



Madrid

 10 y 11 de Mayo de 2024



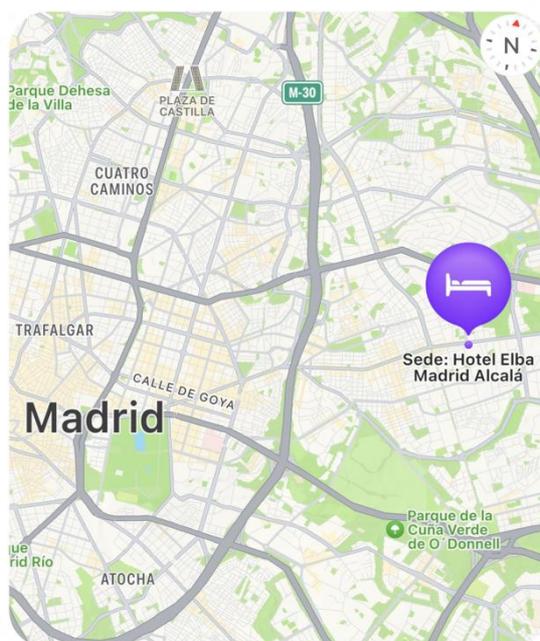
XXXIV Jornada Nacional de Ecografía Digestiva

Organiza

Asociación Española de Ecografía Digestiva



Toda la información del congreso:



PROGRAMA



XXXIV Jornada Nacional de Ecografía Digestiva

JUNTA DIRECTIVA

- Presidente: D. Fernando Muñoz Núñez
- Vicepresidente: D. Joaquín Poza Cordón
- Secretario: Miguel Fernández Bermejo
- Tesorero: Rosario Calderón Ramírez
- Vocal: Juan Uriz Otano
- Vocal: Valle Cadahia Rodrigo

COMITÉ CIENTÍFICO

- Presidente: Miguel García González
- Vocal: María Tejada Cabrera
- Vocal: Juan Carlos Pérez Álvarez





 **Viernes 10 de Mayo**



CURSO PRECONGRESO

08:15 | Apertura Secretaría Técnica.

08:50 - 09:00 | Presentación Curso Precongreso.

Dr. Fernando Muñoz Núñez. – H.U. Salamanca
Dra. Ana Segura Grau – H. San Francisco de Asís. Madrid

09:00 - 09:25 | Papel de la ecografía en el dolor abdominal agudo. Patología intestinal y mesentérica.

Dra. Berta de las Heras Páez de la Cadena – H. U. 12 de Octubre. Madrid.

09:25 - 09:50 | Patología Biliar Urgente.

Dra. María Tejada Cabrera – H.L.A. La Salud. Cádiz.

09:50 - 10:15 | Dolor abdominal: procesos no digestivos.

Dra. María Jesús Martínez Pérez. – H. Dr. Peset. Valencia

10:15 - 10:30 | Discusión

10:30 - 11:00 | Pausa Café

11:00 - 11:25 | Ecografía pulmonar.

Dr. Yale Tung Chen – H. U. La Paz. Madrid

11:25 - 11:50 | Utilidad del PoCUS en la lesión renal aguda asociada a la cirrosis.

Dr. Gregorio Romero González – H.U. Germans Trias i Pujol. Badalona

11:50 - 12:15 | Modelos de Formación ecografía intervencionista.

Dr. Federico Soria Gálvez. H.U. Ramón y Cajal

12:15 - 13:45 | Quiz Interactivo: Casos Clínicos.

Dr. Miguel Fernández Bermejo – H.U. Cáceres.

13:45 - 15:00 | Almuerzo de Trabajo

XXXIV JORNADA NACIONAL DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

15:00 -15:10 | Inauguración del Congreso.

15:10 -16:40 | Mesa de Hepatología .

Moderadores: Dra. Valle Cadahía Rodrigo – H. Central de Asturias
Dr. Juan Uriz Otano – H.U. de Navarra

- **15:10 | ¿Qué parámetros Doppler tengo que medir ante la sospecha de hipertensión portal? ¿qué utilidad real tienen?**
 - Dra. M^a Ángeles García Criado – H. Clinic. Barcelona
- **15:30 | Trasplante hepático: diagnóstico ecográfico de las complicaciones vasculares y biliares.**
 - Dr. Miguel García González – H.U. Ramón y Cajal. Madrid.
- **15:50 | Papel de la elastografía mediante distintas técnicas en el seguimiento de la enfermedad hepática crónica.**
 - Dra. Marta Abadía Barno – H.U. La Paz. Madrid
- **16:10 | Evaluación ecográfica de la hepatopatía grasa.**
 - Dr. Diego Burgos Santamaría – H.U. Ramón y Cajal. Madrid

- 16:30 **Discusión**

16:40 -17:10 | Pausa Café

17:10 - 18:40 | Mesa Ultrasonografía y Páncreas

Moderadores: Dr. Federico Bolado Concejo. H. U. de Navarra
Dr. Francisco Javier Álvarez Higuera. H.C.U. Virgen de Arrixaca. Murcia.

- 17:10 | **¿Puede la ecografía transabdominal sustituir a la USE en las lesiones quísticas páncreas? ¿en qué situaciones?**
 - Dra. Eva Marín Serrano – H.U. La Paz. Madrid
- 17:30 | **Criterios diagnósticos actuales de la pancreatitis crónica. Revisión crítica.**
 - Dr. Daniel de la Iglesia García – H. Puerta del Hierro. Madrid.
- 17:50 | **Utilidad de la biopsia hepática y gradiente portal por USE ¿Cuándo hacerla? ¿tiene ventajas sobre la percutánea?**
 - Dr. Rafael Romero Castro – H.U. Virgen Macarena. Sevilla
- 18:10 | **Tratamiento ablativo por endoscopia de las lesiones pancreáticas ¿cómo está la situación?**
 - Dr. Carlos de la Serna Higuera – H.U. Río Hortega. Valladolid
- 18:30 | **Discusión**

18:40 - 20:00 Primera Mesa de Comunicaciones Orales.

Moderadores: Dra. Concepción González de Frutos – H.G.U. Toledo
Dr. César Herrero Quirós - H.U. Río Hortega. Valladolid

CO-01.- DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SCORE ECOGRÁFICO PARA LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN: "SIMPLE-US SCORE"

Dr. Joaquín Poza Cordon. H. U. La Paz. Madrid.

CO-02.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL DIRIGIDA Y EL INFORME ESTRUCTURADO EN LA DESCRIPCIÓN DE LOS TUMORES QUÍSTICOS PANCREÁTICOS.

Dra. Eva Marín Serrano. H. U. La Paz. Madrid.

CO-03.- ESTEATOSIS PANCREÁTICA ECOGRÁFICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR.

Dra. Eva Marín Serrano. H. U. La Paz. Madrid.

CO-04.- UTILIDAD DE LOS ECOGRAFOS DE BOLSILLO EN LA VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA ABDOMINAL Y COMPARACIÓN CON ECÓGRAFOS DE ALTA GAMA.

Dra. Ana Segura Grau. H. U. San Francisco de Asís. Madrid.

CO-05.- ALTO RENDIMIENTO DE LA ECOGRAFÍA MULTIPARAMÉTRICA EN LA VALORACIÓN NO INVASIVA DEL DAÑO HEPÁTICO.

Dra. Gloria Ruiz Fernández. H. U. La Paz. Madrid.

CO-06.- EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA ASOCIADA A LA CIRUGÍA DE FONTAN: COHORTE EASL-VALDIG FONLIVER.

Dr. Daniel Álvarez de Castro. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CO-07.- ¿EXISTE CONCORDANCIA ENTRE LOS DIFERENTES MÉTODOS NO INVASIVOS PARA PREDECIR LA FIBROSIS HEPÁTICA?.

Dra. Laura Andrés Pascual. H. U. de Burgos.

CO-08.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DEL RECTO FEMORAL PARA EL CRIBADO DE SARCOPENIA EN CIRRÓTICOS COMPENSADOS.

Dra. Raisa Quiñones Castro. H. U. de León.

CO-09.- ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE VARICES ESOFÁGICAS MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN ESPLÉNICA EN PACIENTES CON CAVERNOMATOSIS PORTAL NO CIRRÓTICA.

AUTORES: L. Majano; L. Téllez; M.E. Torres; J. Donate Ortega; J. S. Cea; C. Meruéndano; J. R. Valor; D. Burgos; E. Garrido; E. Frontino; M. García y A. Albillos.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.



20:00 | Asamblea AEED

 Sábado 11 de Mayo



07:45 | Apertura Secretaría Técnica

08:00 - 09:00 | Mesa de Casos Clínicos

Moderadores: Dr. Isídoro Narváez Rodríguez – H.U. Badajoz
Dra. Ester Badía Aranda – H.U. Burgos

CC-01.- INFILTRACIÓN HEPÁTICA POR MIELOMA MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Laura Andrés Pascual. H. U. de Burgos.

CC-02.- IMAGEN ECOGRÁFICA DE PSEUDOCIRROSIS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

Dra. Ana Suárez Saro. H. U. 12 de Octubre. Madrid.

CC-03.- PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO. UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN

Dra. Sandra Pérez de la Iglesia. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-04.- LINFOMA NO HODGKIN: UNA ENTIDAD RARA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES HEPÁTICAS.

Dra. Carlota Meruéndano Padrón. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-05.- LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA DESCARTAR EL ORIGEN MALIGNO DE LAS LESIONES HEPÁTICAS EN EL SÍNDROME DE BUDD-CHIARI.

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

CC-06.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN EL ESTUDIO DE LESIONES HEPÁTICAS QUÍSTICAS COMPLEJAS.

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

CC-07.- COLANGIOPATÍA ISQUÉMICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA.

Dr. José. R. Valor de Villa. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-08.- MALFORMACIÓN DE ABERNETHY. UN HALLAZGO ECOGRÁFICO INUSUAL.

Dra. Carmen Bocos Asenjo. H. U. de Valladolid

09:00 -10:15 | Mesa Eco-Intestinal

Moderadores: Dra. Elena Garrido Gómez – H.U. Ramón y Cajal. Madrid
Dr. Lara Arias García – H.U. Burgos

- **09:00 | ¿Me cambia la práctica real en la EC?**
 - Dr. Joaquín Poza Cordón – H.U. La Paz. Madrid.
- **09:20 | El papel de la ecografía intestinal en la Colitis Ulcerosa**
 - Dr. Daniel Martín Rodríguez – H. Infanta Cristina. Parla (Madrid)
- **09:40 | Curación transmural: ¿cuándo valorarla? ¿cómo conseguirla? ¿debería ser un objetivo de tratamiento en la práctica clínica?**
 - Dr. Fernando Muñoz Núñez – H.U. Salamanca
- **10:00 | Discusión**

10:10 - 10:40 | Pausa Café

10:40 - 11:50 | Mesa del Residente

Moderadores: Dra. Rosario Calderón Ramírez – H.U. Puerta del Mar. Cádiz
Dr. Joaquín Poza Cordon – H.U. La Paz. Madrid.

- **10:40 | Dificultades y necesidades no cubiertas en el aprendizaje de la ecografía.**
 - Dra. Alía Martín Izquierdo – H.U. de León
- **11:00 | Papel del contraste IV en la patología biliar y pancreática.**
 - Dr. Francisco José Sánchez Roncero– H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
- **11:20 | Papel actual de la ecografía con contraste en el hepatocarcinoma ¿seguimos necesitando confirmación?**
 - Dra. María Judith Manrique Gil – H.U. Puerta del Mar. Cádiz
- **11:40 | Discusión**

11:50 - 12:20 | Conferencia de Clausura. Pasado, presente y futuro de la ecografía intestinal

Presentador: Dr. Fernando Muñoz Núñez. - H.U. Salamanca.
Ponente: Dr. Tomás Ripollés González – H. Dr. Preset. Valencia.

12:20 - 13:50 | Segunda Mesa de Comunicaciones Orales

Moderadores: Dr. Miguel Fernández Bermejo – H.U. Cáceres.
Dr. María José Blanco Rodríguez – H. U. Jerez de la Frontera. Cádiz.

CC-09.- QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA EN ADULTO, UNA ENTIDAD RARA Y DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Marta Álvarez García. H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

CC-10.- AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL DE LEISHMANIASIS VISCERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Sheila Redondo Evangelista. H. U. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

CC-11.- ROL DE LA ECOGRAFÍA EN TUMOR NEUROENDOCRINO GASTROINTESTINAL– CASO CLÍNICO.

Dr. Antoni Pedraza Pérez. H. U. de Álava.

CC-12.- PAPEL DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN LA VALORACIÓN DE COMPLICACIONES CON PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL.

Dra. Carlota Meruéndano Padrón. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-13.- ECOGRAFÍA INTESTINAL COMO CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL.

Dra. Emily Larrea. H. U. La Paz. Madrid.

CC-14.- RELEVANCIA DE LA ECO INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Dr. Antoni Pedraza Pérez. H. U. de Álava.

CC-15.- MUCOCELE APENDICULAR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DIAGNÓSTICO SINCRÓNICO POR ECOGRAFÍA.

Dra. Rocío Tejero Jurado. H. U. Reina Sofía. Córdoba.

CC-16.- DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE DOLOR ABDOMINAL INUSUAL MEDIANTE ECOGRAFÍA.

Dr. Pablo Martínez Blanco. H. Virgen de la Luz. Cuenca.

CC-17.- HALLAZGO CASUAL: ANEURISMA DEL TRONCO CELIACO Y ARTERIA HEPÁTICA COMÚN.

Dr. Gonzalo Armesto Rivas. H. U. La Paz. Madrid.

CC-18.- CRISIS ABDOMINAL DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO. UTILIDAD DE LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE ALERGIYA Y DIGESTIVO DEL HOSPITAL LA PAZ.

Dra. María Alejandra Rodríguez Francisco. H. U. La Paz. Madrid.

CC-19.- ASCITIS BILIAR POR PERFORACIÓN IATROGÉNICA DE LA VESÍCULA BILIAR: LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN SU DIAGNÓSTICO.

Dra. Sandra Utrilla Utrilla. H. U. de Valladolid.

13:50 | Entrega de premios y becas**14:00 | Acto de Clausura**

CO-01.- DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SCORE ECOGRÁFICO PARA LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN: "SIMPLE-US SCORE"

AUTORES: J. Poza Cordon (*); T. Ripolles González (**); C. Suárez Ferrer (*); M. J. Martínez Pérez (**), B. de las Heras Paez (***), A. Martínez Algibez (***) y F. Muñoz Nuñez (****).

CENTRO DE TRABAJO: (*) H. U. La Paz. Madrid. (**) H. Dr. Peset. Valencia. (***) H. 12 de Octubre. Madrid. (****) H. U. de Salamanca.

INTRODUCCIÓN:

Durante años la ecografía intestinal no disponía de índices validados. Hasta la fecha se han publicado 3 scores validados para la enfermedad de Crohn, pero su uso en la práctica clínica es limitado. Presentamos el desarrollo y validación de un índice ecográfico para la enfermedad de Crohn.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Cohorte de desarrollo: recogimos de forma prospectiva y múlticéntrica un total de 72 pacientes procedentes de 3 hospitales a nivel nacional a los que se había realizado ileocolonoscopia en los 30 días próximos a la ecografía. Mediante un análisis de regresión logística y un análisis multivariante desarrollamos un score ecográfico basado tan sólo en el grosor y la hiperemia según la escala de Limberg, el Simple -US score: GROSOR (mm) + LIMBERG (0-3). Con un punto de corte de 5,5 se obtuvo una sensibilidad del 90%, especificidad del 86,4% con un AUC del 0,92

Cohorte de validación: se incluyeron una cohorte diferente de 107 pacientes procedentes de dos hospitales a nivel nacional que contaban con una ileocolonoscopia en los 30 días próximos a la endoscopia. Con un punto de corte de 5,5 obtuvimos unos valores de sensibilidad del 97%, una especificidad del 88% y un AUC del 0,97. En esa fase evaluamos la concordancia interobservador para el grosor y la hiperemia en un subgrupo de 26 pacientes siendo excelente para el grosor (kappa 0,84) y la hiperemia (kappa 0,84). En un subanálisis establecimos que para un punto de corte de 8 discriminaba enfermedad actividad endoscópica severa con una sensibilidad del 73% y una especificidad del 72%

CONCLUSIONES:

El Simple US Score ha demostrado ser un índice con una buena sensibilidad y especificidad para la detección de actividad inflamatoria con una excelente concordancia interobservador. La facilidad de su cálculo ofrece ventajas adicionales al resto de índices publicados.

CO-02.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL DIRIGIDA Y EL INFORME ESTRUCTURADO EN LA DESCRIPCIÓN DE LOS TUMORES QUÍSTICOS PANCREÁTICOS.

AUTORES: Marín Serrano, E., Tello Arnas, L., Saturio Galán, N., Oliveira Martín, A., Barbado Cano, A., Fernández Martos, R., Gámez Pozo, A., Trilla Fuertes, L., Lalanda, P., Martínez Fernández, M. P., Quevedo Arechederra, M., Gómez Rioja, R., Duque Alcorta, M., Iturzaeta Sánchez, J. M., Ghanem Cañete, I. y Martín Arranz, M. D.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Las guías de práctica clínica no consideran a la ecografía abdominal (EA) como técnica útil en el seguimiento de tumores quísticos pancreáticos (TQP) no candidatos a Cirugía al diagnóstico.

OBJETIVOS:

Evaluar la utilidad de la EA dirigida (EAD) y el informe ecográfico estructurado para detectar y describir TQP en seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Incluimos consecutivamente a pacientes con TQP en seguimiento, que contaran con CPRM o USE (ecoendoscopia) en los últimos 6 meses, y les hicimos una EAD. El ecografista conocía, tipo, tamaño y localización del TQP; en caso de múltiples TQP, se seleccionó el de mayor tamaño. Dos ecografistas expertos realizaron las EAD y usaron una lista de verificación para describir cada TQP (Tabla-1). Un pancreatólogo valoró la utilidad de la información aportada por la EAD (Figura-1).

RESULTADOS:

Se incluyeron 92 pacientes: edad media de 65,8 años, mujeres en un 75%. El tipo y localización de los TQP se describe en la Tabla-2. El tamaño medio de los TQP fue de $16,1 \pm 11$ mm (5-65). El páncreas fue visualizado total/parcialmente en el 81,5/16,3% de las ocasiones. La EAD no visualizó 11/92 TQP (12%), 7 en la cola. La información aportada por la EAD coincidió con la CPRM en 44/62 TQP (70%) y la USE en 13/19 TQP (68%). La EAD demostró conexión ductal en 28/56 TPMI (50%). Hubo discrepancia entre CPRM/USE y EDA en 24 TQP: diferencias >20% en tamaño en 4/24, no detección de conexión ductal en 18/24, y no diferenciación del patrón microquístico en 2/24. La información aportada por la EAD podría considerarse útil hasta en el 81,5% de los TQP (75/92), ya que la "no visualización de conexión ductal" en la EAD no modifica el manejo del TPMI.

CONCLUSIONES:

La EAD podría usarse en el seguimiento de TQP en pacientes seleccionados, reduciendo la cadencia de técnicas más costosas y/o invasivas.

CO-03.- ESTEATOSIS PANCREÁTICA ECOGRÁFICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR.

AUTORES: Marín Serrano, E., González Pérez de Villar, N., Barbado Cano, A., Fernández Martos, R., Mostaza Prieto J. M. y Martín Arranz, M. D.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La esteatosis pancreática (EP) es una entidad clínica emergente que podría estar relacionada con un mayor riesgo cardiovascular (RCV).

OBJETIVOS:

Evaluar la prevalencia de factores de RCV (FRCV) en sujetos con EP ecográfica (EPE) y determinar si la EP confiere una mayor rigidez al páncreas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Inclusión consecutiva de pacientes con y sin EPE, sin enfermedades pancreáticas o hepáticas conocidas, con consumo de alcohol <20 g/día; se llevó a cabo una valoración global del RCV y una elastografía pancreática-2D-SWE (Figura-1). A los pacientes con EPE se les hizo elastografía hepática-2D-SWE, ATI (attenuation imaging coefficient) y analítica. La exploración fue realizada con un ecógrafo Aplio i800 (Canon Medical Systems, Otawara, Japan) por un mismo operador experto.

RESULTADOS:

Se incluyeron 102 pacientes sin EPE y 103 con EPE. Los pacientes con EPE presentaban una edad, un número de FRCV y una rigidez pancreática ($5,4 \pm 1,2$ KPa vs $7,68 \pm 2,24$ KPa; $p < 0,001$), significativamente superior a aquellos sin EPE. El área bajo la curva ROC de la mediana de la elasticidad pancreática fue 0.843 ($p < 0,001$); una elasticidad pancreática ≥ 6 KPa mostró una sensibilidad y un VPP para el diagnóstico de EPE del 85% y 86%, respectivamente (Figura-2). Los grados de EPE (Figura-3) se correlacionaron con el IMC, perímetro abdominal, HOMA-IR y ATI >0,65. Existe un incremento progresivo no significativo de la mediana de elasticidad pancreática con el grado de EPE (6,55 vs 7,4 vs 8,6 KPa; $p < 0,070$). La diabetes mellitus mostró una asociación positiva con la elastografía pancreática-2D-SWE ($p < 0,001$). La rigidez pancreática aumenta y el número de FRCV se incrementa significativamente cuando a la EPE se añade esteatosis hepática o diabetes ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

La EPE se asocia con mayor prevalencia de FRCV y podría usarse como marcador ecográfico de RCV. La EPE le confiere mayor rigidez al páncreas, pero su significado y/o consecuencias requiere más estudios.

CO-04.- UTILIDAD DE LOS ECOGRAFOS DE BOLSILLO EN LA VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA ABDOMINAL Y COMPARACIÓN CON ECÓGRAFOS DE ALTA GAMA.

AUTORES: A. Segura Grau (*,**); I. Salcedo Joven (**,***), y A. Moran Escudero (*,****)

CENTRO DE TRABAJO: (*) H. U. San Francisco de Asís. Madrid. (**) Centro de Diagnóstico Ecográfico. Madrid. (***) C. S. Estrecho de Corea. Madrid. (****) C. S. Juncal. Torrejón de Ardoz. (Madrid).

OBJETIVOS:

El objetivo primario es evaluar la capacidad diagnóstica de los ecógrafos de bolsillo (POCUS) en comparación con los ecógrafos convencionales de alta gama (ecografía reglada). Como objetivo secundario se plantea analizar en qué patologías puede ser más eficiente la utilización de dispositivos de bolsillo, para establecer recomendaciones de práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo de práctica clínica habitual, aprobado por el CEIm del Hospital Universitario de La Princesa (24/06/2022). Se han reclutado 93 pacientes por muestreo consecutivo atendidos en la Unidad de Ecografía del Hospital Universitario San Francisco de Asís (Madrid) durante 12 meses, para la realización de una ecografía abdominal independientemente del motivo de la petición. Se analizaron las variables habituales recogidas en su historia clínica. Se llevó a cabo el análisis estadístico mediante parámetros descriptivos, y se comparó la concordancia entre ambas tecnologías mediante el cálculo del coeficiente kappa de Cohen (k).

RESULTADOS:

Se atendieron 52,7% mujeres, 74,2% con IMC 20-30, cuyo motivo más frecuente de consulta fue la presencia de dolor abdominal (9,7%). Se realizó ecografía abdominal en un 67,7% y urológica 30,1%, y el motivo principal de petición de la ecografía fue dolor abdominal, solo o en combinación con otros síntomas como disuria, vómitos o fiebre. La concordancia global entre ecografía POCUS y reglada presentó $k=0,389$. Las patologías con mayor concordancia entre ambos tipos de ecografía fueron la hepática (6/93, 6,5%, $k=1$), la vesical (9/93, 9,7%, $k=1$), la renal (14/93, 15,1%, $k=0,86$) y la renal complicada (8/93, 8,6%, $k=0,83$).

Las patologías con menor concordancia entre ambos tipos de ecografía fueron la pancreática (3/93, 3,2%, $k=0,58$) y la intestinal (6/93, 6,5%, $k=0,78$).

CONCLUSIONES:

Aunque la correlación global entre ambas técnicas es moderada-baja, el ecógrafo portátil puede ser una herramienta muy útil en una primera valoración del paciente en patologías concretas (hepática, vesical y renal) y menos útil en patología como la pancreática y la intestinal.

CO-05.- ALTO RENDIMIENTO DE LA ECOGRAFÍA MULTIPARAMÉTRICA EN LA VALORACIÓN NO INVASIVA DEL DAÑO HEPÁTICO.

AUTORES: Gloria Ruiz; Marta Abadía; Miriam Romero; Cristina Suárez; Eva Marín; Araceli García; Joaquín Poza; Carlota Siljeström; Beatriz Pillado; Luis Pariente; Pilar Castillo; Javier García-Samaniego; José Carlos Erdozain; María Dolores Martín-Arranz y Antonio Olveira.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. La Paz. Madrid.

OBJETIVOS:

Evaluar el rendimiento diagnóstico de la ecografía multiparamétrica (elastometría bidimensional 2D-SWE e imagen de atenuación ATI) en la valoración no invasiva del daño hepático, así como el de la ecografía convencional en el diagnóstico de esteatosis hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, unicéntrico. Biopsia hepática percutánea (Tru-Cut 16-18G) según indicaciones y práctica habitual. En el mismo día, y previamente a biopsia, se realizó elastografía de transición (ET) y parámetro de atenuación (CAP) (Fibroscan 502 Touch), así como exploración abdominal con ecografía en modo B, elastometría 2D-SWE y atenuación ATI (Canon Aplio i800). Los ecografistas permanecieron ciegos al resultado del Fibroscan. Criterios de exclusión: biopsias de lesión hepática focal, hepatitis aguda, cilindro <11 espacios portales/ <15 mm. La EHmet se clasificó mediante NASH-CRN, las hepatitis crónicas según METAVIR. Las variables cuantitativas se expresan como mediana. El rendimiento diagnóstico de las pruebas no invasivas para esteatosis $>5\%$ y fibrosis avanzada F3/F4 se evaluó mediante curva ROC.

RESULTADOS:

Se incluyeron 249 pacientes: 54 años, varones 60%, IMC 27,4 kg/m², GPT 47 UI/L. Cilindros de biopsia: 25 mm, 14 espacios portales. Diagnósticos: EHmet 115 (46%), HAI 32 (13%), CBP 10 (4%), otros/normal/mínimos cambios 92 (37%). Los estadios de fibrosis fueron: F0 123 (49,4%), F1/F2 82 (32,9%), F3/F4 44 (17,7%). De los 115 con EHmet, esteatohepatitis si/indeterminada en 68 (60%). En el total de la muestra, el AUROC para esteatosis $>5\%$ fue: CAP 0,83, ATI 0,91; para fibrosis avanzada (F3/F4): ET 0,93, 2D-SWE 0,95. En el subgrupo con EHmet (IMC 30,9 kg/m²), el AUROC para fibrosis avanzada fue: ET 0,89, 2D-SWE 0,95. La sensibilidad de la ecografía convencional para el diagnóstico de esteatosis hepática $>5\%$ fue del 84,2%.

CONCLUSIONES:

La elastometría 2D-SWE e imagen de atenuación ATI mediante ecografía multiparamétrica son muy fiables en la valoración no invasiva del daño hepático. La ecografía abdominal convencional permite detectar grados leves de esteatosis.

CO-06.- EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA ASOCIADA A LA CIRUGÍA DE FONTAN: COHORTE EASL-VALDIG FONLIVER.

AUTORES: D. Álvarez de Castro (*); M. Torres (*); J. Donate (*); E. Rodríguez de Santiago (*); D. Rincón (**); A. Payancé (**); A. Jaillais (**); P. Lebray (****); A. Clemente (**); V. Paradis (*****), E. Garrido-Lestache (*); R. Prieto (**); C. Perna (*), M. Toledano (*); MJ del Cerro (*); PE. Rautou (**); R. Bañares(**); C. Martín de Argila (*); MJ García González (*); D. Burgos (*); E. Garrido (*); A. Albillos (*) y L. Téllez (*)

CENTRO DE TRABAJO: (*) H. U. Ramón y Cajal. Madrid. (**) H. U. Gregorio Marañón. Madrid. (***) Hôpital Beaujon, AP-HP, Clichy, France. (****) CHRU de Tours. France. (*****) Pitié Salpêtrière Hospital. Paris. France. (*****) Hôpital Beaujon, AP-HP, Clichy, France.

OBJETIVOS:

La cirugía tipo Fontan (CTF) se emplea en el tratamiento de las cardiopatías congénitas univentriculares. A largo plazo, estos pacientes pueden desarrollar una enfermedad hepática avanzada. El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad diagnóstica de los modelos no invasivos de fibrosis hepática, como la elastografía de transición (ET) y la ecografía abdominal, y desarrollar un nuevo modelo de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, transversal y observacional realizado en 5 centros de referencia europeos, que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes con CTF y biopsia hepática. La variable principal fue la identificación de fibrosis grave en la biopsia. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar factores predictores de fibrosis grave, lo que permitió crear un nuevo modelo de predicción (FonLiver risk score).

RESULTADOS:

217 pacientes fueron incluidos. Se detectó fibrosis grave en el 47.9% (95%IC 41.2%–54.5%), que se correlacionó con peor clase funcional, enteropatía pierdepoteínas y peor hemodinámica cardiopulmonar. Los hallazgos ecográficos sugerentes de hepatopatía avanzada (ecogenicidad heterogénea, bordes nodulares, esplenomegalia y ascitis) fueron más frecuentes en pacientes con fibrosis grave ($p < 0.01$). La rigidez hepática por ET estaba aumentada en toda la cohorte, aunque fue significativamente mayor en los pacientes con fibrosis grave (27.2 [20.1–30.2] vs. 17.1 [13.3–23.0] kPa, $p < 0.01$). El modelo final (FonLiver risk score) incorporó la elastografía de transición y el recuento de plaquetas, demostrando buena discriminación y calibración (AUROC de 0.81 [IC95% 0.74–0.86]). Este modelo fue superior a los modelos convencionales clínico-serológicos (APRI, FIB-4, Fibrosis score, Doha, GUCI y AAR), que mostraron baja precisión diagnóstica en nuestra cohorte (AUROC < 0.70).

CONCLUSIONES:

La fibrosis hepática grave es frecuente tras la cirugía de Fontan y puede ser identificada fácilmente con el novedoso modelo FonLiver risk score, que podría ser rápidamente implementado en la práctica clínica diaria.

CO-07.- ¿EXISTE CONCORDANCIA ENTRE LOS DIFERENTES MÉTODOS NO INVASIVOS PARA PREDECIR LA FIBROSIS HEPÁTICA?.

AUTORES: L. Andrés; C. Pachón; J. Hernández; M. L. Molina; P. Ladrón; J. C. Pérez; V. Gozalo; C. Salas y E. Badia.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Burgos.

OBJETIVO:

Analizar la concordancia entre los distintos métodos no invasivos disponibles para predecir el grado de fibrosis hepática: Fibroscan®, elastografía hepática mediante ecografía Shear-Wave (SWM) y marcadores serológicos (APRI y FIB-4). Además, se realizó un análisis de validez de SWM.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio unicéntrico, descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con hepatopatía, y que tenían realizado Fibroscan® y SWM en un intervalo de tiempo máximo de seis meses. Se calculó FIB-4 y APRI. Se realizó un estudio de concordancia estratificado por etiología, y un análisis de validez de SWM para pacientes con hepatopatía por alcohol (OH), causa metabólica (EHMet) y mixta (OH y EHMt).

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 267 pacientes con hepatopatía de múltiples etiologías (ver tabla 1). El 68.1% de los pacientes eran hombres, con edad media de 59 años. La etiología más frecuente fue mixta con un 22.4%. Se obtuvo una buena concordancia global (índice de concordancia intraclase (ICC)) 0.684, entre el Fibroscan® y SWM. En el análisis estratificado por etiología, la concordancia fue buena para la etiología OH con un ICC de 0.7, y moderada para EHMet y etiología mixta con un ICC de 0.53 y 0.48 respectivamente. Sin embargo, la concordancia entre Fibroscan®/SWM y los marcadores serológicos para las etiologías de OH, EHMet y mixta, fue ligera-nula con un ICC < 0.4.

El análisis de validez global de SWM fue favorable, con un área bajo la curva (AUC) ROC de 0.92. Así mismo, la validez de SWM analizada y estratificada por etiologías fue también favorable (ICC \geq 0.83).

CONCLUSIONES:

El Fibroscan® y SWM presentan una buena concordancia, sobre todo en etiología OH. Por otra parte, el SWM es un adecuado método predictivo con una validez global favorable, pudiéndose incluir como una herramienta más para el seguimiento no invasivo de la fibrosis hepática.

CO-08.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DEL RECTO FEMORAL PARA EL CRIBADO DE SARCOPENIA EN CIRRÓTICOS COMPENSADOS.

AUTORES: R. Quiñones; S. Borrego; A. Martín; L. Alcoba; S. Díez; L. Rodríguez; M. D. Ballesteros; E. González y R. Díez.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de León.

INTRODUCCIÓN:

La cirrosis hepática es una patología que puede alterar el metabolismo energético, resultando en una pérdida de masa y fuerza muscular, o sarcopenia.

La ecografía muscular se encuentra en estudio como método diagnóstico para la determinación de la masa muscular.

OBJETIVO:

Evaluar la correlación de la ecografía del recto femoral (RF) con la masa muscular estimada por impedanciometría.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo observacional en pacientes con hepatopatía crónica compensada.

Los pacientes incluidos forman parte de un análisis intermedio de la corte SARCOLEN, a fecha 29/02/2024 (estudio diseñado para conocer la prevalencia de sarcopenia en pacientes cirróticos).

Durante el cribado de hepatocarcinoma se realiza además la ecografía de recto femoral (midiendo eje X, eje Y, circunferencia y área) y bioimpedancia (TANITA MC780). Se estudió relación de los valores de la ecografía muscular con la presencia de baja masa muscular.

Definimos baja masa muscular como masa muscular apendicular/talla² (IMMA), por impedanciometría, <7Kg/m² en varones y <5,5Kg/m² en mujeres.

RESULTADOS:

Se incluyeron 173 pacientes, de los cuales 74,6% (129) fueron varones, con una media de 64,8 años (DE 8,1). La etiología más frecuente de hepatopatía fue enólica (59,5%), seguida de metabólica (15%).

14 pacientes obtuvieron IMMA patológicos (8,1%). En los pacientes con IMMA bajo la media del área del RF, circunferencia, eje X e Y fue 3,1cm² 9,3cm, 38.9mm y 11.6mm, frente aquellos que tenían el IMMA normal (5cm², 10,9cm, 44.2mm 10.06mm respectivamente), siendo todas las diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05).

CONCLUSIONES:

- En este análisis intermedio los pacientes con IMMA bajo presentaron valores de ecografía de RF inferiores de manera estadísticamente significativa.
- La ecografía del músculo RF puede suponer un método de cribado de baja masa muscular en pacientes con hepatopatía crónica, útil y accesible, aunque se necesitan más estudios para establecer unos puntos de corte adecuados.

CO-09.- ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE VARICES ESOFÁGICAS MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN ESPLÉNICA EN PACIENTES CON CAVERNOMATOSIS PORTAL NO CIRRÓTICA.**AUTORES:** L. Majano; L. Téllez; M.E. Torres; J. Donate Ortega; J. S. Cea; C. Meruéndano; J. R. Valor; D. Burgos; E. Garrido; E. Frontino; M. García y A. Albillos.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. Ramón y Cajal. Madrid.**OBJETIVO:**

Los criterios de Baveno VI y VII para cribado de varices esofágicas basados en rigidez hepática (RH) no son válidos en pacientes con cavernomatosis portal no cirrótica, por lo que estos deben someterse a endoscopias de cribado. Objetivo: evaluar utilidad de la rigidez esplénica (RE) mediante elastografía de transición esplénica (ETE) para estratificar el riesgo de varices esofágicas (VE).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y unicéntrico con 75 pacientes con cavernomatosis portal valorados con ETE y endoscopia alta entre enero 2018 y diciembre 2023. Dos grupos de estudio: pacientes con y sin VE y la variable principal fue la RE (kPa). Se estudió la capacidad diagnóstica de la RH y RE, evaluadas mediante Fibroscan® (Echosens, París; sondas M, XL y esplénica).

RESULTADOS:

El 50.7% presentaban VE (pequeñas: 18.7%, grandes: 32.0%), y 58.7% recibía anticoagulantes. Los pacientes con VE fueron más jóvenes y con trombosis más extensa. Mientras que la RH fue similar en ambos grupos (5.2(1.5) vs. 5.8(1.5) kPa, $p=0.12$), la RE fue significativamente más alta en los pacientes con VE (62.9(20.1) vs. 27.1(9.7) kPa, $p<0.01$).

Los pacientes con VE presentaron niveles significativamente más bajos de plaquetas y leucocitos y más altos de bilirrubina, AST, ALT y diámetro esplénico, con mayor tasa de afectación de vena esplénica o confluyente portomesentérico. Se asoció significativamente la RE por ETE con presencia de VE (OR 1.11(1.04-1.20), $p<0.01$). El AUC de la RE para diagnóstico de VE fue 0.92(0.86-0.99). El punto de corte de 40 kPa presentó una sensibilidad del 87% para descartar VE y del 96% para descartar VE grandes; aplicándolo podríamos evitar el 56% de las endoscopias, perdiendo 4% de las VE grandes. El VPN para diagnóstico de VE fue 91.4% y para VE grandes 97.5%.

CONCLUSIÓN:

La ETE es una herramienta eficaz para identificar los pacientes con cavernomatosis portal con baja probabilidad de VE y VE de riesgo, siendo posible evitar la endoscopia.

CC-01.- INFILTRACIÓN HEPÁTICA POR MIELOMA MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**AUTORES:** L. Andrés; C. Pachón; J. Hernández; M. L. Molina; J. C. Pérez; G. Hontoria; M. Álvarez y E. Badia.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. de Burgos.**INTRODUCCIÓN:**

La infiltración hepática difusa por mieloma múltiple puede ocurrir hasta en un 50% de los casos, sin embargo, la presentación en forma de lesiones ocupantes de espacio (LOEs) única o múltiple, es excepcional.

CASO CLÍNICO:

Varón de 75 años con antecedente personal de mieloma múltiple IgA lambda-Bence Jones y sintomático (con presencia de lesiones líticas e hipercalcemia al diagnóstico en 2020), en segunda línea de tratamiento con Lenalidomida. Ingresó por deterioro del estado general con sospecha de recaída en relación a su patología hematológica. Se realizó un PET-TAC objetivándose una hepatomegalia con parénquima hepático heterogéneo y aumento de la captación en el mismo. Ante dichos hallazgos, y siendo preciso descartar infiltración hepática por mieloma múltiple, se realizó una ecografía abdominal donde se evidenció hepatomegalia con presencia de múltiples lesiones hiperecogénicas con centro hipoecogénico “en diana” y áreas de parénquima hepático intercaladas, con ecoestructura y ecogenicidad sin alteraciones patológicas. Ante dichos hallazgos, se decidió realizar una biopsia hepática por vía intercostal derecha, con aguja automática de 16 G y 18 G, obteniéndose en dos pases, dos cilindros no fragmentados, de unos 20 x 2 mm y 20 x 1 mm respectivamente, con aspecto macroscópico normal que no brillaba con la luz ultravioleta. El estudio histológico posterior confirmó la infiltración hepática por mieloma múltiple. El paciente presentó un shock hemorrágico, como complicación post-biopsia, que requirió intervención quirúrgica e ingreso posterior en la Unidad de Cuidados Intensivos. Finalmente, falleció como consecuencia de la progresión tumoral de su patología oncológica basal.

DISCUSIÓN:

La infiltración hepática por mieloma múltiple, en forma de LOE única o múltiples, es muy poco frecuente y se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con presencia de LOEs hepáticas. Existe escasa literatura científica publicada al respecto, por lo que conlleva en la práctica clínica un gran reto diagnóstico.

CC-02.- IMAGEN ECOGRÁFICA DE PSEUDOCIRROSIS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.**AUTORES:** A. Suárez-Saro; M. Manzano; M. Amo; B. de las Heras; I. Fernández y A. Martín.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. 12 de Octubre. Madrid.**INTRODUCCIÓN:**

La pseudocirrosis se caracteriza por la aparición de alteraciones similares a la cirrosis en pruebas de imagen de pacientes sin enfermedad hepática conocida ni cambios histopatológicos característicos. La enfermedad más frecuentemente asociada es el cáncer de mama (CM) tratado con quimioterapia (QT) aunque su prevalencia es desconocida. Etiológicamente se postula una hipótesis dual que implica la infiltración metastásica y la respuesta tisular hepática incluyendo cambios desmoplásicos y regenerativos. Las manifestaciones clínicas son las derivadas de la hipertensión portal (HTP). El pronóstico es desfavorable, con baja supervivencia tras el diagnóstico.

CASO CLÍNICO:

Presentamos 5 pacientes con diagnóstico de CM tratadas con QT que presentaban alteración mixta del perfil hepático, de predominio colestásico en tres. En cuatro pacientes se realizó ecografía abdominal y en la quinta, un TAC (Tabla 1). Todas mostraban un hígado heterogéneo con lesiones nodulares-pseudonodulares de pequeño tamaño (Figuras 1-5).

En tres el contorno hepático era nodular. Dos pacientes tenían datos de HTP, una de ellas con ascitis, y las otras tres tenían ascitis y/o derrame pleural sin otros signos de HTP. En una paciente se administró contraste intravenoso, revelando nodulaciones isocaptantes en fase arterial y portal, con lavado en fase tardía. (Figura 6). Se realizó biopsia en todas, encontrándose infiltración por carcinoma compatible con metástasis sin evidencia de fibrosis asociada. Cuatro pacientes fallecieron precozmente tras la ecografía abdominal, con un tiempo medio de supervivencia de 15 meses

DISCUSIÓN:

Aunque la prevalencia de la pseudocirrosis en el CM no está establecida, una proporción de estas pacientes que asocian alteración del perfil hepático desarrollan hallazgos radiológicos sugestivos. La realización temprana de una ecografía abdominal que revele una ecoestructura heterógena asociado a áreas pseudonodulares es de gran utilidad en su diagnóstico, lo que nos permitirá un manejo temprano de las complicaciones asociadas a la HTP y, en su caso, plantear un cambio de estrategia en el tratamiento oncológico.

CC-03.- PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO. UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN

AUTORES: S. P. de la Iglesia; E. Garrido; D. Burgos; C. Perna; F. J. Manzano; D. Álvarez; M. Ramírez Verdyguer; A. Albillos y M. J. García.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El pseudotumor inflamatorio, es un tumor benigno poco frecuente, producido por la proliferación de tejido conjuntivo junto a la infiltración por células plasmáticas y fibroblastos.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de una mujer de 34 años con antecedentes de colangitis y apendicitis, que presenta dolor en hipocondrio derecho de un mes de evolución. En los análisis destacaba una Proteína C reactiva elevada. Se completó el estudio con una ecografía abdominal donde se detectó una lesión de 7,5 cm en el segmento VII hepático que infiltraba la cápsula. Tras la administración de contraste intravenoso (hexafluoruro de azufre) la lesión presentaba un realce centrífugo en fase arterial y un lavado precoz e intenso posterior. En la tomografía computerizada (TC) así como en la resonancia magnética y PET TC posteriores se confirman los hallazgos, observándose que la lesión se extiende fuera de la cápsula hepática, contacta con el diafragma e infiltra la pared torácica. Se realizó una biopsia de la lesión, apreciándose abundante tejido conjuntivo con áreas de fibrosis y edema y un infiltrado inflamatorio mixto denso, con predominio de células plasmáticas que en el estudio inmunohistoquímico fueron positivas para IgG e IgG4, esta última también estaba elevada en sangre. Todo ello compatible con un pseudotumor inflamatorio. Posteriormente, se inició tratamiento con glucocorticoides y azatioprina, monitorizando la lesión con ecografías sucesivas con disminución progresiva de su tamaño hasta su resolución.

DISCUSIÓN:

La etiología del pseudotumor inflamatorio es incierta, postulando como causantes a microorganismos, procesos autoinmunes o traumatismos, siendo la localización hepática infrecuente. Suelen ser sintomáticos, debutando como una masa con fiebre y pérdida de peso, asociando un aumento de marcadores de inflamación sistémica. Responden de manera favorable a corticoterapia o antibioterapia, quedando relegada la cirugía a un último escenario.

CC-04.- LINFOMA NO HODGKIN: UNA ENTIDAD RARA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES HEPÁTICAS.

AUTORES: C. Meruéndano Padrón; J. R. Valor de Villa; J. S. Cea Rama; L. Majano Díaz; C. Martín de Argila; E. Garrido Gómez; A. Albillos Martínez y M. J. García González.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Los linfomas no Hodgkin (LNH) comprenden un grupo diverso de enfermedades hematológicas que derivan de progenitores de células de la serie blanca. Se manifiestan de manera diversa y en ocasiones en localización extranodal, siendo la infiltración hepática una forma de presentación rara. Para su diagnóstico son necesarias diferentes pruebas en combinación (análisis sanguíneo, ecografía, tomografía computerizada (TC) o resonancia magnética (RM)) aunque el gold standard es el análisis histológico de una muestra de biopsia hepática donde se confirme la celularidad aberrante.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 68 años de edad derivado para valorar trasplante hepático por hepatopatía crónica por virus C con carga viral baja y dos lesiones ocupantes de espacio hepáticas de 33 y 10 mm en segmento VI diagnosticadas en el contexto de una colecistitis aguda mediante TC y RM, LIRADS 5 y LIRADS 4 respectivamente. La AFP y el Ca 19.9 fueron normales. Se presenta el caso en comité multidisciplinar donde se decide la realización de una elastografía (FibroScan) según la cual guiar el manejo. Con un resultado de 5,5 kPa (F0) se decide punción aspiración con aguja fina guiada por ecografía de la lesión de mayor tamaño tras la administración de contraste intravenoso.

La lesión se visualiza hipervascular a los 10 segundos con lavado sutil en fase portal tardía. La anatomía patológica describió una infiltración por celularidad linfoide compatible con un linfoma no Hodgkin B de bajo grado y el paciente fue derivado a Hematología para recibir tratamiento.

DISCUSIÓN:

La localización extraganglionar del Linfoma no Hodgkin en el tejido hepático es rara y su comportamiento en pruebas de imagen puede llevar a confusión en el diagnóstico diferencial, principalmente con el hepatocarcinoma. En este caso con la ayuda de la biopsia y la ecografía con contraste tras una valoración integral por diferentes especialistas permitió descartar la principal sospecha tumoral y guiar el tratamiento más adecuado para este paciente.

CC-05.- LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA DESCARTAR EL ORIGEN MALIGNO DE LAS LESIONES HEPÁTICAS EN EL SÍNDROME DE BUDD-CHIARI.

AUTORES: L. Cudero; M. Amo; C. Muñoz; B. De las Heras; A. Martín y I. Fernández.

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

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Budd-Chiari es una hepatopatía vascular en la que se produce una obstrucción al flujo venoso. En fases avanzadas puede conducir al desarrollo de cirrosis y hepatocarcinoma. La aparición de nódulos hepáticos benignos es frecuente en la evolución de la enfermedad, precisando un estudio exhaustivo para descartar su origen maligno, siendo la ecografía contrastada una técnica precisa para su estudio.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 23 años diagnosticada en Honduras de hepatopatía crónica avanzada de origen no filiado, que ingresa por descompensación edematoascítica. En el estudio ecográfico inicial se observan múltiples lesiones hepáticas sobre un hígado sugestivo de cirrosis, siendo confirmadas en tomografía axial computarizada (TAC) abdominal y sospechosas de malignidad. Se completa estudio con ecocardiograma, marcadores tumorales y tomografía por emisión de positrones (PET- TAC), todos negativos. Se realiza una resonancia magnética nuclear (RMN) hepática que objetiva las lesiones con un comportamiento sugestivo de hepatocarcinoma o metástasis. Ante el riesgo de punción de las lesiones por la gran circulación colateral intrahepática y ascitis, se completa el estudio con ecografía Doppler y contrastada mostrando una trombosis de la vena hepática izquierda y un realce arterial de las lesiones con relleno centrífugo y cicatriz central, sin lavado venoso, sugestivas de "hiperplasia nodular focal-like" (HNF-like). Los hallazgos ecográficos permitieron orientar el diagnóstico hacia una hepatopatía secundaria a Sd. Budd-Chiari con múltiples lesiones hepáticas benignas HNF-like, permaneciendo estables en el seguimiento radiológico.

DISCUSIÓN:

Los nódulos hepáticos benignos tipo HNF-like en el Sd. Budd-Chiari pueden suponer un reto diagnóstico a pesar de realizar estudios dinámicos como TAC o RMN, especialmente en hígados desestructurados. La ecografía contrastada permite confirmar su benignidad al mostrar un realce arterial centrífugo (y en ocasiones una cicatriz central) y ausencia de lavado venoso; siendo una herramienta muy precisa en el diagnóstico de estas lesiones.

CC-06.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN EL ESTUDIO DE LESIONES HEPÁTICAS QUÍSTICAS COMPLEJAS.

AUTORES: L. Cudero; M. Amo; B. De las Heras; C. Muñoz; A. Martín y I. Fernández

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

INTRODUCCIÓN:

El quiste hepático simple es una lesión frecuente que presenta una imagen típica en ecografía. Su complicación con infección, hemorragia o rotura puede precisar la realización de otros estudios dinámicos por similar apariencia a otras lesiones hepáticas, incluidas las de origen maligno. La ecografía contrastada es una herramienta útil para identificar la benignidad de estas lesiones.

CASO CLÍNICO:

Varón de 54 años que ingresa por dolor en hipocondrio derecho, elevación de reactantes de fase aguda en analítica de sangre e hiperbilirrubinemia. Se realiza una ecografía abdominal urgente que objetiva una lesión quística de gran tamaño, con tabiques gruesos e irregulares, sugestiva de quiste hidatídico complejo o neoplasia quística. Se amplía estudio con serología de hidatidosis y marcadores tumorales (ambos negativos); y tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, que confirma una lesión quística hepática de 20 centímetros, con múltiples septos gruesos, dudosa captación de contraste y dos lesiones adyacentes indeterminadas, sin poder descartar un origen neoplásico con depósitos secundarios. Se realiza ecografía con contraste, que confirma la ausencia de realce de la lesión o sus tabiques, permitiendo determinar el origen benigno de la misma, siendo las lesiones adyacentes compatibles con angiomas. La lesión fue extirpada quirúrgicamente por persistencia de dolor, confirmándose su benignidad en la histología.

DISCUSIÓN:

El quiste hepático complicado puede presentar una apariencia similar a otras lesiones hepáticas complejas, incluidas neoplasias quísticas. La presencia de tabiques, contenido sólido y realce en pruebas de imagen obliga a descartar el origen maligno del mismo.

La ecografía con contraste es una herramienta no invasiva con elevada exactitud para el diagnóstico diferencial de estas lesiones, especialmente en casos de dudas en TAC, permitiendo realizar el diagnóstico de benignidad en más del 80% de los casos.

CC-07.- COLANGIOPATÍA ISQUÉMICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA.

AUTORES: J. R. Valor de Villa, E. Garrido Gómez, S. López Durán, C. Ariño Palao, M. A. Caminoa Lizarralde, J. S. Cea Rama, C. Meruéndano Padrón, L. Majano Díaz, M. García González y A. Albillos Martínez

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La colangiopatía o colangitis isquémica se define como una lesión en los conductos biliares debido a la afectación del plexo vascular peribiliar, cuya irrigación depende de las arterias hepáticas. Se trata de una entidad poco frecuente, generalmente de origen iatrogénico, que puede simular lesiones neoplásicas de la vía biliar en las pruebas de imagen y que requiere confirmación histológica para su diagnóstico.

CASO CLINICO:

Presentamos el caso de una mujer de 72 años, con antecedente de colecistectomía, que ingresa con dolor abdominal, vómitos e ictericia. En la analítica de sangre destaca colestasis e hiperbilirrubinemia de hasta 7.3 mg/dL. Se le realiza una ecografía abdominal en la que se describe área hipoecogénica de unos 2 cm que parece depender de parénquima pancreático que produce un corte brusco en la confluencia entre colédoco y cístico (fig. 1). Se completa el estudio mediante TC toracoabdominopélvico (fig. 2) donde se confirma masa en cabeza pancreática que condiciona dilatación retrógrada de la vía biliar sugerente de neoplasia primaria de origen biliopancreático sin evidencia de enfermedad a distancia. Dados los hallazgos en las pruebas de imagen se realiza ecoendoscopia que sugiere colangiocarcinoma distal con afectación pancreática.

Ante la sospecha de neoplasia biliopancreática se decide resección mediante duodenopancreatectomía cefálica.

El estudio anatomopatológico (fig. 3) revela fibrosis e inflamación marcadas en el colédoco, así como infiltración inflamatoria y atrofia severa del parénquima pancreático peribiliar. Los vasos arteriales periductales mostraron hiperplasia intimal marcada, con disminución del calibre u oclusión completa, sin evidencia de malignidad. El diagnóstico final, tras descartar otras posibles causas, es concordante con colangitis isquémica.

La colangiopatía isquémica se ha estudiado fundamentalmente en el contexto del trasplante hepático, en relación con trombosis de la arteria hepática. Sin embargo, se han descrito casos de colangiopatía focal secundaria daño isquémico debido a una interrupción inadvertida del flujo arterial; por ejemplo, durante la colecistectomía.

CC-08.- MALFORMACIÓN DE ABERNETHY. UN HALLAZGO ECOGRÁFICO INUSUAL.

AUTORES: C. Bocos; C. Maroto; M. A. Rizzo; S. Utrilla; S. Izquierdo; O. Lobete; L. Sánchez; L. Martínez; J. F. Piñerúa; M. C. García; N. Alcaide; S. Lorenzo y L. Fernández.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Valladolid.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión portal consiste en un incremento del gradiente de presión venoso hepático-portal ≥ 6 mmHg, considerándose clínicamente significativa si ≥ 10 mmHg. Entre los métodos diagnósticos más utilizados en la práctica clínica destaca la ecografía abdominal.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 39 años sin alergias ni hábitos tóxicos con antecedente de hipertensión portal de etiología no aclarada. Debutó en la infancia con hemorragia digestiva por varices esofágicas. Se realizó estudio etiológico completo que resultó negativo y biopsia hepática con hallazgo de ligera fibrosis portal sin cambios de fibrosis hepática congénita.

Se derivó al Servicio de Digestivo para seguimiento y control. Se solicitó ecografía Doppler hepática en la que se identificó que a nivel del hilio hepático la porta se convertía en una imagen lineal ecogénica, compatible con fibrosis-agenesia, con formación de recirculación colateral. No se objetivó otros signos de recirculación colateral extrahepática. Hígado homogéneo sin lesiones ocupantes de espacio. Leve esplenomegalia. (Figura 1 y 2)

Por lo tanto, la hipertensión portal de nuestra paciente resultó ser secundaria a Síndrome de Abernethy tipo II. Se mantuvo seguimiento por Digestivo para control estricto y valoración precoz de posibles complicaciones.

DISCUSIÓN:

La malformación de Abernethy es una malformación congénita vascular muy poco frecuente. Existen dos variantes descritas. La I presenta agenesia completa de la porta apareciendo shunts directos a la circulación sistémica. En la tipo II se identifica una vena porta hipoplásica con flujo portal parcialmente conservado con shunts extrahepáticos. En nuestro caso, se generó una cavernomatosis portal que recanalizó el flujo.

Las enfermedades vasculares hepáticas son entidades poco comunes en la práctica clínica diaria que debemos tener en cuenta en el estudio de la hipertensión portal. La ecografía hepática junto con el Doppler ha evolucionado notablemente en los últimos años, siendo una prueba complementaria no invasiva muy útil en el diagnóstico de este tipo de patología.

CC-09.- QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA EN ADULTO, UNA ENTIDAD RARA Y DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: M. Álvarez-García, L. Otegui, A. Yagüe, R. Calvo, S. Barrio y B. Polo.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Los quistes de duplicación son malformaciones congénitas infrecuentes del tracto gastrointestinal que pueden localizarse a cualquier nivel desde la boca hasta al ano, siendo los quistes de duplicación gástricos los más excepcionales. Su patogénesis es controvertida y hoy en día aún existen múltiples teorías que tratan de explicar su mecanismo etiopatogénico. En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza en la primera infancia y tan sólo en una pequeña proporción se identifican en la edad adulta como un hallazgo incidental, ya que estas entidades suelen ser asintomáticas fuera de la infancia. Casi en la mitad de los casos se asocia a otras malformaciones congénitas y es de vital importancia realizar un minucioso diagnóstico diferencial con otras entidades, en especial neoplasias con componente quístico. Aunque es extremadamente inusual, se ha publicado la degeneración neoplásica de estas lesiones, lo que hace más importante su preciso diagnóstico y estudio citohistológico.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 79 años, con antecedentes personales de dislipemia y artrosis congénita columna. Asintomática desde el punto digestivo, se realiza ecografía abdominal por alteración analítica del perfil férrico, donde concluyen que observan una imagen anecoica adyacente a cámara gástrica, completando estudio con TC abdomen con contraste donde refieren la existencia de una formación seudonodular de semiología quística.

Se realiza eco-endoscopia alta donde aprecian que entre infundíbulo vesicular, cuello pancreático e hilio hepático se identifica una lesión anecogénica con contenido puntiforme hiperecogénico sin sombra, bien definida y de unos 3 cm de tamaño, que es homogénea y que presenta en su pared al menos 2-3 capas definidas sin poder asegurar su dependencia de la submucosa de la pared gástrica adyacente, todo ello compatible con quiste de duplicación gástrica.

DISCUSIÓN:

El quiste de duplicación gástrica es una anomalía excepcional, varía de forma y tamaño, pudiendo localizarse a cualquier nivel del tracto gastrointestinal, siendo más frecuente la curvatura mayor. Se desconoce su mecanismo etiopatogénico y debe tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales de toda lesión quística supramesocólica. Son lesiones potencialmente malignas siendo la resección completa la que brinda el diagnóstico y tratamiento definitivo.

CC-10.- AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL DE LEISHMANIASIS VISCERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: S. Redondo; M. Hernández; M. Sierra; I. Gala; I. Bartolomé; R. Bernadballah; G. Borrego; E. Aguirregoicoa; J. I. Busteros y S. Taberero.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

INTRODUCCIÓN:

La Leishmaniasis es una infección crónica causada por parásitos del género *Leishmania*. Existen tres formas de presentación: cutánea, mucosa y la leishmaniasis visceral (LV); siendo la más severa, más frecuente en inmunodeprimidos (ID) y con manifestaciones atípicas (pleuropulmonar, esofagogástrica, intestinal...).

El diagnóstico se basa en métodos parasitológicos, serológicos y/o moleculares. El diagnóstico diferencial incluye infecciones por micobacterias, linfomas y síndrome hemofagocítico, entre otros.

Son varios los fármacos aprobados para esta entidad, siendo la anfotericina B liposomal el tratamiento de elección.

CASO CLÍNICO:

Varón de 40 años diagnosticado de LV en el seno de una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con respuesta terapéutica inicial favorable.

Se solicitaron estudios endoscópicos y una ecografía intestinal como parte del diagnóstico diferencial de un síndrome malabsortivo severo que desarrolló en contexto de múltiples recurrencias. La gastroscopia evidenció un parcheado eritematoso en cuerpo y una mucosa duodenal cuarteada con vellosidades atróficas. La

ileocolonoscopia mostró un área de mucosa micronodular en colon ascendente. Las biopsias demostraron infiltración parasitaria gástrica, duodenal y colónica.

La ecografía intestinal identificó una afectación de 5 cm en colon ascendente, consistente en un aumento del grosor parietal y marcada desestructuración del patrón en capas; así como hiperemia parietal con captación Doppler patológica (Limberg 3/3), sugestivo de afectación parasitaria colónica.

DISCUSIÓN:

La LV limitada al tracto gastrointestinal tiende a aparecer en la coinfección con VIH, siendo infrecuente en inmunocompetentes. El pronóstico es desfavorable, con habituales fracasos terapéuticos y recidivas.

Presentamos un caso inusual de afectación intestinal por *Leishmania* en un paciente coinfectado por VIH, con expresión ecográfica y endoscópica concordante. La afectación ecográfica es compatible con una etiología infecciosa; no obstante, teniendo en cuenta la sospecha, en este caso podría haberse obviado la colonoscopia. Es importante que estemos familiarizados con manifestaciones atípicas de cara a poder realizar un diagnóstico precoz.

CC-11.- ROL DE LA ECOGRAFÍA EN TUMOR NEUROENDOCRINO GASTROINTESTINAL- CASO CLÍNICO.

AUTORES: A. Pedraza; A. Gamba; E. Yanguas; B. Santos; I. De Pablos; E. Sánchez; A. C. Moya; A. Sánchez; P. Ramírez de la Piscina; L. Espinosa; L. Martín y M. Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Álava.

INTRODUCCIÓN:

Los tumores neuroendocrinos (TNE) gastrointestinales, aunque poco comunes, tienen una relevancia clínica significativa, predominan en el intestino delgado, especialmente en el íleon.

Muestran un comportamiento agresivo, con más del 50% presentando metástasis al debut diagnóstico. La sintomatología varía desde la ausencia de síntomas hasta manifestaciones locales o sistémicas graves. Presentamos el siguiente caso donde la ecografía juega un rol importante.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 75 años, ingresada por fibrilación auricular bloqueada e insuficiencia cardiaca secundaria. Durante el ingreso presenta anemia ferropénica sin aparente exteriorización de sangrado, por lo que se realiza angio-TAC que demuestra sangrado intraluminal en íleon terminal junto a lesiones óseas y hepáticas sugestivas de afectación metastásica. Se realiza ileo-colonoscopia donde se observan lesiones nodulares eritematosas, no sugestivas de adenoma (AP. mucosa hiperplásica) a nivel del íleon terminal. Dada la escasa rentabilidad de la ileo-colonoscopia se decide realizar estudio ecográfico objetivando a nivel del íleon terminal 2 lesiones. La primera de 24x32 mm, con calcificaciones en su interior, y la otra de 28x20 mm, hipoecoica; ambas lesiones dependientes de submucosa (Imagen 1 e Imagen 2). En hígado, se objetivan múltiples LOEs hiperecoicas con halo hipoecoico distribuidas por ambos lóbulos hepáticos. Tanto las lesiones ileales (Imagen 3), como hepáticas (Imagen 4), presentan el mismo comportamiento al contraste intravenoso (Sonovue), con hipercaptación arterial con lavado en fase portal y tardío. Los hallazgos ecográficos sugieren TNE con afectación metastásica hepática; sospecha que se confirma tras proceder a biopsiar de forma ecoguiada una de las LOEs hepáticas, que demuestra TNE bien diferenciado en el estudio histológico.

DISCUSIÓN:

La ecografía intestinal ha adquirido una creciente importancia en el diagnóstico de los tumores gastrointestinales, y el caso presentado ejemplifica su relevancia, al desempeñar un papel crucial en la caracterización de la afectación neoplásica y en este caso facilitar la toma de biopsias para confirmar las sospechas clínicas de TNE.

CC-12.- PAPEL DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN LA VALORACIÓN DE COMPLICACIONES CON PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL.

AUTORES: C. Meruéndano Padrón; E. Garrido Gómez; L. Majano Díaz; J. R. Valor de Villa; J. S. Cea Rama; C. Martín de Argila; A. Albillos Martínez y M. J. García González

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La colecistogastrostomía mediante la colocación de una prótesis de aposición luminal (LAMS) por ecoendoscopia es un procedimiento con una alta tasa de éxito técnico y clínico si se realiza en centros con experiencia. En comparación con la colecistostomía percutánea, ésta permite un drenaje fisiológico de la bilis y el control del foco infeccioso de manera interna en el caso de las colecistitis agudas de pacientes desestimados para una eventual cirugía. Presentamos un caso en el que se pudo evaluar la funcionalidad de la misma con control ecográfico.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 93 años con múltiples patologías que acude al servicio de urgencias por fiebre, tiritona, vómitos y dolor abdominal focalizado en hipocondrio derecho. Contando con la clínica, los parámetros analíticos y una ecografía abdominal con hallazgos sugestivos se diagnostica de colecistitis aguda litiasica. Inicialmente presenta una evolución tórpida, observándose en un TC abdominal perforación vesicular, por lo que se decide realizar una colecistostomía percutánea. Teniendo en cuenta la edad, situación basal y no ser candidato a colecistectomía se decide realizar un drenaje endoscópico de la vía biliar mediante colecistogastrostomía, que resulta fallido por la migración de la prótesis de aposición luminal, por lo que se realiza una CPRE colocando dos prótesis plásticas en la vía biliar. El paciente presenta posteriormente peritonitis biliar y un absceso hepático.

Para vigilar la evolución del cuadro se realiza una ecografía abdominal donde se identifica la colección intrahepática y una vesícula de tamaño y grosor de la pared normal pero con estricación de capas, con Murphy ecográfico negativo. Se observa en la luz vesicular uno de los extremos de la prótesis Axios, el otro extremo no se identifica pero se encuentra alejado de la cámara gástrica, como confirmación de la migración de la misma. El catéter de drenaje externo se encontró normoposicionado.

DISCUSIÓN:

Como cualquier otro procedimiento la colocación de LAMS no está exenta de complicaciones, entre ellas las relacionadas con la migración de la prótesis. La ecografía abdominal se presenta como un método sencillo y reproducible a la hora de realizar la valoración y el seguimiento de la disfunción de las mismas.

CC-13.- ECOGRAFÍA INTESTINAL COMO CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL.**AUTORES:** E. Larrea; J. Poza; P. Torrijos; R. Gayoso; C. Suárez y M. D. Martín Arranz.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. La Paz. Madrid.**INTRODUCCIÓN:**

Las neoplasias primarias de intestino delgado son poco frecuentes, siendo la invaginación intestinal una de las formas de presentación. Un 50% de las invaginaciones intestinales son tumorales. El diagnóstico puede llegar a ser difícil por la presencia de síntomas inespecíficos y suele realizarse mediante técnicas de imagen como el TC abdominal. Destacamos el siguiente caso clínico donde el diagnóstico definitivo se llevó a cabo mediante ecografía intestinal.

CASO CLÍNICO:

Varón de 59 años con diagnóstico previo en otro centro de enfermedad de Crohn ileal tras una colonoscopia incompleta por imposibilidad de canular la válvula y una enteroRM donde se describía una ileítis terminal con imagen de invaginación ileoileal. Recibió tratamiento con Azatioprina y Adalimumab con falta de respuesta durante un año. Ingresó en nuestro centro por empeoramiento del dolor abdominal y pérdida de peso. Se realizó una ecografía intestinal visualizando a 5cm de la válvula ileocecal una lesión de 4cm hiperecogénica e hipervascular que condicionaba una invaginación ileoileal con dilatación retrógrada de asas. Asimismo, múltiples lesiones hiperecogénicas hepáticas, todo ello sugestivo de tumor neuroendocrino con metástasis hepáticas. Se realizó un TC con los mismos hallazgos y una punción de una lesión hepática confirmándose la presencia de metástasis de tumor neuroendocrino. Se realizó hemicolectomía derecha cuya histología demostró un tumor neuroendocrino ileal de 4cm, bien diferenciado (G2) con Ki-67 del 5%, márgenes libres y ganglios positivos. Se inició tratamiento con análogos de somatostatina que aún mantiene con buena evolución.

CONCLUSIÓN:

La invaginación intestinal en pacientes adultos debe hacernos sospechar la presencia de un tumor subyacente. El diagnóstico puede ser difícil inicialmente y se basa en técnicas de imagen, destacando en nuestro caso la importancia de la ecografía intestinal para el diagnóstico. La localización de la enfermedad y la afectación ganglionar y/o hepática puede ayudarnos en el diagnóstico diferencial.

CC-14.- RELEVANCIA DE LA ECO INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN.**AUTORES:** A. Pedraza; A. Gamba; A. C. Moya; A. Sánchez; B. Santos; E. Sánchez; I. De Pablos; E. Yanguas; L. Espinosa y L. Martín y M. Álvarez.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. de Álava.**INTRODUCCIÓN:**

La ecografía intestinal demuestra ser una herramienta valiosa en la detección temprana y seguimiento de la enfermedad de Crohn (EC). Esta técnica es eficaz para identificar la actividad inflamatoria y diagnosticar complicaciones intra-abdominales, como estenosis, fístulas y abscesos. Además, su amplia disponibilidad, bajo costo y buena reproducibilidad hacen que sea una opción atractiva y fácilmente repetible durante el seguimiento del paciente. Presentamos el siguiente caso clínico como ejemplo de ello.

CASO CLÍNICO:

Varón de 29 años, diagnosticado de EC Ileal fenotipo fistulizante (Montreal A2L1B3) que debutó en forma de plastrón abdominal inflamatorio en 2021, con afectación de ileón terminal de 10 cm con incipiente enfermedad fistulizante/penetrante hacia la grasa mesentérica. En tratamiento con Infliximab y Azatioprina, el paciente se encontraba estable, estando asintomático, sin elevación de reactantes inflamatorios, ni calprotectina y con adecuados niveles de Infliximab. Se realiza ECO intestinal como control previo a la retirada de Azatioprina, donde se observa engrosamiento leve (4 mm) de la pared, con pérdida focal de la estratificación e hiperemia (Limberg 1), de los últimos 75 mm de ileón distal. A dicho nivel se objetiva un trayecto fistuloso que termina en una colección anecoica (22,6 x 12,8 mm), localizada en la grasa mesentérica, con gas en su interior (Imagen 1). Se completa estudio con eco intestinal con contraste intravenoso (Sonovue) observando hipercaptación periférica de la colección, permaneciendo la región central anecoica, hallazgos compatibles con absceso (Imagen 2).

DISCUSIÓN:

Este caso destaca la utilidad de la ecografía intestinal al evidenciar una complicación local de la enfermedad a pesar de la aparente estabilidad clínica, que permitió tomar decisiones terapéuticas anticipadas. Este enfoque no invasivo, ofrece una visión detallada que va más allá de la sintomatología y los marcadores sanguíneos, contribuyendo significativamente al manejo efectivo de la EC.

CC-15.- MUCOCELE APENDICULAR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DIAGNÓSTICO SINCRÓNICO POR ECOGRAFÍA.

AUTORES: R. Tejero Jurado (*); C. Palomar Ávila (**); C. Suárez Ferrer (***); J. Poza Cordón (****) y M. D. Martín-Arranz (****).

CENTRO DE TRABAJO: (*) H. U. Reina Sofía. Córdoba. (**) H. U. Virgen de Valme. Sevilla. (***) H. U. La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

El mucocèle o neoplasia apendicular mucinosa de bajo grado (LAMN) es una dilatación quística de la luz apendicular por acúmulo de mucina que puede desarrollarse en el contexto de patología benigna o maligna. Se cree que existe una asociación entre LAMN y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Presentamos a continuación un caso con diagnóstico ecográfico y en un mismo tiempo de LAMN y EII.

CASO CLÍNICO:

Varón de 50 años, sin antecedentes de interés, que se realiza ileocolonoscopia por sangre oculta en heces positiva, con hallazgo de ileitis terminal y una formación sobreelevada en fondo de saco cecal de aspecto subepitelial que se biopsia, siendo histológicamente mucosa colónica normal.

Se realiza ecografía intestinal con sonda de alta frecuencia, identificándose afectación de últimos 6 cm de íleon terminal con engrosamiento parietal entre 4,4-5,5 mm e hiperemia parietal (doppler 3/3) y destacando afectación del apéndice, con contenido líquido en su base que le confiere un aspecto pseudoquístico con diámetro de hasta 24 mm, que se va colapsando hasta la punta, siendo esto hallazgos sugestivos de mucocèle apendicular e ileitis (Simple US Score: 8).

Se realiza estudio de extensión sin signos de afectación a distancia y posteriormente, apendicectomía laparoscópica. El estudio histológico confirma tumor mucinoso apendicular de bajo grado, con márgenes quirúrgicos libres (TNM: pTisNxR0).

DISCUSIÓN:

La LAMN es una entidad rara presente en 1% de las apendicectomías realizadas. Es escasa la literatura disponible, pero se postula que pueda existir relación entre la EII y la aparición de estas lesiones, sobre todo si coexiste con displasia o cáncer colorrectal. Queremos resaltar el papel del seguimiento ecográfico de los pacientes con EII, ya que permite monitorizar la actividad inflamatoria y evaluar otros aspectos de mayor entidad como la aparición de neoplasias apendiculares que puedan asociarse a displasia o cáncer colorrectal.

CC-16.- DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE DOLOR ABDOMINAL INUSUAL MEDIANTE ECOGRAFÍA.

AUTORES: P. Martínez; M. Suárez; S. Rojas; M. B. López; A. de los Santos; I. Rodríguez; N. de Vicente; V. Jiménez; T. J. Martínez; L. Valiente; R. Martínez; M. Viñuelas; C. J. Gómez, J. García Cano y J. I. Pérez.

CENTRO DE TRABAJO: H. Virgen de la Luz. Cuenca.

INTRODUCCIÓN:

La ecografía abdominal es fundamental en el estudio del dolor abdominal. La búsqueda de hallazgos debe ser dirigida por la clínica. Presentamos un caso clínico donde la reevaluación y una ecografía dirigida condujeron al diagnóstico adecuado.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 17 años sin antecedentes que presenta dolor abdominal recurrente de meses de evolución en piso abdominal superior y mesogastrio que no cede con analgesia convencional. Acompaña hiporexia y náuseas, sin vómitos ni pérdida de peso. En estudio ambulatorio, no presenta hallazgos analíticos ni endoscópicos patológicos, con ecografía abdominal normal. Se descartaron alergias alimentarias, aunque el test de intolerancias alimentarias IgG mostró sensibilidad al trigo sarraceno. Sin embargo, eliminarlo de la dieta no mejoró los síntomas.

Visita urgencias en múltiples ocasiones e ingresa para una evaluación más detallada, donde reinterrogando describe dolor postprandial y saciedad precoz. Físicamente destaca fenotipo ectomorfo.

Dada la clínica y el fenotipo, solicitamos ecografía abdominal dirigida a la valoración de la arteria mesentérica superior, revelando un ángulo aortomesentérico reducido de 17° (Imagen 1). Estos hallazgos fueron confirmados por TAC abdominal que describe un ángulo aortomesentérico comprendido entre 22°-29° (Imagen 2), siendo la distancia aortomesentérica de unos 5-6 mm. El ángulo aortomesentérico normal es de 38°- 65° y la distancia aortomesentérica es mayor a 10 mm.

DISCUSIÓN:

El síndrome de la pinza aortomesentérica es infrecuente y se caracteriza por la compresión de la tercera porción duodenal entre la arteria mesentérica superior y la aorta, asociada con pérdida de grasa mesentérica. A menudo se observa en pacientes con pérdida de peso significativa, como pacientes oncológicos u otros síndromes de malabsorción, pero también en adolescentes con aumento de peso insuficiente en relación con el aumento de estatura. El diagnóstico es de exclusión. La ecografía dirigida a la valoración del ángulo aortomesentérico es una herramienta no invasiva válida de aproximación diagnóstica.

CC-17.- HALLAZGO CASUAL: ANEURISMA DEL TRONCO CELIACO Y ARTERIA HEPÁTICA COMÚN.

AUTORES: G. Armesto Rivas; J. Poza Cordón; S. Stefano Kiuri; M. Chao Moreira y M. Dolores Martín Arranz
CENTRO DE TRABAJO: H. U. La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Los aneurismas viscerales, en especial los del tronco celiaco (TC) y arteria hepática (AH), son una entidad con una incidencia estimada muy baja (0,005-0,01%) (2), pero con una tasa de mortalidad elevada si sufren una ruptura espontánea. El riesgo de ruptura cuando superan los 20mm y 32mm, es del 5% y 60%, respectivamente. (1)

En la actualidad son un diagnóstico cada vez más habitual, en pacientes asintomáticos o con síntomas abdominales inespecíficos, debido al aumento del número de exploraciones radiológicas. Merece especial mención, que hasta un 33% se asocian con aneurismas de otras localizaciones (3).

CASO CLÍNICO:

Varón de 61 años ingresado por una neumonía multilobar con insuficiencia respiratoria asociada, presenta una alteración aguda del perfil hepático de origen no filiado, sin clínica digestiva asociada. Se realiza una ecografía abdominal observando como único hallazgo patológico, una dilatación aneurismática del tronco celiaco de 16mm de diámetro y 40mm de longitud, y un aneurisma fusiforme de la arteria hepática de 14 mm de diámetro y 40mm de longitud. Se completa estudio con Angio-TC abdomino-pélvico, confirmándose los hallazgos previamente descritos, visualizando además un aneurisma de 15mm de diámetro de la arteria iliaca común interna distal.

Se derivó el paciente a consultas externas de cirugía vascular, decidiéndose un seguimiento clínico y radiológico.

DISCUSIÓN:

Los aneurismas viscerales son un hallazgo casual poco frecuente.

Las recomendaciones terapéuticas generales según la Sociedad de Cirugía Vascular (1), son la realización de un tratamiento endovascular en aquellos aneurismas asintomáticos del TC y AH con un diámetro > 20mm y que presentan un aumento de tamaño durante el seguimiento.

Es importante conocer su potencial riesgo de ruptura y a su asociación con aneurismas de otras localizaciones, de cara a realizar una exploración radiológica completa.

CC-18.- CRISIS ABDOMINAL DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO. UTILIDAD DE LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE ALERGIA Y DIGESTIVO DEL HOSPITAL LA PAZ.

AUTORES: M. A. Rodríguez Francisco (*), J. Poza Cordón (*), C. Suárez Ferrer (*), T. Caballero Molina (*) M. Hernández Pérez (***) y M. D. Martín Arranz (*).

CENTRO DE TRABAJO: (*) H. U. La Paz. Madrid. (***) Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. (Madrid)

INTRODUCCIÓN:

El angioedema hereditario (AEH) es una entidad rara, potencialmente letal, caracterizada por cuadros repetidos de angioedema sin urticaria ni prurito, que fundamentalmente afecta a piel y mucosas de las vías respiratorias altas y del tracto gastrointestinal.

El servicio de Alergia de nuestro hospital es centro de referencia en AEH (CSUR) y cuando acude un paciente con crisis abdominal con respuesta parcial al tratamiento o plantea dudas diagnósticas contactan con nuestro servicio para realización de ecografía intestinal urgente. Presentamos un caso clínico donde la ecografía intestinal apoyó la sospecha diagnóstica de crisis abdominal de AEH.

CASO CLÍNICO:

Varón de 31 años con diagnóstico en la adolescencia de AEH valorado en S de Alergia por cuadro brusco de dolor abdominal difuso, vómitos y defensa a la palpación profunda, con *Blumberg* positivo de 12 horas de evolución con respuesta parcial a Icatibant subcutáneo. Se realiza ecografía intestinal urgente en la que se objetiva engrosamiento patológico de asas de yeyuno con marcado edema mucoso (edema de *pliegues de Kerckring*) y moderada cantidad de líquido libre. Ante estos hallazgos es tratado con infusión de concentrado plasmático de C1INH humano con respuesta inmediata.

DISCUSIÓN:

En el espectro del AEH, la manifestación abdominal es menos conocida y los signos clínicos pueden variar desde dolor abdominal leve hasta peritonitis manifiesta. Por ese motivo, en pacientes ya diagnosticados de AEH en determinadas situaciones se plantea la posibilidad de diagnóstico diferencial con otros cuadros de abdomen agudo.

La coordinación de estas dos unidades ha permitido orientar adecuadamente a pacientes como el caso presentado. El edema de los *pliegues de Kerckring*, así como la presencia de líquido libre son los hallazgos más característicos, pudiendo identificarlos en otros procesos como la obstrucción intestinal y la anisakiasis gastrointestinal donde la ecografía y el contexto clínico ayuda a diferenciarlos.

CC-19.- ASCITIS BILIAR POR PERFORACIÓN IATROGÉNICA DE LA VESÍCULA BILIAR: LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN SU DIAGNÓSTICO.

AUTORES: S. Utrilla; M. A. Rizzo; S. Izquierdo; C. Bocos; J. F. Pañerúa; C. Jezieniecki; L. Sánchez; C. Maroto; L. Martínez; O. Ortega; M. C. García; N. Alcaide; S. Lorenzo; S. Álvarez y L. Fernández.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Valladolid.

INTRODUCCIÓN:

La peritonitis biliar es una complicación poco frecuente que se caracteriza por la presencia de bilis en el exudado peritoneal.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 86 años, con ingreso previo en el servicio de Cirugía por colecistitis aguda, que precisó drenaje mediante colecistostomía percutánea. Fue dada de alta tras 11 días de ingreso, con buena evolución, tras retirada de drenaje por movilización del mismo. Sin embargo, 48 horas después acude al servicio de Urgencias por dolor e incremento del perímetro abdominal. Se realiza TAC abdominal sin contraste, en el que se objetiva ascitis de nueva aparición, sin otros hallazgos (Figura 1).

Tras valoración por Cirugía, ingresa en el servicio de Digestivo para estudio de la ascitis. Al día siguiente, en planta de hospitalización, se realiza ecografía abdominal objetivándose importante cantidad de líquido ascítico, junto con una vesícula con pared engrosada de hasta 6 mm y una imagen sonolucida, que impresiona de defecto de pared a nivel de fundus vesicular (Figura 2).

Se realiza una paracentesis diagnóstica, extrayéndose líquido peritoneal de aspecto bilioso, que se envía para su análisis con los siguientes resultados: LDH 235 U/L; Bilirrubina 34.6 mg/dL; Leucocitos 345/ μ L (Polinucleares 92 %).

Ante los hallazgos ecográficos y del líquido ascítico, junto con el antecedente de colecistostomía, sospechando perforación de la vesícula biliar se contacta con cirugía, que deciden intervención urgente. Se realiza colecistectomía laparoscópica en la que se objetiva un importante bilioperitoneo con perforación puntiforme del fundus vesicular, en relación con orificio de colecistostomía previa (Figura 3).

DISCUSIÓN:

Se trata de un caso de ascitis biliar secundaria a perforación iatrogénica de vesícula biliar, en relación con retirada precoz de colecistostomía. Es una complicación poco frecuente, con alta mortalidad en ausencia de tratamiento. Cabe destacar, la mayor sensibilidad de la ecografía abdominal para su detección, cuyos hallazgos no pudieron ser objetivados en la tomografía.

**PO-01.- SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DE PÓLIPOS VESICULARES EN UN HOSPITAL TERCIARIO, ¿ES REALMENTE NECESARIO?.****AUTORES:** M. Ramírez Verdyguer; E. Garrido; S. P. de la Iglesia; F. J. Manzano; D. Álvarez de Castro; C. Martín de Argila; F. Mesonero; D. Burgos; A. Albillos y M. J. García.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. Ramón y Cajal. Madrid.**OBJETIVOS:**

Estudiar la variación de tamaño de los pólipos vesiculares (PV) a lo largo de un periodo de tiempo concreto y determinar su impacto en el manejo posterior, bien en el seguimiento o en la colecistectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de una cohorte prospectiva donde se analizaron todas las ecografías abdominales (US) realizadas en el año 2021 con diagnóstico de PV en un hospital terciario, excluyendo casos con diagnóstico previo o aquellos sin seguimiento ecográfico posterior. Se recopilaron variables clínicas: edad, sexo, factores de riesgo de malignización (colangitis esclerosante primaria, etnia asiática, pólipo sésil o engrosamiento mural >4mm). Se registraron, las US realizadas como seguimiento hasta la finalización del periodo de estudio (enero 2024), documentando el número de PV, sus dimensiones y variaciones en tamaño. Se recopilaron las colecistectomías y su indicación y el análisis histológico.

RESULTADOS:

Se identificaron 329 pacientes con PV en 2021, 214 fueron excluidos por diagnóstico previo y 32 por falta de seguimiento. Finalmente se incluyeron 83 pacientes. La edad media fue de $53 \pm 13,5$ años, sexo masculino (61,4%), media de $1,65 \pm 1,17$ pólipos al diagnóstico. En un 12% se identificaron ≥ 3 PV. Durante el seguimiento, el 31,6% de los PV crecieron, pero solo el 18,9% de forma significativa (>2mm), de estos, el 46% fueron colecistectomizados.

Se realizaron 13 colecistectomías (15,6%), 4 de ellas (30,7%) directamente desde la primera ecografía por PV >10mm, 2/13 (15,4%) por complicaciones biliares y 7/13 (53,9%) por crecimiento de los PV. De los 7 pacientes colecistectomizados por crecimiento de PV, ninguno de ellos presentaba adenoma en la pieza quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Cerca del 20% de los PV crecieron de forma significativa durante el periodo de seguimiento. En nuestra serie, los pacientes colecistectomizados por este motivo, no presentaron adenomas en la pieza quirúrgica.

PO-02.- TÍTULO: VALOR DEL CEUS EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES MALIGNAS EN PACIENTES CON CIRROSIS.**AUTORES:** E. Silva; L. Grande; P. Cordero y J. M. Valladolid.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. Virgen Macarena. Sevilla.**OBJETIVOS:**

Analizar el comportamiento ecográfico con contraste (CEUS) de lesiones hepáticas sugestivas de malignidad en otras pruebas de imagen (TC y RMN) en pacientes con cirrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo unicéntrico en el que se han incluido pacientes a los que se les ha realizado un CEUS entre mayo de 2017 y mayo de 2023. Se comparó el resultado de los nódulos sugestivos de HCC con otra prueba de imagen (TC, RMN). Se ha definido el tamaño de las lesiones, sus características de ecográficas en modo B y en las distintas fases del CEUS (arterial, portal y tardía).

RESULTADOS:

Se incluyeron 14 pacientes, con edad media $66,28 \pm 8,82$ años, de los cuales el 92,85% eran hombres (n=13) y el 7,15% mujeres (n=1). En total se analizaron con CEUS 117 nódulos, de los cuales el 11,96% (n=14) tenían un patrón compatible con HCC. Hubo una concordancia del 85,71% (n=12) con otras pruebas de imagen (TC/RMN).

La etiología de la cirrosis se describe en la figura 1. El tamaño medio de la lesión por ecografía fue de $2,55 \pm 1,59$ cm. El patrón de los nódulos en modo B se describe en la figura 2 y su comportamiento en CEUS en la tabla 1.

CONCLUSIONES:

El CEUS representa una técnica prometedora para la caracterización de lesiones en pacientes con cirrosis, aunque las características de estas pueden ser variables. En nuestro estudio 4 de los 10 HCC identificados por CEUS no presentaban un claro hiperrealce típico, por lo que la experiencia del ecografista juega un papel clave a la hora de identificar correctamente estas lesiones.

PO-03.- A PROPÓSITO DE UN CASO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA VESICAL POR ECOGRAFÍA CON CONTRASTE.

AUTORES: E. Yanguas Elorz, L. Martín Asenjo, I. De Pablos Noriega, A. Sánchez Graña, B. Santos García de Vicuña, A. Pedraza Pérez, C. Moya De Prado, A. Gamba Juárez, E. Sánchez Álvarez, A. Zabaleta Altuna y M. Álvarez Rubio

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Álava.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de vesícula biliar es un tipo de cáncer poco frecuente, más común en edad avanzada y mujeres, siendo la colelitiasis el principal factor de riesgo. Entre las herramientas diagnósticas más importantes, se encuentra la ecografía abdominal.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 84 años que como antecedente principal presenta colelitiasis asintomática. Consulta por dolor en hipocondrio derecho, fiebre y pérdida de peso. El TAC inicial describía una vesícula biliar distendida, engrosada y con una lesión nodular endoluminal y en segmento V, en contacto con la vesícula, una masa predominantemente hipoecogénica. Todo ello planteó como diagnóstico diferencial; Pícolecisto con absceso hepático, Neoplasia de vesícula biliar con extensión intrahepática o Patología mixta. En la ecografía con contraste también se visualizó una vesícula dilatada y engrosada, de la cual dependía una lesión heterogénea y de bordes irregulares que infiltraba el parénquima pancreático, el hepático y el conducto hepático común. Tras administrar contraste, se visualizó una ausencia de captación de todas las lesiones con realce de su periferia y en el caso de la lesión hepática, una captación en forma de tabiques finos en fase arterial que se mantuvo en fase portal y tardía. Todos los hallazgos plantearon como primera posibilidad cáncer vesical. Se completó el estudio con ColangioRM que confirma los hallazgos ecográficos de neoplasia vesicular con infiltración hepática y posible infiltración del conducto hepático común. La paciente fue derivada directamente a cuidados paliativos por ausencia de indicación quirúrgica y desestimación de quimioterapia.

DISCUSIÓN

La ecografía con contraste o con microburbujas, es una técnica que implica la inyección de un agente de contraste o microburbujas. Estas partículas reflejan las ondas ultrasónicas, mejorando la visualización de diferentes tejidos y de los vasos sanguíneos, lo que puede ser útil para evaluar la extensión del cáncer y su relación con estructuras circundantes.

PO-04.- DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE LESIONES GÁSTRICAS EN UNHOSPITAL TERCIARIO.

AUTORES: F.J. Manzano, E. Garrido, F. Mesonero, D. Burgos, C. Martín de Argila, D. Álvarez, S. Pérez, M. Ramírez, M. García y A. Albillos.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

OBJETIVOS:

Las lesiones gástricas son de difícil diagnóstico mediante ecografía abdominal debido al gas presente en el tubo digestivo y al peristaltismo del mismo. Sin embargo, las mejoras técnicas en los ecógrafos actuales permiten observar lesiones localizadas a este nivel. El objetivo del presente estudio es describir el diagnóstico ecográfico de patologías gástricas, así como analizar su frecuencia en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda en la base de informes ecográficos de nuestro hospital de las ecografías abdominales realizadas durante 6 años (2018- 2023) que contenían en el informe los términos "estómago", "gástrico" y/o "gástrica". Se seleccionaron aquellas que aportaban diagnóstico ecográfico de novo de una lesión gástrica (30 exploraciones de un total de 217 ecografías revisadas), sin estudios endoscópicos previos, y a las que posteriormente se realizó endoscopia digestiva alta.

RESULTADOS

De 30 lesiones de tubo digestivo alto identificadas en ecografía, se corroboró en gastroscopia que 17 se relacionaban con patología subyacente (56,67%): 5 neoplasias gástricas malignas (29,41%), 7 gastropatías de la hipertensión portal (41,18%), 4 pólipos gástricos y tumores estromales (23,53%) y 1 engrosamiento de pliegues gástricos (5,88%). 13 endoscopias fueron normales (43,33%). Las descripciones correspondientes a gastritis por hipertensión portal mostraban engrosamiento regular y uniforme de la pared gástrica, a diferencia del engrosamiento difuso e irregular de dicha pared correspondiente a las neoplasias malignas. Los pólipos o lesiones subepiteliales se visualizaron como lesiones hipoecogénicas bien delimitadas, dependientes de segunda, tercera o cuarta capa. El engrosamiento de pliegues gástricos se definió como incremento regular del grosor de los mismos.

CONCLUSIONES:

La ecografía abdominal es capaz de detectar patología en el tubo digestivo alto, por lo que debemos realizar una exploración de forma sistemática, siempre que la ventana ecográfica lo permita. Esto nos permitirá realizar un diagnóstico precoz de diferentes patologías y nos guiará a la realización de otras pruebas diagnósticas invasivas.

PO-05.- UTILIDAD Y CORRELACIÓN DEL DOPPLER SMI CON ÍNDICES ECOGRÁFICOS DE ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN.

AUTORES: L. Tejerizo; J. X. Segarra; R. Gómez; B. E. Andreo; G. Aranda; M. Caballero; V. Escribano; A. Menéndez; R. Domínguez; F. Geijo; M. García; V. Prieto y J. F. Muñoz.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Salamanca.

OBJETIVOS:

- Describir la aplicabilidad de la técnica doppler *Superb Microvascular Imaging* (SMI) en la monitorización ecográfica de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).
- Evaluar en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) la correlación del SMI con parámetros ecográficos de actividad inflamatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron las ecografías intestinales realizadas en el diagnóstico o seguimiento de pacientes con EII con cuantificación del SMI entre noviembre de 2022 y febrero del 2024.

En cuanto a la técnica ecográfica, se eligió la zona de mayor actividad y se cuantificó la señal Doppler con SMI en un segmento de 2 cm de la pared anterior del asa afecta.

RESULTADOS:

Se incluyeron 68 ecografías intestinales de pacientes en seguimiento por EC (53% hombres y 47% mujeres; edad media de 54,27 años \pm 16,9 años). La mediana de HBI fue de 2 (RI 0-10). El 92,65% de los pacientes estaban con tratamiento biológico, siendo ustekinumab en el 41,17% de los casos.

La media del valor SMI fue de $0,068 \pm 0,13$, con un coeficiente de correlación de 0,704 ($p < 0,001$) con la escala Limberg. Para un Limberg ≥ 2 , se establece un punto de corte del SMI de 0,03 con un área bajo la curva de 0,85 ($p < 0,001$). Se observa una correlación con los índices ecográficos de actividad en EC, alcanzando significación estadística con el IBUS-SAS y el Simple US.

CONCLUSIONES:

El doppler SMI proporciona una información precisa de la distribución del flujo en el segmento intestinal seleccionado, correlacionándose con los índices ecográficos de actividad y optimizando el estudio ecográfico de la afectación inflamatoria. La potencial utilidad de esta técnica es su carácter cuantitativo, que podría aportar capacidad discriminativa para medir la señal Doppler de manera más objetiva, disminuyendo así la variabilidad interobservador.

PO-06.- IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA Y SISTEMÁTICA INCLUYENDO GRANDES VASOS.

AUTORES: M. Álvarez-García, L. Otegui, A. Yagüe, R. Calvo y B. Polo.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Los aneurismas de aorta abdominal (AAA) es una patología potencialmente mortal más prevalente en varones, afectando a un 8 % de los hombres mayores de 65 años. Su incidencia va en aumento probablemente por el envejecimiento de la población, siendo la causa más frecuente arteriosclerótica. La mayoría de los AAA son aneurismas verdaderos e involucran las tres capas de la pared (íntima, media y adventicia); suelen tener morfología fusiforme y se localizan preferentemente a nivel infrarrenal. La ecografía abdominal es un método sensible, específico y rentable para el diagnóstico

CASO CLÍNICO:

Varón de 69 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, en seguimiento por Digestivo por alteración de perfil hepático con tendencia a colestasis y mejoría con ácido ursodesoxicólico, realizado estudio de hepatopatía sin alteraciones. Se realiza ecografía de control donde concluimos aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con diámetros de hasta 62 mm. Realizamos derivación a consulta de Cirugía Vascul, previa realización de pruebas complementarias, finalmente realizando de manera programada y bajo anestesia regional reparación endovascular del aneurisma, que se lleva a cabo sin incidencias.

DISCUSIÓN:

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) consiste en una dilatación patológica de la aorta, frecuentemente en su porción infrarrenal, con una medida de su diámetro anteroposterior de 3cm o superior. Dicha afección es el origen de complicaciones que comprometen seriamente la vida de los pacientes y generan alta mortalidad. No obstante, las complicaciones derivadas del AAA pueden ser prevenidas dado que es posible detectar la enfermedad mediante técnicas sencillas y poco costosas, y que son a su vez altamente sensibles y específicas, considerando la ecografía abdominal un buen método de cribado de AAA. El diagnóstico precoz del AAA y la cirugía reparadora electiva pueden disminuir su morbimortalidad al evitar la rotura.

PO-07.- LESIONES ANECOICAS HETEROGÉNEAS HEPÁTICAS COMPATIBLES CON QUISTES HIDATÍDICOS COMO PRIMERA POSIBILIDAD: SERIE DE CASOS.

AUTORES: M. Álvarez-García, L. Otegui, R. Calvo y B. Polo.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria causada por *Echinococcus granulosus* y el humano es un huésped intermediario tras la ingesta de huevos del parásito. Suele ser asintomática y su diagnóstico es incidental, basándose en la clínica, la imagen y la serología. La literatura señala que la ecografía detecta aproximadamente el 90-96% de los quistes hidatídicos, es eficaz y de bajo costo. El hallazgo de una lesión focal anecoica con refuerzo posterior a nivel del hígado obligará a establecer el diagnóstico diferencial para diferentes tipos de quistes, en función de la presencia de las características internas y de la cápsula.

CASO CLÍNICO:

Presentamos una serie de tres casos clínicos. Varón de 47 años, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta por dolor en región costal-subcostal derecha que empeora con los cambios posturales, sin síntomas digestivos asociados. Se solicita ecografía abdominal con hallazgos de LOEs hepáticas sugestivas de quistes hidatídicos, completando el estudio con Resonancia Magnética donde identifican tres lesiones de importante tamaño y comportamiento quístico, con contenido heterogéneo interno y parcialmente calcificadas en su periferia, compatibles con quistes hidatídicos como primera posibilidad.

Varón de 59 años, exfumador y con dislipemia, solicitan ecografía abdominal por dispepsia con resultados de LOE hepática mixta a descartar hidatidosis, completando estudio con TC abdomen donde describen quiste hidatídico de paredes calcificadas de 6 cm. Mujer de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hidatidosis abdominal diseminada, se realiza ecografía abdominal de revisión, con resultados de hidatidosis abdominal diseminada sin cambios.

DISCUSIÓN:

La ecografía abdominal es la técnica de elección por su accesibilidad, bajo coste económico y determinación de las características de los quistes para el diagnóstico de hidatidosis hepática. Ante dudas diagnósticas del origen de las lesiones, se recomienda completar estudio con pruebas de imagen complementarias como vemos en los casos propuestos.

PO-08.- TUMOR MIXTO HEPATO-COLANGIOCARCINOMA, PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE PARA SUPERAR ESTE RETO DIAGNÓSTICO.**AUTORES:** M. Álvarez-García, I. Spigarelli, A. González, L. Otegui, R. Calvo y B. Polo.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.**INTRODUCCIÓN:**

El tumor mixto hepato-colangiocarcinoma (cHCC-CCA) es una entidad infrecuente que representa el 1-2% de las neoplasias hepáticas malignas primarias, pudiendo derivarse de las células progenitoras hepáticas con potencial diferenciación tanto hepatocelular como colangiocelular, con peor pronóstico que el hepatocarcinoma convencional. Su diagnóstico sigue siendo un reto al presentar características mixtas de colangiocarcinoma y hepatocarcinoma, tanto a nivel clínico, analítico, de imagen como histológico.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 69 años que presenta como antecedentes destacables una hepatopatía crónica de origen enólico con hipertensión portal y dos neoplasias pulmonares, epidermoide en 2001 y un tumor carcinoide atípico en 2023, ambos intervenidos con lobectomía segmentaria y en remisión completa. En una revisión semestral se detectó una elevación marcada de alfa-feto proteína (3975 UI/L), un ca 19-9 normal y una lesión hepática heterogénea de bordes mal definidos de 52 mm en la ecografía. El paciente presenta una dudosa alergia a contrastes yodados, por lo que, ante la sospecha de hepatocarcinoma, se realizó una resonancia magnética hepática en la que la lesión se clasificó como LI- RADS 5 sin poder determinarse su etiología, detectándose además un incremento de tamaño a 82mm y un trombo portal de nueva aparición. Ante la duda diagnóstica se realizó una ecografía con contraste en la que la lesión presentó el patrón de captación típico de un colangiocarcinoma vs metástasis, por lo que se completó el estudio de extensión descartándose una recidiva del tumor pulmonar. El diagnóstico histológico confirmó el diagnóstico de tumor mixto cHCC-CCA.

DISCUSIÓN:

El cHCC-CCA es una entidad infrecuente de difícil caracterización, con frecuentes resultados indeterminados en las pruebas de imagen seccionales. El carácter dinámico de la ecografía con contraste la transforma en una herramienta útil para la caracterización de estas lesiones, pudiendo ser determinante para la orientación diagnóstica de esta neoplasia.

PO-09.- HEMANGIOMATOSIS HEPÁTICA DIFUSA CON AFECTACIÓN CARDÍACA**AUTORES:** C. Broco; J. Díez; V. Patiño; V. Blazquez; I. González; S. Borrego; A. Martín; N. Hernández; R. Quiñones y F. Jorquera.**CENTRO DE TRABAJO:** H. U. de León.**INTRODUCCIÓN:**

Los hemangiomas son los tumores hepáticos benignos más frecuentes, con una prevalencia del 5-20%. Por otro lado, la hemangiomatosis hepática difusa es una entidad no tan común, que se caracteriza por múltiples hemangiomas carentes de encapsulación que invaden y sustituyen el parénquima hepático.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de una mujer de 59 años diagnosticada en 2009 de varios hemangiomas como hallazgo incidental y con seguimiento desde entonces por control ecográfico de los mismos cada 2 años.

4 años después refiere palpitations y disnea, por lo que se realiza un estudio y objetivándose en un ecocardiograma una masa auricular derecha intracavitaria. Tras su extirpación, la anatomía patológica describe un hemangioma cavernoso intramiocárdico. En 2023 presenta un cuadro de distensión abdominal con circulación colateral, por lo que se completa el estudio con un TAC abdominal que describe una gran hepatomegalia que abarca abdomen y pelvis con un parénquima ocupado de hemangiomas mal delimitados. Dada la situación junto con el deterioro de la función hepática con una bilirrubina total 2.75mg/dl y Child B8, se plantea la posibilidad de trasplante hepático.

DISCUSIÓN:

La hemangiomatosis hepática difusa es una entidad en la que el parénquima hepático es sustituido por lesiones hemangiomas mal definidas. Con frecuencia se asocia a hemangiomas cavernosos gigantes (44%). La hemangiomatosis sin afectación extrahepática es rara, pero apenas hay casos descritos en la literatura de afectación cardíaca. Su etiología es desconocida y suele cursar de manera asintomática o bien producir síntomas por compresión de estructuras adyacentes. También puede provocar una alteración de las pruebas de función hepática en consecuencia de la sustitución del parénquima.

El diagnóstico es radiológico o histopatológico, y su tratamiento fundamental es la resección quirúrgica de los hemangiomas abordables. Si se produce un deterioro de la función hepática puede ser necesario valorar el trasplante hepático.

PO-10.- HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMORACIÓN GÁSTRICA EN ECOGRAFÍA ABDOMINAL.

AUTORES: C. Bocos; M. C. García; S. Izquierdo; O. Lobete; M. A. Rizzo; S. Utrilla; J. F. Pañerúa; L. Sánchez; C. Maroto; L. Martínez; N. Alcaide; S. Lorenzo y L. Fernández.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Valladolid.

INTRODUCCIÓN:

El tracto gastrointestinal ha sido un reto para la ecografía digestiva debido a la presencia de líquido y gas que impedían la correcta visualización de la anatomía del abdomen. Actualmente, gracias a los avances en la técnica y a los conocimientos de la misma, se ha llevado a cabo una mejora en la identificación de lesiones a dicho nivel.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 83 años sin alergias ni hábitos tóxicos con antecedentes de hipertensión arterial, sustitución valvular aórtica y asma. Como antecedente familiar destaca hermana diagnosticada de neoplasia de páncreas.

Se remitió al Servicio de Digestivo para realización de ecografía con el objetivo de descartar patología biliar por cuadro de dolor abdominal inespecífico. Se evidenció hígado de tamaño y ecogenicidad normal, sin lesiones ocupantes de espacio. Vena porta, suprahepáticas y eje esplenoportal permeable. Vesícula biliar de paredes finas sin contenido litiasico en su interior con vía biliar intra y extrahepática normal. Páncreas, bazo y riñones sin alteraciones. Destacó a nivel epigástrico una imagen redondeada de unos 3 cm, de contenido hipocogénico sin refuerzo posterior que parecía depender de la pared gástrica (Figura 1).

Se realizó gastroscopia donde se objetivó lesión tumoral en cuerpo medio-distal gástrico (Figura 2). Se tomaron biopsias con histología compatible con adenocarcinoma infiltrante ulcerado tipo difuso. Se completó estudio con body TC con hallazgo de diseminación peritoneal.

Finalmente se derivó a Oncología para inicio de quimioterapia.

DISCUSIÓN:

El adenocarcinoma es la neoplasia gástrica más frecuente. Se presenta como una masa intra o extraluminal con engrosamiento focal o difuso de la pared. La técnica de elección para su diagnóstico es la gastroscopia con toma de biopsias. La ecografía abdominal es una prueba complementaria fundamental en el estudio del dolor abdominal. Es útil para identificar patología abdominal, pero poco específica en el diagnóstico de lesiones del tubo digestivo como en nuestra paciente.

PO-11.- MANIFESTACIÓN DE COLITIS ULCEROSA EN GRAN DIVERTICULO COLÓNICO: EVALUACIÓN MEDIANTE ECOGRAFIA INTESTINAL.

AUTORES: J. X. Segarra-Ortega; R. Gómez-Hidalgo; L. Tejerizo García; B. E. Andreo Vida; G. Aranda Olaizola; V. Escribano de la Torre; M. Caballero Hernández; R. Domínguez Gómez; V. Prieto Vicente; A. Fernández Pordomingo; F. Geijo Martínez y J. F. Muñoz Núñez.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Salamanca.

INTRODUCCIÓN:

La colitis ulcerosa (CU) es una patología crónica inflamatoria que afecta específicamente al colon y recto, caracterizada por inflamación y ulceración de la mucosa del colon.

La afectación inflamatoria de grandes divertículos colónicos representa un hallazgo inusual. La ecografía intestinal (EI) es una herramienta valiosa que evalúa tanto la actividad inflamatoria como la morfología intestinal.

CASO CLÍNICO:

Varón de 52 años diagnosticado de una colitis ulcerosa extensa E3S3 en septiembre-2020 complicada inicialmente por una sepsis secundaria a absceso hepático, tratado con drenaje percutáneo y antibióticos.

Presentó corticoresistencia, lo que llevó a iniciar Ciclosporina y continuó con Vedolizumab como tratamiento de mantenimiento, junto con profilaxis (trimetoprima-sulfametoxazol) por triple inmunosupresión.

La Ciclosporina se suspendió a los tres meses por nefrotoxicidad. A los cuatro meses, tras confirmar desaparición de absceso hepático se cambió de diana terapéutica a Infliximab por reaparición de síntomas y elevación de calprotectina fecal (CF) en 3000mg/Kg.

Tras 6 meses de tratamiento con Infliximab, continuaba con síntomas y CF elevada. La EI evidenció un gran divertículo de 5 cm de diámetro en sigma con pared engrosada de 5,6 mm con afectación de la grasa, adenopatías (<1cm) y un Limberg 3 (imagen 1 y 2). La colonoscopia confirma la presencia de actividad inflamatoria en el interior del divertículo de gran tamaño y el resto de la mucosa de colon de aspecto normal. UCEIS 4 (imagen 3).

Dos años después se objetivó una CF (>8000mg/Kg). La EI identificó que el divertículo colónico persistía con actividad inflamatoria ecográficamente. Se cambió a Ustekinumab con el cual ha tenido buena respuesta hasta la actualidad.

DISCUSIÓN:

La EI es clave en el diagnóstico y seguimiento de la CU, mostrando una elevada correlación con la colonoscopia. Su valor reside en la capacidad de detectar actividad inflamatoria incluyendo a nivel de divertículos de gran tamaño.

PO-13.- BIOPSIA PERCUTÁNEA ECOGUIADA DE LESIÓN EXTRÍNSECA COLÓNICA.

AUTORES: I. Ruiz; C. Herrero; I. Peñas; M. Benito; J. Ruiz; A. Sanjose; C. Martínez; M. Moreta y M. Pérez-Miranda.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Río Hortega. Valladolid.

INTRODUCCIÓN:

La exploración endoscópica no siempre es suficiente en el diagnóstico de las masas gastrointestinales.

CASO CLÍNICO:

Varón de 74 años con antecedentes de carcinoma urotelial pT2, pendiente de cistectomía radical, y adenocarcinoma pulmonar pT2N0 recientemente diagnosticado. Ingresó en el Servicio de Digestivo por obstrucción intestinal secundaria a compresión extrínseca duodenal, con colocación de endoprótesis duodenal. Al mes siguiente, se realiza TC abdominal que evidencia engrosamiento de la pared del colon ascendente, de nueva aparición respecto al TC del mes anterior. Se solicita colonoscopia que muestra estenosis a nivel del ángulo hepático, con toma de biopsias que resultan inespecíficas.

Tras comentar el caso en Sesión Clínica se decide intentar realizar punción percutánea de la lesión. Se realiza biopsia percutánea ecoguiada de la zona engrosada de la pared de colon ascendente con aguja de 20G, sin complicaciones, obteniendo un cilindro que da como resultado anatomopatológico infiltración neoplásica por carcinoma urotelial. En esta situación, se desestima abordaje quirúrgico y quimioterápico, y se realiza seguimiento por Unidad de Cuidados Paliativos.

DISCUSIÓN:

La endoscopia es la técnica de primer nivel para el diagnóstico de las lesiones de la pared gastrointestinal; sin embargo, las lesiones localizadas en la submucosa o subserosa, así como extrínsecas, pueden ser difíciles de diagnosticar con endoscopia. En estos casos, la ecoendoscopia es un abordaje alternativo, aunque la biopsia guiada por ecoendoscopia no siempre es factible, ya sea debido a la localización (colon o intestino delgado) o debido a la estenosis de la luz gastrointestinal.

Así, la biopsia percutánea guiada por ecografía es un procedimiento útil en el caso de algunas lesiones gastrointestinales no accesibles por técnicas endoscópicas. Se trata de una técnica con alta precisión diagnóstica y baja tasa de complicaciones, ya que además no precisa de sedación.

PO-14.- ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES PARA BIOPSIA PERCUTÁNEA ECOGUIADA.

AUTORES: P. Flórez Díez; M. García Calonge; B. Mesonero; E. Granda; A. Nieto; E. Barreiro; I. Pérez; M. Rodríguez y V. Cadahía

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Asturias. Oviedo.

INTRODUCCIÓN:

El contraste ecográfico es una herramienta útil en la caracterización de lesiones focales, especialmente hepáticas. Se describe su utilización para localizar lesiones focales hepáticas no visibles en ecografía, pero sí en TC, de cara a biopsia percutánea.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 84 años con pancreatitis crónica tóxica, ingresado por ictericia obstructiva secundaria a área heterogénea en cabeza de páncreas con calcificaciones y áreas quísticas que sugería en estudios de imagen (TC, RMN, USE) masa inflamatoria, portador de prótesis biliar metálica. Nueve meses más tarde acude a Urgencias por escalofríos y dolor en hipocondrio derecho, con elevación de reactantes de fase aguda, pero sin alteración del perfil hepático, ingresando por sospecha de colangitis aguda. Ecografía sin dilatación de vía biliar, prótesis correctamente colocada e hígado sin lesiones focales. Se realiza TC que evidencia múltiples lesiones focales hepáticas hipodensas, con realce anular en fase arterial, sugestivas de metástasis, con cambios inflamatorios en páncreas similares a los observados en TC previo. Se decide biopsia hepática, realizando nueva ecografía, que no identifica lesiones focales hepáticas. Se introduce contraste ecográfico intravenoso (Sonovue) para localizar lesiones, observando numerosas lesiones focales con captación homogénea de contraste en fase arterial y lavado rápido en fase portal y tardía. Se selecciona una de las lesiones hipocaptantes del lóbulo hepático derecho y se punciona con tru-cut 18G, sin complicaciones inmediatas, con resultado histológico de adenocarcinoma bien diferenciado de origen pancreatobiliar.

DISCUSIÓN:

La utilización del contraste ecográfico intravenoso puede ser de utilidad para guiar procedimientos percutáneos. En casos de lesiones focales no visibles en la ecografía pero sí en otras técnicas de imagen (TC, RM), su empleo para localizar lesiones susceptibles de biopsia permite este procedimiento con buena precisión. Además, permite detectar áreas necróticas, pudiendo evitar la punción en estas localizaciones y tener que repetir el procedimiento.

PO-15: VENTAJAS DE LA ABLACIÓN COMBINADA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR MEDIANTE METODOS TERMICOS Y ETANOL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

AUTORES: L. Muñoz; M. Gómez Rubio; M. Orts; L. Flores; G. Cerezal y R. Nájera.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Getafe.

INTRODUCCIÓN:

El estándar para la ablación del carcinoma hepatocelular (CHC) son los métodos térmicos, fundamentalmente radiofrecuencia y microondas. En ocasiones, su combinación con la etanolización mejora los resultados. Se presentan dos casos en los que el empleo de etanol con radiofrecuencia y microondas optimizó la eficacia y solventó una contraindicación, respectivamente.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1. Mujer, 82 años, cirrosis hepática por VHC con respuesta viral sostenida, Child-Pugh A5, hipertensión portal (varices esofágicas). Ecografía: lesión redondeada (28x32 mm), hiperecoica, con halo perilesional, segmento VIII. Resonancia magnética (RM): CHC 35 mm (LIRADS-5), segmento V-VIII. BCLC A. Se indica ablación ecoguiada con radiofrecuencia (LeVeen, Boston Scientific, MA, USA). No pudiéndose colocar la aguja con adecuado margen de seguridad, se administra en la periferia etanol absoluto estéril (5 ml) con posterior radiofrecuencia. Complicación: quemadura cutánea superficial en la placa electrodo neutro. Asintomática y sin viabilidad tumoral (RM, tomografía computarizada) 5 años más tarde.

Caso 2. Mujer, 74 años, cirrosis hepática por VHC con respuesta viral sostenida, Child-Pugh A5, hipertensión portal (varices esofágicas y fúndicas). Ecografía: lesión hipoeoica, heterogénea, 36x29 mm, segmento IV, improntando en la vesícula. RM hepática: CHC (LIRADS-5), segmento IV. BCLC A. Se realiza etanolización ecodirigida (alcohol absoluto estéril, 13 ml) de la porción yuxtavesicular del nódulo. Posteriormente ablación del resto de la lesión con microondas (Evident™ Microwave Ablation System, Medtronic, Covidien, MA, USA). No complicaciones. Paciente asintomática y con necrosis del tumor en RM tras 2,5 años.

DISCUSIÓN:

La radiofrecuencia y microondas son tratamientos curativos con elevada seguridad y eficacia en el CHC. En tumores de mayor tamaño y/o cuando existan dificultades para la colocación de la aguja, el empleo simultáneo de etanol puede mejorar los resultados. En neoplasias localizadas en vecindad de órganos que puedan lesionarse por la temoablación el etanol evita las complicaciones.

PO-16.- ¿SIGUE SIENDO ÚTIL LA ETANOLIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR? DESCRIPCIÓN DE CASOS EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS.

AUTORES: M. Orts; M. Gómez Rubio; L. Flores; G. Cerezal; L. Muñoz y R. Nájera.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Getafe. (Madrid)

OBJETIVOS:

La etanolización ha perdido protagonismo en los últimos años en la ablación del carcinoma hepatocelular (CHC), desplazada por los métodos térmicos como radiofrecuencia y microondas. Sin embargo, aún puede resultar útil en determinados enfermos. Se presentan diversos perfiles de pacientes en los que el tratamiento con etanol es seguro y eficaz.

MATERIAL Y MÉTODO:

CHC ablacionados con etanol entre 2009 y 2023. Indicación de tratamiento acorde con la estrategia Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC). Se describen 4 grupos de pacientes: A. Ancianos (2009-2018: ≥ 75 años, $n=22$, vs <75 años, $n=20$). B. Pacientes frágiles ($n=3$, comorbilidad relevante, Índice de Charlson > 3), C. Nódulos reducido tamaño ($n=3$, <20 mm). D. Tratamiento combinado termoablación-etanolización ($n=2$).

RESULTADOS:

Grupo A. Cohorte pacientes etanolizados ($n=42$, varones 57,1 %, edad mediana 75,5 años, rango edad 54-86, Child-Pugh A 83,3%, etiología VHC 59,5%): ≥ 75 años ($n=22$), vs <75 años ($n=20$), NS. ≥ 75 : ASA III 100% vs <75 : ASA III 65% ($p<0,01$). Respuesta completa/parcial: ≥ 75 años: 81,8% vs <75 años: 50% ($p=0,029$). Complicaciones: ≥ 75 años: 0% vs <75 años: 10% (NS). Supervivencia 1 año y 5 años: ≥ 75 años: 86,4% y 25% vs <75 años: 90% y 21,4% (NS).

Grupo B. Pacientes frágiles ($n=3$, >80 años, diferentes comorbilidades (cardiológica, anticoagulación, deterioro cognitivo, enfermedad renal crónica, etc): etanolización exclusiva ($n=2$), etanolización + tratamiento locoregional ($n=1$). Respuesta completa ($n=3$).

Grupo C. Nódulos reducido tamaño ($n=3$, <20 mm: 8, 14 y 16 mm): etanolización exclusiva ($n=2$), etanolización + tratamiento locoregional ($n=1$). Respuesta completa ($n=3$).

Grupo D. Termoablación + etanolización ($n=2$): tratamiento combinado con radiofrecuencia para tratar todo el tumor ($n=1$); etanolización inicial y posteriormente microondas por contacto con la vesícula. Respuesta completa ($n=2$).

CONCLUSIONES:

La etanolización mantiene su utilidad en determinados grupos de pacientes como ancianos y frágiles, en tumores de reducido tamaño y combinada con los métodos térmicos.

PO-17.- CASO CLÍNICO BUDD CHIARI.

AUTORES: A. C. Moya; A. Pedraza; A. Sánchez; B. Santos; I. De Pablos; E. Yanguas; E. Sánchez; A. Gamba; L. Espinosa; L. Urtasun; S. Estrecha; L. Martín y M. Álvarez.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Araba. Vitoria-Gasteiz. (Álava)

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Budd-Chiari es una condición infrecuente caracterizada por la obstrucción del flujo venoso hepático, asociándose a patología protrombótica en más del 75% de los casos. Si bien históricamente la cavografía ha sido la prueba de referencia, los avances en ecografía doppler-color han permitido un cambio en el diagnóstico.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer de 31 años, natural de Senegal, que acudió a Urgencias por aumento del diámetro abdominal. A nivel ecográfico, se observó una hepatomegalia con parénquima heterogéneo, con hipertrofia del lóbulo caudado. Presentaba una porta permeable, pero con un flujo filiforme a nivel de suprahepáticas derecha y media (Imagen 1), con datos ecográficos de hipertensión portal, todo ello sugestivo de Síndrome de Budd-Chiari, iniciándose anticoagulación a dosis plenas. Ante ausencia de criterios de trasplante hepático, pero persistencia de ascitis refractaria, se deriva a un centro especializado donde se coloca un TIPS con acceso transcava, logrando un gradiente de presión portal de 9 mmHg. En el seguimiento, un nuevo ecodoppler post-TIPS (Imagen 2 y 4) demostró permeabilidad del TIPS, con resolución de ascitis y mejoría de circulación colateral. Presenta además mejoría a nivel de elastografía medida mediante SVE (cifras de 23kPa, previas de 31.5kPa). Asimismo, se observan varias LOEs hiperecoicas sugestivas de nódulos de regeneración.

DISCUSIÓN:

El uso de la ecografía-doppler para el diagnóstico supone un pilar fundamental en el diagnóstico del síndrome de Budd Chiari. Para ello, requiere demostrar la afectación de una o más venas suprahepáticas, siendo muy habitual la asociación con circulación colateral. En nuestro caso, la presencia de un lóbulo caudado aumentado y un parénquima heterogéneo sugieren una evolución subaguda del síndrome, destacando la relevancia de la ecografía doppler-color en la evaluación integral de esta compleja patología.

PO-18.- CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE ACTIVIDAD ECOGRÁFICA Y ENDOSCÓPICA EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

AUTORES: R. Gómez Hidalgo; J. X. Segarra Ortega; L. Tejerizo García; B. E. Andreo Vidal; G. Aranda Olaizola; V. Escribano de la Torre; M. Caballero Hernández; V. Prieto Vicente; M. García Alvarado; A. Menéndez Ramos; F. Geijo Martínez y J. F. Muñoz Núñez.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Salamanca.

OBJETIVOS:

La ecografía intestinal (IUS) es una alternativa a la endoscopia para valorar actividad en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC). Nuestro objetivo es evaluar la correlación entre los índices utilizados en IUS y la actividad endoscópica medida mediante SES-CD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos una cohorte retrospectiva de pacientes con EC entre enero 2019-diciembre 2023 a los que se les había realizado una colonoscopia y una ecografía intestinal separadas máximo 3 meses. Se excluyeron pacientes con cambios en el tratamiento entre la realización de ambas pruebas, imposibilidad para el cálculo de los índices ecográficos y menores de 18 años. La actividad endoscópica se evaluó utilizando el índice SES-CD, la actividad ecográfica utilizando los índices IBUS-SAS, SUS-CD, BUSS y SIMPLE US.

Calculamos el coeficiente de correlación de Pearson entre la actividad endoscópica y los índices ecográficos y la elaboración de curvas ROC para cada uno de los índices.

RESULTADOS:

Se incluyeron 20 pacientes. La media de edad fue de 53 años (DT=18,18), el 65% (N=13) fueron mujeres. El tiempo medio entre la realización de ambas pruebas fue de 1.13 meses (DT=1.03)

Todos los índices IUS mostraron correlación estadísticamente significativa con el SES-CD ($p < 0.05$) siendo la mayor con el SUS-CD ($\rho = 0.758$), seguido del IBUS-SAS ($\rho = 0.712$).

El análisis de la curva ROC mostró un área bajo la curva de 0.859 para el IBUS-SAS, Simple US y BUSS, siendo el IBUS-SAS el que mejor sensibilidad (90.91%) y especificidad (88.89%) obtuvo.

CONCLUSIONES:

Actualmente no existen datos que nos permitan decantarnos por un único índice. Nuestros resultados arrojan una mejor área bajo la curva, sensibilidad y especificidad para el IBUS-SAS. La mejor correlación con el SES-CD fue del SUS-CD, lo que puede deberse a que valora la actividad por segmentos y no tiene únicamente en cuenta el de mayor actividad.

PO-19.- CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO.

AUTORES: A. Yagüe; M. Álvarez; P. Vázquez de Coca y B. Polo.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma de vesícula biliar es una enfermedad agresiva asociada a mal pronóstico que suele tener un diagnóstico tardío. La ecografía abdominal es el primer procedimiento empleado para evaluar la patología vesicular, por lo que el reconocimiento temprano de los signos ecográficos asociados a la neoplasia vesicular podría contribuir a mejorar su pronóstico.

CASO CLÍNICO:

Varón de 53 años con consumo perjudicial de alcohol y antecedentes personales de infección por VIH y pancreatitis agudas de repetición de probable origen tóxico; que ingresó en Digestivo por cuadro clínico-analítico compatible con nuevo episodio de pancreatitis aguda. Se solicitó una ecografía abdominal para descartar origen biliar, evidenciando un marcado engrosamiento parietal irregular de la vesícula biliar, con focos ecogénicos internos en su pared y áreas nodulares hiperecogénicas en el parénquima hepático adyacente; hallazgos compatibles con una neoplasia vesicular con infiltración del parénquima hepático.

Ante dichos hallazgos se solicitó un TAC TAP como estudio de extensión, identificando la lesión vesicular compatible con neoplasia con signos de infiltración del parénquima hepático y dudosa del ángulo hepático del colon, observando en segmento IV una lesión sugestiva de infiltración directa, sin poder descartar afectación secundaria. Se realizó una PAAF guiada por ecoendoscopia de la lesión vesicular, no resultando diagnóstica. Se efectuó después una biopsia hepática percutánea ecoguiada de la lesión en segmento IV, siendo la AP compatible con infiltración por adenocarcinoma, confirmándose el diagnóstico.

DISCUSIÓN:

El carcinoma de vesícula biliar representa el 3% de los tumores malignos, siendo la neoplasia maligna más frecuente de la vía biliar y la quinta del tracto gastrointestinal. Su expresión clínica es inespecífica, confundiéndose a menudo con patología inflamatoria aguda benigna. Su tipo de crecimiento es variable y, por tanto, su apariencia ecográfica: suele presentarse como una masa que reemplaza a la vesícula (40-65%) o como un engrosamiento difuso o focal de la pared (20-30%), siendo menos frecuente el patrón de masa intraluminal mayor de 2 cm (15-25%).

PO-20.- ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO: CARACTERIZACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA.

AUTORES: A. Yagüe; M. Álvarez; S. Farras y B. Polo.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La amebiasis es una infección producida por el protozoo intestinal *Entamoeba histolytica*, de gran prevalencia en países tropicales, pero infrecuente en nuestro medio. Se transmite por vía fecal-oral y afecta al tracto intestinal y al hígado preferentemente, siendo el absceso hepático su complicación más importante.

CASO CLÍNICO:

Varón de 56 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y fiebre termometrada de hasta 39°C de 7 días de evolución. En análisis de sangre se objetivó leucocitosis (19670/ μ l) con neutrofilia (16800/ μ l) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 40 mg/dL). Se solicitó TAC de abdomen, que mostró un engrosamiento mural circunferencial en ciego y una gran masa quística en lóbulo hepático derecho con borde hipercaptante y abundante edema periférico. Ante la sospecha de origen infeccioso como primera posibilidad, se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona y metronidazol.

En planta de hospitalización se completó el estudio con una colonoscopia, observando úlceras de aspecto infeccioso en ciego y colon derecho. Se realizó una ecografía abdominal, que mostró un hígado de tamaño normal, con ecoestructura conservada y bordes lisos, identificando en los segmentos V, VI y VIII una lesión de aspecto heterogéneo, con presencia de ecos en su interior, en probable relación con burbujas de gas; siendo este hallazgo compatible con absceso hepático. Se efectuó un drenaje ecoguiado del mismo, con salida de material purulento que se remitió para estudio microbiológico, con resultado positivo para *Entamoeba histolytica*. La evolución clínica posterior fue favorable, siendo dado de alta.

DISCUSIÓN:

El hígado es el órgano extraintestinal más comúnmente afectado en la amebiasis. Sin embargo, el absceso hepático aparece en menos del 1% de los casos, siendo hasta diez veces más frecuente en varones que en mujeres por razones que se desconocen. La infección alcanza el hígado por diseminación hematogena a través del sistema portal. Su localización más frecuente es el lóbulo derecho (90%) y generalmente es único. Ecográficamente suele visualizarse como una LOE redondeada hipocogénica con fino patrón de ecos internos y refuerzo posterior. El diagnóstico se basa en la identificación del parásito, siendo el metronidazol el tratamiento de elección.



PO-21.- HIPERINSULINISMO ENDÓGENO POR INSULINOMA: PAPEL DE LA ECOENDOSCOPIA EN SU LOCALIZACIÓN PREOPERATORIA.

AUTORES: A. Yagüe; M. Álvarez; P. Vázquez de Coca y B. Polo.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Los tumores neuroendocrinos (TNE) pancreáticos son infrecuentes, representando el 1-2% del total de las neoplasias pancreáticas. El TNE pancreático más común es el insulinoma (60%). Se presenta el caso de un paciente con un insulinoma pancreático donde su localización por ecoendoscopia permitió realizar un tratamiento quirúrgico adecuado.

CASO CLÍNICO:

Varón de 36 años, sin antecedentes de interés, en seguimiento por Endocrinología por hipoglucemia sintomática a estudio, realizándose test de ayuno con resultado compatible con hiperinsulinismo endógeno. Ante la sospecha de insulinoma se solicitó un TAC TAP, que no detectó lesiones a nivel pancreático. Posteriormente se realizó una ecoendoscopia, identificando sobre un parénquima pancreático con ecoestructura homogénea una lesión de 10 mm a nivel de cuerpo distal-cola de aspecto sólido, discretamente hipocogénica, de morfología redondeada y bordes ligeramente hiperecogénicos, bien delimitada por elastografía; hallazgo en probable relación con un tumor neuroendocrino. Se realizó una PAAF, efectuándose 4 pases con aguja de 25G, obteniéndose material que fue enviado a Anatomía Patológica. El estudio inmunohistoquímico resultó compatible con insulinoma. El paciente fue remitido a Cirugía General, realizándose una pancreatometomía corporocaudal laparoscópica con preservación esplénica.

DISCUSIÓN:

El insulinoma es, tras la hipoglucemia facticia, la causa más frecuente de hipoglucemia en un paciente aparentemente sano. El 90% son benignos, solitarios y menores de 2 cm. Se localizan con similar frecuencia en cabeza, cuerpo y cola del páncreas.

Una vez establecido el diagnóstico, el único tratamiento curativo es la resección quirúrgica, desempeñando un papel fundamental en el éxito de la misma la localización preoperatoria de la lesión.

Clásicamente se han empleado técnicas de imagen no invasivas (ecografía abdominal, TAC, RM, gammagrafía con análogos de somatostatina), que localizaban el 75% de los tumores. Actualmente, es posible la localización de hasta el 100% de las lesiones según algunas series gracias a la ecoendoscopia, donde se visualizan como nódulos hipocogénicos y encapsulados, pudiendo identificarse ocasionalmente pequeñas calcificaciones en los de mayor tamaño.

PO-24.- CUANDO EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE NO ES EL CORRECTO.

AUTORES: Alia Martín Izquierdo, Isabel González Puente, , Sandra Borrego Rivas, Víctor Blázquez Ávila, Verónica Patiño Delgado, Carolina Broco Fernández, Noemí Hernández, Hernández, Julia Díez Martín, Raisa Quiñones Castro, Laura Alcoba Vega, Francisco Jorquera Plaza.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de León.

INTRODUCCIÓN:

Las LOEs (lesión ocupante de espacio) hepáticas pueden ser indolentes o malignas, requiriendo un correcto diagnóstico y manejo. Presentamos el caso de un hombre joven con hormonoterapia y aparición de múltiples LOEs hepáticas.

CASO CLÍNICO:

Varón de 37 años con testosterona intramuscular desde 2003 por orquiectomía bilateral por coriocarcinoma testicular estadio IV. Precisó quimioterapia con remisión completa. En seguimiento anual. En 2018, 3 LOEs hepáticas isoecogénicas en ecografía menores de 2cm (figura1). Dada la sospecha de metástasis se realiza RMN que informa de hiperplasia nodular focal (HNF). En controles, crecimiento de hasta 4,4cm de una de las lesiones con aparición de nuevas LOEs con características ecográficas similares a las conocidas (figura2). La RMN confirma HNF múltiple. En ecografía de 2021, nueva LOE de 9mm con características diferentes a las descritas. Ante sospecha de malignidad se repite RMN informando de adenoma (figura3). Se decide seguimiento estrecho y sustituir la testosterona intramuscular por tópica, consiguiendo estabilización de todas las LOEs sin aparición de nuevas.

**DISCUSIÓN:**

La HNF y el adenoma son tumores hepatocelulares benignos, pero con diferencias significativas, por lo que su correcta caracterización es fundamental¹. Es bien conocida la asociación de los anabolizantes androgénicos con el adenoma, no relacionándose con la HNF^{2,3}. A diferencia de la HNF, el adenoma puede degenerar a hepatocarcinoma o sangrar^{2,3}. Por ello, el tratamiento solo se modificó con la aparición del adenoma, y al no poderse suspender la testosterona, se cambió su vía de administración, obteniendo de forma inesperada la estabilización de la HNF. El adenoma precisa seguimiento si es pequeño y estable o resección en caso contrario mientras que la HNF no requiere controles^{3,4}. No obstante, por los antecedentes, se decidió seguimiento anual. En conclusión, era esperable la estabilización del adenoma tras el cambio de pauta de testosterona pero no de la HNF sin aparición de nuevas LOEs.

ORGANIZA:



**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA**

SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONGRESO



**Melkart
CONGRESOS**



C/ Uruguay, 2 - 11009 Cádiz



956 263 633



melkartcongresos@gmail.com

SECRETARÍA TÉCNICA DE LA AEED

GESSUM
EVENTOS



C/ Carmen de Burgos Colombine, 20
41920 - San Juan de Aznalfarache - Sevilla



667 911 023



marta@gessum.com

abbvie

Johnson & Johnson
Innovative Medicine

Tristel™

Canon
CANON MEDICAL

 Pfizer

FERRING
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

 **KERN**
PHARMA

25 AÑOS
+ PERSONAS + FUTURO + KERN PHARMA



Medtronic
Engineering the extraordinary



Takeda

SANDOZ

 **esaote**
HEALTH WITH CARE

OLYMPUS



M24+

