

85° CONGRESO

de la Sociedad Española
de Patología Digestiva (**SEPD**)

Tu Congreso, tu Sociedad



SEVILLA 11-13 junio 2026

Comunicaciones
Orales Breves

#SEPD2026

www.congresoSEPD.com



SEPD SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA
DIGESTIVA

FEAD FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DEL APARATO
DIGESTIVO



COMUNICACIONES ORALES BREVES - ENDOSCOPIA

OB046 - PROYECTO PILOTO PARA EVALUAR LA IDONEIDAD DE LAS SOLICITUDES DE COLONOSCOPIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DE SALUD DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Presenta: Ignacio López Bueno

López Bueno, I; Lucena Valera, A; Pizarro Moreno, Á; Cuadros Martínez, M; de la Santa Belda, E; Bozada García, JM; Romero Gómez, M

Digestivo. Hospital Univ. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción:

Se realiza una revisión exhaustiva de 441 peticiones de colonoscopia procedentes de los centros de salud adscritos al del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con el objetivo de identificar aquellas peticiones que cumplen criterios estrictos y rechazar aquellas que no se ajusten a los protocolos establecidos, con el fin de optimizar la eficiencia de la de endoscopias y asegurar una atención oportuna en tiempo y calidad.

Material y métodos:

Se revisan 441 solicitudes de colonoscopia de atención primaria. Cada petición es valorada individualmente por personal facultativo especializado, cotejando la información clínica remitida desde Atención Primaria con los protocolos y guías de práctica clínica vigentes para la indicación de colonoscopias diagnósticas, de cribado y seguimiento. En cada caso, se clasifica cada petición como "Aceptada" o "Rechazada" (documentando los motivos de rechazo).

Posteriormente se realizó un seguimiento de los hallazgos endoscópicos en los pacientes en los que finalmente se efectuó la colonoscopia, independientemente de su aceptación inicial, clasificándose en presencia de cáncer colorrectal (CCR), adenomas de alto y bajo riesgo, otros hallazgos relevantes y ausencia de hallazgos.

Resultados:

Del total de solicitudes, fueron aceptadas 280 (63,5%) y 161 (36,5%) rechazadas. Los principales motivos de rechazo fueron ausencia de criterios clínicos objetivos (24,8%), síntomas sin confirmación mediante SOH (19,9%) y antecedentes familiares fuera de protocolo (18%) (tabla 1).

De las 161 exploraciones rechazadas, se remitieron para su realización 137, pues 24 solicitudes correspondían a 4 pacientes fallecidos (ninguno por causa digestiva), 19 exploraciones ya realizadas y 1 solicitud de gastroscopia. En el análisis posterior de las 103 colonoscopias llevadas a cabo hasta el momento, se encontraron 8 pacientes con situación de adenomas de alto riesgo (5,8%), sin identificar ningún caso de CCR (tabla 2).

En la revisión detallada de los casos de adenomas de alto riesgo, 2 correspondían a pacientes con síntomas sin realización de SOH, que hubiera sido positiva de testarse, y 2 correspondían a peticiones no cumplimentadas correctamente, que podrían haberse aceptado de haberse realizado adecuadamente. Un caso especial clasificado como "Otros" cumplía criterios de aceptación, pero fue rechazada al recogerse en la historia clínica la negativa del paciente a someterse a una colonoscopia (tabla 3).

Nombre	Previsualizar																														
Tabla 1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Motivo de rechazo</th> <th>Nº peticiones</th> <th>% sobre rechazos analizados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ausencia de criterios clínicos</td> <td>40</td> <td>24,8%</td> </tr> <tr> <td>Por síntomas sin SOH</td> <td>32</td> <td>19,9%</td> </tr> <tr> <td>AF de CCR fuera de intervalo</td> <td>29</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Solicitud no correctamente cumplimentada</td> <td>22</td> <td>13,7%</td> </tr> <tr> <td>Peticiones repetidas</td> <td>19</td> <td>11,8%</td> </tr> <tr> <td>Vigilancia post-polipectomía fuera de intervalo</td> <td>15</td> <td>9,3%</td> </tr> <tr> <td>Cribado de CCR en > 80 años</td> <td>3</td> <td>1,9%</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>1</td> <td>0,6%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>161</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Motivo de rechazo	Nº peticiones	% sobre rechazos analizados	Ausencia de criterios clínicos	40	24,8%	Por síntomas sin SOH	32	19,9%	AF de CCR fuera de intervalo	29	18%	Solicitud no correctamente cumplimentada	22	13,7%	Peticiones repetidas	19	11,8%	Vigilancia post-polipectomía fuera de intervalo	15	9,3%	Cribado de CCR en > 80 años	3	1,9%	Otros	1	0,6%		161	100%
Motivo de rechazo	Nº peticiones	% sobre rechazos analizados																													
Ausencia de criterios clínicos	40	24,8%																													
Por síntomas sin SOH	32	19,9%																													
AF de CCR fuera de intervalo	29	18%																													
Solicitud no correctamente cumplimentada	22	13,7%																													
Peticiones repetidas	19	11,8%																													
Vigilancia post-polipectomía fuera de intervalo	15	9,3%																													
Cribado de CCR en > 80 años	3	1,9%																													
Otros	1	0,6%																													
	161	100%																													



Tabla 2

Hallazgos endoscópicos	Frecuencia	Porcentaje
No realizada aun	34	24,8%
CCR	0	0%
Adenomas de alto riesgo	8	5,8%
Adenomas de bajo riesgo	26	19%
Otros	30	21,9%
Sin hallazgos patológicos	39	28,5%
	137	100%

Tabla 3

	Motivo de rechazo							
	Solicitud no correctamente cumplimentada	Ausencia de criterios clínicos	Cribado de CCR en > 80 años	AF de CCR fuera de intervalo	Vigilancia post-polipectomía fuera de intervalo	Por síntomas sin SOH	Otros	
No realizadas aun	8	11	2	5	4	4	0	34
CCR	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenomas de alto riesgo	2	2	0	0	1	2	1	8
Adenomas de bajo riesgo	2	7	0	5	5	7	0	26
Otros	5	6	0	8	1	10	0	30
Sin hallazgos	4	10	1	11	4	9	0	39
	21	36	3	29	15	32	1	137

Conclusiones:

La revisión de las solicitudes permitió identificar que más de un tercio de las colonoscopias derivadas desde Atención Primaria no cumplían criterios clínicos de indicación, lo que subraya la necesidad de reforzar la adherencia a los protocolos de derivación.

Se diagnosticaron adenomas de alto riesgo en el 5,8% de las colonoscopias "rechazadas", similar a la tasa de detección de adenomas avanzados en población asintomática > 50 años. No se ha diagnosticado ningún CCR en este grupo.

La optimización en la solicitud de colonoscopias es fundamental para reducir la carga sobre la de endoscopias, disminuir los tiempos de espera para las indicaciones prioritarias y optimizar el uso de recursos sanitarios, evitando procedimientos que no aporten beneficio clínico y conlleven riesgos innecesarios.



OB047 - FALTA DE ADECUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE VIGILANCIA POSTPOLIPECTOMÍA: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Presenta: Luisa Adán Merino

Adán Merino, L; Mora Soler, AM; Cordero Martín, M; Prieto Doblado, M; Escobar Ortiz, J; Pérez Pérez, J; Ponferrada Díaz, Á

Digestivo. Hospital Univ. Infanta Leonor. Madrid.

Introducción:

El seguimiento endoscópico tras la resección de pólipos colorrectales es un pilar fundamental en la prevención del cáncer colorrectal. Sin embargo, cuando no se respetan las recomendaciones de las guías clínicas, este beneficio preventivo puede verse reducido, generando exploraciones innecesarias o, por el contrario, retrasos potencialmente relevantes.

Objetivos:

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el grado de cumplimiento, en nuestro centro, de la Guía Europea de vigilancia postpolipectomía. Como objetivos secundarios, se analizaron los hallazgos encontrados en las colonoscopias no indicadas, los factores asociados a una indicación inadecuada y el nivel de conocimiento de los intervalos de seguimiento por parte de los médicos solicitantes.

Material y métodos: Se revisaron todas las colonoscopias realizadas en la de endoscopia entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2024. Se incluyeron únicamente aquellas indicadas para vigilancia tras polipectomía, excluyendo pacientes con síndromes hereditarios, poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal. Para valorar el conocimiento de los profesionales, se diseñó una encuesta con cuatro escenarios clínicos dirigida a los médicos peticionarios

Resultados: De las 3096 colonoscopias realizadas, 481 correspondían a vigilancia postpolipectomía. En 270 casos (56,1%) la indicación fue incorrecta y la mayoría (28,3%) no precisaban seguimiento endoscópico. La presencia de lesiones relevantes fue mayor en las colonoscopias retrasadas frente a las que no precisaban, siendo la presencia de adenoma avanzado el tipo de lesión relevante más frecuente (tabla 1). La mayoría de las colonoscopias incorrectas corresponden a pacientes con < 4 adenomas en la colonoscopia previa (40,4%, $p < 0,001$) y las solicitadas desde atención primaria (57%, $p < 0,001$) (tabla 2). Los pacientes con una colonoscopia previa mal preparada ($n=40$, 8.3%) tuvieron mayor tasa de colonoscopias de vigilancia correcta (67.5% vs 41.7%, $p=0.002$). En la encuesta de conocimiento, de las 28 respuestas recibidas, la tasa de aciertos fue superior al 70% en casi todos los supuestos excepto en el seguimiento de los adenomas avanzados (50%).

Nombre	Pie	Previsualizar							
		Casos totales	Lesiones relevantes	p	Adenomas Avanzados (AA)	> 5 ANA	Pólipos serrados avanzados	P	
Tabla 1	Hallazgos relevantes según adecuación de la indicación	<i>Indicación</i>							
		<i>Correcta</i>	211 (43.9)	24 (11.4)	0.534	16 (7.6)	7(3.3)	1 (0.5)	0,906
		<i>Incorrecta</i>	270 (56.1)	26 (9.6)		16 (5.9)	9(3.3)	1 (0.4)	
		<i>Razón de inadecuación</i>							
		<i>Retrasada</i>	79 (29,3)	13 (16.5)		9 (11.4)	4(5.1)	0 (0.0)	0.101
		<i>Anticipada</i>	55 (20,4)	6 (10.9)	0,024	3 (5.5)	3(5.5)	0 (0.0)	
	<i>No precisa seguimiento</i>	136 (50,4)	7 (5.1)		4 (2.9)	2(1.5)	1 (0.7)		



Tabla 2	Factores asociados a indicaciones incorrectas	Hallazgos colonoscopia previa		p
		Indicación incorrecta	Indicación correcta	
	< 4 adenomas no avanzados	109 (40,4%)	36 (17,1)	
	≥1 adenoma avanzado	45 (16,7%)	82(38,9%)	
	≥1 Pólipo serrado avanzado	4 (1,5%)	6 (2,8%)	<0,001
	≥5 adenomas no avanzados	15 (5,6%)	47 (22,3%)	
	PH o serrados no avanzados	51 (18,9%)	14 (6,6%)	
	Normal	46 (17)	26 (12,3%)	
	Servicio Peticionario			
	Atención Primaria	154 (57%)	41 (19,4%)	
	Digestivo	111 (41,1%)	167 (79,1%)	< 0,001
	Otros	5 (1,9%)	3 (1,5%)	

Conclusiones:

La tasa de adherencia a las guías de vigilancia postpolipectomía es baja en nuestro medio predominando las colonoscopias innecesarias. Sólo las colonoscopias retrasadas presentaron un porcentaje de lesiones relevantes superior.

La indicación por menos de cuatro adenomas no avanzados y la solicitud desde atención primaria fueron factores asociados a una indicación incorrecta, mientras que una preparación previa inadecuada advierte de la necesidad de priorizar la vigilancia endoscópica.

Pese a un conocimiento global aceptable de los intervalos de seguimiento, existen áreas claras de mejora, especialmente en determinados perfiles clínicos y ámbitos asistenciales



OB048 - Z-POEM COMO TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Presenta: Paula Boyero Moreno

Boyero Moreno, P¹; Rubio Enrile, C²; Muñoz García-Borrueal, M¹; Vázquez Pedreño, LA²; Rodríguez-Téllez, M¹; Rosón Rodríguez, PJ³

¹Digestivo. Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla. ²Digestivo. Complejo Hospitalario Regional de Málaga. Málaga. ³Digestivo. Xanit Hospital Internacional. Benalmádena, Málaga.

Introducción:

El tratamiento del divertículo de Zenker (DZ) ha evolucionado en los últimos años. El DZ es frecuentemente asintomático y su tratamiento está indicado cuando produce clínica, siendo la disfagia y las regurgitaciones los síntomas más frecuentes. El tratamiento endoscópico es de elección y la miotomía endoscópica peroral (Z-POEM) ha demostrado buenos resultados técnicos y clínicos.

Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del Z-POEM como tratamiento endoscópico del DZ.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo multicéntrico llevado a cabo en tres hospitales con experiencia en endoscopia avanzada. Incluye los pacientes tratados con Z-POEM entre junio 2022 y enero 2026, con una mediana de seguimiento de 1.5 años (IQR 0.4-2.5). Se analizaron variables clínicas, demográficas, técnicas y de seguridad.

Resultados:

Se incluyeron 30 pacientes con DZ tratados mediante Z-POEM, con edad media de 72.4 ± 10 años, siendo 36.7% mujeres y 63.3 % hombres. El tamaño medio del DZ fue 3.6 ± 1.7 cm. Solo dos pacientes habían sido tratados previamente (mediante ligasure y SB-Knife). Respecto a la técnica se utilizó bisturí Hybrid-knife® tipo T (ERBE) en el 76.7% de los casos (23 pacientes), el tipo I en 6 pacientes y solo un caso Triangle-knife (Olympus). El cierre de la mucosotomía fue con hemoclips de 11 mm, con una media de 5.5 ± 1.3 clips por procedimiento. Como complicaciones inmediatas existieron dos casos de sangrado durante el túnel submucoso esfágico resueltos endoscópicamente. Como complicaciones tardías hubo un caso de disfonía y otro de hemorragia digestiva secundaria a úlcera Forrest IIb en cara diverticular de mucosotomía que requirió tratamiento endoscópico. El éxito técnico fue del 100%. El éxito clínico valorado como desaparición de la sintomatología fue de 92.6% a los 3 meses, 95.2% a los 6 meses y 78.6% a los 12 meses. Los casos de fracaso clínico ocurrieron exclusivamente en el subgrupo de DZ 4-6 cm, no por miotomía incompleta, si no por persistencia de tabique fibrótico mucoso. No se registró ningún fracaso en aquellos DZ de 2-3 cm. Cuatro pacientes requirieron reintervención endoscópica (1 nuevo Z-POEM y otros 3 con SB Knife), respondiendo clínicamente dos de los tratados con SB-Knife y el otro tratado con el segundo Z-POEM.

Nombre	Pie	Previsualizar																																														
Tabla 1	Características basales, técnicas, complicaciones y tasas de éxito técnico y clínico en pacientes tratados mediante Z-POEM.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Z-POEM (n=30)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad (media ± DE)</td> <td>72.4 ± 10 años</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Hombre</td> <td>19 (63.3%)</td> </tr> <tr> <td>• Mujer</td> <td>11 (36.7%)</td> </tr> <tr> <td>Tamaño divertículo (media ± DE)</td> <td>3,6 ± 1,7 cm</td> </tr> <tr> <td>• ≤ 2 cm</td> <td>9 (30%)</td> </tr> <tr> <td>• 2-4 cm</td> <td>10 (33.33%)</td> </tr> <tr> <td>• ≥ 4cm</td> <td>12 (40%)</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento previo</td> <td>2 (6%)</td> </tr> <tr> <td>Bisturí utilizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Hybrid-knife tipo T</td> <td>23 (76.33%)</td> </tr> <tr> <td>• Hybrid-knife tipo I</td> <td>6 (20%)</td> </tr> <tr> <td>• Triangle-knife</td> <td>1 (3.33%)</td> </tr> <tr> <td>Hemoclips para mucosotomía (media ± DE)</td> <td>5.5 ± 1.3 clips</td> </tr> <tr> <td>Complicaciones</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Intraprocedimiento</td> <td>2 (6%)</td> </tr> <tr> <td>• Postprocedimiento</td> <td>2 (6%)</td> </tr> <tr> <td>Éxito técnico</td> <td>30 (100%)</td> </tr> <tr> <td>Éxito clínico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• 3 meses (n=27)</td> <td>25 (92.59%)</td> </tr> <tr> <td>• 6 meses (n=21)</td> <td>20 (95.24%)</td> </tr> <tr> <td>• 12 meses (n=14)</td> <td>11 (78.57%)</td> </tr> </tbody> </table>		Z-POEM (n=30)	Edad (media ± DE)	72.4 ± 10 años	Sexo		• Hombre	19 (63.3%)	• Mujer	11 (36.7%)	Tamaño divertículo (media ± DE)	3,6 ± 1,7 cm	• ≤ 2 cm	9 (30%)	• 2-4 cm	10 (33.33%)	• ≥ 4cm	12 (40%)	Tratamiento previo	2 (6%)	Bisturí utilizado		• Hybrid-knife tipo T	23 (76.33%)	• Hybrid-knife tipo I	6 (20%)	• Triangle-knife	1 (3.33%)	Hemoclips para mucosotomía (media ± DE)	5.5 ± 1.3 clips	Complicaciones		• Intraprocedimiento	2 (6%)	• Postprocedimiento	2 (6%)	Éxito técnico	30 (100%)	Éxito clínico		• 3 meses (n=27)	25 (92.59%)	• 6 meses (n=21)	20 (95.24%)	• 12 meses (n=14)	11 (78.57%)
	Z-POEM (n=30)																																															
Edad (media ± DE)	72.4 ± 10 años																																															
Sexo																																																
• Hombre	19 (63.3%)																																															
• Mujer	11 (36.7%)																																															
Tamaño divertículo (media ± DE)	3,6 ± 1,7 cm																																															
• ≤ 2 cm	9 (30%)																																															
• 2-4 cm	10 (33.33%)																																															
• ≥ 4cm	12 (40%)																																															
Tratamiento previo	2 (6%)																																															
Bisturí utilizado																																																
• Hybrid-knife tipo T	23 (76.33%)																																															
• Hybrid-knife tipo I	6 (20%)																																															
• Triangle-knife	1 (3.33%)																																															
Hemoclips para mucosotomía (media ± DE)	5.5 ± 1.3 clips																																															
Complicaciones																																																
• Intraprocedimiento	2 (6%)																																															
• Postprocedimiento	2 (6%)																																															
Éxito técnico	30 (100%)																																															
Éxito clínico																																																
• 3 meses (n=27)	25 (92.59%)																																															
• 6 meses (n=21)	20 (95.24%)																																															
• 12 meses (n=14)	11 (78.57%)																																															

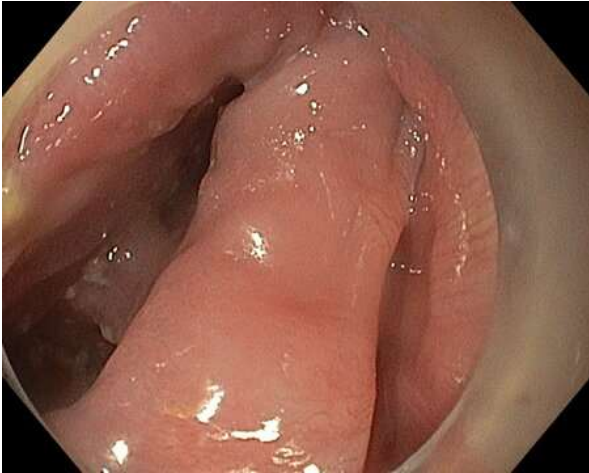

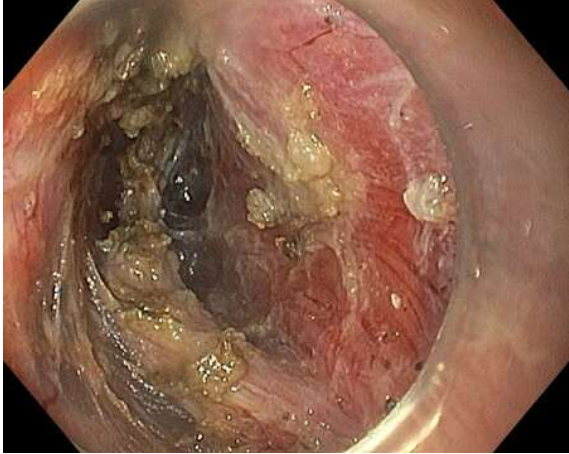

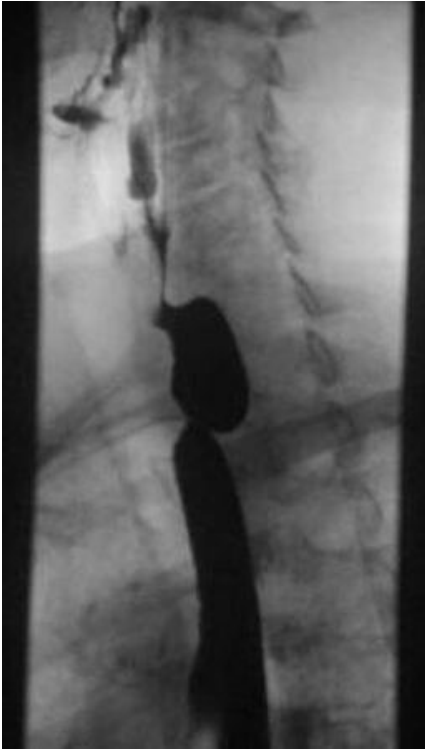
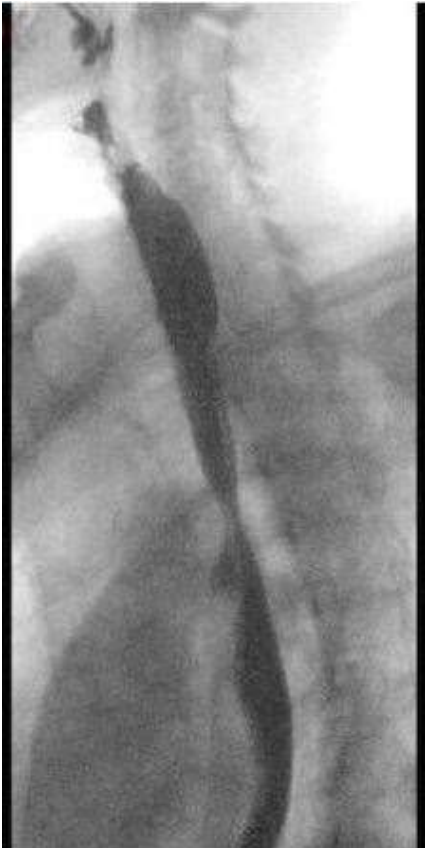
Figura 1	Imagen endoscópica del septo diverticular.	
Figura 2	Imagen endoscópica intraprocedimiento que muestra la miotomía durante el Z-POEM.	
Figura 3	Imagen endoscópica intraprocedimiento que muestra la miotomía completa del músculo cricofaríngeo.	
Figura 4	Imagen endoscópica del cierre de la mucosotomía con hemoclips.	

Figura 5	Esofagograma con bario vista lateral previo a la realización de Z-POEM.	
Figura 6	Esofagograma con bario vista lateral de revisión tras a la realización de Z-POEM.	

Conclusiones:

El Z-POEM emerge como una técnica endoscópica segura y eficaz para el tratamiento del DZ sintomático. La mejoría sintomática fue notable durante los primeros seis meses, experimentando un descenso progresivo al año, lo que sugiere la necesidad de un seguimiento a largo plazo. En caso de reintervención, se recomienda el tratamiento endoscópico, por los buenos resultados del mismo. Los casos de fracaso clínico en el subgrupo de DZ de mayor tamaño apoyan la realización de una mucosotomía parcial del remanente mucoso tras la miotomía. Estos hallazgos aportan evidencia adicional sobre el papel del Z-POEM dentro del abordaje endoscópico del DZ, no obstante, son necesarios estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo.



OB049 - EFECTIVIDAD DEL SISTEMA OVER-THE-SCOPE CLIP COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN ÚLCERAS PÉPTICAS DE ALTO RIESGO, RESULTADOS DE UN CENTRO TERCIARIO.

Presenta: Sofía Aranda Rojas

Meruéndano Padrón, C; Aranda Rojas, S; Ramírez Verdyguer, M; Rodríguez de Santiago, E; Parejo Carbonell, S; Peñas García, B; Villaescusa Arenas, D; Foruny Olcina, JR; Vázquez Sequeiros, E; Albillos Martínez, A

Digestivo. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción:

El clip OTSC® (over-the-scope-clip) se ha propuesto como una opción de tratamiento eficaz como primera línea de úlceras pépticas de alto riesgo, las cuales presentan un riesgo estimado de resangrado del 30% con la terapia estándar.

El objetivo fue evaluar el éxito técnico y clínico del sistema OTSC® como tratamiento inicial de úlceras pépticas de alto riesgo (definidas como aquellas con marcada fibrosis, diámetro > 2 cm, vaso visible > 2 mm y/o localización en curvatura menor gástrica o cara posterior de bulbo duodenal) durante la primera endoscopia.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de una cohorte prospectiva, unicéntrico, donde se incluyeron todos los pacientes en los cuales se empleó el clip OTSC® como tratamiento de úlcera péptica en la primera endoscopia entre enero 2018-noviembre 2025 en un hospital terciario. Se definió éxito técnico como la aplicación correcta del clip OTSC® sobre la lesión diana y éxito clínico como la hemostasia intraprocedimiento y ausencia de resangrado en los primeros 30 días.

Resultados:

Se incluyeron un total de 18 pacientes por úlcera de alto riesgo, con una edad media de $69,7 \pm 18,4$ años, siendo mayoritariamente varones (55,6%), un 11,1% de los pacientes recibían antiagregantes y un 16,7% terapia anticoagulante. Un 66,7% fueron úlceras duodenales, de las cuales el 83,% estaban localizadas en bulbo duodenal. El diámetro medio de las úlceras fue de $18,5 \pm 7,6$ mm. El éxito técnico fue del 77,8%, mientras que el éxito clínico por intención de tratar fue del 61,1% y el éxito clínico por protocolo del 78,6%. No se registraron complicaciones asociadas a la colocación del sistema OTSC®.

Conclusiones:

El dispositivo OTSC® se presenta como una opción efectiva y segura en úlceras pépticas de alto riesgo, logrando hemostasia y prevención del resangrado a corto plazo en el primer abordaje endoscópico.



OB050 - NUEVAS TÉCNICAS DE IMAGEN AVANZADA ASOCIADA A LA ECOENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TUMORES SÓLIDOS DE PÁNCREAS

Presenta: Yessica Domínguez Novoa

Domínguez Novoa, Y¹; Iglesias García, J¹; Lariño Noia, J¹; Lazare Iglesias, H²; Abdulkader Nallib, I²; Domínguez Muñoz, JE¹

¹Digestivo. ²Anatomía Patológica. Hospital Clínico Univ. de Santiago / IDIS. Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción:

La elastografía y el uso de contrastes asociados a la ecoendoscopia se han mostrado ser técnicas eficaces en el diagnóstico diferencial de los tumores sólidos de páncreas. Recientemente, nuevas técnicas de imagen, como la detección de imágenes de flujo (DFI), permiten una evaluación detallada de la microvascularización tumoral. Este estudio tiene como objetivo evaluar la precisión diagnóstica de las técnicas de imagen avanzada asociadas a la ecoendoscopia, tanto individualmente como en combinación, en el diagnóstico diferencial de los tumores sólidos de páncreas.

Material y métodos:

Se incluyeron pacientes prospectivamente que se sometieron a ecoendoscopia con técnicas de imagen avanzada (elastografía, contraste y DFI) para el estudio de tumores sólidos de páncreas entre 2023 y 2025. La ecoendoscopia se realizó utilizando ecoendoscopios lineales FujiFilm, asociados a un sistema de ecografía Arietta. La evaluación elastográfica se evaluó mediante la relación de deformación (SR) y el histograma (SH). La vascularización tumoral se caracterizó por ecoendoscopia con contraste (Sonovue) y DFI como iso-, hipo- o hipervascular. El diagnóstico final se basó en el estudio citohistológico y/o seguimiento clínico/radiológico de al menos 6 meses.

Resultados:

Se incluyeron 217 pacientes (edad mediana 68.2±11.0 años; 115 hombres). El tamaño medio de los tumores fue de 25.2±15.9 mm. Se confirmó malignidad en 131 casos (60.4%) (116 adenocarcinomas; 7 TNEs-G2-3; 8 otra etiología), mientras que 86 presentaron una lesión benigna (39.6%) (66 TNEs-G1; 13 lesiones inflamatorias, 2 lipomas y 5 bazos accesorio). La elastografía alcanzó una sensibilidad, especificidad y eficacia global del 97.7%, 91.9%, y 94.5% (curva ROC=0.936), respectivamente. Estos valores fueron del 92.4%, 96.5% y 94.0% (curva ROC=0.944) para el contraste, y del 93.9%, 95.4% y 94.5% (curva ROC=0.946) para DFI. La correlación entre la ecoendoscopia con contraste y el DFI fue del 0.946. La combinación de la elastografía con el contraste±DFI mejoró el rendimiento diagnóstico (curva ROC=0.956).

Conclusiones:

La imagen avanzada asociada a la ecoendoscopia, sobre todo con la combinación de elastografía y DFI, muestra una excelente eficacia diagnóstica para diferenciar entre tumores malignos y benignos de páncreas, lo que representa un gran avance en la caracterización de tumores pancreáticos.



OB051 - DESARROLLO DE ORGANOIDES DE CÁNCER DE PÁNCREAS A PARTIR DE MUESTRAS DE BIOPSIA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

Presenta: Yessica Domínguez Novoa

Domínguez Novia, Y¹; Rodríguez Pérez, M²; Muínelo Román, L²; Pazos Randulfe, Y¹; Iglesias García, J¹; Barbazán, J²; Domínguez Muñoz, JE¹

¹Digestivo. Hospital Clínico Univ. de Santiago / IDIS. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Grupo Oncología Médica. Grupo de Oncología Médica Traslacional (Oncomet), Instituto de Investigación en Salud (IDIS). Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción:

El adenocarcinoma ductal pancreático (PDAC) presenta un pronóstico desfavorable, con una supervivencia a cinco años cercana al 10%, debido a su diagnóstico en fases avanzadas, con opciones terapéuticas limitadas. Los mecanismos de resistencia a los tratamientos resultan clave para nuevas estrategias terapéuticas. En los últimos años, los organoides derivados de pacientes (patient-derived organoids, PDOs) permiten reproducir la arquitectura tridimensional del tumor y conservar su heterogeneidad genética y molecular. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con PDAC no son candidatos a cirugía, lo que dificulta la obtención de tejido tumoral adecuado. La biopsia guiada por ecoendoscopia representa una alternativa mínimamente invasiva para obtener muestras de pacientes no quirúrgicos, aunque la eficacia para generar PDOs aún no está bien establecida. El objetivo de este estudio fue evaluar la viabilidad de generar PDOs a partir de muestras de biopsia obtenidas mediante ecoendoscopia.

Material y métodos:

Estudio prospectivo y descriptivo que incluyó pacientes remitidos a la de Endoscopia del Hospital de Santiago de Compostela para biopsia guiada por ecoendoscopia por sospecha de PDAC. Los procedimientos se realizaron con ecoendoscopios lineales Fujifilm acoplados a un sistema de ecografía Arietta. El tipo de aguja según criterio del ecoendoscopista. Las muestras fueron procesadas y disociadas en fragmentos pequeños para el establecimiento de cultivos celulares en un medio de crecimiento suplementado con factores clave para la autorrenovación y mantenimiento de los PDOs pancreáticos (gastrina y proteínas WNT-3). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y se empleó regresión logística multivariante para identificar factores asociados al éxito en la obtención de PDOs, considerando la localización tumoral, el estadio, el tamaño de la lesión, el calibre de la aguja y el número de pases.

Resultados:

Se incluyeron 28 pacientes con diagnóstico de PDAC, con una edad media de $73,3 \pm 10,1$ años, de los cuales 14 eran varones. El tamaño medio tumoral fue de $41,8 \pm 15,1$ mm. Se localizaron 13 lesiones en la cabeza, 9 en el cuerpo, 5 en la cola y 1 en el proceso uncinado. Un PDAC (3,6%) se consideró resecable, 5 (17,9%) borderline, 6 (21,4%) localmente avanzados y 16 (57,1%) PDAC metastásicos en el momento del diagnóstico. Para la biopsia guiada por ecoendoscopia se usaron agujas de calibre 19G y 25G en 1 caso respectivamente (3,6%), y en los casos restantes se empleó una aguja de 22G (26 casos, 92,9%). En la fase inicial del estudio, la tasa de obtención de PDOs fue baja 8,3% (1/12). Tras la optimización del protocolo, el éxito aumentó hasta el 56,3% (9/16). El análisis multivariante no identificó asociación significativa entre las variables analizadas y la obtención exitosa de PDOs.

Conclusiones:

Este estudio demuestra la viabilidad de generar PDOs a partir de biopsias guiadas por ecoendoscopia en pacientes con PDAC. Los protocolos desarrollados aportan una herramienta funcional valiosa para la investigación traslacional y el desarrollo de modelos personalizados de cáncer de páncreas.



OB052 - ECOENDOSCOPIA COMO HERRAMIENTA DE MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN HIPERTENSIÓN PORTAL: VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AGUDA AL PROPRANOLOL INTRAVENOSO MEDIDA POR GPP.

Presenta: Camila Teomiro Custodio

Teomiro Custodio, C¹; Silva Albarellos, E²; Romero Castro, R¹; Grande Santamaría, L¹; García Pérez, J³; Carmona Soria, I¹; Rodríguez-Téllez, M¹; Caunedo Álvarez, Á¹

¹Digestivo. Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla. ²Digestivo. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Llerena, Badajoz. ³Anestesiología y Reanimación. Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción:

La cirrosis hepática progresa desde estadios compensados a descompensados, siendo la hipertensión portal (HTP) el principal mecanismo fisiopatológico. La HTP clínicamente significativa (CSPH) es un predictor clave de complicaciones. El gradiente de presión venosa portal (GPVH) es el mejor predictor de descompensación. Los betabloqueantes no selectivos (BBNS) reducen el GPVH y previenen hemorragia varicosa cuando logran una reducción >10%.

Los objetivos fueron:

- Evaluar la seguridad y eficacia de la medición del gradiente portal por ecoendoscopia (GPP-USE) en pacientes con cirrosis candidatos a profilaxis primaria con BBNS.
- Valorar la respuesta hemodinámica aguda al propranolol IV mediante GPP-USE.
- Identificar pacientes que se beneficiarían de BBNS mediante una estrategia guiada con GPP-USE.

Material y métodos:

Estudio prospectivo, observacional, unicéntrico. Incluye pacientes con cirrosis y criterio de profilaxis primaria con BBNS (Baveno VII). Se realizaron analítica, estudio etiológico, ecografía Doppler, elastografía (Fibroscan) y ecoendoscopia con toma de gradientes de presión portal.

Resultados:

Se incluyeron 7 pacientes, cuyas características aparecen resumidas en la tabla 1. Edad media 50% eran hombres, edad media 61 ± 5,41 años. La principal etiológica fue enólica, seguida metabólica y VHC, con fibroscan medio de 43 ± 26,93. El 50% tenía función descompensada según la clasificación Child-Pugh. El MELD medio fue 9,57 ± 2,15. Las plaquetas medias fueron 146.714 ± 22.141. El 28,57% (n=2) tenía el gradiente normal mientras que el otro 71,43% (n=5), presentaban gradiente compatible con HTP clínicamente significativa (10.5 mmHg), por los que a estos se les aplicó el protocolo estándar de propranolol IV (bolo de 0.15 mg/kg administrado en 10 minutos y medición a los 5 minutos posteriores) con reducción significativa > 10% en n=4. No hubo complicaciones.

Nombre	Previsualizar																																																																																																																
Tabla 1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SEXO</th> <th>ETIOLOGÍA</th> <th>FIBROSCAN</th> <th>PLAQUETAS</th> <th>AST</th> <th>ALT</th> <th>BIURRUBINA</th> <th>INR</th> <th>ALBÚMINA</th> <th>CHILD-PUGH</th> <th>MELD</th> <th>MELD-Na</th> <th>GRADIENTE PRE</th> <th>GRADIENTE POST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hombre</td> <td>Enólica</td> <td>75 kPa</td> <td>164000</td> <td>53</td> <td>31</td> <td>1.85 mg/dl</td> <td>1.3</td> <td>3 g/dl</td> <td>B8</td> <td>12</td> <td>20</td> <td>3 mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>Enólica</td> <td>19 kPa</td> <td>108000</td> <td>64</td> <td>72</td> <td>0.64 mg/dl</td> <td>1.07</td> <td>4.2 g/dl</td> <td>A5</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>3.75 mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>Metabólica</td> <td>29 kPa</td> <td>170000</td> <td>39</td> <td>48</td> <td>0.37 mg/dl</td> <td>1.07</td> <td>4.5 g/dl</td> <td>A5</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>10.5 mmHg</td> <td>4.75 mmHg</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>Enólica</td> <td></td> <td>147000</td> <td>267</td> <td>56</td> <td>3.44 mg/dl</td> <td>1.38</td> <td>2.9 g/dl</td> <td>B9</td> <td>11</td> <td>11</td> <td>10.5 mmHg</td> <td>2 mmHg</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>Metabólica</td> <td></td> <td>126000</td> <td>50</td> <td>23</td> <td>2.33 mg/dl</td> <td>1.17</td> <td>3.8 g/dl</td> <td>A5</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>12 mmHg</td> <td>9 mmHg</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>Enólica</td> <td>69 kPa</td> <td>158000</td> <td>47</td> <td>35</td> <td>1.67 mg/dl</td> <td>1.25</td> <td>3.9 g/dl</td> <td>B7</td> <td>11</td> <td>19</td> <td>10 mmHg</td> <td>13 mmHg</td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>VHC (RVS) +/- VHB</td> <td>23 kPa</td> <td>156000</td> <td>27</td> <td>13</td> <td>0.53 mg/dl</td> <td>1.03</td> <td>7 g/dl</td> <td>A5</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>16 mmHg</td> <td>11 mmHg</td> </tr> </tbody> </table>	SEXO	ETIOLOGÍA	FIBROSCAN	PLAQUETAS	AST	ALT	BIURRUBINA	INR	ALBÚMINA	CHILD-PUGH	MELD	MELD-Na	GRADIENTE PRE	GRADIENTE POST	Hombre	Enólica	75 kPa	164000	53	31	1.85 mg/dl	1.3	3 g/dl	B8	12	20	3 mmHg		Mujer	Enólica	19 kPa	108000	64	72	0.64 mg/dl	1.07	4.2 g/dl	A5	8	8	3.75 mmHg		Mujer	Metabólica	29 kPa	170000	39	48	0.37 mg/dl	1.07	4.5 g/dl	A5	7	7	10.5 mmHg	4.75 mmHg	Hombre	Enólica		147000	267	56	3.44 mg/dl	1.38	2.9 g/dl	B9	11	11	10.5 mmHg	2 mmHg	Hombre	Metabólica		126000	50	23	2.33 mg/dl	1.17	3.8 g/dl	A5	11	12	12 mmHg	9 mmHg	Hombre	Enólica	69 kPa	158000	47	35	1.67 mg/dl	1.25	3.9 g/dl	B7	11	19	10 mmHg	13 mmHg	Mujer	VHC (RVS) +/- VHB	23 kPa	156000	27	13	0.53 mg/dl	1.03	7 g/dl	A5	7	8	16 mmHg	11 mmHg
SEXO	ETIOLOGÍA	FIBROSCAN	PLAQUETAS	AST	ALT	BIURRUBINA	INR	ALBÚMINA	CHILD-PUGH	MELD	MELD-Na	GRADIENTE PRE	GRADIENTE POST																																																																																																				
Hombre	Enólica	75 kPa	164000	53	31	1.85 mg/dl	1.3	3 g/dl	B8	12	20	3 mmHg																																																																																																					
Mujer	Enólica	19 kPa	108000	64	72	0.64 mg/dl	1.07	4.2 g/dl	A5	8	8	3.75 mmHg																																																																																																					
Mujer	Metabólica	29 kPa	170000	39	48	0.37 mg/dl	1.07	4.5 g/dl	A5	7	7	10.5 mmHg	4.75 mmHg																																																																																																				
Hombre	Enólica		147000	267	56	3.44 mg/dl	1.38	2.9 g/dl	B9	11	11	10.5 mmHg	2 mmHg																																																																																																				
Hombre	Metabólica		126000	50	23	2.33 mg/dl	1.17	3.8 g/dl	A5	11	12	12 mmHg	9 mmHg																																																																																																				
Hombre	Enólica	69 kPa	158000	47	35	1.67 mg/dl	1.25	3.9 g/dl	B7	11	19	10 mmHg	13 mmHg																																																																																																				
Mujer	VHC (RVS) +/- VHB	23 kPa	156000	27	13	0.53 mg/dl	1.03	7 g/dl	A5	7	8	16 mmHg	11 mmHg																																																																																																				

Conclusiones:

La medición endoscópica del gradiente de presión portal (GPP) permite identificar de manera directa a los pacientes con mayor probabilidad de responder al tratamiento con betabloqueantes no selectivos (BBNS), facilitando la toma de decisiones terapéuticas individualizadas.

En nuestra cohorte de pacientes esta estrategia ha demostrado ser segura y factible en la práctica clínica, y podría contribuir a optimizar el manejo integral de la hipertensión portal clínicamente significativa (CSPH), mejorando la estratificación del riesgo y la eficiencia asistencial.



OB053 - GASTROENTEROANASTOMOSIS CON PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICAS FLUOROSCÓPICAS Y NO FLUOROSCÓPICAS

Presenta: Ana Milagros Hernández Pérez

Hernández Pérez, AM; Rivera Irigoín, R; Bisso Zein, JK; Sánchez Yagüe, A

Digestivo. Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Introducción:

La obstrucción duodenal es una complicación común en pacientes con cáncer de páncreas avanzado que afecta gravemente la calidad de vida. La gastroenteroanastomosis guiada por ecoendoscopia (GExUSE) utilizando endoprótesis metálicas autoexpandibles de aposición luminal (LAMS) se ha convertido en el método preferido para el tratamiento paliativo. Sin embargo, la modalidad técnica óptima sigue siendo motivo de debate. Este estudio tuvo como objetivo comparar los resultados entre las técnicas asistidas por fluoroscopia y las no fluoroscópicas.

Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo que incluyó todos los procedimientos consecutivos de GExUSE realizados en un hospital universitario entre 2018 y 2025. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: 1/ sin fluoroscopia, que utilizó endoscopios ultrafinos, y 2/ con fluoroscopia, que incluyó el uso de sondas nasogástricas (SNG) y sondas nasobiliares (SNB).

El criterio principal de valoración fue el tiempo total del procedimiento. Los análisis estadísticos incluyeron ANOVA con pruebas post-hoc de Tukey y pruebas t independientes.

Resultados:

Se incluyeron treinta y un procedimientos (23 sin fluoroscopia y 8 con fluoroscopia). El tiempo medio del procedimiento fue de 642 segundos para el grupo sin fluoroscopia y de 1265 segundos para el grupo con fluoroscopia ($t = -4.04$, $p = 0.004$).

En el subanálisis del grupo con fluoroscopia, los casos con SNG (media de 1521 segundos) requirieron significativamente más tiempo que los casos con SNB (media de 989 segundos, $p = 0.009$). No se asociaron eventos adversos relacionados con la omisión de la fluoroscopia.

Conclusiones:

La GExUSE no fluoroscópica utilizando endoscopios ultrafinos se asocia con una reducción significativa en el tiempo del procedimiento en comparación con los métodos asistidos por fluoroscopia todo ello sin comprometer la seguridad. Dentro de los enfoques fluoroscópicos, la técnica que utiliza una SNB parece ser más eficiente que el uso de una SNG.

Estos hallazgos respaldan la adopción de estrategias simplificadas y libres de fluoroscopia como el estándar preferido para la GExUSE en la obstrucción duodenal maligna.



OB054 - RENTABILIDAD Y SEGURIDAD DEL SEGUNDO INTENTO DE CPRE TRAS FALLO DE CANULACIÓN BILIAR: ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO Y COMPLICACIONES

Presenta: Miriam Al Mahairi Martín

Al Mahairi Martín, M; Alonso Belmonte, C; Parra López, B; Gomez Junquera, J; Rosón Rodriguez, PJ

Digestivo. Complejo Hospitalario Regional de Málaga. Málaga.

Introducción:

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el tratamiento de elección en patologías biliopancreáticas. No obstante, el fracaso inicial de canulación biliar es un reto asociado a retrasos terapéuticos y complicaciones. La realización del segundo intento es controvertido, especialmente según la indicación, características del paciente y experiencia del endoscopista.

Por ello, se ha realizado un análisis de los principales factores asociados al éxito técnico y complicaciones atribuibles a un segundo intento de CPRE.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó 195 pacientes con fracaso inicial de canulación biliar entre 2019 y 2025, sometidos a un segundo intento de CPRE. Se recogieron variables demográficas y clínicas (edad, sexo, ASA), patología de base y presencia o no de dilatación biliar (Tabla 1). El objetivo principal fue determinar la tasa de canulación en un segundo intento. Como objetivos secundarios se analizaron los factores asociados al éxito, influencia del cambio de endoscopista y frecuencia de complicaciones mediante análisis estadístico Chi cuadrado de forma independiente.

Nombre	Pie	Previsualizar																																																																					
Tabla 1	Características basales de los pacientes con fallo de canulación en primera CPRE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Media</th> <th>Desviación típica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDAD</td> <td>70.42</td> <td>13.18</td> </tr> <tr> <td>SEXO</td> <td>Frecuencia</td> <td>Porcentaje (%)</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>107</td> <td>54.9</td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>88</td> <td>45.1</td> </tr> <tr> <td>ASA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I-II</td> <td>120</td> <td>61.5</td> </tr> <tr> <td>III-IV</td> <td>75</td> <td>38.5</td> </tr> <tr> <td>PATOLOGÍA BASAL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biliar</td> <td>95</td> <td>48.7</td> </tr> <tr> <td>Trasplante</td> <td>9</td> <td>4.6</td> </tr> <tr> <td>Tumoral</td> <td>88</td> <td>45.1</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>3</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>DILATACIÓN DE VÍA BILIAR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>32</td> <td>16.4</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>163</td> <td>83.6</td> </tr> <tr> <td>2ª TÉCNICA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPRE</td> <td>147</td> <td>75.4</td> </tr> <tr> <td>Radiología vascular</td> <td>11</td> <td>5.6</td> </tr> <tr> <td>Cirugía</td> <td>5</td> <td>2.6</td> </tr> <tr> <td>No otras técnicas</td> <td>30</td> <td>15.4</td> </tr> <tr> <td>Ecoendoscopia</td> <td>2</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>195</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Media	Desviación típica	EDAD	70.42	13.18	SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)	Hombre	107	54.9	Mujer	88	45.1	ASA			I-II	120	61.5	III-IV	75	38.5	PATOLOGÍA BASAL			Biliar	95	48.7	Trasplante	9	4.6	Tumoral	88	45.1	Otros	3	1.5	DILATACIÓN DE VÍA BILIAR			No	32	16.4	Si	163	83.6	2ª TÉCNICA			CPRE	147	75.4	Radiología vascular	11	5.6	Cirugía	5	2.6	No otras técnicas	30	15.4	Ecoendoscopia	2	1.0	TOTAL	195	
	Media	Desviación típica																																																																					
EDAD	70.42	13.18																																																																					
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)																																																																					
Hombre	107	54.9																																																																					
Mujer	88	45.1																																																																					
ASA																																																																							
I-II	120	61.5																																																																					
III-IV	75	38.5																																																																					
PATOLOGÍA BASAL																																																																							
Biliar	95	48.7																																																																					
Trasplante	9	4.6																																																																					
Tumoral	88	45.1																																																																					
Otros	3	1.5																																																																					
DILATACIÓN DE VÍA BILIAR																																																																							
No	32	16.4																																																																					
Si	163	83.6																																																																					
2ª TÉCNICA																																																																							
CPRE	147	75.4																																																																					
Radiología vascular	11	5.6																																																																					
Cirugía	5	2.6																																																																					
No otras técnicas	30	15.4																																																																					
Ecoendoscopia	2	1.0																																																																					
TOTAL	195																																																																						

Resultados:

Se analizaron 4048 CPRE en el periodo comprendido, con 195 fallos de canulación tras una primera CPRE (Tasa de fallo del 4.8%). El 54,9% eran varones y con ASA II-III (81,5%). La patología basal fue biliar en el 48,7%, tumoral en el 45,1%, postrasplante en el 4,6%, con dilatación biliar en el 83,6% de los casos. (Tabla 1)



Se realizó segundo intento mediante CPRE en 147 pacientes (75,4%), utilizándose en el resto otras técnicas como radiología vascular en 11 (5,6%), cirugía en 5 (2,6%), ecoendoscopia en 2 (1,0%); 30 pacientes (15,4%) no se sometieron a ningún procedimiento. (Tabla 2).

La tasa de éxito de la segunda CPRE fue del 70,1%. El 76,9% de los procedimientos fue realizado por un endoscopista diferente, con una tasa de complicación global del 12,9% (Tabla 2).

Se analizó la relación entre la patología basal y el éxito del segundo intento de CPRE (Tabla 3). La tasa de recanalización fue mayor en patología biliar (78,6%), seguida de la tumoral (67,2%), siendo inferior en otras causas (30%). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas en el análisis comparativo entre grupos etiológicos ($p < 0,01$), lo que identifica la patología de base como un factor crucial en el éxito del segundo intento. No se observaron diferencias en la tasa de éxito en función del endoscopista, ASA u otras variables clínicas (Tabla 3). No se identificaron factores clínicos ni técnicos predisponentes a complicaciones en segundo intento (Tabla 4).

Nombre	Pie	Previsualizar																																																																														
Tabla 2	Características basales de los pacientes sometidos a un segundo intento de CPRE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Media</th> <th>Desviación típica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EDAD</td> <td>69.52</td> <td>12.95</td> </tr> <tr> <td>SEXO</td> <td>Frecuencia</td> <td>Porcentaje (%)</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>83</td> <td>56.5</td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>64</td> <td>43.5</td> </tr> <tr> <td>ASA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I-II</td> <td>99</td> <td>67.3</td> </tr> <tr> <td>III-IV</td> <td>48</td> <td>32.7</td> </tr> <tr> <td>PATOLOGÍA BASAL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biliar</td> <td>70</td> <td>47.6</td> </tr> <tr> <td>Trasplante</td> <td>7</td> <td>4.8</td> </tr> <tr> <td>Tumoral</td> <td>67</td> <td>45.6</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>3</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>DILATACIÓN DE VÍA BILIAR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>21</td> <td>14.3</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>126</td> <td>85.7</td> </tr> <tr> <td>ÉXITO EN 2ºCPRE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>44</td> <td>29.9</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>103</td> <td>70.1</td> </tr> <tr> <td>CAMBIO DE ENDOSCOPISTA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>34</td> <td>23.1</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>113</td> <td>76.9</td> </tr> <tr> <td>COMPLICACIONES</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>128</td> <td>87.1</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>19</td> <td>12.9</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>147</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Media	Desviación típica	EDAD	69.52	12.95	SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)	Hombre	83	56.5	Mujer	64	43.5	ASA			I-II	99	67.3	III-IV	48	32.7	PATOLOGÍA BASAL			Biliar	70	47.6	Trasplante	7	4.8	Tumoral	67	45.6	Otros	3	2.0	DILATACIÓN DE VÍA BILIAR			No	21	14.3	Sí	126	85.7	ÉXITO EN 2ºCPRE			No	44	29.9	Sí	103	70.1	CAMBIO DE ENDOSCOPISTA			No	34	23.1	Sí	113	76.9	COMPLICACIONES			No	128	87.1	Sí	19	12.9	Total	147	
	Media	Desviación típica																																																																														
EDAD	69.52	12.95																																																																														
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)																																																																														
Hombre	83	56.5																																																																														
Mujer	64	43.5																																																																														
ASA																																																																																
I-II	99	67.3																																																																														
III-IV	48	32.7																																																																														
PATOLOGÍA BASAL																																																																																
Biliar	70	47.6																																																																														
Trasplante	7	4.8																																																																														
Tumoral	67	45.6																																																																														
Otros	3	2.0																																																																														
DILATACIÓN DE VÍA BILIAR																																																																																
No	21	14.3																																																																														
Sí	126	85.7																																																																														
ÉXITO EN 2ºCPRE																																																																																
No	44	29.9																																																																														
Sí	103	70.1																																																																														
CAMBIO DE ENDOSCOPISTA																																																																																
No	34	23.1																																																																														
Sí	113	76.9																																																																														
COMPLICACIONES																																																																																
No	128	87.1																																																																														
Sí	19	12.9																																																																														
Total	147																																																																															



		2°CPRE (n=147)		Total	p
		No éxito 2°CPRE	Éxito 2° CPRE		
2°Endoscopista	Mismo	10	24	34	0.940
	Diferente	34	79	113	
Patología basal	Biliar	15	55	70	0.006*
	Tumoral	22	45	67	
	Otras	7	3	10	
ASA	I-II	25	74	99	0.075
	III-IV	19	29	48	
Dilatación de vía biliar	No	4	17	21	0.239
	Sí	40	86	126	
Total		44 (29.9%) 103 (70.1%)			

		2° CPRE (n=147)		Total	p
		No complicación	Complicación		
2° Endoscopista	Mismo	32	2	34	0.163
	Diferente	96	17	113	
Patología basal	Biliar	60	10	70	0.883
	Tumoral	59	8	67	
	Otros	9	1	10	
ASA	I-II	83	16	99	0.093
	III-IV	45	3	48	
Dilatación de vía biliar	No	19	2	21	0.616
	Sí	109	17	126	
Total		128 (87.1 %) 19 (12.9%)			

Conclusiones:

El segundo intento de CPRE tras fallo inicial de canulación biliar presenta una elevada tasa de éxito, con un perfil de seguridad aceptable. El cambio de endoscopista no se asocia a mejores resultados, mientras que la patología de base sí influye en el éxito técnico.

Estos hallazgos apoyan la realización de un segundo intento de CPRE como estrategia terapéutica antes de considerar otras técnicas disponibles.



OB055 - CPRE ASISTIDA POR ENTEROSCOPIA EN PACIENTES CON ANATOMÍA QUIRÚRGICAMENTE ALTERADA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO

Presenta: Leire Sancho San Martín

Sancho San Martín, L; Rodríguez Francisco, MA; Martín Arranz, E; Fernández Martos, R; Burgos García, A; Martín Arranz, MD

Digestivo. Hospital Univ. La Paz. Madrid.

Introducción:

En pacientes con anatomía alterada quirúrgicamente, la patología biliopancreática que precisa realización de Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) supone un reto técnico. Existen distintas alternativas, como la asistida por enteroscopia (de doble balón o monobalón), laparoscopia y ecoendoscopia. La CPRE asistida por enteroscopia permite evitar abordajes quirúrgicos o por radiología intervencionista, asociados a mayor morbimortalidad, aunque las tasas de éxito publicadas son variables según la complejidad anatómica y la indicación clínica. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel.


Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de CPRE asistidas por enteroscopia entre abril de 2018 y febrero de 2026 en pacientes con anatomía posquirúrgica. Se evaluaron tasas de alcance de la papila duodenal o anastomosis bilioentérica, canulación del ducto deseado y éxito terapéutico (resolución del motivo que indicó la CPRE) por procedimiento, por paciente y según tipo de reconstrucción quirúrgica. Se utilizó un enteroscopio (Olympus SIF-H190) con una longitud de trabajo de 200cm y el sobretubo monobalón con una longitud de 1320mm y diámetro externo de 13,2mm. Se utilizaron esfinterotomos, cánulas y balones de entre 2400mm y 2700mm (Olympus) con guía de 500cm y 0,025" Jagwire revolution (Boston Scientific). Se calcularon intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados:

Se realizaron 31 procedimientos en 21 pacientes (edad media 69 años, 84% ASA III) (Tabla 1), entre 1 a 5 exploraciones por paciente. El 51,6% (16/31) presentaban reconstrucción tipo Y de Roux (Foto 1). El alcance se logró en 27 de 31 procedimientos (87,1%; IC95% 70,2–96,4). La canulación biliar se consiguió en el 80,8% de los casos en los que fue necesaria (21/26) (IC95% 60,6–93,4). El éxito terapéutico global fue del 64,5% por procedimiento (20/31; IC95% 45,4-80,8) y del 61,9% por paciente (13/21; IC95% 38,4–81,9) (Tabla 2). Siete pacientes (22,6%) requirieron drenaje percutáneo que resultó exitoso en cinco (71,4%; IC95% 35,9–91,8), realizándose además en dos casos abordaje combinado percutáneo-endoscópico exitoso. En 2 pacientes (6,5%) con bypass gástrico, se precisó completar CPRE con duodenoscopia asistida por laparoscopia, exitosa en ambos casos. Hubo un caso de colangitis post-CPRE; no se registraron pancreatitis, perforaciones ni hemorragias.

Nombre	Pie	Previsualizar														
Tabla 1	Descriptivo de características basales en el total de procedimientos (n = 31).	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Edad media (años)</td> <td>68,7</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>Mujer 41,9% Varón 58,1%</td> </tr> <tr> <td>ASA</td> <td>II 16,1% III 83,9%</td> </tr> <tr> <td>Comorbilidad</td> <td>FRCV 63,3% Patología CV 23,3% Patología respiratoria 26,7% Oncológico 43,3%</td> </tr> <tr> <td>Motivo de cirugía</td> <td>TPMI/TNE pancreático 30% Cirugía bariátrica 20% Neoplasia de páncreas 13,3% Ampuloma 13,3% Neoplasia gástrica 10% Colangiocarcinoma 6,7% Fuga biliar 3,3% Implante tumoral 3,3%</td> </tr> <tr> <td>Indicación de CPRE</td> <td>Litiasis 40% Colangitis 36,6% Retirada de prótesis 10% Fuga biliar 6,7% Dilatación de vía biliar 3,3% Esterosis de anastomosis bilio-entérica 3,3%</td> </tr> <tr> <td>Tipo de enteroscopio y capuchón</td> <td>Monobalón 90,3% Pulsión 9,7% Uso de capuchón 19,4%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad media (años)	68,7	Sexo	Mujer 41,9% Varón 58,1%	ASA	II 16,1% III 83,9%	Comorbilidad	FRCV 63,3% Patología CV 23,3% Patología respiratoria 26,7% Oncológico 43,3%	Motivo de cirugía	TPMI/TNE pancreático 30% Cirugía bariátrica 20% Neoplasia de páncreas 13,3% Ampuloma 13,3% Neoplasia gástrica 10% Colangiocarcinoma 6,7% Fuga biliar 3,3% Implante tumoral 3,3%	Indicación de CPRE	Litiasis 40% Colangitis 36,6% Retirada de prótesis 10% Fuga biliar 6,7% Dilatación de vía biliar 3,3% Esterosis de anastomosis bilio-entérica 3,3%	Tipo de enteroscopio y capuchón	Monobalón 90,3% Pulsión 9,7% Uso de capuchón 19,4%
Edad media (años)	68,7															
Sexo	Mujer 41,9% Varón 58,1%															
ASA	II 16,1% III 83,9%															
Comorbilidad	FRCV 63,3% Patología CV 23,3% Patología respiratoria 26,7% Oncológico 43,3%															
Motivo de cirugía	TPMI/TNE pancreático 30% Cirugía bariátrica 20% Neoplasia de páncreas 13,3% Ampuloma 13,3% Neoplasia gástrica 10% Colangiocarcinoma 6,7% Fuga biliar 3,3% Implante tumoral 3,3%															
Indicación de CPRE	Litiasis 40% Colangitis 36,6% Retirada de prótesis 10% Fuga biliar 6,7% Dilatación de vía biliar 3,3% Esterosis de anastomosis bilio-entérica 3,3%															
Tipo de enteroscopio y capuchón	Monobalón 90,3% Pulsión 9,7% Uso de capuchón 19,4%															

Tabla 2	Consecución de objetivos según el tipo de reconstrucción quirúrgica en el total de procedimientos.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="622 143 837 219"></th> <th data-bbox="837 143 922 219">n</th> <th data-bbox="922 143 1134 219">Acceso a papila/ anastomosis bilio-entérica (IC 95%)</th> <th data-bbox="1134 143 1310 219">Canulación biliar si se logró acceder (IC 95%)</th> <th data-bbox="1310 143 1477 219">Éxito terapéutico (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="622 219 837 277">Todas las reconstrucciones</td> <td data-bbox="837 219 922 277">31</td> <td data-bbox="922 219 1134 277">87,1% (70,2-96,4)</td> <td data-bbox="1134 219 1310 277">80,8% (60,6-93,4)</td> <td data-bbox="1310 219 1477 277">64,5% (45,4-80,8)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="622 277 837 353">Y de Roux (DPC, DPC con preservación pilórica, gastrectomía subtotal)</td> <td data-bbox="837 277 922 353">16</td> <td data-bbox="922 277 1134 353">81,2% (54,4-96)</td> <td data-bbox="1134 277 1310 353">84,6% (54,6-98,1)</td> <td data-bbox="1310 277 1477 353">62,5% (35,4-84,8)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="622 353 837 412">Whipple</td> <td data-bbox="837 353 922 412">8</td> <td data-bbox="922 353 1134 412">100% (63,1-100)</td> <td data-bbox="1134 353 1310 412">62,5% (24,5-91,5)</td> <td data-bbox="1310 353 1477 412">75% (34,9-96,8)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="622 412 837 465">Bypass gástrico</td> <td data-bbox="837 412 922 465">6</td> <td data-bbox="922 412 1134 465">83,3% (35,9-99,6)</td> <td data-bbox="1134 412 1310 465">100% (47,8-100)</td> <td data-bbox="1310 412 1477 465">66,7% (22,3-95,7)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="622 465 837 524">Billroth II</td> <td data-bbox="837 465 922 524">1</td> <td data-bbox="922 465 1134 524">100% (2,5-100)</td> <td data-bbox="1134 465 1310 524">0% (0-97,5)</td> <td data-bbox="1310 465 1477 524">0% (0-97,5)</td> </tr> </tbody> </table>		n	Acceso a papila/ anastomosis bilio-entérica (IC 95%)	Canulación biliar si se logró acceder (IC 95%)	Éxito terapéutico (IC 95%)	Todas las reconstrucciones	31	87,1% (70,2-96,4)	80,8% (60,6-93,4)	64,5% (45,4-80,8)	Y de Roux (DPC, DPC con preservación pilórica, gastrectomía subtotal)	16	81,2% (54,4-96)	84,6% (54,6-98,1)	62,5% (35,4-84,8)	Whipple	8	100% (63,1-100)	62,5% (24,5-91,5)	75% (34,9-96,8)	Bypass gástrico	6	83,3% (35,9-99,6)	100% (47,8-100)	66,7% (22,3-95,7)	Billroth II	1	100% (2,5-100)	0% (0-97,5)	0% (0-97,5)
	n	Acceso a papila/ anastomosis bilio-entérica (IC 95%)	Canulación biliar si se logró acceder (IC 95%)	Éxito terapéutico (IC 95%)																												
Todas las reconstrucciones	31	87,1% (70,2-96,4)	80,8% (60,6-93,4)	64,5% (45,4-80,8)																												
Y de Roux (DPC, DPC con preservación pilórica, gastrectomía subtotal)	16	81,2% (54,4-96)	84,6% (54,6-98,1)	62,5% (35,4-84,8)																												
Whipple	8	100% (63,1-100)	62,5% (24,5-91,5)	75% (34,9-96,8)																												
Bypass gástrico	6	83,3% (35,9-99,6)	100% (47,8-100)	66,7% (22,3-95,7)																												
Billroth II	1	100% (2,5-100)	0% (0-97,5)	0% (0-97,5)																												
Foto 1	CPRE por enteroscopia en reconstrucción en Y de Roux.																															

Conclusiones:

La CPRE asistida por enteroscopia es una técnica segura y eficaz en un alto porcentaje de pacientes, incluso en una cohorte con elevada comorbilidad y reconstrucciones quirúrgicas complejas, consiguiendo un porcentaje de acceso biliar superior al 80%. La elevada proporción de reconstrucciones tipo Y de Roux, la inclusión consecutiva de pacientes de práctica clínica real durante la curva de aprendizaje y el tamaño muestral limitado pudieron influir en los resultados. La práctica ausencia de complicaciones graves sugiere una estrategia técnica prudente; una actitud menos agresiva pudo haber condicionado una menor tasa de éxito inmediato, aunque con un perfil de seguridad favorable. El drenaje por radiología intervencionista o cirugía permitió resolver la mayoría de los fracasos, lo que subraya la necesidad de planificación preprocedimiento y abordaje multidisciplinar.

OB056 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER ANAL: PRIMERA VALIDACIÓN MULTICÉNTRICA DE UN SISTEMA INTEROPERABLE PARA LA DETECCIÓN Y DIFERENCIACIÓN SIMULTÁNEA DE LESIONES PRECURSORAS ESCAMOSAS

Presenta: Tiago Ribeiro

Mascarenhas Saraiva, M¹; Gámez Alastuey, M²; Martins Pinto Da Costa, AM³; Sanz Ortega, G²; Martins, M¹; Pérez González, A⁴; Da Silveira Manzione, T⁵; Olano, C⁶; Macedo, G⁷; Barroso, L⁸; de Paredes, V⁹, Ribeiro, T.

¹Digestivo. Centro Hospitalario S. João. Oporto, Portugal. ²Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.

⁴Centro Digestivo. Hospital Univ. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. ⁵Endoscopia. Instituto Infectología Emílio Ribas. São Paulo. ⁶Digestivo. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay. ⁷Centro Hospitalario S. João. Oporto, Portugal. ⁸Centro Gastroenterology. University. Carolina del Norte, USA. ⁹Digestivo. L'Hôpital Paris Saint-Joseph. Paris, France.

Introducción:

La incidencia del cáncer anal sigue en aumento, lo que evidencia la necesidad de mejorar las estrategias de cribado. La anoscopia de alta resolución (AAR) es fundamental para la detección precoz, aunque la identificación y diferenciación de lesiones continúa siendo un desafío clínico. La inteligencia artificial (IA) ha surgido como una herramienta prometedora para optimizar el reconocimiento y la estratificación de las lesiones escamosas intraepiteliales, tanto de bajo grado (LSIL) como de alto grado (HSIL), mostrando progresos en la escala de niveles de madurez tecnológica (TRL). Los sistemas de detección asistida por ordenador (CADE) facilitan la localización de lesiones, mientras que los sistemas de diagnóstico asistido por ordenador (CADx) permiten su diferenciación en tiempo real, influyendo directamente en la toma de decisiones clínicas. El objetivo de este estudio fue desarrollar un sistema CADex interoperable capaz de detectar y diferenciar simultáneamente LSIL y HSIL durante la AAR, con el propósito de aumentar la precisión diagnóstica, disminuir la subjetividad y avanzar hacia una prevención más consistente del cáncer anal.

Material y métodos:

Estudio multicéntrico que analizó 156 246 frames obtenidos de 308 procedimientos de AAR realizados en 279 pacientes de ocho centros. Los datos se recopilaron utilizando seis dispositivos distintos: cuatro colposcopios, un proctoscopio y un endoscopio. Cada frame fue anotado como LSIL o HSIL según su histopatología correspondiente, empleada como estándar de referencia. Se entrenó un modelo de detección de objetos YOLO-tiny para realizar de manera simultánea la detección y diferenciación de lesiones mediante cajas delimitadoras. El conjunto de datos se dividió aleatoriamente en entrenamiento, validación y prueba. El rendimiento se evaluó en dos niveles: detección de objetos mediante precisión media promedio (mAP) y mAP con umbral de intersección sobre unión $\geq 0,50$ (mAP50), y clasificación mediante sensibilidad (recall), valor predictivo positivo (precision) y exactitud.

Resultados:

La precisión fue de 0,8332 para LSIL y 0,8165 para HSIL, con una precisión global de 0,8247. La sensibilidad alcanzó 0,9988 para LSIL y 0,9994 para HSIL, con un valor global de 0,9991. La exactitud global de la clasificación fue de 0,9432. En la detección combinada de LSIL y HSIL, el modelo obtuvo un mAP de 0,7488 y un mAP50 de 0,9738.

Nombre	Previsualizar
Modelo IA	<p>Class HSIL</p> <p>Class LSIL</p> <p>GT: Ground Truth Pred: Predicted by the AI model</p>

Conclusiones: Se presenta el primer modelo CADex interoperable capaz de detectar y clasificar simultáneamente lesiones precursoras del canal anal mediante un enfoque explicable basado en cajas delimitadoras. Los resultados respaldan la integración de la IA en el cribado del cáncer anal y representan un avance en el TRL aplicado a la AAR. El uso de distintos dispositivos refuerza su potencial clínico y destaca la interoperabilidad como requisito esencial para su adopción amplia. Además, esta capacidad posibilita aplicaciones secundarias, como la evaluación oportunista del canal anal durante la colonoscopia, complementando los programas de cribado basados en AAR.



OB057 - UTILIDAD DE LA MUCOSECTOMÍA UNDERWATER EN EL TRATAMIENTO DE LA RECURRENCIA POST-POLIPECTOMÍA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO.

Presenta: Ana Coedo Cañón

Coedo Cañón, A; Rodriguez Francisco, AG; Chen Wang, Y; Martínez Casas, C; Parejo, S; Peñas, B; Aicart, M; Vázquez, E; Albillos, A; Rodriguez de Santiago, E

Gastroenterología. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción:

El tratamiento de las recurrencias postpolipectomía supone un reto técnico, principalmente debido a la fibrosis submucosa. La mucosectomía underwater (uEMR) se postula como una modalidad técnica útil en este escenario, aunque la evidencia es muy limitada. El objetivo principal fue valorar la efectividad de la técnica en el tratamiento de la recurrencia.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo unicéntrico, realizado entre enero 2018 y diciembre 2025, en el que se incluyeron todos los pacientes con recurrencia postpolipectomía tratados mediante uEMR. La variable principal fue el éxito clínico, definido como la ausencia de tejido adenomatoso en diagnóstico óptico y/o muestras de endoscopias sucesivas. Las variables secundarias fueron el porcentaje de éxito técnico (ausencia de lesión macroscópica), resección en bloque, complicaciones peri y post-procedimiento.

Resultados:

Se incluyeron 88 pacientes (69% hombres, edad media 73 años) con recurrencia sobre una escara postpolipectomía (Tabla 1). La localización más frecuente fue el ciego (28,5%), seguida del colon ascendente (20,5%). La mediana del tamaño fue de 10 mm (p25;p75 7;15). Las morfologías más frecuentes fueron Is (n = 53; 60,2%) y IIa (n=32; 36,4%). Se logró la resección en bloque en el 45% de los casos (IC95 35-56%), con éxito técnico casi total (98,9%; IC95 97-100%). Se emplearon técnicas adyuvantes en el 66% de las lesiones, principalmente coagulación suave de los bordes (n=56; 63,6%), elevación submucosa (10%), avulsión con pinza (8%) y asa fría (5,7%). Se registró una perforación tratada en el mismo acto sin complicaciones (1,1%) y tres hemorragias diferidas (3,4%), sin diferencias significativas por anticoagulación (p=0,35) ni antiagregación (p=0,7). Se evidenció displasia de bajo grado en el 73,9%, de alto grado en 11,4% y adenocarcinoma en un único espécimen (1,1%). En 11 pacientes (12,5%) la histología describió hiperplasia o mucosa normal pese a un aspecto macroscópico sugestivo de adenoma.

El éxito clínico fue del 85, 2 % (IC95 78-93%, n=75). Se detectaron 13 recidivas (14,8%; IC95 7-22%), todas ellas con displasia de bajo grado y tratadas mayoritariamente con uEMR (77%), con un éxito del 83,3% (IC95 69-97%).

Nombre	Pie	Previsualizar			
Tabla 1	Características de la lesión. 1 mediana (p25;p75), 2 n(%)	<i>Característica</i>	<i>Valor</i>	<i>Característica</i>	<i>Valor</i>
		Tamaño	10 (7; 15)	Clasificación de Paris	
		Localización		0-Is	53 (60,2%)
		Ciego	18 (20,5%)	0-IIa	32 (36,4%)
		Válvula ileocecal	7 (8%)	0-IIb	1 (1,1%)
		Ascendente	18 (20,5%)	0-Ia+ Is	2 (2,3%)
		Ángulo hepático	10 (11,4%)	Técnicas adyuvantes	58 (65,9%)
		Transverso	13 (14,8%)	Elevación	8 (9,1%)
		Ángulo esplénico	2 (2,3%)	Avulsión	7 (8%)
		Descendente	3 (3,4%)	Asa fría	5 (5,7%)
		Sigma	7 (8%)	Coagulación suave	56 (63,6%)
		Recto	10 (11,4%)	Éxito técnico	87 (98,9%; 97-100%)
				Resección en bloque	48 (54,5%; 35-56%)
				R0	55 (62,5%; 54-75%)

Conclusiones:

En nuestra experiencia, el tratamiento de recidivas mediante uEMR muestra un éxito técnico y clínico elevado, mejorando los datos de la mucosectomía convencional como tratamiento de la recurrencia.