

BURGOS 2023



XXXIII JORNADA NACIONAL DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA
IX CURSO DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA DE LA AEED

12 Y 13 DE MAYO • FORUM EVOLUCIÓN

PROGRAMA

XXXIII JORNADA NACIONAL DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

IX CURSO DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA DE LA AEED

COMITÉ ORGANIZADOR

- Dr. Alfredo López Morante
- Dra. Beatriz Sicilia Aladrén
- Dra. Cristina Fernández Marcos
- Dra. Ester Badia Aranda
- Dra. Rosa María Saiz Chumillas

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEED

- Miguel García González
- Fernando Muñoz Nuñez
- Juan Carlos Perez Alvarez
- María Rosario Calderón Ramirez
- Maria Tejada Cabrera
- Miguel Fernandez Bermejo

BURGOS 2023

IX CURSO DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA DE LA AEED

“TÉCNICAS EN ECOGRAFÍA ABDOMINAL”

- 8:45 | Apertura Secretaría técnica
- 9:00/9:10 | Presentación. Directoras del Curso.
 - Dra. Cristina Fernández Marcos. H. U. de Burgos.
 - Dra. Ester Badia Aranda. H. U. de Burgos.
 - Dra. Rosa María Saiz Chumillas. H. U. de Burgos.
- 9:10/10:10 | Primera Mesa. Técnicas Diagnósticas.

Moderadora: Dra. Ester Badia Aranda. H. U. de Burgos.

 - 9:10/9:30 | Contraste en Ecografía Abdominal. Técnica e Indicaciones.
 - Dra. Concepción González de Frutos. H. U. de Toledo.
 - 9:30/9:50 | Elastografía en Ecografía Abdominal. Técnica e Indicaciones.
 - Dr. Diego Burgos Santamaría. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.
 - 9:50/10:10 | Doppler en Ecografía Abdominal. Técnica e Indicaciones.
 - Dra. María Amo Peláez. H. U. 12 de Octubre. Madrid
- 10:20/11:30 | Segunda Mesa. Intervencionismo en Ecografía Abdominal.

Moderadora: Dra. Cristina Fernández Marcos. H. U. de Burgos.

 - 10:20/10:40 | Biopsia Hepática. Técnica e Indicaciones.
 - Dra. Ester Badia Aranda. H. U. de Burgos.
 - 10:40/11:00 | Terapias Ablativas Percutáneas. Técnicas e Indicaciones.
 - Dr. Jesús Aldea Martínez. H. U. de Burgos.
 - 11:00/11:20 | Drenaje de Colecciones Abdominales. Técnica e Indicaciones.
 - Dra. Paloma Rendón Unceta. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.
- 11:30/12:00 | Pausa Café.

- **12:00/13:00 | Tercera Mesa. Consejos y Trucos.**
Moderadora: Dra. Rosa María Saiz Chumillas. H. U. de Burgos.
 - **12:00/12:20 | Decálogo de la Ecografía Abdominal. Consejos y Trucos.**
 - Dr. Mariano Gómez Rubio. H. U. de Getafe.
 - **12:20/12:40 | Técnicas Diagnósticas. Consejos y Trucos.**
 - Dra. Eva Marín Serrano. H. U. La Paz. Madrid.
 - **12:40/13:00 | Ecografía Intervencionista. Consejos y Trucos.**
 - Dr. Antonio López Cano. Hospital Dr. López Cano. Cádiz.
- **13:10/13:30 | Encuesta Interactiva.**
 - Dra. Rosa María Saiz Chumillas. H. U. de Burgos.
- **13:30/13:35 | Clausura del Curso.**
- **13:35/15:00 | Almuerzo Trabajo.**

XXXIII JORNADA NACIONAL DE LA AEED

- **15:00/15:30 | Inauguración Jornada Nacional AEED.**
- **15:30/16:30 | Mesa Hepatología. "Patología Vascular Hepática".**
Moderadores: Dr. Agustín Albillos Martínez. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.
Dra. Judith Gómez Camarero. H. U. de Burgos.
 - **15:30/15:45 | Hipertensión Portal. Nuevos métodos diagnósticos.**
 - Dr. Manuel Crespo Sánchez. H. U. San Agustín. Avilés.
 - **15:45/16:00 | Enfermedad Vascular Portosinusoidal.**
 - Dr. Luis Téllez Villajos. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.
 - **16:00/16:15 | Papel de la ecografía en el Seguimiento del TIPs.**
 - Dr. José Luis Montero Álvarez. H. U. Reina Sofía. Córdoba.

- **16:30/17:15 | Espacio del Residente.**

Moderadores: Dra. Adriana Moncada Urdaneta. H. U. de Burgos.

Dr. Pedro Mora Sanz. Centro Médico de Enfermedades

Digestivas (CMED) - Vithas Hospital "La Milagrosa" Madrid.

- **16:30/16:40 | Cirrosis Hepática. Criterios Diagnósticos en Ecografía.**

- Dra. Rocío Martínez Fernández. H. U. de La Princesa. Madrid.

- **16:40/16:50 | Lesiones Focales Hepáticas. Papel de la ecografía en 2023.**

- Dr. Marco Galego Fernández. H.C.U. de Santiago.

- **16:50/17:00 | Pólipos de Vesícula Biliar. Que hacer en la actualidad.**

- Dra. Irene Chivato Martín-Falquina. H. U. de Burgos

- **17:00/17:30 | Pausa Café.**

- **17:30/18:30 | Mesa Ecografía Intestinal.**

Moderadores: Dra. Lara Arias García. H. U. de Burgos.

Dra. M^a del Rosario Calderón Ramírez. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

- **17:30/17:45 | Ecografía intestinal en la enfermedad de Crohn incidente.**

- Dra. María García Alvarado. C. A. U. de Salamanca.

- **17:45/18:00 | ¿Cómo caracterizamos las estenosis en la enfermedad de Crohn, mediante ecografía intestinal en 2023?**

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

- **18:00/18:15 | ¿Qué debería incluir un informe de ecografía en EII?**

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

- **18:15/18:30 | POCBUS (Point of Care Bowel Ultrasound). Utilidad de los equipos ecográficos portátiles.**

- Dr. Fernando Muñoz Núñez. C. A. U. de Salamanca

- **18:30/20:00 | Primera Mesa de Comunicaciones Orales.**

Moderadores: Dra. Elena Garrido Gómez. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

Dr. Manuel Alfonso Jiménez Moreno. Hospital Santos Reyes.
Aranda de Duero.

CO-01.- UTILIDAD DE LA MEDIDA DE DISPERSIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA MULTIPARAMÉTRICA EN LA VALORACIÓN DE LA INFLAMACIÓN HEPÁTICA.

Dra. Carlota Siljeström Berenguer: H. U. La Paz. Madrid.

CO-02.- ¿PUEDE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL GUIARNOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?.

Dra. Laura Tejerizo García: H. Clínico de Salamanca.

CO-03.- SÍNDROME DE COLELITIASIS ASOCIADA A FOSFOLÍPIDOS BAJOS (LPAC) COMO CAUSA NO INFRECUEnte DE PROBLEMAS BILIARES E INGRESOS HOSPITALARIOS Y ROL DE LA ECOGRAFÍA EN SU DIAGNÓSTICO.

Dra. Isabel María Spigarelli de Rábago. H. U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

CO-04.- LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE INTRAVASCULAR (CEUS): UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA DESESTIMADOS PARA COLECISTECTOMÍA QUE SE BENEFICIAN DE COLECISTOSTOMÍA

Dra. Julia López Cardona. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CO-05.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (SÍNDROME DE WILKIE), UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA.

Dr. José Xavier Segarra Ortega. H. U. de Salamanca.

CO-06.- VALIDACIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA BIDIMENSIONAL HEPÁTICA Y ESPLÉNICA DEL ECÓGRAFO APLIO i800.

Dr. David Villaescusa Arenas. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CO-07.- HAMARTOMATOSIS BILIAR: SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Dr. Carlos Valdivia Krag. H. U. Reina Sofía. Córdoba.

CO-08.- 9 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA ECOGUIADA DE HEPATOCARCINOMA REALIZADA POR GASTROENTERÓLOGO

Dra. Ángela Martina Montero Moretón. C. A. U. de Palencia.

CO-09.- ALCOHOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE QUISTES HEPÁTICOS COMPLICADOS. EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS.

Dr. Luis Eduardo Pariente Zorrilla. H. U. La Paz. Madrid.

- 20:00 horas | Asamblea General AEED.

- **08:00/09:15 | Mesa Casos Clínicos.**

Moderadores: Dra. María Soledad Díez Ordoñez. H. U. de Burgos.

Dr. Diego Sánchez Muñoz. Instituto Digestivo-IDI. Sevilla.

CC-01.- HEPATOCARCINOMA OCULTO: ¿QUÉ PUEDE APORTARNOS LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE INTRAVENOSO (CEUS) DONDE EL TC Y RM FALLARON?

Dr. Sergio Escribano Cruz. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-02.- INVAGINACIÓN INTESTINAL AUTOLIMITADA: UNA SERIE DE CASOS

Dra. Cintia Bógalo. H. U. C. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

CC-03.- ¿PODEMOS ESTABLECER LA SOSPECHA DE UNA ENTERITIS LÚPICA EN UNA ECOGRAFÍA INTESTINAL?

Dr. Rafael Gayoso Gayo. H. U. La Paz. Madrid.

CC-04.- HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA, PRESENTACIÓN INFRECIENTE SIMULANDO UN HEPATOCARCINOMA MULTICÉNTRICO.

Dr. Sergio Escribano Cruz. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-05.- DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE NEOPLASIA GÁSTRICA MEDIANTE ECOGRAFÍA ABDOMINAL DE CRIBADO.

Dra. María Desirée García García. H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

CC-06.- LINFOMA MALT PRIMARIO SOBRE HÍGADO CIRRÓTICO: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE.

Dr. Samer Mouhtar el Hálabi. H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

CC-07.- DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE NEOPLASIA MUCINOSA APENDICULAR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

DR. Francisco José Sánchez Roncero. H. U. C. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

CC-08.- ENFERMEDAD DE WHIPPLE: LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UNA YEYUNITIS VISUALIZADA POR ECOGRAFÍA

Dr. Daniel Robles de la Osa. C. A. U. de Palencia.

CC-09.- COLESTASIS EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO HACE 12 AÑOS.

Dr. Luis Vida Pérez. H. U. Reina Sofía. Córdoba.

CC-10.- CONTRIBUCION DE LA ECOGRAFIA EN EL ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Dr. Álvaro Bernal Torres. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

- **09:15/10:30 | Mesa Páncreas. "Ecografía Percutánea en la era de la Ecografía Endoscópica"**

Moderadores: Dr. Antonio Pérez Millán. Hospital General Río Carrión. Palencia.
Dra. María Tejada Cabrera. Hospital HLA La Salud. Cádiz.

- **09:15/09:35 | Ecografía en los procesos inflamatorios del páncreas.**
 - Dr. Carlos Prieto Martínez. C. H. de Navarra. Pamplona.
- **09:35/09:55 | Cáncer de Páncreas. Papel actual de los ultrasonidos.**
 - Dra. Belén Bernad Cabredo. Hospital San Pedro. Logroño.
- **09:55/10:15 | Lesiones Quísticas del Páncreas. Revisión crítica y valor de la ecografía percutánea.**
 - Dra. Gadea Hontoria Bautista. H. U. de Burgos.

- **10:30/11:00 | Pausa Café.**

- **11:00/11:50 | Charla Magistral "Claves de la Evolución Humana".**

Presentación: Dr. Miguel García González. Presidente AEED.

- Profesor José María Bermúdez de Castro y Risueño. Codirector del Yacimiento de Atapuerca. Premio Príncipe de Asturias en Investigación Científica y Técnica.

- **11:50/13:00 | Segunda Mesa de Comunicaciones Orales.**

Moderadores: Dr. Miguel Fernández Bermejo. H. U. de Cáceres.
Dra. Sara García Morán. H. U. de Burgos

CC-11.- COLECISTITIS HEMORRÁGICA POST ABLACIÓN DE HEPATOCARCINOMA POR RADIOFRECUENCIA: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL

Dr. Nelson Daniel Salazar Parada. H. U. 12 de Octubre. Madrid.

CC-12.- SARCOMA EMBRIONARIO HEPÁTICO INDIFERENCIADO: COMPORTAMIENTO EN LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE

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

CC-13.- MASA ILEAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN.

Dr. Gonzalo Trigo Gallego. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-14.- IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN LA TROMBOSIS PORTAL

Dra. Yurami L. Sánchez Santacruz. H. G. de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

CC-15.- COLECISTITIS AGUDA SECUNDARIA A NEOPLASIA VESICULAR. PAPEL DE LA ECOGRAFÍA

Dra. Caudia Álvarez Valera. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-16.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

Dra. Laura López Couceiro. H. U. Infanta Cristina. Parla (Madrid).

CC-17.- SÍNDROME DE BUDD-CHIARI SECUNDARIO A COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

Dra. Claudia Álvarez Varela. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

CC-18.- DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO Y MANEJO DE ABSCESO HEPÁTICO TUBERCULOSO AISLADO DE RÁPIDO CRECIMIENTO.

Dr. Daniel Robles de la Osa. C. A. U. de Palencia.

CC-19- ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED A NIVEL HEPÁTICO. UNA CAUSA INFRECIENTE DE COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA.

Dra. Carmen García Huerta. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.

- **13:00/13:30 | Estudios-Proyectos AEED.**

Moderadores: Dr. Miguel García González. H. U. Ramón y Cajal. Madrid.
Dr. Fernando Muñoz Núñez. H. U. de Salamanca.

- **13:30/13:45 | Clausura Jornada AEED.**

COMUNICACIONES ORALES

CO-01.- UTILIDAD DE LA MEDIDA DE DISPERSIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA MULTIPARAMÉTRICA EN LA VALORACIÓN DE LA INFLAMACIÓN HEPÁTICA.

AUTORES: C. Siljeström; M. Romero; M. Abadía; G. Ruiz; J. Poza; E. Marín; I. González; C. Amiama; C. Amor; L. E. Pariente; B. Pillado; M. D. Martín-Arranz y A. Oliveira.

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

OBJETIVOS:

Actualmente, podemos determinar de forma fiable y no invasiva la esteatosis y fibrosis hepática mediante CAP/ATI/PDFF y ET/2D-SWE/eRMN. Sin embargo, no es posible determinar sin biopsia el componente inflamatorio. Los nuevos equipos de ecografía multiparamétrica, además de 2D-SWE y ATI, incorporan el parámetro de dispersión 2D-SWD, dependiente de la viscosidad del tejido. El hígado no es un órgano puramente elástico sino viscoelástico, por lo que la medición 2D-SWD pudiera ser útil en la determinación de necroinflamación. Nuestro objetivo fue evaluar la correlación de SWD con el componente inflamatorio de EHmet.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo. Inmediatamente antes de biopsia hepática (Tru-Cut 16G) en pacientes con sospecha de EHmet se realizó SWD (Canon Aplio i800). Se excluyeron: cilindros <1,5 cm/<11 espacios portales, ausencia de EHmet en resultado final de biopsia. La EHmet se clasificó mediante NASH-CRN. Las variables cuantitativas se expresan como mediana.

RESULTADOS:

Se incluyeron 112 pacientes: edad 53 años, mujeres 55%, IMC 30,9 kg/m², diabetes 39%, GPT 62 U/L. Cilindros de biopsia: 2,5 cm, 14 espacios portales. La distribución de fibrosis fue: Fo 53 (46%), F1/F2 37 (32%), F3/F4 25 (22%). Esteatohepatitis en 52 (45%), 47 (41%) carecían de ella y 16 (14%) indeterminada. Los valores de SWD presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sin esteatohepatitis/indeterminada frente a esteatohepatitis (13 (m/s)/KHz frente a 13,750 (m/s)/KHz; p=0,015). Asimismo, se observó una correlación lineal positiva entre SWD y NAS score ($\rho = 0.216$; p=0.028) (Figura 1). Para el componente de inflamación lobulillar, un valor de 14,5 (m/s)/KHz presentó Esp 89,5%, VPP 93,1%, mientras que 10,5 (m/s)/KHz tenía Sens 90,5%, VPN 80,9%.

CONCLUSIÓN:

El parámetro de dispersión SWD determinado mediante ecografía multiparamétrica podría ser útil en la valoración no invasiva de la inflamación hepática y el diagnóstico de esteatohepatitis.

CO-02.- ¿PUEDE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL GUIARNOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

AUTORES: L. Tejerizo; V. Prieto; M.C. Piñero; A. Pordomingo; A. Guardado; X. Segarra; R. Domínguez; R. Gómez; A. Velasco y J. F. Muñoz

CENTRO DE TRABAJO: H. Clínico de Salamanca.

OBJETIVOS:

- Descripción de las características ecográficas realizadas en una cohorte de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y los cambios en la actitud terapéutica derivados de los resultados en dicha prueba de imagen.
- Evaluar la utilidad de la elastografía "Shear Wave" (SWE) en el subgrupo de pacientes con estenosis intestinales en la detección de fibrosis mediante la comparación con parámetros analíticos y ecográficos de actividad inflamatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de una base en la que se incluyeron las ecografías intestinales realizadas en el seguimiento de paciente con EC entre Mayo de 2022 y Febrero 2023.

RESULTADOS:

Se incluyeron 63 ecografías intestinales de pacientes en seguimiento por EC (60,9% hombres y 39,1% mujeres; edad media de 43 ± 17 años). El HBI de los pacientes fue de 2,77 de media ($\pm 2,6$). Cambio de actitud terapéutica tras la ecografía en el 32,8% de los casos.

Se objetivaron estenosis en 22 de las ecografías (34,9%), con una longitud media de la estenosis de $5,6 \pm 2,59$ cm. Afectación de la grasa en el 40,9% y pérdida de la ecoestructura de la pared en el 9,1%. La mediana del SWE de las estenosis fue de 9,05. La calprotectina se correlaciona de forma directa con la escala Limberg ($p < 0,001$) y de forma inversa con el valor de SWE ($p < 0,05$). Correlación inversa entre la escala Limberg y el valor del SWE ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES:

La ecografía intestinal apoya una estrategia proactiva en la monitorización en la EC al poder ser objeto de cambios inmediatos en la actitud terapéutica.

La combinación de la escala Limberg y el valor del SWE permite caracterizar las estenosis intestinales. Se requieren estudios comparativos que esclarezcan su utilidad en la predicción del grado de fibrosis.

CO-03.- SÍNDROME DE COLELITIASIS ASOCIADA A FOSFOLÍPIDOS BAJOS (LPAC) COMO CAUSA NO INFRECIENTE DE PROBLEMAS BILIARES E INGRESOS HOSPITALARIOS Y ROL DE LA ECOGRAFÍA EN SU DIAGNÓSTICO

AUTORES: I. M. Spigarelli (*); B. Pillado (**); D. Vincent (**); J. Poza (**); M. Abadía (**); G. Ruiz (**); P. Castillo (**); y A. Oliveira (**)

CENTRO DE TRABAJO: (*) H U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid, (**) H. U. La Paz. Madrid.

OBJETIVOS:

Las enfermedades biliares son una importante fuente de morbimortalidad para los pacientes, así como de sobrecarga para el sistema sanitario. El síndrome de colelitiasis asociada a fosfolípidos bajos (LPAC) es una enfermedad genética considerada como rara que provoca desarrollo de hepatolitis y sus complicaciones. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos, siendo la imagen ecográfica la piedra angular del mismo. Nuestro objetivo es determinar su incidencia y características ecográficas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio ambispectivo entre febrero 2021 y septiembre 2022. Se diagnosticó como LPAC si (al menos dos): inicio problemas biliares <40 años, recidiva de síntomas pese a colecistectomía, imagen de macrolitiasis o microlitiasis intrahepática (puntos ecogénico, imágenes en "cola de cometa" y hepatolitiasis con sombra acústica). Se analizaron las características demográficas, clínicas, genéticas (análisis mutaciones gen ABCB4), ecográficas y su incidencia entre las hospitalizaciones por causa biliar.

RESULTADOS:

Se identificaron 36 pacientes con LPAC (Tabla 1). De ellos, 6 lo fueron de entre 237 ingresos por causas biliares en los últimos 9 meses, lo que supone una incidencia de 2,5% (IC95%: 1,17-5,41). Por subgrupos de edad y sexo, la incidencia ascendía hasta el 21% entre las mujeres ingresadas de <40 años. Se analizaron las características ecográficas (Tabla 2), observándose que la presencia de presentaba litiasis intrahepáticas con sombra acústica estaba presente tan sólo en el 22,2% de los pacientes, si bien este porcentaje ascendía hasta un 42,9% entre aquellos con mutaciones genéticas confirmadas y se reducía al 14,3% entre los que no presentaban las mismas.

CONCLUSIONES:

El síndrome LPAC no es una entidad tan infrecuente como pudiera parecer, sobre todo entre mujeres <40 años ingresadas por problemas biliares. La detección de los signos ecográficos típicos es la principal herramienta para su sospecha, siendo fundamental el entrenamiento en la misma para poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

CO-04.- LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE INTRAVASCULAR (CEUS): UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA DESESTIMADOS PARA COLECISTECTOMÍA QUE SE BENEFICIAN DE COLECISTOSTOMÍA

AUTORES: J. López-Cardona; E. Garrido; I. García de la Filia Molina; F. Mesonero; M. Torres; M.A. Rodríguez Gandía; G. Trigo; A. García Domínguez; S. Escribano; E. Rodríguez de Santiago; M. García y A. Albillos.

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

INTRODUCCIÓN:

CEUS tiene un papel cada vez más importante en el diagnóstico de la colecistitis aguda y la identificación de sus formas complicadas.

Nuestro objetivo fue describir los hallazgos de la ecografía convencional y CEUS en este escenario, comparar los resultados de ambas técnicas entre sí y correlacionarlos con la necesidad de colecistostomía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio unicéntrico prospectivo de pacientes con colecistitis aguda desestimados para cirugía ingresados de enero/2019 a mayo/2021. Se realizó una ecografía abdominal convencional administrando contraste intravenoso (hexafluoruro de azufre-SonoVue®) en <72 horas, se excluyeron aquellos que requirieron colecistostomía urgente previa a la CEUS. Se definió ecográficamente colecistitis complicada si presentaba disrupción de la pared, colecciones intramurales, abscesos o defectos de la captación del contraste.

RESULTADOS:

Se incluyeron 21 pacientes (Tabla 1). Al ingreso el 23,8% de las colecistitis eran leves, el 47,6% moderadas y el 28,5% graves. La mediana de ingreso fue 10 días (3-71). 2 (9,5%), 2 pacientes fallecieron. No hubo efectos adversos tras la administración del contraste.

La ecografía convencional clasificó como colecistitis complicadas al 38,0% y CEUS al 57,1% (Tabla 2, Figura 1). Se realizó colecistostomía diferida a 8 pacientes, según indicación de práctica clínica, con mediana de tiempo desde el ingreso de 3 días (1-9). En este subgrupo la ecografía convencional clasificó como complicadas a 5 (62,5%), sin asociación significativa entre su clasificación y la necesidad de colecistostomía ($p=0,071$). Sin embargo, CEUS clasificó como complicadas a 7/8 (87,5%), hallando relación significativa ($p=0,027$) (Figura 2).

El TC abdominal clasificó al 70% de las colecistitis como complicadas (7/10), todas fueron previamente diagnosticadas como complicadas por CEUS.

CONCLUSIÓN:

En pacientes con colecistitis aguda desestimados para cirugía CEUS permite identificar colecistitis complicadas que se benefician de colecistostomía, con mejores resultados que la ecografía convencional y excelente perfil de seguridad.

CO-05.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (SÍNDROME DE WILKIE), UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA.

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

CENTRO DE TRABAJO: C. A. U. de Salamanca.

OBJETIVO:

Evaluar la utilidad de la ecografía abdominal en el diagnóstico del síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de ecografías abdominales solicitadas por dolor abdominal, pérdida ponderal y vómitos, durante el periodo marzo-2022 a marzo-2023. Se recogieron variables demográficas y características ecográficas. Análisis descriptivo de las mismas.

Criterios ecográficos para el SAMS: un ángulo aortomesentérico (AAM) inferior a 22-25°, una distancia aortomesentérica (DAM) inferior a 8mm y la dilatación proximal del duodeno (DPD) tras la ingesta de agua en casos dudosos. Los hallazgos se clasificaron como: **Sugere**ntes: si tanto el AAM y la DAM están reducidos y DPD.

Probable: si tanto el AAM y la DAM están reducidos, pero sin DPD.

RESULTADOS:

Se realizaron 1752 ecografías durante el periodo de estudio. El 25,9%(N=453) se solicitó por dolor abdominal. Se encontró criterios de SAMS en 24 pacientes (5,3%), la mayoría mujeres 91,7% y menores de 45 años (75%). El 100% con IMC por debajo de 22,5 con una media de $19,56 \pm 2,17$.

El principal síntoma fue el dolor abdominal postprandial (83,3%). De los pacientes con SAMS, el 91,7% tenía estudio de dispepsia (gastroscopia normal, celiaquía y H.pylori negativos).

Se clasificaron como sugerente SAMS el 70,8% y probable SAMS el 29,2%. En 6 casos se confirmó el SAMS con una tomografía. Se obtuvo una buena correlación entre los hallazgos ecográficos y tomográficos, la media del AAM fue $12,92 \pm 4,39$ (ecografía) vs $13,33 \pm 3,01$ (TAC), la media de la DAM fue $3,70 \pm 0,66$ (ecografía) vs $3,98 \pm 0,47$ (TAC) y un 66,7% tenía DPD.

CONCLUSIONES:

1. El SAMS no es una condición infrecuente, se debe realizar ecografía abdominal a pacientes con IMC bajo y dolor abdominal postprandial tras descartar otras causas. Además, tiene una buena correlación con otras técnicas de imagen.
2. La DPD ayuda al diagnóstico del SAMS en los casos dudosos.

CO-06.- VALIDACIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA BIDIMENSIONAL HEPÁTICA Y ESPLÉNICA DEL ECÓGRAFO APLIO i800.

AUTORES: D. Villaescusa; C. Álvarez; E. Garrido; D. Burgos; L. Téllez; M. Torres; M. García y A. Albillos.

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

OBJETIVOS:

Establecer la correlación entre la elastografía bidimensional (Shear-wave-2D) hepática y esplénica del sistema Aplio i800 (Canon medical ®) con la elastografía de transición (Fibroscan®).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio unicéntrico, transversal y descriptivo en el que se realizó elastografía bidimensional (Aplio i800 ®) hepática y esplénica a los sujetos que acudían a realizarse Fibroscan ®. Los criterios de validez para el Fibroscan ® fueron: 10 mediciones, IQR/mediana $\leq 30\%$. En el caso de la elastografía bidimensional: ≥ 3 mediciones, profundidad máxima de 5.6 cm, IQR/mediana $\leq 30\%$. Se empleó la mediana en Kilopascales (kPa) de las mediciones para establecer la correlación mediante el test estadístico de Pearson.

RESULTADOS:

Se incluyeron 41 pacientes de los cuales 8 tenían hipertensión portal. La tasa de resultados fiables fue del 98% (40/41) y 59% (24/41) para el Fibroscan ® hepático y esplénico y del 95% (39/41) y 80% (33/41) para el Shear-wave-2D (Aplio i800 ®) hepático y esplénico. La mediana de rigidez hepática de la población del estudio fue de $10.72 \text{ kPa} \pm 12.98$ (Fibroscan ®) y de 7.26

± 3.3 (Aplio i800 ®), existiendo una alta correlación positiva entre ambas técnicas diagnósticas ($r = 0.784$, $p < 0.01$). Respecto a la rigidez esplénica, la mediana de la población fue de 41.8 ± 28 (Fibroscan ®) y de 13.19 ± 3.64 (Aplio i800 ®), sin existir correlación estadística entre ambas ($r = 0.334$, $p = 0.129$).

CONCLUSIONES:

La elastografía bidimensional hepática con el sistema Applio i800[®] presenta una buena correlación con la elastografía de transición en la medición de la rigidez hepática. Respecto a la elastografía bidimensional esplénica, esta tuvo una mayor tasa de resultados fiables que la elastografía de transición, pero no se encontró correlación positiva con la misma, probablemente debido al alto número de pacientes sin esplenomegalia, lo que dificulta la realización del Fibroscan[®].

CO-07.- HAMARTOMATOSIS BILIAR: SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: C. Valdivia; M. Ortiz; D. S. Ortiz y M. Rodríguez Perálvarez.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas de los pacientes con Hamartomatosis Biliar (HB). Evaluar el manejo clínico realizado y los hallazgos e implicaciones obtenidas a raíz del seguimiento en un centro de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional con carácter retrospectivo compuesto por una cohorte de 22 pacientes con diagnóstico confirmado de HB en una prueba de imagen, y que se habían realizado una ecografía abdominal como seguimiento de esta patología. Se revisaron todos los registros informáticos existentes de la sección de Ecografía Digestiva, abarcando desde enero 2014 hasta febrero 2023 (9 años) en un centro de tercer nivel.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 22 pacientes con un tiempo medio de seguimiento de $4.09 \pm 1,0$ años. Demográficamente predominan las mujeres (73%) de edad media $56,8 \pm 4,8$ años, realizándose el diagnóstico de forma incidental en la mayoría de casos (68,2%), siendo la ecografía abdominal la que motivó la sospecha diagnóstica (69%). Entre los hallazgos analíticos del perfil hepatobiliar no se identificó ningún patrón predominante, deterioro de la función hepática, ni elevación específica de los marcadores tumorales en los pacientes a los que se les solicitó. La RMN se llegaba a repetir hasta en el 23% de los casos sin ningún hallazgo de nueva aparición ni cambios clínicos en ningún caso. No hubo ningún hallazgo clínico o complicación hepática o biliar, así como ningún caso de neoplasia a nivel hepático o de la vía biliar durante el seguimiento realizado.

CONCLUSIONES:

La HB es una entidad que cursa sin complicaciones clínicas y un curso estable a lo largo del seguimiento. A pesar del curso benigno, a los pacientes se les realizan múltiples pruebas de imagen repetidamente, sin objetivar hallazgos en ninguna de ellas que supongan un cambio en el manejo clínico realizado. No se registró ningún caso de neoplasia hepática o de la vía biliar durante el seguimiento.

CO-08.- 9 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA ECOGUIADA DE HEPATOCARCINOMA REALIZADA POR GASTROENTERÓLOGO

AUTORES: Montero Moretón, Á. M.; Santos Santamarta, F.; Aguilar Argeñal, L. F.; González de Castro, E.; Robles de la Osa, D.; Pérez Urrea, C.; Pérez Citores, L.; Curieses Luengo, M.; Santos Fernández, J.; Barcenilla Laguna, J.; Cimavilla Román, M.; Moreira da Silva, B.; Rancel Medina, F.; y Pérez Millán, A. G.

CENTRO DE TRABAJO: C. A. U. de Palencia.

INTRODUCCIÓN:

La radiofrecuencia es una técnica de tratamiento del carcinoma hepatocelular (HCC) incluida en el algoritmo de tratamiento del BCLC mediante la que se aplica energía eléctrica de alta frecuencia a través de una sonda favoreciendo la destrucción celular asistido por habitualmente ecografía. Puede utilizarse como técnica única o en combinación con otros tratamientos. Entre sus ventajas encontramos un bajo índice de complicaciones, aplicabilidad en pacientes con enfermedad hepática avanzada y tratamiento de varias lesiones simultáneamente. No siempre es una técnica curativa y los pacientes pueden requerir múltiples sesiones.

El presente estudio tiene como objetivo mostrar la experiencia de nuestro centro y cómo puede ser realizada por los especialistas en aparato digestivo de manera rutinaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de los pacientes a los que se le realizó ablación por radiofrecuencia ecoguiada por gastroenterólogo de HCC sobre hígado cirrótico, bajo sedación profunda, en un centro de segundo nivel entre 2013 y 2022. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado Child-Pugh, tamaño de la lesión, dispositivo utilizado, presencia de complicaciones y respuesta radiológica aproximadamente a los 3 meses del procedimiento.

RESULTADOS:

Se realizaron 40 ablaciones por radiofrecuencia de lesiones hepáticas, excluyéndose 2 casos del estudio por no tratarse de HCC, a un total de 26 pacientes entre 2013 y 2022 (Figura 1). La edad media fue $71,3 \pm 7,9$ años siendo el 78,9% hombres. 95% eran pacientes con estadio A de la clasificación C-P y un 5% B. Las lesiones fueron de un tamaño medio de 23,9mm. Los dispositivos empleados fueron VIVARF Electrode en 50% de los casos, seguido de Star RF Electrode 34,2% (ambas STARmed®) y LeVeen CoAccess Needle (Boston Scientific®) 15,8% utilizada únicamente hasta 2015. No se produjeron complicaciones inmediatas en ningún procedimiento, falleciendo 1 paciente tras 24 horas post-procedimiento por fracaso multiorgánico. El seguimiento se realizó mediante TAC o RMN abdominal en el 89,5% de los casos (no realizado en 4 pacientes por fallecimiento temprano) presentando ausencia de datos de recidiva en 76,5% y recidiva o restos tumorales presentes en 23,5%; en un 14,7% de los controles se objetivaron nuevos focos de HCC.

CONCLUSIONES:

La inclusión de la radiofrecuencia en el estadio B de la clasificación BCLC se realizó en el año 2012, cuando se incluyó de la guía de práctica clínica de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL), ampliándose su aplicación en nuevas actualizaciones y estando actualmente indicada como primera línea en estadio A y o en determinados casos. Mediante este estudio demostramos que es una herramienta sólida y efectiva con alta tasa de éxito técnico y clínico que puede ser aplicada por los especialistas en aparato digestivo.

CO-09.- ALCOHOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE QUISTES HEPÁTICOS COMPLICADOS. EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS.

Autor: L. E. Pariente; M. Abadía Barno; G. Ruiz Fernández; C. Suárez Ferrer y M.D. Martín Arranz.

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

OBJETIVOS:

Valorar la eficacia clínica de la alcoholización percutánea guiada por ecografía de los quistes hepáticos complicados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo. Pacientes con indicación de drenaje-alcoholización de quiste hepático complicado (junio 2020-junio 2022) en nuestro centro. Abordaje percutáneo mediante ecografía abdominal con sonda microconvex. Punción-aspiración del quiste mediante técnica de Seldinger. Análisis bioquímico, microbiológico y citología. Quistografía con contraste radiográfico (Iomeron) comprobando ausencia de comunicación del quiste con el árbol biliar. Inyección de 1/3 del volumen del quiste de alcohol puro al 99.9%, manteniéndolo durante 30- 60 minutos realizando cambios posturales y aspiración posterior del alcohol. Se mantiene drenaje conectado a bolsa durante 24 horas. Control ecográfico pasados más de 3 meses del procedimiento. Variables cuantitativas expresadas en medianas (IQR).

RESULTADOS:

Se incluyen 8 pacientes: 62% mujeres, edad 72 años (55,72-88,25). 4/8 diagnóstico de poliquistosis hepática. Indicación de drenaje: 4/8 dolor abdominal, 3/8 detritus y 1/8 compresión vía biliar/estructuras vasculares. 5/8 localizados en lóbulo hepático izquierdo. Tamaño de los quistes 10,5 cm (7,5-11). Alcoholización obtiene reducción de 5,1 cm (3-9,75) ($p=0,01$). Reducción en tamaño del quiste 6/8, desaparición del quiste 1/8 y necesidad de segunda sesión de alcoholización por persistencia de quiste complicado (tamaño y detritus) 1/8. Análisis bioquímico con presencia de células nucleares 3/8. Mayor reducción del tamaño del quiste si ausencia de células nucleares 9 vs 4,2 cm ($p=0,3$). En ningún quiste se obtuvo aislamiento microbiano y todos citología negativa. Control ecográfico realizado a los 230 días del procedimiento (136-293). Ninguna complicación secundaria al procedimiento.

CONCLUSIONES:

La alcoholización percutánea de quistes hepáticos complicados mediante el uso de alcohol puro es una técnica segura y eficaz que permite el control de síntomas y la reducción del tamaño del quiste en la mayoría de los pacientes, teniendo al menos que esperar 3 meses desde la alcoholización para observar cambios.

CASOS CLÍNICOS

CC-01.- HEPATOCARCINOMA OCULTO: ¿QUÉ PUEDE APORTARNOS LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE INTRAVENOSO (CEUS) DONDE EL TC Y RM FALLARON?

AUTORES: S. Escribano; E. Garrido; A. Guerrero; G. Trigo; J. López; M. Torres; A. García; C. Martín de Argila; A. Albillos y M. García.

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

INTRODUCCIÓN:

La ecografía con contraste intravenoso(CEUS) es una técnica de primera línea en la caracterización de lesiones hepáticas, siendo especialmente útil para la detección y clasificación de fenómenos trombóticos en pacientes con tumor primario conocido.

CASO CLÍNICO:

Varón de 35 años de raza negra con antecedentes de hepatitis crónica B AgHBe negativo sin fibrosis significativa. Remitido para valorar tratamiento en nuestro centro tras el diagnóstico no invasivo mediante RM de carcinoma hepatocelular estadio BCLC A (lesión única de 29 mm en lóbulo caudado).

Se decide en Comité Multidisciplinar tratamiento con quimioembolización arterial(TACE) como puente a trasplante hepático. Al mes de seguimiento tras la TACE se objetiva respuesta radiológica pero no bioquímica, con elevación de AFP hasta 432 (pre-tratamiento: 262). Se completa el estudio con RM hepática y TC torácico, sin identificar signos de recidiva o metástasis tumoral. La exploración urológica también fue negativa. Ante persistencia de elevación de AFP (1500) se sospechó invasión vascular no visualizada en las pruebas de imagen.

La ecografía evidenció una ocupación parcial de la vena cava y desembocadura de la vena suprahepática derecha por material isoecogénico dependiente del parénquima hepático de 26mm de diámetro. En CEUS la lesión y el parénquima adyacente mostró hiperrealce en los primeros 10 segundos y lavado temprano a los 40 segundos, compatible con LIRADS-LR-TIV, en probable relación con invasión vascular por hepatocarcinoma.

DISCUSIÓN:

La CEUS presenta mayor sensibilidad para la detección de trombosis que la CT/RM, con valores de S y E para la diferenciación entre trombo vascular/invasión tumoral del 94/95%, respectivamente. La detección de realce en fase arterial con lavado posterior es diagnóstico de LIRADS-LR-TIV. El tamaño, la multifocalidad y una mayor AFP son factores de riesgo de trombosis tumoral. Una elevación persistente de AFP obliga a descartar invasión vascular en pacientes con antecedentes de hepatocarcinoma.

CC-02.- INVAGINACIÓN INTESTINAL AUTOLIMITADA: UNA SERIE DE CASOS

AUTORES: C. Bógalo (*); E. Sánchez (**); F.J. Álvarez (*) (***); P. Tomás (*); A. Albaladejo (*); F.J. Sánchez (*); C. Martínez (***); C.M. Martínez (*); J. Egea (*) y F. Alberca (*).

CENTROS DE TRABAJO: (*) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia. (**) H. G. U. Morales Meseguer. Murcia. (***) Clínica "Endoscopias Murcia".

INTRODUCCIÓN:

La invaginación intestinal consiste en la herniación de un segmento de intestino en el interior de otro.

A diferencia de en los niños, donde es la principal causa de obstrucción intestinal y suele ser idiopática, en adultos es rara (1-5% de las obstrucciones intestinales mecánicas) y suelen ser secundaria patología intestinal.

En adultos suele cursar como dolor abdominal inespecífico y en <20% de los casos como una obstrucción intestinal completa, pudiendo llevar a isquemia e incluso perforación.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: mujer de 84 años asintomática con ecografía de seguimiento de una lesión quística peripancreática donde se observa invaginación intestinal (Fig 1,2,3), con movilidad de las asas implicadas. En TAC posterior se observa resolución.

Caso 2: mujer de 34 años en la que en ecografía para estudio de dolor abdominal tipo cólico se observa invaginación intestinal (Figs 4,5) con movilidad de las asas (video 1) y resolución durante la exploración.

Caso 3: varón de 52 años en el que se observa invaginación intestinal (imagen 6; video 2) en ecografía para estudio de dolor abdominal cólico, habiendo presentado un episodio horas antes de la exploración. No se observa imagen de invaginación en TAC posterior.

DISCUSIÓN:

En adultos el TAC es la prueba de elección para el estudio de la invaginación intestinal por su mayor sensibilidad para el diagnóstico, el estudio etiológico y para descartar complicaciones. No obstante, la ecografía, al ser ampliamente utilizada para el estudio del dolor abdominal, nos da el diagnóstico en numerosas ocasiones gracias a la identificación de signos ecográficos típicos tales como el signo de la diana, del pseudo-riñón o del tridente. Además, la presencia de movilidad de las asas implicadas o una longitud de la invaginación menor a 40 mm se asocia con una mayor probabilidad de resolución espontánea de la misma.

CC-03.- ¿PODEMOS ESTABLECER LA SOSPECHA DE UNA ENTERITIS LÚPICA EN UNA ECOGRAFÍA INTESTINAL?

AUTORES: R. Gayoso Gayo; J. Poza Cordón, E. Larrea; P. Torrijos García; C. Froilán Torres y

M. D. Martín Arranz,

Centro de Trabajo: H. U. La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Se presenta el caso clínico e imágenes ecográficas de una enteritis lúpica en una mujer de 22 años con un LES diagnosticado previamente que había abandonado el tratamiento.

CASO CLÍNICO:

La paciente acudió a Urgencias por cuadro de diarrea de 3 meses de evolución, asociado a dolor abdominal, vómitos y pérdida ponderal.

En la analítica destacaba desnutrición calórico-proteica severa, hipertransaminasemia, hipoalbuminemia, sin elevación de calprotectina fecal y estudio microbiológico en heces negativo.

Se realizó ecografía abdominal e intestinal donde destacaba hepatomegalia y marcado edema submucoso de la totalidad del tubo digestivo, con edema de pliegues de Kerckring en intestino delgado, patrón de capas conservado, ascitis y múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. La afectación de todo el tubo digestivo estableció una alta sospecha de enteritis lúpica. Los hallazgos fueron confirmados con un angioTC abdominal que además detectó signos de vasculitis mesentérica (engrosamiento de la pared de los vasos con signo del peine).

Se completó el estudio con gastroscopia e ileocolonoscopia con toma de biopsias que descartaron otras causas.

Se requirió tratamiento con corticoides intravenosos y ciclofosfamida.

CONCLUSIÓN:

La ecografía intestinal es una exploración de gran interés para el diagnóstico de enteritis lúpica. El edema de los pliegues de Kerckring constituye un dato específico, aunque se debe realizar diagnóstico diferencial con otras entidades como crisis de angioedema hereditario o enteritis por anisakiasis. En este caso dado que no existía el antecedente epidemiológico de ingesta de pescado ni constaba crisis de asfixia estableció la sospecha de enteritis lúpica.

CC-04.- HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA, PRESENTACIÓN INFRECUENTE SIMULANDO UN HEPATOCARCINOMA MULTICÉNTRICO.

AUTORES: Escribano; E. Garrido; S. Molés; G. Trigo; J. López; L. Majano; A. García; J. Martínez; C. Martín de Argila; R. Meléndez; C. Perna; A. Albillos y M. García.

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

INTRODUCCIÓN:

La hepatitis aguda alcohólica (HAA) es una complicación grave del espectro de la hepatopatía por alcohol. Su diagnóstico definitivo precisa de biopsia compatible, en un contexto clínico adecuado. La ecografía juega un papel esencial en el diagnóstico diferencial o detección de complicaciones, siendo clave conocer algunos hallazgos atípicos o menos frecuentes que pueden conducir a diagnósticos erróneos.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 61 años con antecedentes de consumo perjudicial de alcohol, que se encontraba en estudio por cuadro de ictericia, hipertransaminemia y síndrome constitucional de un mes de evolución. Tras un estudio de hepatopatía con marcadores de autoinmunidad, metabólicos y serologías virales negativas, se sospechó una HAA grave.

La ecografía abdominal objetivó un parénquima hepático heterogéneo con múltiples lesiones hiperecogénicas mal delimitadas de diferentes tamaños e hiperrepresentación del árbol arterial intrahepático con imagen de "doble carril", hallazgos ecográficos que sugieren HAA. Se completó el estudio con TC toraco-abdomino-pélvico sospechándose entonces infiltración tumoral difusa (áreas de leve captación en fase arterial con lavado posterior).

Se realizó biopsia hepática transyugular siendo compatible con hepatitis aguda alcohólica sobre hígado cirrótico sin evidencia de células tumorales.

Tras el tratamiento con corticoides y soporte la evolución fue favorable, con resolución de las pseudolesiones descritas en la ecografía realizada posteriormente.

DISCUSIÓN:

Existen algunos hallazgos ecográficos específicos en cuadros de HAA. Se desconoce la prevalencia real del patrón pseudotumoral en este contexto, su diagnóstico diferencial incluye al hepatocarcinoma multicéntrico o depósitos secundarios. El signo de "doble canal" presenta una S y E del 82 y 87% en HAA. En nuestro caso las pseudolesiones se resolvieron al mes del episodio agudo, por lo que en un contexto clínico adecuado la ecografía puede ayudar a diferir la necesidad de biopsia.

CC-05.- DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE NEOPLASIA GÁSTRICA MEDIANTE ECOGRAFÍA ABDOMINAL DE CRIBADO.

AUTORES: Amer Mouhtar el Halabi; Maria Desirée García García; Patricia Cordero Ruiz; Francisco Bellido Muñoz y José Manuel Valladolid León.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

Los tumores malignos de origen gástrico se encuentran representados por el adenocarcinoma (94%), seguido del linfoma (4%), el tumor estromal gastrointestinal (GIST) (1%) y otros tumores (1%). El gold estándar para su diagnóstico es la toma de biopsias por endoscopia digestiva alta (EDA). La ecografía abdominal es una técnica ampliamente disponible, reproducible, no invasiva y barata que puede ser útil en su diagnóstico.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 72 años en seguimiento por hepatitis autoinmune con signos ecográficos evolutivos. En ecografía abdominal de cribado se identificó a nivel de cuerpo gástrico en curvatura menor una lesión ocupante de espacio de 18x12mm hipoeecogénica, escasamente vascularizada y que deformaba la luz (figuras 1 y 2). Junto a ella, inferior al lóbulo hepático izquierdo, una imagen hipoeecogénica redondeada con diámetro máximo de 13mm, sugestiva de adenopatía patológica (figura 3). La paciente refería dispepsia y plenitud postprandial con pérdida de unos 4kg en los últimos tres meses. Ante los hallazgos ecográficos (figura 4), se solicitó EDA diagnóstica objetivándose una gran ulceración de fondo necrótico y bordes nodulares y rojizos, acartonados y friables a la toma de biopsias, que englobaba toda la incisura angularis y cara superior de antro gástrico compatible con neoplasia de origen epitelial.

El estudio anatomopatológico demostró un adenocarcinoma de tipo intestinal pobremente diferenciado. En TAC toracoabdominal la lesión tenía un diámetro máximo de 3.5cm y no se encontraron metástasis a distancia. Tras valoración por comité de tumores esofagogástricos se decidió quimioterapia neoadyuvante con 4 ciclos de FOLFOX y gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal en Y de Roux.

CONCLUSIÓN:

La ecografía de calidad implica establecer una adecuada sistemática en la valoración de todos los órganos abdominales. Gracias a esto podremos realizar un diagnóstico precoz de lesiones que, al ser raramente visibles mediante ecografía, podrían pasar desapercibidas.

CC-o6.- LINFOMA MALT PRIMARIO SOBRE HÍGADO CIRRÓTICO: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE.

AUTORES: M. D. García; S.A. El Halabi; J. M. Valladolid; A. Garrido y A. Caunedo.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

El hepatocarcinoma es la lesión hepática maligna más frecuente en pacientes cirróticos. Sin embargo, si una lesión no tiene un comportamiento vascular típico es necesario realizar biopsia hepática para definir el diagnóstico.

CASO CLÍNICO:

Varón de 56 años sin antecedentes personales ni hábitos tóxicos. En seguimiento por hipertransaminasemia. El estudio etiológico reflejó infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC) con datos de fibrosis avanzada y signos de hipertensión portal.

En ecografía de abdomen se observó lesión hepática hipoecoica y heterogénea de 8cm en segmento VI (figura 1). Se realizó tomografía dinámica hepática con isorreale en todas las fases, sugestivo de hiperplasia nodular focal. Posteriormente se solicitó resonancia magnética que objetivó lesión con realce en fase arterial y posterior lavado, sugestivo de hepatocarcinoma. Por discrepancia se realizó ecografía con contraste, mostrando realce homogéneo en fase arterial con inicio de lavado antes de los 60 segundos, seguido de lavado intenso y difuso en fase tardía (figura 2 y 3), hallazgos sugestivos de lesión neoplásica pero no típicos de hepatocarcinoma, clasificándose de LIRADS-M. Se procedió a realizar biopsia percutánea de la lesión con resultado de linfoma MALT primario hepático. Se remitió al paciente a oncología médica y se inició tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) para la infección por VHC.

DISCUSIÓN:

La prevalencia de procesos onco-hematológicos y tumores sólidos parece estar incrementado en pacientes con infección por VHC. El linfoma MALT hepático es una enfermedad sumamente rara entre los tipos de linfoma hepático primario. El tratamiento incluye quimioterapia dentro del esquema R-CHOP, cirugía, radioterapia o una combinación de ellas. En cuanto a la terapia antiviral, muestran buen perfil de seguridad cuando se usan en conjunto con quimioterápicos y se ha demostrado la influencia positiva en la historia natural de la enfermedad linfoproliferativa cuando la respuesta viral sostenida es alcanzada con AAD.

CC-07.- DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE NEOPLASIA MUCINOSA APENDICULAR: APROPÓSITO DE DOS CASOS

Autores: Sánchez Roncero, F. J (*); Álvarez Higuera, F. J. (*,**); Bógalo Romero, C (*); Tomás Pujante, P (*); Albaladejo Meroño, A (*); Martínez Prieto, C (**); Martínez Hernández, CM (*); Egea Valenzuela, J (*) y Alberca de las Parras, F (*).

CENTROS DE TRABAJO: (*) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia. **Clínica "EndoscopiasMurcia"

INTRODUCCIÓN:

El mucocoele apendicular (MA) es una entidad rara que hace referencia al hallazgo macroscópico de un apéndice dilatado y con contenido mucinoso, siendo más frecuentemente de origen maligno. Las neoplasias mucinosas apendiculares (NMA) son más frecuentes en mujeres en la quinta década de la vida y se clasifican en adenomas NMA debajo o alto grado y en adenocarcinomas mucinosos.

CASO CLÍNICO:

Caso 1: mujer de 38 años con antecedente de cirrosis hepática que en control ecográfico semestral se objetiva a nivel de fosa ilíaca derecha (FID) una estructura tubular dilatada, con una pared estructurada en capas de cebolla y de contenido ecogénico denso (Figuras 1-3). Ante la sospecha de MA se realiza TAC abdominal que informa de tumoración tubular dependiente del ciego, con pequeñas calcificaciones en su interior y centro hipoatenuado, sin infiltración de estructuras vecinas. Se realiza apendicectomía laparoscópica con resultado anatomopatológico (AP) de NMA de alto grado.

Caso 2: mujer de 45 años sin antecedentes de interés que en ecografía abdominal solicitada por dolor en FID se describe una dilatación del apéndice cecal de hasta 15 mm de diámetros, con paredes finas y sin hiperemia (Figuras 4-6). Ante la sospecha de MA se realiza TC que confirma el diagnóstico y descarta infiltración de estructuras vecinas (Figuras 7 y 8). Se extirpa la lesión mediante laparoscopia con AP de NM de bajo grado.

DISCUSIÓN:

La técnica de elección para el diagnóstico del MA es el TAC con contraste, al permitir valorar afectación de estructuras adyacentes, pues existe asociación entre NMA y cáncer colorrectal. Aun así, la ecografía abdominal permite realizar el diagnóstico de sospecha, siendo los hallazgos más frecuentes: dilatación apendicular con ecogenicidad interna variable según el contenido (acuoso o gelatinoso), y una pared en "capas de cebolla" (por los depósitos de mucina), pudiendo presentar calcificaciones parietales.

CC-08.- ENFERMEDAD DE WHIPPLE: LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UNA YEYUNITIS VISUALIZADA POR ECOGRAFÍA

AUTORES: D. Robles de la Osa; E. González de Castro; L. F. Aguilar Argeñal; C. Pérez Urra; Á. M. Montero Moretón; F. J. Rancel Medina; F. Santos Santamarta; J. Barcenilla Laguna; M. Cimavilla Román; L. Pérez Citores; M. Curieses Luengo; B. A. Moreira da Silva; J. Santos Fernández; S. Maestro Antolín y A. G. Pérez Millán.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial U. de Palencia.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Whipple es una infección causada por el *Tropheryma whipplei* cuyos hallazgos ecográficos típicos son adenopatías hiperecogénicas difusas en grasa retroperitoneal y mesentérica así como engrosamiento mural con dilatación de asas de intestino delgado. El diagnóstico definitivo se realiza con una biopsia intestinal compatible.

Se presenta un caso de enfermedad de Whipple de diagnóstico ecográfico con sintomatología malabsortiva, síndrome poliadenopático, afectación pulmonar y ocular.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 47 años con antecedentes hipotiroidismo autoinmune, enfermedad de Raynaud y sarcoidosis. Ingresó por síndrome constitucional, febrícula, artralgias migratorias y diarrea en los últimos 3 meses. En la analítica se constató elevación de reactantes de fase aguda (PCR

73.6 g/dL), hipoalbuminemia (albúmina 2.4 g/dL) y anemia (hemoglobina 10.9 g/dL). Se realizó ecografía abdominal observándose múltiples adenopatías retroperitoneales y mesentéricas, además de asas yeyunales con componente edematoso sugestivo de yeyunitis (Figura 1). Se completó el estudio con gastroscopia en la que se visualizó una duodenitis no erosiva (Figura 2) que se biopsió. La biopsia mostró abundantes macrófagos PAS + en la lámina propia, resultando la PCR para *Tropheryma whipplei* positiva, hallazgos compatibles con la enfermedad de Whipple. Se trató con ceftriaxona intravenosa 4 semanas. Como complicaciones sistémicas presentó hipertensión pulmonar y uveítis posterior. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol oral, con aumento del peso y mejoría de la clínica articular y digestiva.

DISCUSIÓN:

La enfermedad de Whipple es una entidad infrecuente que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los síndromes malabsortivos y descartarse antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor para una enfermedad reumatológica o una enfermedad inflamatoria intestinal, dado que puede empeorar el curso de la enfermedad. La ecografía permite una valoración inicial pudiendo objetivarse datos sospechosos como en el presente estudio, aunque la gastroscopia con toma de biopsias sigue siendo el *gold standard*.

CC-09.- COLESTASIS EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO HACE 12 AÑOS.

AUTORES: Luis Vida Pérez*, Francisca Martínez Rivas** y Guadalupe Costán Rodero*.

CENTRO DE TRABAJO: *H. U. Reina Sofía. Córdoba. **Centro de Salud de Benamejé "Francisco Nieto Lucena". Córdoba.

INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso de un paciente trasplantado hace más de 10 años en el que se descubre en la ecografía de control una complicación grave que condujo al retrasplante.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 56 años trasplantado en 2008 por cirrosis mixta (VHC y alcohol) con buena evolución. Sin embargo en revisión rutinaria más de 10 años después se evidencia colestasis: Bilirrubina total 5.10 mg/dL, GGT 803 U/L, AST 78 U/L, ALT 82 U/L, FA 458 U/L.

En la ecografía se apreció marcada dilatación de la vía biliar a nivel de ambos conductos hepáticos y hepático común (21 mm) con colédoco de calibre normal. La vía biliar parecía contener detritus y alguna litiasis pequeña en su interior. El estudio doppler venoso resultó normal pero no se logró identificar ningún registro doppler arterial (Figura 3). Ante la presencia de dilatación biliar se realizó una colangiorresonancia en la que se evidenció en región central hepática dos lesiones quísticas de 48 y 36 mm comunicadas con la vía biliar (Figura 4) y con la sospecha de trombosis de la arteria hepática se realizó angioTC hepático en el que la arteria hepática común se visualizaba en su tercio proximal, con aspecto filiforme y oclusión a 20 mm de su origen con colateralidad intrahepática.

Finalmente, el paciente fue restrasplantado por colangiopatía isquémica secundaria a trombosis arterial tardía.

DISCUSIÓN:

La trombosis aguda de la arteria hepática es una complicación frecuente en el post-trasplante inmediato. Sin embargo, la trombosis tardía es más rara y su prevención no está tan estandarizada. Hay que sospecharla cuando aparece colestasis varios años tras el trasplante. La ecografía permite un alto índice de sospecha por lo que su accesibilidad y realización con carácter periódico son fundamentales para diagnosticar precozmente esta complicación de consecuencias potencialmente fatales.

CC-10.- CONTRIBUCION DE LA ECOGRAFIA EN EL ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL. APROPOSITO DE UN CASO.

AUTORES: Á. Bernal Torres; M. Sotomayor Orellana; T. Alía Verdejo y P. Rendón Unceta.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

INTRODUCCIÓN:

La ecografía abdominal es una prueba rápida, inocua y accesible lo que la convierte en una técnica de cribado inicial óptima para evaluar pacientes con importante comorbilidad y cuadros abdominales inespecíficos. Presentamos un caso de dolor abdominal y su orientación diagnóstica tras ecografía.

CASO CLÍNICO:

Varón de 53 años con antecedentes de enfermedad coronaria isquémica y cirrosis hepática descompensada, en protocolo de ligaduras con bandas que ingresa por hemorragia secundaria a escaras postligaduras precisando colocación de prótesis esofágica. Comienza con dolor abdominal generalizado, distensión abdominal y hematoquecia, por lo que se realiza ecografía abdominal urgente, observándose a nivel de vena cava, porta y umbilical, presencia de abundantes burbujas de gas en relación con neumatosis portal (imagen-1). A su vez se identifican asas intestinales dilatadas a nivel de colon derecho con conservación de la estratificación, pero con imágenes hiperecoicas en su pared (imagen-2), en posible relación con isquemia mesentérica que confirma el angio-TC. El paciente evoluciona desfavorablemente y fallece.

DISCUSIÓN:

La identificación de gas en el territorio portal debe hacernos sospechar una isquemia intestinal, como causa más frecuente. Sugiere este diagnóstico la pérdida de estratificación de la pared, pérdida de elasticidad y la neumatosis intestinal.

La ecografía puede contribuir a un diagnóstico precoz de esta entidad y aportar datos pronósticos.

CC-11.- COLECISTITIS HEMORRÁGICA POST ABLACIÓN DE HEPATOCARCINOMA POR RADIOFRECUENCIA: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL

AUTORES: N. Salazar Parada; M. Manzano; N. Del Val Huerta; S. Pastor Royo; C. Olmedo y

A. Martín Algíbez

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

INTRODUCCIÓN: La ablación percutánea por radiofrecuencia (RF) del hepatocarcinoma (HCC) se considera un procedimiento mínimamente invasivo, aunque no está exento de riesgo. El tratamiento debe planificarse eligiendo el acceso más seguro y mantener la lesión diana en el campo de aplicación de la RF, con un margen de tejido sano de al menos 5 mm. Las complicaciones biliares de RF son infrecuentes (1,5%), siendo excepcional la colecistitis aguda, ya que la bilis disipa la energía vesicular.

CASO CLÍNICO: Paciente de 59 años diagnosticado de cirrosis hepática por virus C tratado, Child-Pugh A5 sin HTP y HCC único en segmento 6 de 4 cm. Portador de válvula aórtica metálica, por lo que estaba anticoagulado. Se realizó resección quirúrgica con aparición posterior de un nuevo nódulo de 2 cm en el lecho quirúrgico, que se trató con RF sin incidencias inmediatas ni en las siguientes 24 h por lo que fue dado de alta, reintroduciendo anticoagulación habitual a las 48 h. Un día después acudió a urgencias por dolor abdominal y melenas sin fiebre, con leve anemia y colestasis; la ecografía abdominal mostró un área hiperecogénica de 40 mm correspondiente a la LOE tratada; vesícula de pared engrosada, con litiasis y abundante contenido hiperecogénico heterogéneo que no hacía nivel, sugestivo de coágulos. Con la sospecha de colecistitis postRF con sangrado intravesicular se solicitó TAC abdominal que confirmó estos hallazgos. La evolución fue favorable durante el ingreso, sin complicaciones locales ni nuevos episodios de sangrado digestivo, pasando temporalmente a heparina de bajo peso molecular.

DISCUSIÓN: La colecistitis es una complicación infrecuente de la RF. Para el diagnóstico se requiere alto grado de sospecha siendo la ecografía abdominal una herramienta fundamental. En el caso que presentamos, la extensión de la necrosis postRF y la anticoagulación pudieron tener un papel en el sangrado intravesicular.

CC-12.- SARCOMA EMBRIONARIO HEPÁTICO INDIFERENCIADO: COMPORTAMIENTO EN LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE

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

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

INTRODUCCIÓN:

El sarcoma hepático es un tumor mesenquimal raro y agresivo que aparece más frecuentemente en la edad pediátrica. Suele presentarse de forma asintomática como masa única de gran tamaño y asocia mal pronóstico.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de una mujer de 49 años sin hepatopatía crónica, a la que se le detecta una masa hepática de 18cm en lóbulo hepático derecho en una ecografía realizada tras una pielonefritis. En los análisis destacaba leve aumento de transaminasas. Al modo B la lesión era heterogénea, con áreas quísticas y desplazaba vasos intrahepáticos. Al administrar contraste intravenoso (hexafluoruro de azufre) la lesión presentaba realce centrípeto lento en fase arterial, incompleto a expensas de una zona central, así como lavado lento al final de la fase portal. En una TC posterior el comportamiento dinámico fue superponible al de la ecografía y no se objetivó enfermedad a distancia. Se realizó punción-aspiración de la lesión, con resultado compatible con tumor mesenquimal. Finalmente, se realizó una hepatectomía derecha. El análisis de la pieza quirúrgica reveló que se trataba de un sarcoma hepático embrionario indiferenciado. Posteriormente la paciente recibió quimioterapia adyuvante.

DISCUSIÓN:

El sarcoma hepático es un tumor maligno que suele aparecer sobre hígado sano. Ecográficamente se manifiesta como una masa heterogénea, siendo el componente sólido iso o hiperecogénico respecto al parénquima circundante, intercalando áreas anecogénicas que corresponden principalmente a quistes o áreas hemorrágicas; estos hallazgos contrastan con los de la TC, donde la apariencia suele ser más quística por el alto contenido en agua del estroma mixoide. Dada su baja incidencia, hay pocas descripciones del comportamiento en la ecografía con contraste intravenoso. Algunas características frecuentes son el leve realce en fase arterial que se incrementa en fase portal, el lavado tardío en fase venosa y la presencia de áreas hiporrealzadas en el interior de la lesión.

CC-13.- MASA ILEAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN.

AUTORES: Gonzalo Trigo Gallego, Elena Garrido Gómez, Araceli Ballesteros Pérez, Francisco Mesonero Gismero, Miguel García González, Sergio Escribano Cruz, Julia López Cardona, Alberto García Domínguez y Agustín Albillos Martínez.

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

INTRODUCCIÓN:

La inflamación mural en la enfermedad de Crohn (EC) puede ser segmentaria. En ocasiones, las pruebas de imagen pueden observar un engrosamiento focal e irregular que induce a pensar que se trata de una neoplasia subyacente.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer de 58 años con EC ileal extensa y patrón estenosante. Consultó en Urgencias por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, disminución de deposiciones y febrícula. Analíticamente destacaba un aumento de reactantes de fase aguda y leucocitosis. Se realizó una ecografía de asas intestinales, encontrando un engrosamiento parietal de un segmento extenso de íleon, con un tramo de 9 cm con mayor aumento (23 mm), de forma asimétrica, generando una imagen de masa. Se visualizaron además 3 trayectos fistulosos. Se realizó un TC abdominal para intentar esclarecer la naturaleza de esa masa, pero no logró resolver la incertidumbre. La paciente no mejoró con tratamiento médico y se presentó el caso en comité multidisciplinar, decidiéndose tratamiento quirúrgico. Se realizó resección de 32 cm de íleon terminal y colon cecal-ascendente. El análisis histológico mostró una EC con fisuras transmurales y mesenteritis, reacción granulomatosa a material fecaloideo y microperforaciones, sin datos de malignidad.

DISCUSIÓN:

La diferenciación ecográfica de una masa inflamatoria frente a un tumor puede ser complicada. Se han descrito hallazgos ecográficos que sugieren malignidad: engrosamiento excéntrico > 15mm, longitud < 10cm, borde sobresaliente, pérdida de la estratificación de capas, ausencia de engrosamiento de capa muscular, no visualización de capas internas y adenopatías patológicas. La presencia de más de 3 factores tiene una sensibilidad y especificidad > 90% para malignidad (1).

En nuestra paciente, la presencia de engrosamiento focal y asimétrico ileal obligó a descartar neoplasia subyacente, sin embargo, el diagnóstico final fue de masa inflamatoria en relación con su EC.

CC-14.- IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE EN LA TROMBOSIS PORTAL

AUTORES: Y. L. Sánchez; M. Hernández; M. J. Callejo; A. Sáez; A. Figueroa; I. Pérez y M. A. Ramos.

CENTRO DE TRABAJO: H. Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La ecografía con contraste (CEUS), es una técnica muy útil en el estudio de la patología vascular. A continuación, presentamos 3 casos clínicos donde nuestro Servicio aportó información relevante para el diagnóstico de estos pacientes.

CASO 1:

Varón 74 años, hipertenso, diabético, consumidor de alcohol. Medicina interna estudia hipertrasaminasemia. En TAC lesión focal segmento VIII, 64 mm, heterogéneo, sugestivo de hepatocarcinoma (CHC), trombosis portal izquierda inespecífica. AFP elevada. Solicitan ecografía con contraste, para descartar trombosis tumoral: rama portal izquierda con contenido intraluminal, isoecogénico, tras SonoVue hipercaptación en fase arterial, con lavado. Cirrosis con HTportal de reciente diagnóstico y carcinoma hepatocelular estadio BCLC C.

CASO 2:

Varón 69 años cirrosis alcohol y VHC. Hipertensión portal. Fumador. Ingresa en Digestivo por primera descompensación ascítica, no PBE. Ecografía abdominal: signos hepatopatía, no LOEs, ascitis grado 2; rama portal derecha y tronco principal, ocupados por contenido isoecogénico. CEUS: realce generalizado de la porta, hipercaptante, fase arterial, con lavado, sugiere trombosis tumoral. AFP elevada, TAC y RMN con trombosis no tumoral, no LOEs. Descartado otro tumor primario. Solicitamos biopsia transyugular, ante la alta sospecha: Hepatocarcinoma moderadamente diferenciado subtipo macrotrabecular.

CASO 3:

Varón 69 años, Neoformación colon derecho, T3NoMX. En seguimiento oncológico, TAC: trombosis portal de novo, no LOEs hepáticas, cambios en parénquima hepático inespecíficos, sin recidiva. Derivado a nuestro servicio: estudio hepatopatía negativo, eco abdominal con hipotrofia del LHD, trombosis completa porta derecha, permeabilidad del resto eje espleno-portal. CEUS: ausencia de captación de contraste, trombosis no tumoral. Ecografía al año que confirma la recanalización portal, con hipertrofia compensatoria de LHI.

DISCUSIÓN:

La ecografía abdominal es una técnica fundamental en nuestra práctica diaria, y con la ecografía con contraste hemos aumentado la precisión diagnóstica en muchos casos. Por lo que actualmente es tomada en consideración por otros servicios en nuestro Hospital.

CC-15.- COLECISTITIS AGUDA SECUNDARIA A NEOPLASIA VESICULAR. PAPEL DE LA ECOGRAFÍA

AUTORES: M. Ramírez Verdyguer; C. Álvarez; E. Garrido; D. Álvarez De Castro; F. J. Manzano; S. P. de la Iglesia; C. Martín De Argila; M. Torres; A. Albillos y M. J. García.

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

INTRODUCCIÓN:

La neoplasia de vesícula biliar es una entidad poco frecuente que presenta mal pronóstico, probablemente debido al diagnóstico en fases avanzadas. Cursa, mayoritariamente, de forma asintomática u oligoasintomática. En ocasiones simula los síntomas de un cólico biliar se manifiesta como una colecistitis aguda.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer de 85 años que acudió a urgencias por dolor abdominal y fiebre. En la exploración física destacaba dolor en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Analíticamente existía alteración del perfil hepático con bilirrubina normal y elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó una primera ecografía abdominal urgente que observó una vesícula biliar de tamaño y pared en el límite alto de la normalidad con contenido heterogéneo que ocupaba más del 50% de la luz. Se diagnosticó de colecistitis aguda y por empeoramiento clínico se realizó una colecistostomía percutánea con salida de material purulento.

Posteriormente se realizó una ecografía abdominal con contraste intravenoso(CEUS) visualizándose realce de parte del contenido intravesicular en fase arterial (captación en forma de arbusto ramificado) con lavado en fase venosa, hallazgos que sugieren malignidad.

Además, se completó el estudio administrándose una mínima dosis de contraste intracavitario por el catéter de drenaje de la colecistostomía, dibujándose parcialmente la luz vesicular y la salida del contraste hacia el duodeno, confirmándose la permeabilidad del conducto cístico.

Estos hallazgos sugieren el diagnóstico de neoplasia vesicular como causante de colecistitis aguda. La paciente evolucionó favorablemente con retirada del catéter de drenaje de colecistostomía un mes después.

DISCUSIÓN:

CEUS es un método sencillo y económico, que aporta mucha información para evaluar la patología aguda de la vesícula biliar. La utilización de contraste intracavitario en pacientes portadores de colecistostomía ayuda a completar el estudio y a tomar decisiones sobre la actitud a seguir en estos pacientes.

CC-16.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

AUTORES: L. López Couceiro; D. Martín Rodríguez; T. Valdés Lacasa; N. Domínguez García;

D. Domingo Senra; M. Ortiz Durán; S. Sánchez Prudencio y B. Botella Mateu.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Infanta Cristina. Parla. Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La ecografía intestinal es una técnica útil en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), ya que puede determinar el grado de actividad inflamatoria, su extensión y la existencia de complicaciones. Gracias al desarrollo y mejora de sondas de alta frecuencia y al aumento de sensibilidad del Doppler es posible detectar complicaciones intraabdominales con una elevada precisión diagnóstica.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 39 años, procedente de Nigeria, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad de Crohn ileal (A2B1L1, no p) sin complicaciones asociadas. Recibió tratamiento con mesalazina al diagnóstico, actualmente sin tratamiento dirigido, sin evidencia de actividad inflamatoria (CDAI < 100, calprotectina fecal < 10 mg/dl). Se realiza ecografía intestinal de control con aparición de múltiples adenopatías retroperitoneales de hasta 22 cm, que se confirman con TC, siendo el intestino normal. Se solicita como parte del estudio Quantiferon®, Mantoux y adenosín deaminasa (ADA), que resultan positivos. Finalmente, se realiza laparoscopia exploradora, con toma de biopsias de dichas adenopatías, en las que se detecta por PCR *Mycobacterium tuberculosis complex* multisensible, comenzando tratamiento con cuádruple terapia.

DISCUSIÓN:

La ecografía intestinal es útil en el seguimiento de pacientes con EI por la posibilidad de descartar complicaciones asociadas o no a la enfermedad. A pesar de que la tuberculosis abdominal es una entidad infrecuente (0,5% según las series), la ecografía intestinal en este caso ha supuesto un diagnóstico precoz que ha podido evitar complicaciones posteriores.

**CC-17.- SÍNDROME DE BUDD-CHIARI SECUNDARIO
A COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO**

AUTORES: C. Álvarez; E. Garrido; R. González; M. Torres; M. Ramírez; D. Villaescusa; C. García, A. B. Agarrabeitia, L. Téllez; A. Albillos y M. García

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

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Budd-Chiari secundario representa el 10% de los casos de esta entidad y normalmente se debe a neoplasias malignas que provocan compresión extrínseca o invasión vascular. La etiología más frecuente es el hepatocarcinoma, seguido de neoplasias de localización extrahepática como las glándulas suprarrenales. El colangiocarcinoma es una causa infrecuente de síndrome de Budd-Chiari secundario.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 60 años que presentó cuadro de astenia, ascitis y alteración del perfil hepático de predominio colestásico. Se realizó una ecografía observándose una gran lesión hepática de 126 mm de diámetro máximo, isoecogénica con halo hipoecogénico, localizada en segmentos centrales del hígado. Esta lesión englobaba las venas suprahepáticas, definiéndose sólo una de ellas que se estenosaba para luego recuperar su calibre (Figura 1). A continuación se administraron dos bolos de 1 cc de contraste intravenoso (Hexafluoruro de azufre) sin complicaciones. La lesión realzó en fase arterial visualizándose neovasos en forma de medusa y presentando lavado precoz (Figura 2). Se realizó un cateterismo de venas suprahepáticas en el que se identificó una imagen en tela de araña compatible con síndrome de Budd-Chiari, con gradiente de presión venosa en la vena suprahepática media de 23 mmHg. En el mismo acto se realizó una biopsia hepática transyugular con resultado de carcinoma pobremente diferenciado de estirpe biliopancreática (probable colangiocarcinoma). Se inició tratamiento con cisplatino y gemcitabina, pero la paciente evolucionó tórpidamente desarrollando un fallo hepático agudo y falleció a los 20 días del diagnóstico.

DISCUSIÓN:

La ecografía con contraste intravenoso permite establecer el diagnóstico de presunción de malignidad de las masas hepáticas de forma fiable y rápida, tal y como ocurrió en nuestro caso. Así mismo, la ecografía en Modo B y Doppler presenta gran precisión para valorar los vasos intrahepáticos y diagnosticar un síndrome de Budd-Chiari.

CC-18.- DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO Y MANEJO DE ABSCESO HEPÁTICOTUBERCULOSO AISLADO DE RÁPIDO CRECIMIENTO.

AUTORES: D. Robles de la Osa; E. González de Castro; L.F. Aguilar Argeñal; C. Pérez Urra; Á.

M. Montero Moretón; L. Pérez Citores; M. Curieses Luengo; B. A. Moreira da Silva; J. Santos Fernández; J. Barcenilla Laguna; F. J. Rancel Medina; F. Santos Santamarta; M. Cimavilla Román; S. Maestro Antolín y A. G. Pérez Millán.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Asistencial U. de Palencia.

INTRODUCCIÓN:

El absceso hepático tuberculoso es una complicación de tuberculosis infrecuente (en torno al 0.3%). Se presenta como múltiples abscesos pequeños o, más raramente, absceso único hipoecogénico que simula un hepatocarcinoma. Se presenta un caso de un absceso hepático tuberculoso de diagnóstico ecográfico.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 64 años con antecedentes de tiroiditis autoinmune y síndrome de Sjögren en tratamiento con prednisona. Ingresó por dolor en hemiabdomen derecho y fiebre de 1 semana. La analítica mostró elevación de reactantes de fase aguda (PCR 143.4 mg/L) y colestasis disociada (FA 218 U/L). En el TC se observaron nódulos hipodensos arracimados en el segmento VIII hepático (3 x 1.7 cm) sugestivos de colangitis segmentaria o abscesificación (Figura 1), iniciándose antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam. Se realizó punciónecoguiada con aguja de 22G de la lesión inyectándose 1cc de suero y aspirándose contenido purulento, que se cultivó; así como biopsia, que descartó malignidad. Tanto el procedimiento como la sedación fueron llevados a cabo por un endoscopista. En la ecografía al 9º día se observó una lesión hipoecogénica con dos áreas anecogénicas en su interior sugestiva de absceso hepático en progresión (6.7 x 3 cm). A las 3 semanas creció *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo del absceso. Se trató con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses. Al mes y medio se realizó ecografía observándose flemón residual con disminución del tamaño (diámetro máximo de 3.2 cm) (Figura 2), manteniéndose la paciente asintomática.

DISCUSIÓN:

Se trata de un caso excepcional dado el carácter único del absceso y el hecho de presentarse en una zona no endémica. Un absceso hepático en un inmunodeprimido obliga a considerar la etiología tuberculosa en ausencia de respuesta a la antibioterapia empírica. La ecografía tiene su papel tanto en la guía del drenaje diagnóstico y/o terapéutico como en el seguimiento de los abscesos hepáticos.

CC-19- ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED A NIVEL HEPÁTICO. UNA CAUSA INFRECUENTE DE COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA.

AUTORES: C. García; E. Garrido; A. B. Agarrabeitia; C. Álvarez; D. Villaescusa; L. Téllez, C. Martín de Argila; A. Albillos y M. García.

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

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una complicación común en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico, y puede manifestarse de diversas formas, incluyendo la colangitis esclerosante secundaria.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 68 años con antecedentes de TPH por leucemia mieloide aguda de alto riesgo, que ingresó en el tercer mes post-trasplante presentando alteración del perfil hepático de predominio colestásico y fiebre. Se realizó una ecografía abdominal observándose una clara dilatación de la vía biliar intrahepática en ambos lóbulos y dos lesiones heterogéneas de aspecto sólidoquístico, la mayor de 33mm, que sugerían abscesos (Figura 1). La colangio-resonancia confirmó la dilatación de la vía biliar intrahepática. Se inició cobertura antibiótica de amplio espectro con buena evolución clínica. Posteriormente se realizó una biopsia hepática transyugular que fue compatible con EICH hepático. El tratamiento de primera línea consistió en ácido ursodesoxicólico, tacrólimus y corticoides. Posteriormente se sometió al paciente a infusiones de células mesenquimales y a una tercera línea de tratamiento con ruxolitinib. El paciente evolucionó favorablemente, pero, al intentar disminuir la inmunosupresión, presentó de nuevo empeoramiento analítico, lo que obligó a reanudar el tratamiento a dosis plenas. En la ecografía de control realizada a los 6 meses se encontraron los mismos hallazgos que en la anterior, confirmándose la evolución de la dilatación de la vía biliar intrahepática adquiriendo un aspecto arrosariado.

DISCUSIÓN:

La EICH puede afectar hasta el 50% de los pacientes sometidos a TPH, y una rara manifestación es la colangitis esclerosante secundaria por afectación de los ductos biliares.

Aunque el diagnóstico definitivo es histológico, la ecografía es una herramienta muy útil de primera línea para evaluar el estado de la vía biliar, la presencia de complicaciones asociadas y para seleccionar la vía de abordaje para realizar una biopsia hepática

PÓSTERS

PO-01.- EVOLUCIÓN DE LA BIOPSIA HEPÁTICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA: DESDE PRINCIPIOS DE SIGLO HASTA LA ACTUALIDAD.

AUTORES: L. Andrés, I. Chivato, C. Pachón, J. Hernández, G. Hontoria, J. C. Pérez, J. Gómez, C. Fernández, A. Puebla, P. Ladrón, V. Gozalo, M. Álvarez y E. Badia.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Burgos.

OBJETIVO:

Determinar la seguridad de la biopsia hepática (BH) y analizar si los métodos no invasivos (MNI) han hecho disminuir el número de BH y/o si han modificado sus indicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio unicéntrico, descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron las BH percutáneas y eco-guiadas realizadas entre los años 2000-2022 en el Servicio de Digestivo. Se compara el número de BH realizadas antes y después de 2010, cuando dispusimos de Fibroscan(EchoSens, Paris) como MNI, en nuestro centro.

RESULTADOS:

Se realizaron 1928 BH percutáneas eco-guiadas desde 2000 hasta 2022. El 60,5% varones, edad media 53,3 (0-89). Se realizaron una mediana de 87 (56-121) BH anuales. El estudio de las lesiones focales (29.7%) fue la etiología más frecuente por la que se realizó BH. En el año 2020, a pesar de la pandemia, no disminuyó el número de BH lo que significa que, es una herramienta necesaria para el diagnóstico de algunas enfermedades hepáticas. A lo largo de este tiempo, ha variado el motivo de realización de la BH. Hasta el 2010, la etiología más frecuente era VHC (39%) que se ha reducido, hasta un 1.2%, por la aparición del Fibroscan. Sin embargo, por hipertransaminasemia se ha duplicado en la última década. El incremento ha sido aún mayor con la etiología autoinmune, multiplicándose casi por cuatro veces en los últimos diez años. Hubo un total de 53 complicaciones (2,74%), siendo la más frecuente el dolor abdominal leve. Las complicaciones hemorrágicas fueron menores al 1 %, requiriendo un paciente cirugía y otro embolización. Se describió el fallecimiento de un paciente (0.0005%).

CONCLUSIONES:

La BH puede considerarse una prueba segura que, aunque no está exenta de riesgos, presenta pocas complicaciones y generalmente leves. Los MNI no han hecho disminuir la realización de BH, aunque sí modificar las indicaciones por las que se solicitan las mismas.

PO-02.- CONSULTA DE ACTO UNICO EN LA CIRROSIS HEPÁTICA. EXPERIENCIA INICIAL.AUTORES

AUTORES: Á. Bernal Torres; JF Cárdenas Cárdenas; A.R. Calle Gómez; M.J Rodríguez Pardo;

M.A Macías Rodríguez y P. Rendón Unceta.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO

La cirrosis hepática representa un proceso crónico que motiva repetidas revisiones. Con objeto de reducir las visitas de estos pacientes ponemos en marcha una consulta de acto único (CAU). Analizamos nuestra experiencia inicial.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde mayo de 2020, se incluyeron pacientes con cirrosis hepática compensada con criterios de despistaje de CHC, es decir, sin comorbilidad que limiten opciones terapéuticas y CHILD PUGH menor de C, revisándose con analítica, ecografía cada 6 meses y endoscopia según recomendaciones habituales.

Finalizada la consulta se mantendrá revisión en CAU de cirrosis compensada o se derivará a consulta de hepatología ante el desarrollo de complicación.

Analizamos los abandonos, salidas del programa y desarrollo de complicaciones con derivaciones a las consultas.

RESULTADOS

Fueron incluidos 290 pacientes, 182 varones y 108 mujeres con edad media de 73 años. La causa más frecuente de cirrosis fue el VHC (47%) seguido del alcohol (38,6%). Salieron del programa de CAU 47 pacientes (19.3%), 7 por abandono, 7 por pérdida de la indicación de screening de CHC, 4 por éxitus y 29 por desarrollo de complicaciones (11.9%).

Los eventos hepáticos fueron 36: ascitis (4), encefalopatía (4), insuficiencia hepatocelular (3), síndrome hepatopulmonar (1) y desarrollo de nódulo hepático (24).

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de un programa de consulta de acto único ha tenido una buena aceptación (menos 5% de abandono) reduciendo las visitas al hospital. El evento mas frecuente es el desarrollo de nódulos hepáticos.

PO-03.- LESION PARARRENAL NO FILIADA. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA.

AUTORES: L. Vida (*); F. Martínez (**) y M. J. Ladehesa (*).

CENTRO DE TRABAJO: (*) H. U. Reina Sofía. Córdoba. (**) Centro de Salud de Benamejil "Francisco Nieto Lucena". Córdoba.

INTRODUCCIÓN:

La punción guiada por ecoendoscopia (USE) es una técnica ampliamente extendida por su gran capacidad para la caracterización morfológica e histológica de lesiones digestivas y extradigestivas. La tasa de complicaciones de esta técnica es baja y la mayoría leves.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 48 años intervenida de adenocarcinoma de endometrio Grado 3 y estadio II (pT2NoMx) tres meses antes (Figura 1). En el control evolutivo se evidencia en TC imagen en zona suprarrenal izquierda de 40x36 mm que podría corresponder con adenopatía necrótica (Figura 2). Se completó estudio con PET/TC mostrando centro hipodenso y discreto hipermetabolismo periférico (Figura 3). Se solicitó USE para punción. La lesión era de naturaleza quística y su pared presentaba morfología en patrón de capas y estaba situada en proximidad a la glándula suprarrenal izquierda (Figuras 4 y 5).

Puesto que aún estaba pendiente de estudio de funcionalidad por parte de Endocrinología se decidió esperar a éste para decidir actitud el cual resultó negativo. Finalmente y ante la naturaleza desconocida de la lesión se decidió extirpación de la misma apreciando que se situaba medial a la glándula suprarrenal izquierda sin depender de la misma en localización paraaórtica. Durante la disección peritumoral se produjo crisis hipertensiva con pico sistólico de 200 mm de Hg que se controló con bolo y perfusión de labetalol endovenoso. El estudio histológico de la lesión correspondió a un paraganglioma.

DISCUSIÓN:

La USE es una técnica muy útil desde el punto de vista diagnóstico con baja tasa de complicaciones. En determinadas situaciones como en las lesiones retroperitoneales cercanas a las glándulas suprarrenales y a pesar de estudio de hipersecreción hormonal negativo sólo se debe recurrir a la punción de las mismas si se dispone de una monitorización adecuada del paciente y bajo supervisión de Anestesiología por el riesgo de descarga adrenérgica

PO-04.- IMAGEN ECOGRÁFICA DE PERITONITIS BACTERIANA SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

AUTORES: A. Suárez-Saro; M. Amo; B. de las Heras; M. Manzano; M. Barreales; I. Fernández A. Martín.

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

INTRODUCCIÓN:

La peritonitis bacteriana secundaria (PBS) es una causa de sepsis tras perforación intestinal. Clínicamente se caracteriza por fiebre y dolor abdominal sin embargo, estos síntomas pueden ser menos evidentes en pacientes con cirrosis o hepatopatías descompensadas, retrasando el diagnóstico e implicando un peor pronóstico. Describimos dos casos en los que los hallazgos de la ecografía a pie de cama (POCUS) permitieron realizar un diagnóstico precoz de PBS en ambos pacientes y agilizar el tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO 1:

Varón de 40 años diagnosticado de pancolitis ulcerosa y cirrosis hepática por colangitis esclerosante primaria. Ingresó por cuadro de descompensación edemoascítica y elevación de reactantes de fase aguda (leucocitos 24.9 x1000/µl, proteína C reactiva 8.80 mg/dl) sin dolor abdominal ni fiebre. En la ecografía abdominal realizada a su ingreso se observó ascitis ecogénica, tabicada, con múltiples septos y floculaciones que orientaron el diagnóstico de PBS (*Fig.1*). Se realizó paracentesis obteniéndose líquido turbio con abundante sedimento en suspensión (debris). El análisis fue compatible con PBS (leucocitos 55132 células/µL, leucocitos polimorfonucleares 98 %, glucosa <2 mg/dl). Se realizó TAC abdominal urgente que demostró un hidroneumoperitoneo por microperforación intestinal, sometiéndose a una intervención quirúrgica urgente.

CASO CLÍNICO 2:

Mujer de 50 años con enfermedad de Crohn y hepatopatía avanzada con HTP en relación a cavernomatosis portal y colangiopatía secundaria. Ingresó por cuadro de descompensación edemoascítica sin dolor abdominal ni fiebre.

Analíticamente destacaba elevación de reactantes de fase aguda (leucocitos $13.4 \times 1000/\mu\text{L}$, proteína C reactiva 3.4 mg/dl). Se realizó una ecografía abdominal a pie de cama al ingreso, observándose una ascitis intensamente tabicada con imagen en "panal de abeja" con contenido líquido ecogénico, y móvil (*Fig.2*). Ante la sospecha de PBS, se realizó una paracentesis que confirmó el diagnóstico (leucocitos $22.000 \text{ células}/\mu\text{L}$, leucocitos polimorfonucleares 96% , glucosa 70 mg/dl) lo que motivó la realización de una TAC urgente que confirmó la presencia de perforación intestinal y permitiéndola intervención quirúrgica urgente posterior.

DISCUSIÓN:

Se trata de dos casos de presentación atípica de PBS que supusieron un reto en el diagnóstico por su escasa repercusión clínica. La cirrosis hepática y la diálisis se han relacionado con el desarrollo de PBS silente. Los pacientes con cirrosis y leucocitosis $> 10.000/\text{mm}^3$ presentan mayor riesgo de desarrollar una PBS con una mortalidad $30\text{-}50\%$ siendo esencial el diagnóstico precoz. La presencia en la ecografía abdominal de ascitis tabicada con abundantes septos, así como sedimento en suspensión en el líquido ascítico orientaron al diagnóstico del PBS en ambos casos permitiendo agilizar el manejo de los pacientes. Por tanto, la realización precoz, a pie de cama, de una ecografía con los hallazgos ecográficos descritos puede ser de utilidad en el diagnóstico temprano de PBS especialmente en aquellos pacientes paucisintomáticos.

PO-05.- DRENAJE Y ESCLEROTERAPIA DE QUISTE HEPÁTICO SIMPLE GIGANTE GUIADO POR ECOGRAFÍA

AUTORES: M. Moreta, M. de Benito, M. Pérez Miranda y C. Herrero.

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

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de los quistes hepáticos se encuentran incidentalmente y tienden a tener un curso benigno, aunque una minoría puede causar síntomas –obstrucción de la vía biliar e ictericia, hemorragia o ruptura hacia el peritoneo–¹. La prueba diagnóstica de elección de quistes simples es la ecografía, apreciando lesiones redondas u ovaladas, anecoicas, de paredes lisas y con refuerzo posterior¹. El tratamiento de los quistes sintomáticos consiste en cirugía o aspiración y escleroterapia¹.

CASO CLÍNICO:

Se trata de un varón de 77 años, sin antecedentes de interés, que es atendido por alteración de pruebas de función hepática; GOT 57 U/L , GPT 83 U/L , GGT 694 U/L , FA 131 U/L .

Se realiza ecografía abdominal y se identifica imagen hepática anecoica, sin tabiques de 22 cm . Se amplía estudio con TAC abdominal y se comprueba que la lesión comprime el hilio hepático y dilata la vía biliar intrahepática.

Se procede a drenaje percutáneo con catéter 10F , con salida de líquido amarillo claro (4100cc) y se realiza quistografía transcatéter durante 30 min sin observar fugas ni relleno de vía biliar, descartando biloma.

Posteriormente, se inyectan 120 cc de alcohol a través del catéter durante 45 minutos con cambios posturales, se evacua y se lava con suero.

Se realiza ecografía de control a las 24 horas y al mes.

Se programa una nueva sesión de escleroterapia, pero en ecografía previa al procedimiento se comprueba que el quiste ha disminuido de tamaño y la analítica se ha normalizado, por lo que se procede a alta domiciliaria.

Discusión:

La ecografía es la prueba de imagen de elección para diagnosticar quistes hepáticos simples. Los asintomáticos no requieren seguimiento, pero aquellos que se asocian con complicaciones deben tratarse. El tratamiento de elección para lesiones accesibles y que no comunican con la vía biliar es la escleroterapia.

PO-06.- DIAGNÓSTICO DE DIVERTÍCULO VESICULAR MEDIANTE CEUS, UNA ENTIDAD RARA.

AUTORES: M. Ramírez Verdyguer; A. B. Agarrabeitia; E. Garrido; S. P. de la Iglesia; F. J. Manzano; D. Álvarez de Castro; C. Martín de Argila; A. Albillos y M. J. García.

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

INTRODUCCIÓN:

Los divertículos de vesícula biliar son una entidad congénita rara, diagnosticados principalmente mediante histología sobre pieza quirúrgica. Se pueden clasificar en pseudodivertículos y divertículos verdaderos, siendo estos primeros más frecuentes. La incidencia estimada de los segundos es de 0.06%, encontrándose en el 0.0008% de las colecistectomías. La característica principal que define los divertículos verdaderos es la herniación de todas las capas de la vesícula biliar.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 78 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, que, por pérdida ponderal de 10kg en 7 meses, entre otras pruebas, se solicita una ecografía abdominal. El paciente niega dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos u otra sintomatología asociada. El examen físico es anodino y las pruebas de laboratorio, incluido el perfil hepático, normales.

Se realiza una ecografía abdominal donde se evidencia, adyacente a la vesícula biliar, en su vertiente hepática, una lesión de bordes bien definidos, que contacta con la vesícula sin identificarse, en un primer momento, una clara comunicación entre ambas luces. Así mismo,

se objetiva, en el interior de dicha lesión, una imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior compatible con litiasis.

Se administra contraste intravenoso SonoVue para delimitar, de forma precisa, las paredes de ambas estructuras. Así, se evidencia que la lesión corresponde a una herniación de todas las capas de la pared vesicular, con una clara comunicación entre ambas luces. En el seno de dicha herniación, se encuentra una imagen compatible con litiasis. Ante dichos hallazgos, se asume el diagnóstico de divertículo verdadero.

DISCUSIÓN:

El divertículo verdadero de vesícula biliar es una entidad rara, diagnosticado en su mayoría sobre pieza quirúrgica. Existen pocos casos en la literatura diagnosticados mediante técnicas de imagen (colangiopancreatografía por resonancia magnética o ultrasonografía abdominal), no existiendo casos descritos diagnosticados mediante ecografía con contraste intravenoso (CEUS).

PO-07.- PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DE LA PERMEABILIDAD DELEJE ESPLENOPORTAL

AUTORES: A. B. Agarrabeitia, M. Ramírez, E. Garrido, D. Burgos, L. Téllez, C. García, C. Álvarez, D. Villescusa, A. Albillos y M. García.

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

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad vascular portosinusoidal, previamente conocida como hipertensión portal idiopática, es una entidad difícil de diagnosticar que puede asociar trombosis portal. La ecografía abdominal tiene un papel relevante en el seguimiento de esta enfermedad para valorar complicaciones de la misma.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer de 51 años con enfermedad vascular portosinusoidal asociada a trombosis portal crónica y cavernomatosis portal, siendo el proceso subyacente una mielofibrosis primaria. El diagnóstico tuvo lugar en 2016, ante una alteración persistente del perfil hepático se realizó RM abdominal donde se detectó una trombosis de la vena porta con cavernomatosis asociada. En 2020 la paciente presentó un cuadro de descompensación edematoascítica y peritonitis bacteriana espontánea. Se realizó angioTAC identificando una progresión de la trombosis portal desde el hilio hasta la vena porta intrahepática. En 2023 se decidió en Comité Multidisciplinar realizar recanalización portal por vía endovascular.

Antes del procedimiento, se realizó ecografía abdominal, visualizando un trombo oclusivo en la vena porta intra y extrahepática, una inversión del flujo en la vena esplénica, un shunt esplenorenal y esplenomegalia. Se realizó sonoelastografía hepática con resultados normales.

Se realizó angioplastia con dilatación con balón, consiguiendo revascularización del eje esplenoportal, y posterior colocación de stent.

Cuatro días después, se realizó ecografía de control identificándose un stent permeable que sobrepasaba el trombo residual y un flujo en la vena esplénica hepatopeto, confirmándose el éxito terapéutico.

DISCUSIÓN:

La ecografía abdominal es una herramienta diagnóstica de primera línea para valorar la permeabilidad del eje esplenoportal. En nuestro caso se realizó control ecográfico antes y después de la revascularización de la vena porta, en la que se comprueba la restitución del flujo portal y el éxito del procedimiento.

PO-08.- AYUDA DE CEUS EN EL DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES DE PATOLOGÍABILIAR.

AUTORES: M. Hernández; Y. L. Sánchez; M. J. Callejo; A. Sáez; A. Figueroa; M. I. Pérez y M.

A. Ramos.

CENTRO DE TRABAJO: H. Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

INTRODUCCIÓN:

La ecografía tiene un papel central en la caracterización de lesiones hepáticas, con un 85% de sensibilidad para el diagnóstico de abscesos, pudiendo utilizar la CEUS (contrast-enhanced ultrasound) para mejorar el rendimiento.

Presentamos el caso de un paciente con múltiples lesiones hepáticas, en el cual la CEUS fue fundamental para llegar al diagnóstico.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 77 años hipertensa y dislipémica ingresada por pancreatitis aguda biliar. En TAC abdominal de control a las 72 horas se observan múltiples imágenes hepáticas hipovasculares con áreas de degeneración quística, la mayor de 7cm en segmento VI, con realce periférico.

Para caracterizar mejor los hallazgos se realiza ecografía, evidenciando una lesión hepática de al menos 7cm en lóbulo hepático derecho; y CEUS, con realce de la lesión en anillo y los septos en fase arterial y posterior isocaptación del anillo. En fase portal y tardía, disminución de la captación, todo ello compatible con un absceso hepático.

Por todo ello se realiza drenaje percutáneo del mismo, con TAC abdominal de control con disminución significativa del absceso.

DISCUSIÓN:

Los abscesos en ecografía en modo B muestran una apariencia variada según su grado de licuefacción, pudiendo simular una lesión sólida. Dada la limitación de esta técnica para diferenciar absceso de lesiones malignas, podemos ayudarnos del CEUS para una mejor aproximación diagnóstica.

En ecografía, suelen aparecer como lesiones heterogéneas de pared fina e irregular, hipoeoicas con áreas en su centro anecoicas, pudiendo contener áreas ecogénicas por los septos y detritus.

El CEUS es una técnica más precisa para delimitar lesiones focales hepáticas y su relación con estructuras adyacentes. En el caso del absceso, en fase arterial y portal, realce en anillo de la cavidad del absceso, con hiperrealce alrededor del absceso. En fase tardía, hipocaptación progresiva de la cavidad, persistiendo hipocaptación central.

PO-09.- RECAÍDA DE HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR EN MUJER EMBARAZADA

AUTORES: D. Álvarez de Castro; M. J. García González; E. Garrido Gómez; S. Pérez de la Iglesia; F. J. Manzano Gómez; M. Ramírez Verdyguer y A. Albillos Martínez.

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

INTRODUCCIÓN:

El hepatocarcinoma fibrolamelar (HCF) es una neoplasia primaria del hígado infrecuente que afecta a personas jóvenes sin hepatopatía previa, de etiología desconocida.

Constituye una entidad independiente del carcinoma hepatocelular, con características radiológicas, anatomopatológicas y genómicas singulares, presentando en más del 95% de los casos la presencia del oncogen DNAJB1-PRKACA. La única opción curativa es la cirugía radical. Sin embargo, tiene un pronóstico pobre, con una supervivencia libre de recurrencia a los 5 años inferior al 20% y sin disponer de un tratamiento estándar establecido para estadios avanzados o recidivas.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 26 años intervenida de HCF mediante hepatectomía derecha en el año 2020, sin otros antecedentes personales.

Durante el seguimiento en el segundo año, tras presentar dolor abdominal se realiza TAC abdominal (figura 1) donde se objetiva recaída de la enfermedad y una imagen de ocupación a nivel uterino, confirmándose posteriormente un embarazo en la semana 11 (figura 2). Se propone realizar una interrupción del embarazo con la intención de comenzar el tratamiento sistémico, que la paciente declina. Se sigue mensualmente mediante ecografía abdominal y en el tercer mes se observa progresión (figura 3). Finalmente, la paciente se traslada a otro centro para seguimiento ginecológico, realizándose quimioembolización en la semana 28 de embarazo y parto en la semana 37.

DISCUSIÓN:

La ecografía abdominal juega un papel fundamental en este atípico caso, permitiendo realizar un seguimiento estrecho y un diagnóstico temprano de la progresión tumoral, y posibilitando plantear un abordaje terapéutico precoz. Es una técnica sencilla, rápida e inocua tanto para el feto como para la madre, en comparación con el TAC que resulta potencialmente teratogénico y con la resonancia magnética que tiene una menor disponibilidad en la mayoría de centros. No existe ningún caso similar descrito en la bibliografía, desconociendo la estrategia diagnóstico-terapéutica más adecuada.

PO-10.- NEOPLASIA HEPÁTICA DE CÉLULAS EPITELIOIDES PERIVASCULARES.

AUTORES: Hurtado de Mendoza Guena, L; Mata Casado, S; Spigarelli de Rábago, I. M. y Polo Lorduy, BA.

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

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de células epitelioides perivasculares o PEComas son un grupo heterogéneo de neoplasias mesenquimales generalmente benignas, que pueden originarse en diferentes localizaciones del organismo y que engloban los angiomiolipomas, tumores benignos y miomelanocíticos de células claras, linfangioleiomiomatosis y "linfangioleiomiomatosis-like". Los PEComas hepáticos, suelen diagnosticarse en mujeres de mediana edad, asintomáticas o con síntomas inespecíficos.

Ecográficamente, se presentan como lesiones hiperecogénicas con realce de contraste en fase arterial y comportamiento variable en fase venosa. Su caracterización radiológica resulta difícil, confundiendo frecuentemente con hemangiomas o carcinomas hepatocelulares.

Inmunohistoquímicamente se definen por la coexpresión de marcadores melanocíticos y musculares como HMB-45, proteína gp100, HMSA-1, Melan-A/Mart1, MiTF, actina y desmina. Un pequeño porcentaje de PEComas desarrolla capacidad de infiltración y metástasis.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 43 años referida para estudio de hiperbilirrubinemia.

Se realizó una ecografía que mostró una lesión hepática hipoecogénica de 32mm, bien definida, situada en el lóbulo hepático izquierdo. Se amplió el estudio con una RMN hepática y un TC de abdomen, que mostraron una masa hipervascular indeterminada, con captación de contraste en fase arterial.

Se realizó una BAG en la que se objetivó un tumor de células epitelioides perivasculares sin

signos de malignidad, decidiéndose en comité multidisciplinar realizar tratamiento quirúrgico mediante hepatectomía parcial. El análisis inmunohistoquímico de la pieza mostró positividad para HMB-45, Melan-A y actina.

La paciente fue dada de alta sin incidencias y se mantuvo asintomática durante el seguimiento.

DISCUSIÓN:

Debido a su rareza y a la inespecificidad de las características radiológicas, este tipo de tumores suponen a menudo un reto diagnóstico en el que la ecografía suele tener un papel primordial en la detección de la lesión.

Los criterios histológicos de malignidad no están bien definidos, por lo que su manejo continúa siendo controvertido, recurriéndose con frecuencia al tratamiento quirúrgico.

PO-11.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL CON CONTRASTE PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES HEPÁTICAS

AUTORES: P.E. Alañón; C. Valdivia y L. Vida.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN:

La ecografía abdominal es la técnica de elección inicial para el diagnóstico de sospecha de las lesiones hepáticas. El uso de los contrastes ecográficos es una herramienta útil y rápida para su mejor caracterización.

CASO CLÍNICO:

Varón de 61 años diagnosticado de adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado que requirió drenaje biliar endoscópico tras episodio de colangitis aguda, en tratamiento neoadyuvante. Acudió a Urgencias por ictericia y coluria. En analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda y bilirrubina total de 5. En ecografía abdominal se identificaron numerosas lesiones hepáticas de nueva aparición.

Se realizó TC de abdomen y RM hepática con hallazgos sugestivos de abscesos hepáticos. Se realizó recambio de prótesis biliar y se inició antibioterapia con evolución favorable, por lo que fue dado de alta. Sin embargo, la clínica reapareció a la semana. Entonces, se decidió realizar ecografía con contraste (Sonovue) que, por el patrón de captación de las lesiones, con mínimo realce periférico en fase arterial e hipocaptantes en fase portal y tardía, orientó a que se trataban de metástasis hepáticas (Figura 1). En nueva RM se confirmó progresión de la enfermedad a nivel hepático (Figura 2).

DISCUSIÓN:

Las metástasis son las lesiones hepáticas malignas más frecuentes. Pueden presentar distintos patrones ecográficos; en ocasiones, muy similares a los de algunas lesiones benignas. La ecografía convencional presenta una especificidad de aproximadamente el 70% para su detección. En estos casos, el contraste ecográfico aporta una elevada sensibilidad y especificidad para su diagnóstico, equivalente al de otras pruebas de imagen dinámicas. La mayoría de las metástasis son hipovasculares, muestran captación de contraste en anillo periférico en fase arterial y lavado del mismo en fases portal y tardía.

PO-12 APLICACIÓN DE LUZ DE WOOD EN LA BIOPSIA HEPÁTICA ECODIRIGIDA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PORFIRIA CUTÁNEA TARDA.

AUTORES: C. Pachón (*), I. Chivato(*), L. Andrés (*), J.Hernández (*), J.L Martín (*), J.C.Pérez (*)

CENTRO DE TRABAJO: H. U. de Burgos.

INTRODUCCIÓN:

Las porfirias comprenden un grupo de enfermedades metabólicas en las cuáles la síntesis del grupo hemo se encuentra alterada. La porfiria cutánea tarda (PCT) es la más prevalente y consiste en un déficit hepático de uroporfirinógeno descarboxilasa que favorece el depósito de porfirinas en parénquima hepático, sistema nervioso y piel entre otros órganos.

CASO CLÍNICO:

Varón de 63 años, consumo activo > 50g de etanol/día, con antecedentes de colitis ulcerosa e hiperferritinemia no hemocromatósica en régimen de flebotomías mensuales. Acude a consulta por elevación leve de enzimas de citólisis y patrón colestásico. Paucisintomático; únicamente lesiones erosivas en dorso de ambas manos y región preauricular izquierda. En ecografía abdominal destaca una esteatosis hepática grado I. Se opta por realizar biopsia hepática ecodirigida con aguja automática de 16 G, obteniendo un cilindro no fragmentado 20 x 2 mm, con birrefringencia rojo intensa con luz ultravioleta sugestivo de enfermedad por depósito de porfirinas. Posteriormente, se confirma elevación de uroporfirinas, hexa y heptacarboxilporfirinas con coproporfirinas normales compatible con PCT. La anatomía patológica objetivó una siderosis hepatocelular periportal leve y una esteatosis mixta sin apreciar pigmento ni cristales de porfirina. Como prevención secundaria se insistió en abstinencia de bebidas alcohólicas, protección solar y mantener régimen de flebotomías mensuales para evitar crisis de porfiria aguda.

DISCUSIÓN:

La luz de Wood es una radiación ultravioleta entre 320 y 400 nanómetros, que al ser aplicada sobre parénquima hepático con depósito de porfirinas emite una fluorescencia roja. Se considera una herramienta diagnóstica útil en aquellos pacientes con alteración de perfil hepático en los que se sospeche PCT. La visualización de pigmento porfirínico intrahepatocitario en el estudio anatomopatológico es inusual, de ahí su escasa rentabilidad. Por tanto, dado este escenario, el uso de luz de Wood parece una prueba complementaria coste-eficaz y accesible en la aproximación diagnóstica de estos pacientes.

PO-13.- UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DEL LINFOMA CON AFECTACIÓN ESPLÉNICA.

AUTORES: R. Martínez^(*); L. Castillo^(**); B. Martínez^(*); FJ. Pardilla^(*); M. Caldas^(*); L. González^(*); C.Santander^(*).

CENTROS DE TRABAJO: ^(*) H. U. de La Princesa ^(**) Universidad Autónoma de Madrid.

INTRODUCCIÓN:

El linfoma es la enfermedad neoplásica maligna que más frecuentemente afecta al bazo, pudiendo cursar como una infiltración difusa microscópica con o sin esplenomegalia, o como lesiones sólidas esplénicas mayoritariamente hipoecogénicas.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 73 años con antecedentes personales de gastritis atrófica y síndrome de Raynaud, que comenzó con dispepsia y astenia progresiva durante meses, añadiéndose, los últimos días, dolor torácico pleurítico y disnea de moderados esfuerzos. En la analítica se evidenció anemia normocítica normocrómica y elevación de lactato deshidrogenasa (519 U/L). Se solicitó una gastroscopia con mismo hallazgo previo de gastritis atrófica, y una ecografía abdominal donde se visualizó un bazo de tamaño normal con múltiples lesiones focales irregulares heterogéneas e hipoecogénicas de bordes mal definidos sugerentes de malignidad. Se evidenció además derrame pleural izquierdo moderado y el resto de órganos abdominales no presentaron alteraciones por ecografía. Ante la sospecha de linfoma se completó el estudio con una tomografía axial computarizada (TAC) toraco-abdominal objetivándose, además, un engrosamiento peritoneal sugerente de afectación maligna. La paciente fue sometida a biopsia esplénica y peritoneal, evidenciándose una proliferación neoplásica linfoide compuesta por células de gran tamaño con escaso citoplasma, núcleos grandes, con intensa expresión inmunohistoquímica para CD20, y con un índice de proliferación tumoral (Ki-67) del

90%. Todo ello compatible con el diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes estadio IVB. La paciente posteriormente comenzó tratamiento con R-CHOP, estando la enfermedad pendiente de evaluación en el momento actual.

DISCUSIÓN:

La ecografía es una técnica útil en la valoración no invasiva de pacientes con linfoma con afectación esplénica, considerando parámetros como su sensibilidad en manos expertas, bajocoste y la ausencia de riesgos, si bien se requiere un elevado índice de sospecha previa de linfoma para el diagnóstico.

PO-14.- HALO HIPOECOICO PERIportal, HALLAZGO POCO FRECUENTE.

AUTORES: A. Bernal; T. Alía; E. Guerrero; MR. Calderón y P. Rendón.

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

INTRODUCCIÓN:

El signo del halo o manguito periportal hace referencia a una zona de baja atenuación observada alrededor de las venas porta intrahepáticas en el TC con contraste o hipoecogenicidad en la ecografía hepática, que se puede describir alrededor de las venas porta centrales o ramas periféricas.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de una mujer de 66 años sin hepatopatía conocida que ingresa por hemorragia digestiva por hipertensión portal.

En la ecografía se describe un parénquima hepático de superficie ligeramente irregular con distorsión de su arquitectura por manguitos hipoecoicos alrededor de los vasos portales (imagen), eje esplenoportal de calibre normal permeable, vaso de derivación a través de vena gástrica izquierda y esplenomegalia.

En la analítica destacar (sacados de la última analítica antes del alta) Br 0.7, ALT 75, AST 120, GGT 217, FA 602, IgM 700. Determinación virus hepatotropos negativo, ANA negativo, AMA positivo.

Se establece el diagnóstico de colangitis biliar primaria en fase de cirrosis con hipertensión portal.

DISCUSIÓN:

El halo hipoecoico periportal es un hallazgo poco frecuente, inespecífico, descrito asociado a diferentes entidades. Principalmente se ha relacionado con dificultad al drenaje linfático (adenopatías hiliares, traumatismo, trasplante hepático) o infiltrado celular periportal (histiocitosis, leucemia). También se ha descrito, en RM, asociado a colangitis biliar primaria (CBP), como en nuestro caso.

Sin embargo, en la bibliografía revisada, no hemos encontrado ningún caso que describa el halo hipoecoico periportal asociado a CBP visualizado mediante ecografía.

PO-15.- MESENTERITIS METASTÁSICA COMO DEBUT DE TUMOR PULMONAR PRIMARIO.

AUTORES: Elisa Cruz Márquez, Estefanía Guerrero Palma y María Rosario Calderón Ramírez

CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 64 años con esclerodermia sistémica, afectación pulmonar intersticial y alteración motora esofágica secundaria. Ingresó por síndrome emético con intolerancia oral de semanas de evolución. Inicialmente, se abordó el caso como posible síndrome emético secundario a trastorno motor esofágico conocido. Sin embargo, tras realización de endoscopia oral, colonoscopia y pruebas de imagen abdominales, se modificó el enfoque diagnóstico, pues se visualiza en éstas una mesenteritis con criterios de malignidad (retráctil y con presencia de adenopatías) que condiciona hidronefrosis derecha y obstrucción intestinal.

Se realiza ecografía percutánea con toma de biopsias de la lesión fibrosante así como ecoendoscopia donde se identifica una adenopatía subcarinal que es biopsiada con histología compatible con adenocarcinoma pulmonar. La biopsia de la lesión mesentérica confirma la infiltración por células de la misma estirpe, constatando un estadio avanzado. El TC de tórax confirma la existencia de lesión pulmonar tumoral primaria. La paciente empeora clínicamente del cuadro obstructivo secundario a la infiltración mesentérica por lo que se interviene con bypass intestinal. Tras un postoperatorio inmediato sin incidencias, comienza con deterioro clínico franco refractario a las medidas aplicadas por lo que finalmente fallece.

DISCUSIÓN:

Presentamos una mesenteritis metastásica de una neoplasia primaria de origen pulmonar que ocasionó una obstrucción intestinal alta. En este caso, el factor clave del enfoque diagnóstico fueron los criterios de malignidad de dicha mesenteritis en las pruebas de imagen realizadas. Si bien, ecográficamente no tenía significación llamativa, se visualizaba por TAC y finalmente precisó de PAAF dirigida por ecografía para su diagnóstico.

En el diagnóstico diferencial de las patologías que pueden afectar al mesenterio se incluyen patologías de etiología benigna como maligna. Para discernir entre ellas, son de utilidad diferentes pruebas de imagen, como en el caso previamente mencionado. Se presenta el referido caso para realizar una revisión del tema.

PO-16.- MUCOCELE APENDICULAR: TUMOR INFRECUENTE A TOMAR EN CUENTA

AUTORES: N. Salazar Parada; M. Amo Peláez; N. Del Val Huerta; S. Pastor Royo; M.

Manzano y A. Martín Algíbez

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

INTRODUCCION:

El mucoccele apendicular representa una entidad infrecuente (0.2-0.4% de las apendicectomías y 8% de los tumores apendiculares). Se trata de una dilatación quística de la luz apendicular que produce acumulación retrógrada de material mucinoso, presenta un espectro clínico muy inespecífico variando desde asintomáticos hasta dolor abdominal grave con peritonitis. Se han descrito asociaciones con otras neoplasias como el cáncer colorrectal, ovario, mama e hígado. Histológicamente el tipo más frecuente el cistoadenoma mucinoso (50%).

CASO CLÍNICO:

Mujer de 60 años con antecedentes de adenocarcinoma de mama izquierda tratada con mastectomía + hormonoterapia adyuvante, así como una esteatohepatitis sin fibrosis avanzada. En una ecografía abdominal de control, permaneciendo la paciente asintomática, se observa de forma incidental, una lesión anecogénica de 7.4 cm de diámetro, redondeada, en hipogastrio próximo a la pared muscular (Imagen 1-3), con contenido ecogénico organizado con "imagen en capas de cebolla" y calcificaciones (Imagen 4). Por las características de la lesión y la ausencia de definir su órgano dependencia, nos planteamos descartar tumoración quística compleja en la pared intestinal, por lo que se amplió estudio con RMN confirmándose mucoccele apendicular (Imagen 5-6). Se remite a la paciente a cirugía, confirmando la histología de la lesión siendo el diagnóstico final de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (LAMN).

DISCUSIÓN:

El mucocoele apendicular en una patología infrecuente y su diagnóstico es complejo dada la inespecificidad de los síntomas. El diagnóstico tardío puede conllevar al desarrollo de complicaciones como la ruptura accidental con siembra mucinosa peritoneal, empeorando el pronóstico. Su tratamiento es quirúrgico por su potencial malignidad. El signo ecográfico en "capas de cebolla" de una lesión quística abdominal, es un signo ecográfico específico y puede orientar el diagnóstico precoz por lo que la ecografía representa un herramienta fundamental y no invasiva en el despistaje de esta entidad.

PO-17.- ADENOMIOMATOSIS EN FIBROSIS QUÍSTICA: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL CON CONTRASTE COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LESIONES INDETERMINADAS

AUTORES: N. del Val; M. L. Manzano; C. Garfia; S. Pastor; N. D. Salazar; C. Olmedo y A. Martín.

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

INTRODUCCIÓN:

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética cuyo defecto se expresa, entre otras, en las células epiteliales biliares, dando lugar a las manifestaciones hepatobiliares de la FQ. Estos pacientes tienen mayor incidencia de microvesícula, colelitiasis y cáncer de vesícula. La prueba de imagen de elección en estos pacientes para el estudio de la vesícula biliar es la ecografía abdominal. Ante hallazgos no caracterizados por otras pruebas de imagen, el uso del contraste intravenoso puede contribuir al diagnóstico de forma eficaz. Presentamos un caso de lesión nodular en el fundus vesicular en una paciente con FQ detectado por TAC en el que la ecografía abdominal con contraste (CEUS) fue diagnóstica.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 54 años con FQ con afectación digestiva y respiratoria y trasplante bipulmonar en 2014. En TAC rutinario se identifica un nódulo sólido de 13 mm en el fundus vesicular. La ecografía abdominal objetiva un engrosamiento mural focal trabeculado con pared bien delimitada a nivel del fundus, de 14 x 8 mm, isoecogénico con respecto a la pared vesicular. No se visualiza colelitiasis ni barro biliar. Se administra contraste intravenoso (Sonovue® 2.4 ml), observándose isocaptación del área a estudio con respecto al resto de la pared en fases arterial y venosa, a excepción de pequeños focos no captantes, de aspecto quístico. Estos hallazgos son compatibles con adenomiomatosis del fundus vesicular.

DISCUSIÓN:

La adenomiomatosis es un hallazgo benigno y frecuente (presente en un 8.7% de las piezas de colecistectomía) que da lugar a un engrosamiento de la pared vesicular con pequeños focos anecoicos intramurales visibles en la ecografía abdominal. En nuestra paciente las secreciones espesas acumuladas en el área de la adenomiomatosis generaron diagnóstico de sospecha de malignidad en TAC. El uso de CEUS posibilitó el diagnóstico de esta entidad benigna de manera inmediata.

ORGANIZA:



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA

SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONGRESO



**Melkart
CONGRESOS**

**C/ Uruguay, 2 – 11009 CÁDIZ
Telf.- 956 263 633**

E-mail: melkartcongresos@gmail.com

SECRETARÍA TÉCNICA DE LA AEED

GESSUM
SOCIOSANITARIA S.L.

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

E-mail: secretariaaeed@gmail.com

Tfno – 667911023

www.ecodigest.net



PATROCINA:



GE HealthCare



ROVI
Pharma Industrial Services

**Boston
Scientific**

Advancing science for life™



MSD

Canon

CANON MEDICAL SYSTEMS S.A.

FUJIFILM
Value from Innovation

Medtronic
Engineering the extraordinary

 **GILEAD**

COOK[®]
MEDICAL

abbvie

izasa
medical
a werfen company



BURGOS 2023