM para identificar disfunción del TIPS y compararla con la rigidez hepática (LSM).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional en pacientes cirróticos con TIPS revisado entre junio y diciembre 2025. La disfunción hemodinámica se definió como gradiente de presión portal (PPG)  $>12$  mmHg o reducción  $<50\%$  del PPG basal. La variable principal fue la SSM medida en la revisión. Se realizó análisis descriptivo y se evaluó la capacidad diagnóstica de SSM y LSM mediante curvas ROC, estimando el área bajo la curva (AUC) mediante bootstrap y determinando el punto de corte óptimo con el índice de Youden.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 27 pacientes [74% varones, mediana de edad 63 años(IQR 56-70)]. Las principales indicaciones del TIPS fueron hemorragia por hipertensión portal y ascitis refractaria. Siete pacientes (26%) presentaron disfunción hemodinámica según criterios invasivos, identificados 4 por criterios ecográficos clásicos (57%). La SSM fue significativamente mayor en aquellos con disfunción hemodinámica. Mostró excelente capacidad diagnóstica para identificarla, con un AUC de 0,89 (IC 95%:0,74–1,00) y un punto de corte óptimo de  $\geq 46,5$  kPa

(sensibilidad 100%, especificidad 75%). En contraste, la LSM mostró una capacidad discriminativa pobre (AUC 0,40).

**CONCLUSIONES:** La rigidez esplénica presenta alta precisión diagnóstica para detectar disfunción hemodinámica del TIPS. Podría ser una herramienta útil para optimizar la indicación de evaluación hemodinámica invasiva.

**CO-05 | Seguimiento ecográfico de los pacientes con Enfermedad de Crohn de nuestro centro. Resultados anuales |** *Autores: Laura Martín Asenjo, Laura Espinosa Taranilla, Patricia Ramírez De La Piscina, María De Los Ángeles Ogueta Fernández | H. U. de Álava.*

**Introducción:** La ecografía intestinal es una técnica accesible, barata y poco invasiva con un rendimiento similar a otras técnicas de imagen como la enteroRMN para el diagnóstico, evaluación de actividad, extensión, localización de la enfermedad y detección de complicaciones en pacientes con enfermedad de Crohn (EC). Además, es extremadamente útil para la monitorización de respuesta a tratamiento, detección de recurrencias anticipándose a la aparición de sintomatología y siendo más sensible y específica que la información proporcionada por los biomarcadores.

## Material y Métodos

**Diseño:** Estudio observacional de cohortes ambispectivo

**Población de estudio:** Pacientes diagnosticados de EC derivados de la consulta monográfica de inflamatoria. Se realiza una ecografía basal y posteriormente ecografías de seguimiento según protocolo (ecografía anual en pacientes estables, cada 6 meses si existe actividad que requiere ajuste de tratamiento y en un periodo máximo de 1 mes si existe empeoramiento clínico que requiere ingreso o valoración urgente por el especialista). Se subdivide a los pacientes en dos grupos (Diagnóstico de novo/Revisión) realizando un análisis de los datos demográficos, manifestaciones extraintestinales, hallazgos ecográficos, CDAl, índices endoscópicos (si se han realizado en la misma revisión) y tratamientos pautados. Para poder evaluar mejor a los pacientes se ha diseñado un índice ecográfico numérico incluyendo grosor de pared, grado de hiperemia, estructura de las capas, existencia de úlceras y de estenosis. En cada revisión se recogen de nuevo todas las variables. Se ha diseñado una Redcap para poder recoger todos los datos y posteriormente realizar un estudio estadístico.

Resultados: Se han registrado las ecografías realizadas desde Mayo de 2025 hasta Enero 2026 incluyendo 304 pacientes a los que se ha realizado una ecografía basal, 131 pacientes (2 ecografías), 35 (3 ecografías), 8 (4 ecografías) y 3 (5 ecografías). De los 304 pacientes, 282 habían sido previamente diagnosticados (ecografía basal de revisión) y a 22 se realizó la ecografía al inicio de diagnóstico (diagnostico de novo). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 14.89 años (SD 12.45) y la edad media de diagnóstico de 40,35 años (SD 19.26). 172 pacientes (57%) fueron hombres y 132 (43%) mujeres. En 197 pacientes se detectó engrosamiento de la pared de ileon terminal (64,8%); el grosor medio de la pared fue de 5 mm (SD 1,41) y la longitud media de 8.76 cm (SD 7.71); se detectó hiperemia leve en 47 pacientes (23,9%), moderada en 66 (33.5%), severa en 27 (13.7%) y ausente en 57 (28.9%). La estratificación de las capas estaba alterada de forma focal en 53 pacientes (26,9%) y de forma extensa en 23 pacientes (11,7%). Se detectaron ulceras murales en 54 pacientes (27,4%). Se detectó afectación de la pared yeyunal en 9 pacientes, sigma en 11, colon descendente en 5, colon transverso en 6 y colon ascendente en 14. En 143 pacientes se detecto afectación de la grasa mesentérica (47%). En las ecografías de seguimiento se detectó respuesta ecográfica en 34,4%, remisión en 10,1%, sin cambios en 31,3% y empeoramiento en 24,2%. Se modificó el tratamiento en 77 pacientes (61%) y se realizaron 7 intervenciones quirúrgicas

Conclusiones: La ecografía intestinal es una herramienta muy útil para el seguimiento de los pacientes con EC, anticipándose a los índices clínicos y analíticos y detectando afectación invaluable endoscópicamente.

**CO-06 | Valor de la elastografía hepática frente a marcadores ecográficos y séricos en adultos con circulación de Fontan | Autores: Ana Suárez-Saro Fernández, Mónica Delgado Lobo, María Amo Pelaez, Ana Martín Algíbez, Teresa Segura de la Cal, Inmaculada Fernández Vázquez | H. U. 12 de Octubre. Madrid**

Introducción: La hepatopatía asociada a la circulación de Fontan (FALD) deriva de congestión venosa crónica y remodelado hepático progresivo. El valor de la elastografía hepática (EH) frente a otros marcadores no invasivos sigue poco definida. El objetivo fue caracterizar los hallazgos ecográficos en adultos con circulación de Fontan y analizar su relación con la rigidez hepática por EH.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes post-Fontan. Se recogieron datos clínicos, analíticos, marcadores no invasivos (APRI, FIB-4, Fontliver Risk Score), ecografía hepática con Doppler y EH. Las asociaciones se evaluaron mediante correlación.

**Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes, con una mediana de 21 años y 15 años desde la cirugía. La EH mostró una mediana de 17,9kPa. La ecografía reveló ecogenicidad heterogénea en el 84,6%, superficie hepática ondulada en 65,4% y nódulos en 57,7%. Solo la superficie ondulada mostró tendencia a mayor EH (18,3 vs 13,7 kPa;  $p=0,06$ ). El diámetro esplénico se correlacionó moderadamente con la EH ( $\rho=0,45$ ). La EH no se asoció con años post-Fontan ( $\rho=-0,15$ ), APRI ( $\rho=0,17$ ) ni FIB-4 ( $\rho=0,27$ ), pero sí con la cifra de plaquetas ( $\rho=-0,53$ ;  $p=0,007$ ) y con el Fontliver Risk Score ( $\rho=0,85$ ;  $p<0,001$ ). Los patrones de Doppler portal y suprahepático no mostraron asociación con la EH. Entre los biomarcadores cardiacos, la FEVI presentó una correlación moderada ( $\rho=0,48$ ;  $p=0,022$ ).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte post-Fontan, la EH se relacionó con marcadores de congestión crónica (trombocitopenia, esplenomegalia) y con el Fontliver Risk Score, mientras que los hallazgos ecográficos estructurales y de doppler fueron muy prevalentes, pero poco discriminativos de rigidez hepática.

**CO-07 | Valor pronóstico de la rigidez hepática en pacientes con cirugía de Fontan |** *Autores: Patricia Álvarez Vizner; L. Téllez (\*), E. Garrido (\*), M. Torres (\*), E. Garrido-Lestache (\*), A. Albillos (\*) | H. U. Ramón y Cajal. Madrid*

**Objetivos:** La cirugía de Fontan es el tratamiento paliativo de elección para la mayoría de las cardiopatías congénitas univentriculares. El objetivo es evaluar si la elastografía de transición, como método no invasivo para medir fibrosis hepática y congestión sistémica, permite predecir eventos clínicos adversos en estos pacientes.

**Material y método:** Estudio multicéntrico europeo de la cohorte FonLiver que incluyó pacientes con evaluación hepática, mediante ecografía abdominal y elastografía de transición hepática (Fibroscan-Echosens®) semestrales, entre 2015 y 2025. Las variables se analizaron mediante un modelo de regresión de Cox

Resultados: De los 896 pacientes con evaluación hepática, 856 fueron seguidos prospectivamente. La mediana de seguimiento fue de 52.5(30.7-79.1) meses. 43(5.3%) fallecieron, 48(5.6%) recibieron un trasplante hepático y 8(0.9%) un trasplante combinado. 99(11.6%) presentaron algún evento hepático, siendo la ascitis grado 2-3 el más frecuente (11.6%), seguido del carcinoma hepatocelular (2.6%), la encefalopatía hepática (1.2%) y la hemorragia varicosa (0.8%). En el análisis multivariante, la rigidez hepática medida mediante fibroscan, se asoció con un mayor riesgo de muerte tras ajustar por edad, sexo y tipo de cirugía (HR 1.1(1.0-1.1),  $p < 0.01$ ). Asimismo, la aparición de cualquier evento hepático se asoció independientemente con la rigidez hepática (HR 1.1 (1.1-1.1),  $p < 0.01$ ).

Conclusiones: La evaluación del daño hepático mediante el fibroscan permite predecir el riesgo de complicaciones hepáticas y muerte en los pacientes con cirugía de Fontan.



## Poster

**PO-02 | Cuando la neoplasia quística pancreática debuta como enfermedad metastásica: importancia de la ecografía y la ecoendoscopia | Autores: L. Jiménez; C. Frutos; F.J. Zambrana; R.M. Alejandre; E. Gallego (\*) | Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba**

**INTRODUCCIÓN:** Las neoplasias quísticas mucinosas pancreáticas incluyen principalmente la neoplasia mucinosa quística (MCN) y la neoplasia papilar mucinosa intraductal. Las MCN afectan mayoritariamente a mujeres y suelen localizarse en cuerpo y cola pancreática, con potencial maligno variable. En algunos casos pueden evolucionar hacia formas invasivas como el cistoadenocarcinoma mucinoso.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 75 años que consultó por epigastralgia de meses de evolución y pérdida de peso. La analítica mostró elevación de enzimas de colestasis y citólisis. La ecografía abdominal identificó múltiples lesiones hepáticas sugestivas de metástasis (Figura 1), y una gran masa multiquística, tabicada, con componente sólido, adyacente al bazo (Figura 2). La TC confirmó el origen en cola pancreática, con hallazgos compatibles con cistoadenocarcinoma mucinoso, sin evidenciarse enfermedad a distancia (Figura 3). Los marcadores tumorales CEA, CA 125 y CA 19-9 se encontraban elevados. Mediante ecoendoscopia se realizaron biopsias hepáticas y pancreáticas (Figuras 4 y 5), y aspirado del líquido quístico (glucosa baja y CEA elevado). El estudio histológico fue compatible con adenocarcinoma pobremente diferenciado. El caso se valoró en comité multidisciplinar, decidiéndose tratamiento sistémico.

**DISCUSIÓN:** El cistoadenocarcinoma mucinoso es una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico suele apoyarse en pruebas de imagen, marcadores tumorales y confirmación histológica. El manejo depende del estadio, considerando cirugía en enfermedad localizada y tratamiento sistémico en fases avanzadas. Este caso resalta el papel de la ecografía como primera prueba de imagen a realizar, dada su alta rentabilidad y disponibilidad, permitiendo detectar lesiones pancreáticas complejas y enfermedad metastásica, orientando precozmente el estudio diagnóstico. La ecoendoscopia posibilita la caracterización detallada y obtención de muestras.

**PO-03 | Metástasis en pared costal detectada por ecografía en paciente con carcinoma hepatocelular tratado.** | Autores: Inés Bartolomé Oterino; C. Usón, S. Redondo, A. Flandes, L. López, S. Kheiri, S. Tabernerero | H. U. Príncipe de Asturias. Madrid.

La ecografía constituye una herramienta esencial en la vigilancia del carcinoma hepatocelular (CHC) en pacientes con hepatopatía crónica, permitiendo la detección precoz de recurrencias intrahepáticas y hallazgos extrahepáticos.

Varón de 75 años con hepatopatía crónica alcohólica y metabólica (MetALD), hipertensión portal y antecedente de CHC en segmento II tratado mediante segmentectomía en 2020 y CHC en segmentos IV y VIII tratados con radiofrecuencia en 2022, sin recidiva hasta enero de 2025.

En el control ecográfico se objetivó una lesión redondeada de bordes irregulares, aspecto heterogéneo, de 24 x 30 mm y avascular en el estudio Doppler anterior al hígado con claro plano de separación respecto al mismo pero que deformaba la superficie hepática. Se completó estudio con tomografía axial computerizada que confirmó una lesión nodular heterogénea en pared costal derecha, de 33 x 34 mm localizada a nivel intercostal en contacto con la periferia del segmento VII, sugestiva de implante tumoral. Se realizó PAAF ecoguiada, con diagnóstico de metástasis de CHC pobremente diferenciado. Tras discusión multidisciplinar, se realizó resección local, siendo la pieza quirúrgica compatible con metástasis de hepatocarcinoma con infiltración linfovascular y márgenes libres.

Este caso ilustra el valor de la ecografía como herramienta en el seguimiento del CHC tratado tanto para la vigilancia intrahepática como para la detección de recurrencias extrahepáticas que condicionarían cambio de estadio (BCLC C) y estrategia terapéutica. La diseminación extrahepática del CHC suele afectar a pulmón, ganglios y hueso siendo la afectación de pared torácica un hallazgo infrecuente lo que puede dificultar y demorar su diagnóstico.

**PO-04 | Trombosis del tips en cirrosis hepática: valor de la ecografía doppler** | Autores: L. Jiménez; C. Frutos; F.J. Zambrana; R.M. Alejandre; E. Gallego (\*) | Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**INTRODUCCIÓN:** La trombosis de la vena porta (TVP) es una complicación frecuente en la cirrosis hepática avanzada, favorecida por la hipertensión portal y la estasis venosa, con mayor riesgo en pacientes portadores de TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt). En el contexto infeccioso puede desarrollarse trombosis séptica, de peor pronóstico.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 68 años con cirrosis de origen metabólico, portadora de TIPS tras hemorragia varicosa, que ingresó por sepsis urinaria y respiratoria asociada a ascitis moderada. Como primera prueba, se realizó ecografía abdominal, identificándose material hipoecogénico en el interior de la vena porta y del TIPS, ausencia de flujo en Doppler color y velocidades disminuidas en Doppler pulsado, hallazgos sugestivos de trombosis. El angioTC confirmó trombosis extensa desde aurícula derecha (Figura 1) hasta vena cava inferior y vena suprahepática derecha, con oclusión completa del TIPS (Figura 2). El ecocardiograma descartó repercusión cardiaca. Se inició anticoagulación con enoxaparina a dosis intermedias tras valoración multidisciplinar con Medicina Interna y Hematología, junto con ajuste del tratamiento antibiótico. No obstante, la evolución fue desfavorable, con fracaso multiorgánico y fallecimiento tras priorizar medidas de confort.

**DISCUSIÓN:** Este caso resalta el papel de la ecografía-doppler como primera prueba a realizar ante la sospecha clínica de TVP o disfunción del TIPS, dada su alta rentabilidad y disponibilidad, así como del angioTC para su confirmación y determinar su extensión. El manejo de la TVP y del TIPS resulta complejo, pudiendo requerir tanto anticoagulación como intervenciones endovasculares. Este caso ejemplifica la importancia de la toma de decisiones multidisciplinarias para individualizar el manejo.

## **PO-05 | La ecografía abdominal y la biopsia hepática en el diagnóstico de la sarcoidosis sistémica** | *Autores: Laura Cudero Quintana; María Luisa Manzano, María Cámara Jurado, Alejandra Navascués Lucini, María Amo Peláez, Ana Martín Algíbez | H. U. 12 de Octubre*

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica que afecta al hígado en un 50-80% de casos, a menudo de forma asintomática. Puede causar síndrome constitucional, dolor abdominal, colestasis disociada o, más raramente, desarrollar hipertensión portal (HTP).

El patrón oro para el diagnóstico es la biopsia hepática demostrando granulomas no caseificantes. Presentamos un caso de sarcoidosis en el que la ecografía y la biopsia hepática fueron definitivas para el diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 58 años, hipertensa, obesa y asmática; en estudio por síndrome constitucional y dolor abdominal, con colestasis disociada y estudio etiológico de hepatopatía negativo.

La ecografía abdominal mostró múltiples adenopatías en hilio hepático, hepatomegalia y estructura hepática nodular y heterogénea, así como datos de HTP. FibroScan con índice de elasticidad hepática de 16,6 kilopascales. El TC abdominal objetivó múltiples adenopatías hiliares, mediastínicas y abdominales. Con alta sospecha de sarcoidosis, ante paciente con síndrome metabólico se realizó biopsia hepática para completar estudio y descartar otras causas de hepatopatía con HTP, con fines diagnósticos y pronósticos. La biopsia mostró un parénquima hepático sustituido por nódulos bien conformados y otros confluentes, de histiocitos epitelioides que asocian frecuentes células gigantes multinucleadas, un cuerpo asteroide y fibrosis tanto intra como perigranulomatosa, sin necrosis, con ausencia de espacios porta conservados, sugiriendo sarcoidosis sistémica como primera posibilidad.

Discusión: La sarcoidosis hepática es una entidad habitualmente infradiagnosticada que puede evolucionar hacia HTP. La sospecha diagnóstica es fundamental para la confirmación diagnóstica precoz, siendo la ecografía y la biopsia hepática las herramientas de primera línea para ello.

**PO-06 | Realce trabecular y lavado progresivo en CEUS: una forma inusual de colangiocarcinoma intrahepático** | Autores: Paula Boyero Moreno; Cristina Ruiz Bataller; Jesús García de la Borbolla; Camila Teomiro Custodio; Alberto Rodríguez Sánchez; José Manuel Valladolid León | H. U. Virgen Macarena

Introducción: El colangiocarcinoma intrahepático (CCI) es la segunda neoplasia primaria hepática más frecuente. En ecografía con contraste (CEUS) suele mostrar realce arterial que suele ser periférico en anillo seguido de lavado marcado y precoz (<60s). Sin embargo, existen variantes atípicas que dificultan el diagnóstico diferencial con el hepatocarcinoma. El objetivo es describir tres casos de CCI con patrón vascular infrecuente de realce trabecular y lavado progresivo.

Caso clínico: Presentamos tres pacientes, dos varones y una mujer de 74, 55 y 52 años respectivamente, en estudio por lesiones ocupantes de espacio hepáticas grandes (114mm, 120mm y 130mm). En CEUS con hexafluoruro de azufre (Sonovue) todos mostraron un comportamiento similar y atípico. En fase arterial (alrededor de 9-10s) se observó hiperrealce interno de distribución lineal y trabecular, heterogéneo, combinado en el segundo caso con realce periférico.

En fase portal y tardía, se evidenció lavado de las trabéculas que se inició alrededor de los 30s y progresó de forma centrífuga. Aunque el inicio del lavado fue precoz, característica que orienta a malignidad no hepatocelular, la progresión suave y el patrón trabecular generaron dudas diagnósticas. Confirmándose en las biopsias el diagnóstico de CCI.

Discusión: Las características del CCI mediante CEUS suelen ser realce en anillo con lavado precoz intenso, generalmente centrípeto. No obstante, puede presentar patrones atípicos como en estos casos, heterogéneo septado o trabecular. Esto subraya la limitación de los algoritmos de imagen ante patrones vasculares atípicos y refuerzan la necesidad de la confirmación histológica para el diagnóstico definitivo de estas neoplasias.

**PO-07 | Complicación infrecuente de la hidatidosis hepática. La importancia de la ecografía abdominal en el diagnóstico y abordaje terapéutico.** | *Autores: Irene García-Bueno Sánchez; Alexandre Figueroa Tubío, Celia Caravaca Gámez, Paula Velasco Gálvez, Enrique de la Fuente Ramos, María Asunción Ramos Meca | H. Central de la Defensa "Gómez Ulla"*

Varón de 55 años, natural de Madrid. Ingresó por cuadro clínico compatible con colangitis aguda. En la ecografía abdominal se identificó una lesión hepática en segmento VIII, con imagen típica de quiste hidatídico CE 5, calcificado, en contacto con otra lesión de 5.5 cm en segmento V con componente principal anecogénico y contenido heterogéneo. Dicha lesión contactaba con la vesícula biliar, la cual tenía aparente rotura de su pared y contenido ecogénico similar. Se administró contraste ecográfico intravenoso, confirmándose la fístula y la naturaleza quística de la lesión, compatible con quiste hidatídico CE 4. Con este diagnóstico ecográfico, se decidió iniciar tratamiento con albendazol oral por la complicación biliar, con evolución clínica favorable desde el inicio del tratamiento.

Una semana después se recibieron resultados de hemaglutinación indirecta positiva (1/10.240) y se realizó resonancia magnética, con hallazgos compatibles con quiste hidatídico CE 3b/4, transicional; y se observó resolución de la fístula a vesícula biliar, con probable apertura de quistes a radicales biliares del segmento V.

Se realizó quistoperiquistectomía diferida tras seis meses de tratamiento antiparasitario. El análisis histológico evidenció membranas acelulares eosinófilas y estructuras compatibles con echinococcus.

La hidatidosis es una zoonosis endémica rural, con incidencia en nuestro medio en descenso, siendo el ser humano un huésped intermediario accidental. La fistulización de un quiste a vesícula y vía biliar es una complicación infrecuente. La ecografía es una técnica accesible e imprescindible para caracterizar las lesiones, permitiendo el diagnóstico diferencial, la clasificación de la enfermedad y la toma de decisiones clínicas.

**PO-08 | Causa infrecuente de engrosamiento de la vesícula biliar |**  
*Autores: Óscar Pérez Aznar; C. Prieto, J.I. Úriz, M. Basterra, M.V. Busto, G. Ramoneda | H. U. de Navarra*

**INTRODUCCIÓN:** La colecistitis eosinofílica es una entidad infrecuente, a menudo asociada a enfermedades sistémicas.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de una mujer de 49 años que ingresa por cólico biliar complicado. Se realiza ecografía abdominal donde destaca una vesícula con paredes de 6.8 mm y dos adenopatías en el hilio hepático. El cuadro evoluciona hacia una colecistitis aguda con dudas de colangitis aguda asociada, que se descarta en ecoendoscopia. La paciente se complica e ingresa en UCI. Se realiza colecistectomía urgente con evolución posterior favorable. El análisis histológico de la pieza quirúrgica muestra una vesícula biliar con infiltrado eosinofílico masivo, compatible con colecistitis eosinofílica e inflamación granulomatosa en el conducto cístico. Otros hallazgos relevantes que la paciente presenta son:

- Infiltrados pulmonares radiológicos bilaterales de probable origen inflamatorio-infeccioso.
- Uveítis anterior aguda bilateral.
- Eosinofilia leve-moderada junto con IgE positiva.
- Contexto autoinmune previo (tiroiditis-hipotiroidismo autoinmune con anti-TPO >1300), ANA positivos (1/160) y xANCA positivos.

Actualmente está en seguimiento por Medicina Interna, con hallazgos clínicos y analíticos altamente sugestivos de proceso vasculítico subyacente, posible Síndrome de Churg-Strauss.

**DISCUSIÓN:** La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (Churg-Strauss) es una vasculitis multisistémica poco frecuente, de pequeño y mediano vaso, caracterizada por alta eosinofilia, autoinmunidad positiva y presencia de granulomas.

La colecistitis alitiásica se encuentra entre sus potenciales manifestaciones, por lo que es importante tenerlo en cuenta para un diagnóstico y tratamiento precoces.

**PO-09 | Patología benigna de la vesícula biliar. Papel de la ecografía en este escenario** | Autores: Ana Gabriela Rodríguez Francisco; A. Albillos (\*); E. Garrido (\*); Y. Chen (\*); A. Coedo (\*); C. Martínez (\*) | Hospital Universitario Ramón y Cajal

**INTRODUCCIÓN:** La mayoría de los hallazgos vesiculares son incidentales y benignos siendo importante conocer sus características ecográficas; sin embargo, determinadas entidades no neoplásicas pueden presentar patrones morfológicos inespecíficos y simular malignidad. La ecografía es la técnica de imagen de elección para valorar la vesícula biliar.

**CASOS CLÍNICOS:** Presentamos una serie de casos de hallazgos ecográficos vesiculares encontrados en una Unidad de Ecografía de un hospital terciario. En primer lugar, algunos casos de variantes anatómicas vesiculares como son la vesícula en gorro frigio, la vesícula septada o la vesícula excluida. En segundo lugar, presentamos casos de hallazgos benignos vesiculares como son el divertículo vesicular, habitualmente congénito; los pólipos vesiculares, bien los más habituales que son de colesterol, como los adenomas, cuyo seguimiento ecográfico es fundamental; la colesterosis difusa y la adenomiomatosis vesicular, esta última puede presentarse en diferentes formas, siendo algunas de ellas difícilmente diferenciables de lesiones neoplásicas.

**DISCUSIÓN:** El conocimiento ecográfico de las entidades benignas de la vesícula biliar y de sus potenciales imitadores malignos, es fundamental para evitar sobrediagnóstico y procedimientos innecesarios. Una evaluación sistemática, basada en criterios morfológicos y dinámicos, permite establecer un diagnóstico preciso y optimizar la toma de decisiones clínicas

**PO-10 | ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA con ABSCESO en PSOAS detectada en ECOGRAFÍA INTESTINAL RUTINARIA en paciente con ENFERMEDAD de CROHN** | Autores: Óscar Moralejo Lozano; Concepción González de Frutos, Óscar Moralejo Lozano, María Jesús Carrillo Ramos, Rafael Ángel Gómez Rodríguez | H. U. de Toledo

**INTRODUCCIÓN:** La edad avanzada y terapias combinadas como infliximab con azatioprina incrementan el riesgo de infección en enfermedad de Crohn.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 31 años con enfermedad de Crohn A2L3B3p diagnosticada en 2015, actualmente tratada con ustekinumab.

En enero de 2026 acudió a realizarse una ecografía intestinal, evidenciándose ileítis terminal. Durante el barrido abdominal se identificó una colección retroperitoneal paravertebral izquierda anecoica, anfractuosa, de 12x4x5 cm, con imágenes hiperecogénicas con sombra posterior sugestivas de gas, sin comunicación con la ileítis. La paciente refería empeoramiento de lumbalgia crónica, febrícula vespertina y mala respuesta a analgesia. El TAC mostró espondilodiscitis L4-L5 y absceso del psoas izquierdo. Se realizó ingreso hospitalario, drenaje percutáneo, antibioterapia. PCR positiva para micobacterias, iniciándose tratamiento antituberculoso. Se suspendió ustekinumab.

**DISCUSIÓN:** Este caso destaca el papel de la ecografía abdominal realizada en los servicios de Aparato Digestivo, y su capacidad para diagnóstico de patología abdominal infrecuente. Por otro lado, la tuberculosis vertebral (mal de Pott) como complicación infecciosa en pacientes con EC tratados con inmunosupresores es un fenómeno poco común pero relevante por las repercusiones funcionales y síntomas residuales que puedan derivarse debido al carácter destructivo sobre la vértebra y el disco intervertebral. Las imágenes hiperecogénicas apreciables en el seno de la colección anecoica, próximas a las vértebras, tras la realización del TAC, pueden haberse correspondido con esquirlas óseas desprendidas de la vértebra por la infección, en vez de con gas. Este es el primer caso documentado de esta complicación en paciente con EC y ustekinumab.

**PO-11 | Angiomiolipoma hepático: reto diagnóstico en ecografía abdominal. A propósito de un caso | Autores: Pedro Enrile Sánchez; César Herrero Quirós, Marina de Benito Sanz, Francisco Javier García Alonso, Elena Velasco Martínez | H. U. Río Hortega.**

**Introducción:** El angiomiolipoma hepático (AMLH) es un tumor mesenquimatoso raro compuesto por proporciones variables de tejido adiposo, músculo liso y vasos sanguíneos. Generalmente benigno, puede presentar comportamiento agresivo, rotura o recurrencia, por lo que requiere diagnóstico preciso y seguimiento adecuado.

**Caso clínico:** Mujer de 59 años, hipertensa y dislipémica, remitida por hipertransaminasemia leve (AST 32 U/L; ALT 39 U/L) y abdominalgia. Se realiza estudio de hepatopatía analítico, descartando enfermedad autoinmune o infecciosa, así como anamnesis completa descartando consumo perjudicial de alcohol o toma de fármacos hepatotóxicos.

La ecografía mostró lesión de 2,8 cm en lóbulo derecho sugestiva de angioma hepático y colelitiasis. Tras valoración quirúrgica por probable cólico biliar, fue dada de alta. Posteriormente, por clínica dispéptica, se realizó TC evidenciando lesión en segmento VI, probablemente benigna (angiomiolipoma, lipoma o adenoma lipídico). La RM confirmó hallazgos compatibles con lipoma versus angiomiolipoma. Se realizó biopsia ecoguiada, con resultado anatomopatológico compatible con angiomiolipoma hepático.

Discusión: El AMLH supone un reto diagnóstico en ecografía digestiva, al presentarse como masa hiperecogénica o mixta bien delimitada, simulando hemangioma. La ecografía con contraste suele mostrar hiperrealce arterial precoz. El Doppler color puede identificar un patrón vascular punctiforme o filiforme. Dada su capacidad para mimetizar al carcinoma hepatocelular en hígados no cirróticos, la ecografía es vital como primera línea en el diagnóstico y seguimiento de lesiones pequeñas. El diagnóstico definitivo requiere confirmación inmunohistoquímica (positividad para HMB-45) y el manejo oscila entre la observación anual y la resección quirúrgica, recomendada en casos sintomáticos, tumores >5 cm o con crecimiento documentado.

**PO-12 | Ecografía abdominal CEUS para el diagnóstico de endoleaks en Aneurisma de Aorta abdominal | Autores: Yurami Leonor Sánchez Santacruz; MJ. Callejo; N. Alonso; A. Saez, M. Hernández, A. Dela Serna | H. Central de la Defensa "Gómez Ulla"**

Varón 48 años, natural de China, HTA, exfumador (IPA 25), 20g OH/día. IMC 24,2. Aneurisma de aorta abdominal (AAA) craneal a bifurcación iliaca, diagnosticado mediante eco abdominal (2019). Intervención endovascular programada en 2021 (técnica: endovascular aortic aneurysm repair- EVAR). Seguimiento por Cirugía Vascular nuestro Hospital, con crecimiento de saco aneurismático en varias pruebas de imagen realizadas. Se descarta: displasia fibromuscular arterial (en ramas iliacas o renales), espondilodiscitis u otra patología reumática, o infecciosa (TBC, Borrelia, Brucella). Ante alta sospecha de endofuga (endoleaks) a pesar de EVAR, se decide solicitar eco con contraste (CEUS).

Se realiza la exploración en modo B y doppler, cortes trasversales y longitudinales.

Se administra contraste según protocolo convencional: a los 16 seg realce vascular endoprótesis, sin realce el saco aneurismático, unos segundos más tarde (18-19 seg) realce irregular en la parte posterior, siendo más intenso a los 22 seg. Hacia los 35 seg se identifica una imagen de realce de contraste lineal (sinuosa), hacia la porción anterior, así como mejor definición de una rama lumbar derecha. Estos hallazgos sugieren fuga tipo 2 compleja a través de lumbar derecha (inflow) y salida por AMI.

**DISCUSIÓN:** CEUS ofrece resultados prometedores para la identificación y clasificación de las fugas. Es una técnica de fácil reproducibilidad, bajo riesgo de alergias y ausencia de deterioro de la función renal. Permite el seguimiento en tiempo real del flujo sanguíneo en la prótesis-aneurisma, facilitando la visualización del llenado retrógrado y de pequeña cuantía, frecuente en las fugas más complejas (Ej endofugas de tipo II). El trabajo cooperativo entre ambos servicios, ha permitido el correcto diagnóstico de este paciente, para así planificar el mejor tratamiento.



**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

## PATROCINA:

abbvie



Lilly

**Canon**  
CANON MEDICAL



GE HealthCare



## COLABORA:







MADRID 2026