

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 PÁNCREAS

OB001 - TROMBOSIS VENOSA ESPLÁCNICA EN PANCREATITIS AGUDA: QUÉ SABEMOS HASTA AHORA DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO TROMPA

Presenta: Ana García García de Paredes

García García de Paredes, A¹; Flores Fernández, V²; Gorroño Zamalloa, I³; Garrido Gallego, F⁴; Tejedor Tejada, J⁵; Lorente Arencibia, M⁶; Moris, M⁷; Ruiz Rebollo, L⁸; Martos, M⁹; Chiva Robles, T¹⁰; Fernández Atutxa, A¹¹; López Torres, L¹²; Garrido Duran, C¹³; Ontanilla Clavijo, G¹⁴; Navarro Cortes, P¹⁵; Pradera Cibreiro, C¹⁶; Diez Ruiz, S¹⁷; Rivas Moral, L¹⁸; Castro Carbajo, P¹⁹; Barbera Martínez, T²⁰; Bermejo Abati, A²¹; Núñez Otero, J²²; Maraver, M²³; Guilabert, L²⁴; Rodríguez Ferreiro, N²⁵; Rivera, R²⁶; Herranz Pérez, R²⁷; Goya Pacheco, N²⁸; López Duran, S¹; Hernando Alonso, A²; Albillos, A¹

¹Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Ramón y Cajal. Madrid. ²Gastroenterología y Hepatología. Complejo Hospitalario Gregorio Marañón. Madrid. ³Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. de Araba. Vitoria. ⁴Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Infanta Leonor. Madrid. ⁵Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. de Cabueñes. Gijón, Asturias. ⁶Gastroenterología y Hepatología. Complejo Hospitalario Univ. de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁷Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ⁸Gastroenterología y Hepatología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. ⁹Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Donostia-Donostia Unibertsitate Ospitalea. Donostia. ¹⁰Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹¹Gastroenterología y Hepatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao, Vizcaya. ¹²Gastroenterología y Hepatología. Hospital General Univ. de Toledo. Toledo. ¹³Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Son Espases. Palma de Mallorca. ¹⁴Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁵Gastroenterología y Hepatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ¹⁶Gastroenterología y Hepatología. Hospital Clínico Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. ¹⁷Gastroenterología y Hepatología. Complejo Asistencial Univ. de León. León. ¹⁸Gastroenterología y Hepatología. Complejo Hospitalario Univ. Ourense. ¹⁹Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Severo Ochoa. Madrid. ²⁰Gastroenterología y Hepatología. Hospital General Univ. de Castellón. Castelló de la Plana. ²¹Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. de Fuenlabrada. Madrid. ²²Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. del Sureste. Arganda del Rey, Madrid. ²³Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²⁴Gastroenterología y Hepatología. CIBERehd. ISABIAL. Hospital Gral. Univ. Dr. Balmis, Alicante. ²⁵Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ²⁶Gastroenterología y Hepatología. Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ²⁷Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. de La Princesa. Madrid. ²⁸Gastroenterología y Hepatología. Hospital Univ. Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción:

La trombosis venosa esplácnica (TVE) es una complicación conocida de la pancreatitis aguda (PA), pero el beneficio de la anticoagulación (AC) en este contexto sigue siendo incierto. El registro TROMPA se diseñó para evaluar prospectivamente la evolución de la TVE asociada a PA.

Material y métodos:

TROMPA es un registro multicéntrico en curso con un seguimiento de 2 años. Se incluyeron pacientes con PA y TVE, excluyendo aquellos con TVE previa, pancreatitis crónica, hipertensión portal o cáncer de páncreas. La trombosis se definió como un defecto de repleción intraluminal en las venas esplénica, porta o mesentérica superior, y se clasificó como parcial o completa. La decisión de iniciar AC quedó a criterio del médico tratante. Este análisis intermedio describe la evolución de los pacientes que han completado 6 meses de seguimiento. El objetivo primario fue la recanalización completa.

Resultados:

Se incluyeron 70 pacientes de 28 centros (65% varones; mediana de edad 54,5 años). La PA fue necrotizante en el 83% y grave en el 34%. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de PA hasta el diagnóstico de TVE fue de 5 días (RIC 1–18). La TVE fue completa en el 41% y afectó a un solo vaso en el 70% (esplénica 44%, mesentérica 14%, porta 12%). Se inició AC en 58 pacientes (83%) y 2 ya la recibían previamente. La recanalización ocurrió en 37/60 (61,6%) de los anticoagulados y en 4/10 (40%) de los no anticoagulados. Los predictores de recanalización fueron la AC ($p=0,02$) y la gravedad de la PA ($p<0,01$). A los 6 meses, 5/53 (9,4%) desarrollaron varices, todos en tratamiento con AC, aunque no se registraron complicaciones relacionadas con hipertensión portal. Se documentaron dos hemorragias mayores en pacientes con AC.

Conclusiones:

La anticoagulación podría favorecer la recanalización, aunque su impacto en desenlaces clínicamente relevantes sigue siendo incierto. El registro en curso contribuirá a aclarar la historia natural a largo plazo de la TVE en la PA.



OB002 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA USE CON TOMA DE MUESTRAS MEDIANTE FNA/FNB EN TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS < 20 MM: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

Presenta: Teresa Tripliana Iglesias

Tripliana Iglesias, T; Mendoza Rodríguez, R; Valverde López, F; Jiménez Rosales, R; Redondo Cerezo, E

Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción:

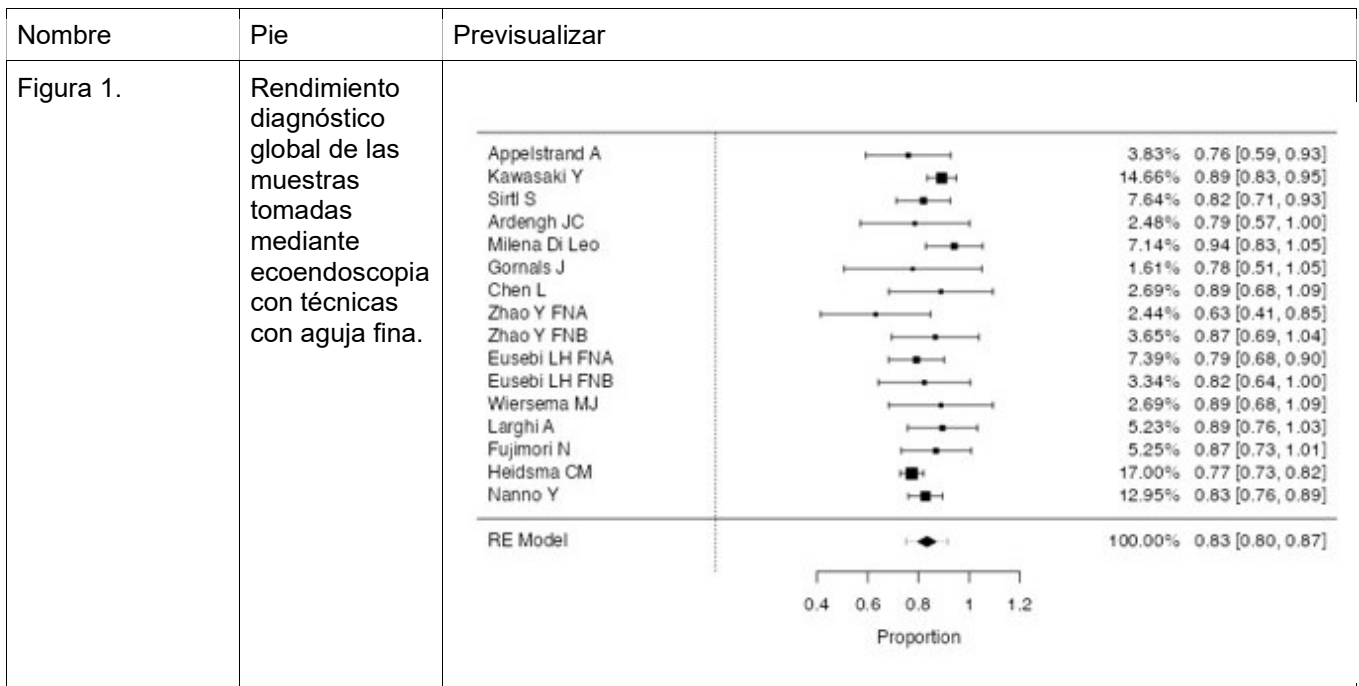
La detección de tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEp) pequeños ha aumentado en los últimos años, probablemente debido a los avances en las técnicas de imagen radiológicas. El abordaje terapéutico está condicionado por el tamaño tumoral: en lesiones 20 mm suele recomendarse la resección quirúrgica, siendo controvertida la actitud en lesiones de 10–20 mm. En este contexto, la ecografía endoscópica (USE) con punción-aspiración con aguja fina (FNA) o biopsia con aguja fina (FNB) es una herramienta clave para confirmar el diagnóstico histológico. Sin embargo, la evidencia sobre el rendimiento diagnóstico de la USE-FNA/FNB en TNEp <20 mm es limitada.

Material y métodos:

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se buscaron estudios en MEDLINE, EMBASE y SCOPUS hasta diciembre de 2024 que informaran el rendimiento diagnóstico de USE-FNA o USE-FNB en TNEp <20 mm. Se definió rendimiento diagnóstico como la proporción de diagnósticos histológicos definitivos respecto al total de muestras obtenidas. Se estimaron proporciones agrupadas mediante modelos de efectos aleatorios. La heterogeneidad se evaluó con I² y la prueba Q de Cochran. Se realizaron análisis de subgrupos según tipo de aguja (FNA vs FNB). El sesgo de publicación se determinó mediante el test de Egger.

Resultados:

Se incluyeron 14 estudios (n=826). El rendimiento diagnóstico combinado de USE-FNA/FNB para TNEp <20 mm fue del 84,4% (IC95%: 80,0–87,0), con heterogeneidad baja-moderada (I²=31,78%) y un rango entre estudios del 76% al 94% [Figura 1]. El riesgo de sesgo de publicación fue bajo (Egger p=0,799) [Figura 2]. En los estudios con datos separados por tipo de aguja, el rendimiento diagnóstico agrupado fue del 78,7% para FNA (IC95%: 75,0–82,0; I²=0%) [Figura 3] y del 84,3% para FNB (IC95%: 76,0–92,0; I²=0%) [Figura 4].





<p>Figura 2</p>	<p>Evaluación del sesgo de publicación del meta-análisis en global.</p>																															
<p>Figura 3</p>	<p>Rendimiento diagnóstico de la muestra tomada mediante USE-FNA</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Author</th> <th>Yield (%)</th> <th>95% CI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ardengh JC</td> <td>3.06%</td> <td>0.79 [0.57, 1.00]</td> </tr> <tr> <td>Gornals J</td> <td>1.92%</td> <td>0.76 [0.51, 1.05]</td> </tr> <tr> <td>Chen L</td> <td>3.35%</td> <td>0.89 [0.68, 1.09]</td> </tr> <tr> <td>Zhao Y FNA</td> <td>3.00%</td> <td>0.63 [0.41, 0.85]</td> </tr> <tr> <td>Eusebi LH FNA</td> <td>11.85%</td> <td>0.79 [0.68, 0.90]</td> </tr> <tr> <td>Wiersema MJ</td> <td>3.35%</td> <td>0.89 [0.68, 1.09]</td> </tr> <tr> <td>Fujimori N</td> <td>7.46%</td> <td>0.87 [0.73, 1.01]</td> </tr> <tr> <td>Heidsma CM</td> <td>66.01%</td> <td>0.77 [0.73, 0.82]</td> </tr> <tr> <td>RE Model</td> <td>100.00%</td> <td>0.79 [0.75, 0.82]</td> </tr> </tbody> </table>	Author	Yield (%)	95% CI	Ardengh JC	3.06%	0.79 [0.57, 1.00]	Gornals J	1.92%	0.76 [0.51, 1.05]	Chen L	3.35%	0.89 [0.68, 1.09]	Zhao Y FNA	3.00%	0.63 [0.41, 0.85]	Eusebi LH FNA	11.85%	0.79 [0.68, 0.90]	Wiersema MJ	3.35%	0.89 [0.68, 1.09]	Fujimori N	7.46%	0.87 [0.73, 1.01]	Heidsma CM	66.01%	0.77 [0.73, 0.82]	RE Model	100.00%	0.79 [0.75, 0.82]
Author	Yield (%)	95% CI																														
Ardengh JC	3.06%	0.79 [0.57, 1.00]																														
Gornals J	1.92%	0.76 [0.51, 1.05]																														
Chen L	3.35%	0.89 [0.68, 1.09]																														
Zhao Y FNA	3.00%	0.63 [0.41, 0.85]																														
Eusebi LH FNA	11.85%	0.79 [0.68, 0.90]																														
Wiersema MJ	3.35%	0.89 [0.68, 1.09]																														
Fujimori N	7.46%	0.87 [0.73, 1.01]																														
Heidsma CM	66.01%	0.77 [0.73, 0.82]																														
RE Model	100.00%	0.79 [0.75, 0.82]																														
<p>Figura 4</p>	<p>Rendimiento diagnóstico de la muestra obtenida mediante USE-FNB</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Author</th> <th>Yield (%)</th> <th>95% CI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Appelstrand A</td> <td>23.41%</td> <td>0.76 [0.59, 0.93]</td> </tr> <tr> <td>Zhao Y FNB</td> <td>22.17%</td> <td>0.87 [0.69, 1.04]</td> </tr> <tr> <td>Eusebi LH FNB</td> <td>19.98%</td> <td>0.82 [0.64, 1.00]</td> </tr> <tr> <td>Larghi A</td> <td>34.45%</td> <td>0.89 [0.76, 1.03]</td> </tr> <tr> <td>RE Model</td> <td>100.00%</td> <td>0.84 [0.76, 0.92]</td> </tr> </tbody> </table>	Author	Yield (%)	95% CI	Appelstrand A	23.41%	0.76 [0.59, 0.93]	Zhao Y FNB	22.17%	0.87 [0.69, 1.04]	Eusebi LH FNB	19.98%	0.82 [0.64, 1.00]	Larghi A	34.45%	0.89 [0.76, 1.03]	RE Model	100.00%	0.84 [0.76, 0.92]												
Author	Yield (%)	95% CI																														
Appelstrand A	23.41%	0.76 [0.59, 0.93]																														
Zhao Y FNB	22.17%	0.87 [0.69, 1.04]																														
Eusebi LH FNB	19.98%	0.82 [0.64, 1.00]																														
Larghi A	34.45%	0.89 [0.76, 1.03]																														
RE Model	100.00%	0.84 [0.76, 0.92]																														

Conclusiones:

La USE con toma de muestras mediante FNA/FNB muestra un alto rendimiento diagnóstico para TNEp < 20 mm. En los estudios que comparan las muestras por tipo de aguja, la FNB presenta un rendimiento ligeramente superior a la FNA. Observamos una heterogeneidad moderada al incluir todos los estudios, pero poca heterogeneidad al evaluar los estudios de FNA y FNB por separado. Las principales limitaciones de la evidencia disponible son el predominio de estudios retrospectivos y la posible infraestimación del rendimiento actual por el uso no uniforme de agujas de última generación. En conclusión, la USE es una herramienta fiable para el diagnóstico de TNEp <20mm.



OB003 - PRECISIÓN EN LA GRADACIÓN TUMORAL MEDIANTE PAAF Y BAG GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS ≤ 20 MM: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Presenta: Raúl Mendoza Rodríguez

Mendoza Rodríguez, R; Tripliana Iglesias, T; Valverde López, F; Jiménez Rosales, R; Martínez Cara, JG; Redondo Cerezo, E

Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción:

En los últimos años se ha observado un incremento tanto en la incidencia como en el diagnóstico precoz de los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEp). En la actualidad no existe consenso sobre el manejo óptimo de los tumores de 10–20 mm, lo que hace imprescindible un enfoque multidisciplinar. En este contexto, la gradación tumoral – basada en el índice Ki-67 – es un elemento clave en la toma de decisiones clínicas y se determina habitualmente a partir de muestras obtenidas mediante punción-aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia (PAAF-USE) o punción-biopsia con aguja guiada por ecoendoscopia (BAG-USE). Dado que los datos sobre la precisión de la gradación mediante USE en TNEp pequeños son limitados, el objetivo de este estudio fue comparar la concordancia entre la gradación basada en USE y la quirúrgica en TNEp ≤ 20 mm.

Material y métodos:

Este estudio se realizó siguiendo las directrices PRISMA para revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se efectuó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y SCOPUS hasta diciembre de 2024, identificando estudios que informaran sobre tasas de concordancia entre la gradación basada en USE y la gradación quirúrgica en TNEp ≤ 20 mm. Las estimaciones combinadas se calcularon mediante modelos de efectos aleatorios y la heterogeneidad se evaluó utilizando el estadístico I^2 y la prueba Q de Cochran. Se realizaron análisis por subgrupos en función del tipo de aguja empleada (PAAF frente a BAG).

Resultados:

Se incluyeron un total de 18 estudios, que comprendían 549 pacientes. La tasa de concordancia combinada entre las muestras obtenidas mediante PAAF/BAG guiadas por USE y las piezas quirúrgicas fue del 84,2 % (IC 95 %: 0,803–0,882; $I^2 = 31,36$ %), con valores individuales que oscilaron entre el 66 % y el 95 %. El riesgo de sesgo de publicación se consideró bajo según la prueba de Egger ($p = 0,476$).

En los estudios que proporcionaron datos diferenciados para PAAF y BAG, la tasa de concordancia para la PAAF fue del 81,5 % (IC 95 %: 0,744–0,886; $I^2 = 62,13$ %), mientras que para la BAG fue ligeramente superior, alcanzando el 85,9 % (IC 95 %: 0,750–0,967), con heterogeneidad despreciable ($I^2 = 0$ %).

Conclusiones:

Nuestros resultados muestran una elevada concordancia entre la gradación tumoral basada en USE (PAAF/BAG) y la obtenida a partir de las piezas quirúrgicas en TNEp ≤ 20 mm. Las tasas de concordancia fueron similares entre la PAAF y la BAG (81,5 % vs. 85,9 %), si bien la BAG presentó un rendimiento ligeramente superior y una mayor consistencia entre estudios, reflejada en una menor heterogeneidad.



OB004 - IDONEIDAD DE LAS MUESTRAS OBTENIDAS MEDIANTE USE-FNA Y USE-FNB PARA DETERMINAR EL GRADO HISTOLÓGICO EN TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS < 20 MM: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

Presenta: Teresa Tripiana Iglesias

Tripiana Iglesias, T; Mendoza Rodríguez, R; Valverde López, F; Jiménez Rosales, R; Redondo Cerezo, E

Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción:

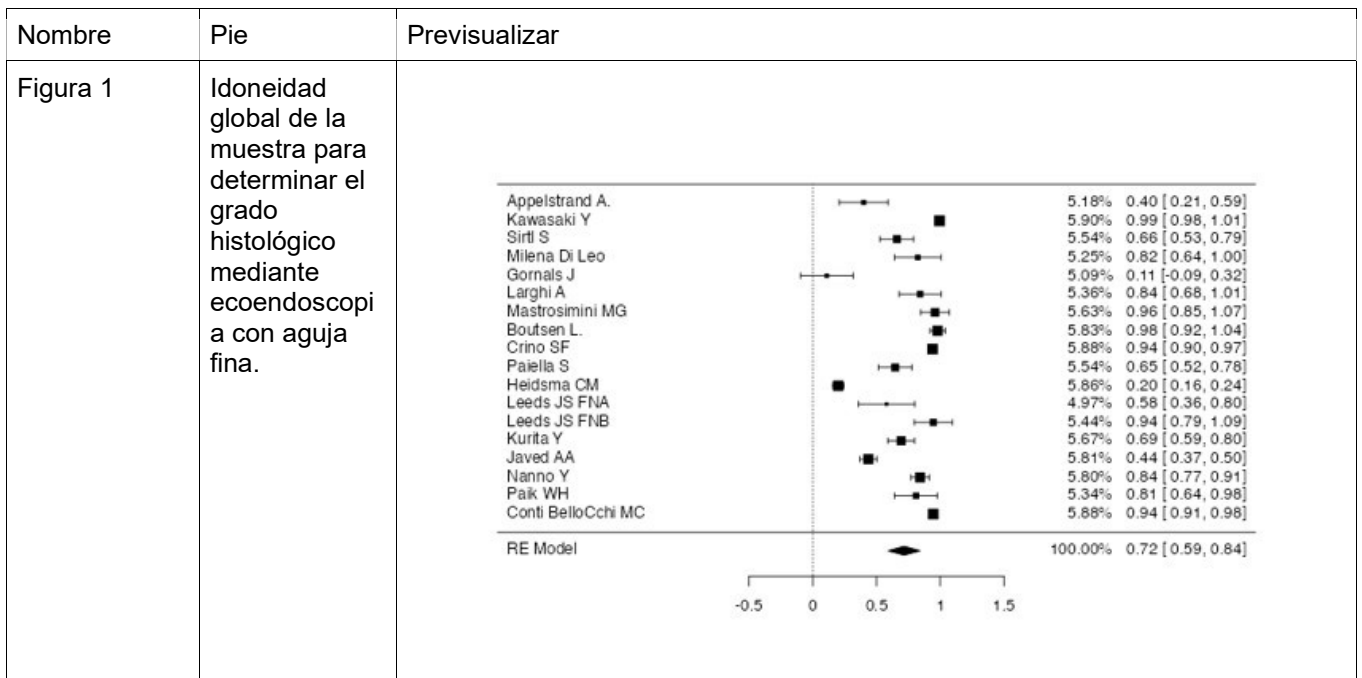
La incidencia y el diagnóstico precoz de los tumores neuroendocrinos pancreáticos (pNET) han aumentado en los últimos años. La estrategia terapéutica depende del tamaño: la observación se considera en lesiones 20 mm. Actualmente, en tumores de 10–20 mm no existe consenso, por lo que la toma de decisiones es frecuentemente multidisciplinar. En este contexto, la ecoendoscopia (USE) con punción-aspiración (FNA) o biopsia (FNB) con aguja fina es útil no solo para confirmar diagnóstico, sino para estimar el grado tumoral mediante Ki-67. Sin embargo, la muestra obtenida puede ser insuficiente para gradación en pNET <20 mm.

Material y métodos:

Se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se buscaron estudios en MEDLINE, EMBASE y SCOPUS hasta diciembre de 2024 que evaluaran la adecuación de la muestra obtenida mediante USE-PAAF o USE-PAB para gradación de pNET < 20 mm. Se definió “idoneidad de la muestra” como la proporción de muestras en la que se pudo determinar con éxito el índice ki-67 para la determinación del grado histológico, respecto al total de muestras obtenidas. Se calcularon estimaciones combinadas según el modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad se evaluó mediante el estadístico I². Se realizó análisis por subgrupos según el tipo de aguja (FNA vs. FNB).

Resultados:

Se incluyeron 17 estudios con 1414 pacientes. La idoneidad global combinada para determinar el grado histológico fue del 71,6% (IC95%: 59,2-84,1%) con heterogeneidad elevada (I²=98,69%) [Figura 1]. Aunque el sesgo de publicación global se consideró bajo (test de Egger p=0,162), se observó una asimetría considerable en el gráfico funnel plot [Figura 2]. En el subgrupo de FNA, la idoneidad de las muestras fue inferior: 52,5% (IC95%: 60,5-99,1; I²=97,99%) [Figura 3]. En el subgrupo de FNB, la idoneidad fue mayor: 79,8% (IC95%: 60,5-99,1; I²=87,32%) [Figura 4]. En este subgrupo, si se observó posible sesgo de publicación (Egger p=0,017).





<p>Figura 2</p>	<p>Evaluación del sesgo de publicación del meta-análisis en global.</p>																																					
<p>Figura 3</p>	<p>Idoneidad de la muestra para determinar el grado histológico en los estudios que utilizaron USE-FNA.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Author</th> <th>% of cases</th> <th>Mean</th> <th>95% CI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gornals J</td> <td>13.34%</td> <td>0.11</td> <td>[-0.09, 0.32]</td> </tr> <tr> <td>Boutsen L.</td> <td>14.89%</td> <td>0.98</td> <td>[0.92, 1.04]</td> </tr> <tr> <td>Paiella S</td> <td>14.30%</td> <td>0.65</td> <td>[0.52, 0.78]</td> </tr> <tr> <td>Heidsma CM</td> <td>14.98%</td> <td>0.20</td> <td>[0.16, 0.24]</td> </tr> <tr> <td>Leeds JS FNA</td> <td>13.09%</td> <td>0.58</td> <td>[0.36, 0.80]</td> </tr> <tr> <td>Kurita Y</td> <td>14.57%</td> <td>0.69</td> <td>[0.59, 0.80]</td> </tr> <tr> <td>Javed AA</td> <td>14.85%</td> <td>0.44</td> <td>[0.37, 0.50]</td> </tr> <tr> <td>RE Model</td> <td>100.00%</td> <td>0.52</td> <td>[0.30, 0.75]</td> </tr> </tbody> </table>	Author	% of cases	Mean	95% CI	Gornals J	13.34%	0.11	[-0.09, 0.32]	Boutsen L.	14.89%	0.98	[0.92, 1.04]	Paiella S	14.30%	0.65	[0.52, 0.78]	Heidsma CM	14.98%	0.20	[0.16, 0.24]	Leeds JS FNA	13.09%	0.58	[0.36, 0.80]	Kurita Y	14.57%	0.69	[0.59, 0.80]	Javed AA	14.85%	0.44	[0.37, 0.50]	RE Model	100.00%	0.52	[0.30, 0.75]
Author	% of cases	Mean	95% CI																																			
Gornals J	13.34%	0.11	[-0.09, 0.32]																																			
Boutsen L.	14.89%	0.98	[0.92, 1.04]																																			
Paiella S	14.30%	0.65	[0.52, 0.78]																																			
Heidsma CM	14.98%	0.20	[0.16, 0.24]																																			
Leeds JS FNA	13.09%	0.58	[0.36, 0.80]																																			
Kurita Y	14.57%	0.69	[0.59, 0.80]																																			
Javed AA	14.85%	0.44	[0.37, 0.50]																																			
RE Model	100.00%	0.52	[0.30, 0.75]																																			
<p>Figura 4</p>	<p>Idoneidad de la muestra para determinar el grado histológico en los estudios que utilizaron USE-FNB.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Author</th> <th>% of cases</th> <th>Mean</th> <th>95% CI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Appelstrand A.</td> <td>18.81%</td> <td>0.40</td> <td>[0.21, 0.59]</td> </tr> <tr> <td>Larghi A</td> <td>19.81%</td> <td>0.84</td> <td>[0.68, 1.01]</td> </tr> <tr> <td>Mastrosimini MG</td> <td>21.42%</td> <td>0.96</td> <td>[0.85, 1.07]</td> </tr> <tr> <td>Leeds JS FNB</td> <td>20.29%</td> <td>0.94</td> <td>[0.79, 1.09]</td> </tr> <tr> <td>Pak WH</td> <td>19.67%</td> <td>0.81</td> <td>[0.64, 0.98]</td> </tr> <tr> <td>RE Model</td> <td>100.00%</td> <td>0.80</td> <td>[0.61, 0.99]</td> </tr> </tbody> </table>	Author	% of cases	Mean	95% CI	Appelstrand A.	18.81%	0.40	[0.21, 0.59]	Larghi A	19.81%	0.84	[0.68, 1.01]	Mastrosimini MG	21.42%	0.96	[0.85, 1.07]	Leeds JS FNB	20.29%	0.94	[0.79, 1.09]	Pak WH	19.67%	0.81	[0.64, 0.98]	RE Model	100.00%	0.80	[0.61, 0.99]								
Author	% of cases	Mean	95% CI																																			
Appelstrand A.	18.81%	0.40	[0.21, 0.59]																																			
Larghi A	19.81%	0.84	[0.68, 1.01]																																			
Mastrosimini MG	21.42%	0.96	[0.85, 1.07]																																			
Leeds JS FNB	20.29%	0.94	[0.79, 1.09]																																			
Pak WH	19.67%	0.81	[0.64, 0.98]																																			
RE Model	100.00%	0.80	[0.61, 0.99]																																			

Conclusiones:

La USE-FNA/USE-FNB proporciona una muestra adecuada para la gradación histológica en la mayoría de los pNET <20 mm, aunque con heterogeneidad significativa entre estudios. La FNB muestra un rendimiento superior frente a FNA y debería considerarse la técnica preferente para toma de muestra orientada a gradación histológica. No obstante, incluso con USE-FNB, el grado tumoral no pudo establecerse en hasta un 20% de casos, lo que limita su valor añadido en algunos pacientes. Por último, se necesitan estudios específicos con agujas de última generación enfocados en la capacidad de determinar el grado histológicos y preferiblemente, la concordancia con el espécimen quirúrgico.



OB005 - DRENAJE DE MANTENIMIENTO CON STENT PLÁSTICO TRAS RETIRADA DE PRÓTESIS LAMS EN SÍNDROME DEL DUCTO DESCONECTADO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Presenta: Raúl Mendoza Rodríguez

Fernández García, R; Guadalupe Santana, VJ; Valverde López, F; Mendoza Rodríguez, R; Jiménez Rosales, R; Redondo Cerezo, E

Digestivo. Hospital Univ. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción:

El síndrome del ducto desconectado (SDPD) es una secuela frecuente de la pancreatitis necrotizante y se asocia a menudo con recurrencia de colecciones líquidas peripancreáticas (PFC) tras el drenaje transmural. Se ha propuesto el mantenimiento a largo plazo de prótesis plásticas (DPS) tras la retirada de las prótesis metálicas de aposición luminal (LAMS) con el objetivo de preservar el drenaje y prevenir recurrencias. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y la seguridad del mantenimiento de DPS en pacientes con SDPD.

Material y métodos:

Se realizó una revisión sistemática y un metanálisis siguiendo las recomendaciones PRISMA, con registro en PROSPERO (CRD420251167723). Se efectuó una búsqueda en MEDLINE, EMBASE y SCOPUS para identificar estudios comparativos que incluyeran pacientes adultos con SDPD sometidos a drenaje transmural endoscópico, con o sin mantenimiento de DPS. Se incluyeron estudios de cohortes observacionales y un ensayo clínico aleatorizado. La variable principal fue la recurrencia de PFC; las variables secundarias incluyeron la necesidad de reintervención y los eventos adversos.

Nombre	Pie	Previsualizar
Figura 1	En esta figura apreciamos el diagrama de flujo de los estudios incluidos	<pre> graph TD A[Records identified through database searching (n = 349)] --> B[Records after duplicates removed (n = 308)] B --> C[Records excluded (n = 35)] B --> D[Full-text articles assessed for eligibility (n = 27)] D --> E[Studies included in qualitative synthesis (n = 7)] </pre>

Resultados:

Se incluyeron siete estudios (n=597). La recurrencia de PFC fue significativamente menor en el grupo con mantenimiento de DPS en comparación con el grupo sin DPS (2,9% vs. 22,6%; OR 0,11; IC 95%: 0,05–0,26; I²=27%). Asimismo, el mantenimiento de DPS redujo la tasa de reintervención (5,8% vs. 12,6%; OR 0,28; IC 95%: 0,09–0,85; I²=8,2%). Los eventos adversos se presentaron en el 8,25% de los casos, siendo la mayoría migraciones asintomáticas de la prótesis.



Nombre	Pie	Previsualizar																											
Figura 2	Forrest plot para recurrencia	<table border="1"> <thead> <tr> <th>First Author (Year)</th> <th>Odds Ratio (95% CI)</th> <th>% Weight</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bang et al (2013)</td> <td>0.06 (0.00, 1.15)</td> <td>6.99</td> </tr> <tr> <td>Bang et al (2018)</td> <td>0.08 (0.02, 0.39)</td> <td>18.22</td> </tr> <tr> <td>Bang et al (2021)</td> <td>0.04 (0.00, 0.38)</td> <td>11.56</td> </tr> <tr> <td>Pawa et al (2022)</td> <td>0.09 (0.01, 0.73)</td> <td>11.76</td> </tr> <tr> <td>Rana et al (2023)</td> <td>0.07 (0.01, 0.42)</td> <td>15.72</td> </tr> <tr> <td>Chavan et al (2022)</td> <td>1.00 (0.19, 5.20)</td> <td>17.39</td> </tr> <tr> <td>Koutlas et al (2024)</td> <td>0.09 (0.02, 0.43)</td> <td>18.35</td> </tr> <tr> <td>Overall, DL ($I^2 = 27.0\%$, $p = 0.223$)</td> <td>0.11 (0.05, 0.26)</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>NOTE: Weights are from random-effects model; continuity correction applied to studies with zero cells</p>	First Author (Year)	Odds Ratio (95% CI)	% Weight	Bang et al (2013)	0.06 (0.00, 1.15)	6.99	Bang et al (2018)	0.08 (0.02, 0.39)	18.22	Bang et al (2021)	0.04 (0.00, 0.38)	11.56	Pawa et al (2022)	0.09 (0.01, 0.73)	11.76	Rana et al (2023)	0.07 (0.01, 0.42)	15.72	Chavan et al (2022)	1.00 (0.19, 5.20)	17.39	Koutlas et al (2024)	0.09 (0.02, 0.43)	18.35	Overall, DL ($I^2 = 27.0\%$, $p = 0.223$)	0.11 (0.05, 0.26)	100.00
First Author (Year)	Odds Ratio (95% CI)	% Weight																											
Bang et al (2013)	0.06 (0.00, 1.15)	6.99																											
Bang et al (2018)	0.08 (0.02, 0.39)	18.22																											
Bang et al (2021)	0.04 (0.00, 0.38)	11.56																											
Pawa et al (2022)	0.09 (0.01, 0.73)	11.76																											
Rana et al (2023)	0.07 (0.01, 0.42)	15.72																											
Chavan et al (2022)	1.00 (0.19, 5.20)	17.39																											
Koutlas et al (2024)	0.09 (0.02, 0.43)	18.35																											
Overall, DL ($I^2 = 27.0\%$, $p = 0.223$)	0.11 (0.05, 0.26)	100.00																											

Conclusiones:

El mantenimiento prolongado de DPS tras la retirada de LAMS se asocia con una menor tasa de recurrencia y menor necesidad de reintervención en pacientes con SDPD, sin identificarse problemas relevantes de seguridad.

OB006 - INYECCIÓN LOCAL DE ³²P POR ECOENDOSCOPIA EN CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES

Presenta: Sofía Barral Díaz

Barral Díaz, S¹; Montoto Meijide, R¹; Lariño Noia, J¹; Nogareda Seoane, Z²; García Bernardo, L²; Brozos Vázquez, EM³; Pérez Martelo, M³; Calvo Rey, A¹; López Carballeira, A⁴; Dominguez Novoa, Y¹; Iglesias García, J¹; Varo Pérez, E⁵; Pubul Núñez, V²; Dominguez Muñoz, JE¹

¹Digestivo. Hospital Clínico Univ. de Santiago / IDIS. ²Medicina Nuclear. Hospital Clínico Univ. de Santiago / IDIS. ³Oncología Médica. Hospital Clínico Univ. de Santiago / IDIS. ⁴Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Univ. de Santiago / IDIS. ⁵Hepatología y Trasplante Hepático. Complejo Hospitalario Univ. de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción:

El cáncer de páncreas localmente avanzado (CPLA) representa aproximadamente el 30 % de los casos de cáncer de páncreas, para los cuales la quimioterapia convencional ofrece un beneficio limitado. La inyección intratumoral de fósforo-32 (³²P) guiada por ecoendoscopia (EE) es una técnica ablativa local emergente que puede mejorar el control local de la enfermedad y facilitar el rescate quirúrgico cuando se utiliza junto con la terapia sistémica.

Material y métodos:

Este estudio observacional unicéntrico evaluó la viabilidad y los resultados de la inyección de ³²P con aguja fina guiada por EE, incluyendo desde junio de 2024 a enero de 2026 pacientes con CPLA que recibían regímenes de quimioterapia con gemcitabina–nab-paclitaxel (figura 1)


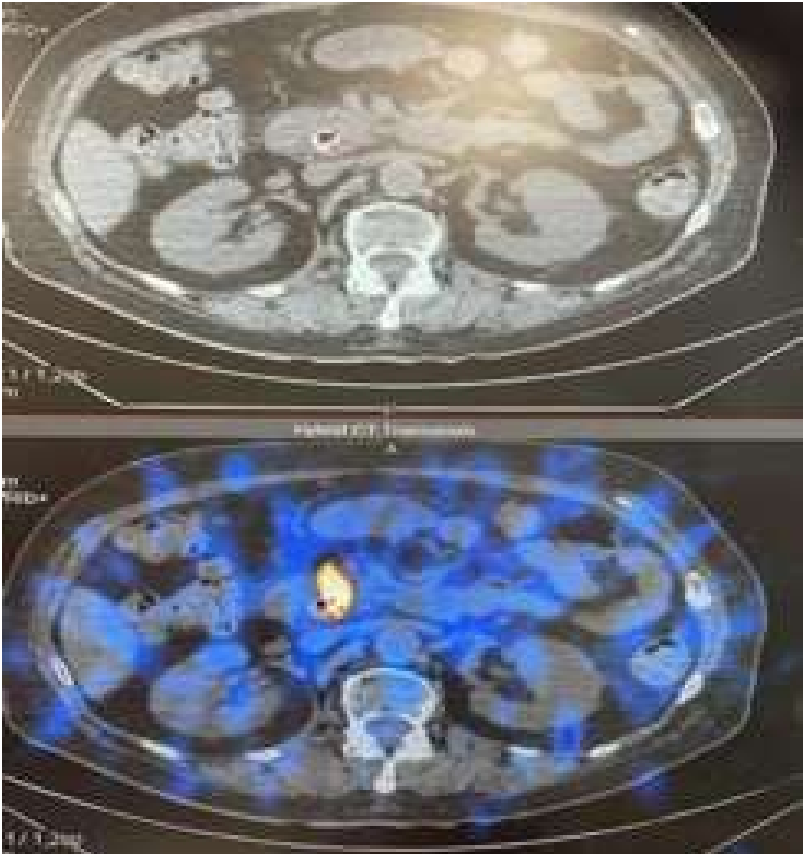
Nombre	Pie	Previsualizar
Figura 1	Inyección de P32 por USE con aguja de 22G	

Resultados:

Se incluyeron un total de 16 pacientes (edad mediana 68 años; rango 49–84), de los cuales 10 fueron mujeres. La localización tumoral fue en la cabeza del páncreas (n=9), cuello (n=2) y cuerpo (n=5), todos con afectación vascular. El diámetro tumoral medio fue de 30.1 mm (22–45) en el TC y de 33 mm (25–45) en la EE (figura 2), con un volumen medio de 9.32 cc (1.7–36.2).

La actividad mediana del ³²P administrado fue de 3.9 Mbq (1.12–15.8) (figura 3). No se observaron complicaciones inmediatas; se registraron eventos adversos leves en el 18.7% de los pacientes y un caso de pancreatitis aguda moderada. La quimioterapia se reanudó en el 93.7% de los pacientes tras un intervalo medio de 7 días. Dos pacientes (12.5%) fueron sometidos a una resección quirúrgica, lográndose en ambos casos una resección R0 exitosa, a pesar de la alta complejidad del procedimiento por la fibrosis asociada.

La progresión local a lo largo del seguimiento ocurrió en el 25% y la progresión a distancia en el 37.5%. En términos de eficacia preliminar, se logró un control local de la enfermedad a las 12 semanas en el 82% de los pacientes. Los niveles medianos de CA 19-9 disminuyeron de 71.9 U/mL (4.6–2570.7) al inicio a 53 U/mL (7.9–1213.4) tras el tratamiento. La mediana de supervivencia global y de supervivencia libre de progresión fue de 9 y 8 meses, respectivamente.

Nombre	Pie	Previsualizar
Figura 2	Caracterización de lesión pancreática previa a terapia ablativa	 <p>UT 1Dist: 1.55cm 2Dist: 1.77cm CORx R:3.50 BG:87 BO:90</p>
Figura 3	Estudio SPECT postratamiento para verificar adecuada distribución del radiofármaco	

Conclusiones:

La inyección de ^{32}P guiada por EUS parece ser una estrategia ablativa local factible y segura para pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado. Puede integrarse de forma fluida en los protocolos de tratamiento sin comprometer una resección quirúrgica posterior. Se requieren ensayos clínicos aleatorizados y controlados para confirmar su eficacia y su posible impacto en los resultados de supervivencia.



OB007 - ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS CLÍNICOS, ANALÍTICOS Y TERAPÉUTICOS EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS: ACTUALIZACIÓN DE UNA COHORTE

Presenta: Carmen Beatriz Bulnes Labrador

Bulnes Labrador, CB¹; Pérez Urra, C¹; Espinel Pinedo, P¹; Martín Ibáñez, C¹; Robles de la Osa, D¹; Bru Arca, M²; Ortiz González, E³; Pérez Citores, L¹; Montero Moretón, ÁM¹; González de Castro, E¹; Cimavilla Román, M¹; Rizzo Rodríguez, MA¹; Santos Santamarta, FD¹; Santos Fernández, J¹; Moreira Da Silva, BA¹; Maestro Antolín, S¹; Barcenilla Laguna, J¹; Rancel Medina, FJ¹; Pérez Millán, AG¹

¹Digestivo. ²Medicina Interna. ³Urgencias. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Introducción:

El cáncer de páncreas continúa siendo uno de los tumores con peor pronóstico, con una tasa de supervivencia inferior al 10% a los cinco años. Su incidencia está aumentando en las últimas décadas y suele diagnosticarse en estadios avanzados, limitando las opciones terapéuticas.

El objetivo principal de este estudio fue analizar el impacto de los factores clínicos, analíticos y terapéuticos de los pacientes con cáncer de páncreas en una cohorte actualizada.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo monocéntrico que incluye pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas entre 2021 y 2024, con seguimiento hasta diciembre de 2025.

El análisis estadístico se realizó con SPSS. Para las variables cualitativas se utilizó Chi-cuadrado o test de Fisher, t de Student para las variables cuantitativas, Kaplan-Meier y prueba de log-rank para el análisis de supervivencia y para el análisis multivariante, regresión de Cox. Se estableció significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados:

Se incluyeron 109 pacientes. La localización y el tipo histológico predominante fueron la cabeza pancreática y el Adenocarcinoma respectivamente. El 44% de los pacientes fueron diagnosticados en estadio IV, y un 14.7% progresaron a estadio IV durante el seguimiento (Tabla 1).

Se observó una mayor mortalidad al año, dos y tres años en los pacientes diagnosticados en estadios más avanzados, sin diferencias significativas según sexo, localización o subtipo histológico.

Los pacientes fallecidos presentaron mayor edad, niveles más elevados de CA 19.9, proteína C reactiva (PCR), índice neutrófilo/linfocito (NLR) e índice PCR/albúmina (IPA), junto con hipoalbuminemia (Tabla 2).

En relación a la estrategia terapéutica, se observó mayor supervivencia en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente, recibieron quimioterapia y con sustitución de enzimas pancreáticas. En tumores de cabeza de páncreas, el drenaje biliar y el tratamiento con enzimas pancreáticas se asociaron a mayor supervivencia. No se observaron diferencias significativas entre localización tumoral o histología frente a la cirugía.

La mediana de supervivencia fue de 6.9 meses. El estadio IV presentó el peor pronóstico, con una mediana de supervivencia de 1.7 meses. La tasa de supervivencia a uno, dos y tres años fue del 31.2%, 17.4% y 16.5% respectivamente. La supervivencia fue significativamente mayor con cirugía, quimioterapia y enzimas pancreáticas, pero no con drenaje biliar (Tabla 3).

En el análisis multivariante, los factores asociados de forma independiente a una mayor mortalidad fueron NLR >2.7 e IPA >1.2 . Además, el tratamiento con quimioterapia y enzimas pancreáticas, y niveles mayores de albúmina se asociaron a menor riesgo de muerte. La cirugía fue significativa en el análisis univariante, sin embargo no se mantuvo como factor pronóstico independiente tras el ajuste (Tabla 4).



Nombre	Pie	Previsualizar																																																																																												
Tabla 1.	Antecedentes personales, pruebas diagnósticas, principales características de los tumores de páncreas diagnosticados y manejo terapéutico.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Características</th> <th>Total (n = 109)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Sexo n (%)</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>56 (51.4)</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>53 (48.6)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Edad, media ± DS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>74.7 ± 12.6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Antecedentes personales, n (%)</td> </tr> <tr> <td>Diabetes mellitus</td> <td>47 (43.1)</td> </tr> <tr> <td>Pancreatitis crónica</td> <td>11 (10.1)</td> </tr> <tr> <td>Consumo de tabaco</td> <td>52 (47.7)</td> </tr> <tr> <td>Antecedentes familiares</td> <td>8 (7.3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prueba diagnóstica inicial, n (%)</td> </tr> <tr> <td>Ecografía abdominal</td> <td>28 (25.7)</td> </tr> <tr> <td>Tomografía computarizada</td> <td>70 (64.2)</td> </tr> <tr> <td>Ecoendoscopia</td> <td>8 (7.3)</td> </tr> <tr> <td>Otras (RM o CPRE)</td> <td>3 (2.8)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prueba diagnóstica definitiva (biopsia), n (%)</td> </tr> <tr> <td>Ecoendoscopia</td> <td>72 (66.1)</td> </tr> <tr> <td>CPRE</td> <td>3 (2.8)</td> </tr> <tr> <td>Biopsia quirúrgica</td> <td>9 (8.3)</td> </tr> <tr> <td>Biopsia percutánea de metástasis</td> <td>4 (3.7)</td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td>21 (19.3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Localización del tumor, n (%)</td> </tr> <tr> <td>Cabeza</td> <td>67 (61.5)</td> </tr> <tr> <td>Cuerpo</td> <td>29 (26.6)</td> </tr> <tr> <td>Cola</td> <td>13 (11.9)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Histología, n (%)</td> </tr> <tr> <td>Adenocarcinoma</td> <td>61 (56.0)</td> </tr> <tr> <td>Carcinoma adenoescamoso</td> <td>7 (6.4)</td> </tr> <tr> <td>Tumor neuroendocrino</td> <td>5 (4.6)</td> </tr> <tr> <td>Neoplasia papilar mucinosa intraductal</td> <td>1 (0.9)</td> </tr> <tr> <td>Atipia (sospecha de malignidad)</td> <td>13 (11.9)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Estadio al diagnóstico, n (%)</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>10 (9.2)</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>34 (31.2)</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>17 (15.6)</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>48 (44.0)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Progresión a estadio I, n (%)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>16 (14.7)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Manejo terapéutico, n (%)</td> </tr> <tr> <td>Cirugía</td> <td>23 (21.1)</td> </tr> <tr> <td>Quimioterapia</td> <td>54 (49.5)</td> </tr> <tr> <td>Drenaje biliar</td> <td>48 (44.0)</td> </tr> <tr> <td>Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas</td> <td>54 (49.5)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fallecimiento, n (%)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>91 (83.5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; RM: Resonancia magnética.</p>	Características	Total (n = 109)	Sexo n (%)		Hombres	56 (51.4)	Mujeres	53 (48.6)	Edad, media ± DS			74.7 ± 12.6	Antecedentes personales, n (%)		Diabetes mellitus	47 (43.1)	Pancreatitis crónica	11 (10.1)	Consumo de tabaco	52 (47.7)	Antecedentes familiares	8 (7.3)	Prueba diagnóstica inicial, n (%)		Ecografía abdominal	28 (25.7)	Tomografía computarizada	70 (64.2)	Ecoendoscopia	8 (7.3)	Otras (RM o CPRE)	3 (2.8)	Prueba diagnóstica definitiva (biopsia), n (%)		Ecoendoscopia	72 (66.1)	CPRE	3 (2.8)	Biopsia quirúrgica	9 (8.3)	Biopsia percutánea de metástasis	4 (3.7)	Ninguna	21 (19.3)	Localización del tumor, n (%)		Cabeza	67 (61.5)	Cuerpo	29 (26.6)	Cola	13 (11.9)	Histología, n (%)		Adenocarcinoma	61 (56.0)	Carcinoma adenoescamoso	7 (6.4)	Tumor neuroendocrino	5 (4.6)	Neoplasia papilar mucinosa intraductal	1 (0.9)	Atipia (sospecha de malignidad)	13 (11.9)	Estadio al diagnóstico, n (%)		I	10 (9.2)	II	34 (31.2)	III	17 (15.6)	IV	48 (44.0)	Progresión a estadio I, n (%)			16 (14.7)	Manejo terapéutico, n (%)		Cirugía	23 (21.1)	Quimioterapia	54 (49.5)	Drenaje biliar	48 (44.0)	Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas	54 (49.5)	Fallecimiento, n (%)			91 (83.5)
Características	Total (n = 109)																																																																																													
Sexo n (%)																																																																																														
Hombres	56 (51.4)																																																																																													
Mujeres	53 (48.6)																																																																																													
Edad, media ± DS																																																																																														
	74.7 ± 12.6																																																																																													
Antecedentes personales, n (%)																																																																																														
Diabetes mellitus	47 (43.1)																																																																																													
Pancreatitis crónica	11 (10.1)																																																																																													
Consumo de tabaco	52 (47.7)																																																																																													
Antecedentes familiares	8 (7.3)																																																																																													
Prueba diagnóstica inicial, n (%)																																																																																														
Ecografía abdominal	28 (25.7)																																																																																													
Tomografía computarizada	70 (64.2)																																																																																													
Ecoendoscopia	8 (7.3)																																																																																													
Otras (RM o CPRE)	3 (2.8)																																																																																													
Prueba diagnóstica definitiva (biopsia), n (%)																																																																																														
Ecoendoscopia	72 (66.1)																																																																																													
CPRE	3 (2.8)																																																																																													
Biopsia quirúrgica	9 (8.3)																																																																																													
Biopsia percutánea de metástasis	4 (3.7)																																																																																													
Ninguna	21 (19.3)																																																																																													
Localización del tumor, n (%)																																																																																														
Cabeza	67 (61.5)																																																																																													
Cuerpo	29 (26.6)																																																																																													
Cola	13 (11.9)																																																																																													
Histología, n (%)																																																																																														
Adenocarcinoma	61 (56.0)																																																																																													
Carcinoma adenoescamoso	7 (6.4)																																																																																													
Tumor neuroendocrino	5 (4.6)																																																																																													
Neoplasia papilar mucinosa intraductal	1 (0.9)																																																																																													
Atipia (sospecha de malignidad)	13 (11.9)																																																																																													
Estadio al diagnóstico, n (%)																																																																																														
I	10 (9.2)																																																																																													
II	34 (31.2)																																																																																													
III	17 (15.6)																																																																																													
IV	48 (44.0)																																																																																													
Progresión a estadio I, n (%)																																																																																														
	16 (14.7)																																																																																													
Manejo terapéutico, n (%)																																																																																														
Cirugía	23 (21.1)																																																																																													
Quimioterapia	54 (49.5)																																																																																													
Drenaje biliar	48 (44.0)																																																																																													
Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas	54 (49.5)																																																																																													
Fallecimiento, n (%)																																																																																														
	91 (83.5)																																																																																													
Tabla 2	Análisis comparativo entre los datos demográficos y las variables de laboratorio entre grupos clasificados por mortalidad en los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Características</th> <th>Supervivientes (n=18)</th> <th>Fallecidos (n=91)</th> <th>p - valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Sexo n (%)</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>9 (50.0)</td> <td>47 (51.7)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>9 (50.0)</td> <td>44 (48.3)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Edad, media ± DE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>66.0 ± 11.8</td> <td>76.2 ± 12.3</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Variables de laboratorio, media ± DE</td> </tr> <tr> <td>CA 19-9, U/mL</td> <td>955.53 ± 2701.74</td> <td>4050.42 ± 6406.80</td> <td>0.003</td> </tr> <tr> <td>PCR, mg/L</td> <td>14.54 ± 17.37</td> <td>58.38 ± 62.68</td> <td>< 0.001</td> </tr> <tr> <td>Albúmina, g/dL</td> <td>3.24 ± 0.97</td> <td>2.78 ± 0.70</td> <td>0.043</td> </tr> <tr> <td>Índice neutrófilo/linfocito (NLR)</td> <td>2.35 ± 1.84</td> <td>7.07 ± 9.21</td> <td>0.033</td> </tr> <tr> <td>Índice PCR/albúmina (IPA)</td> <td>0.44 ± 0.34</td> <td>2.61 ± 3.25</td> <td>< 0.001</td> </tr> </tbody> </table>	Características	Supervivientes (n=18)	Fallecidos (n=91)	p - valor	Sexo n (%)				Hombres	9 (50.0)	47 (51.7)		Mujeres	9 (50.0)	44 (48.3)		Edad, media ± DE					66.0 ± 11.8	76.2 ± 12.3		Variables de laboratorio, media ± DE				CA 19-9, U/mL	955.53 ± 2701.74	4050.42 ± 6406.80	0.003	PCR, mg/L	14.54 ± 17.37	58.38 ± 62.68	< 0.001	Albúmina, g/dL	3.24 ± 0.97	2.78 ± 0.70	0.043	Índice neutrófilo/linfocito (NLR)	2.35 ± 1.84	7.07 ± 9.21	0.033	Índice PCR/albúmina (IPA)	0.44 ± 0.34	2.61 ± 3.25	< 0.001																																												
Características	Supervivientes (n=18)	Fallecidos (n=91)	p - valor																																																																																											
Sexo n (%)																																																																																														
Hombres	9 (50.0)	47 (51.7)																																																																																												
Mujeres	9 (50.0)	44 (48.3)																																																																																												
Edad, media ± DE																																																																																														
	66.0 ± 11.8	76.2 ± 12.3																																																																																												
Variables de laboratorio, media ± DE																																																																																														
CA 19-9, U/mL	955.53 ± 2701.74	4050.42 ± 6406.80	0.003																																																																																											
PCR, mg/L	14.54 ± 17.37	58.38 ± 62.68	< 0.001																																																																																											
Albúmina, g/dL	3.24 ± 0.97	2.78 ± 0.70	0.043																																																																																											
Índice neutrófilo/linfocito (NLR)	2.35 ± 1.84	7.07 ± 9.21	0.033																																																																																											
Índice PCR/albúmina (IPA)	0.44 ± 0.34	2.61 ± 3.25	< 0.001																																																																																											



<p>Tabla 3</p> <p>Análisis de supervivencia según características del tumor y manejo terapéutico de los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Características</i></th> <th><i>Mediana en meses (IC 95%)</i></th> <th><i>p - valor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"><i>Localización del tumor</i></td> </tr> <tr> <td>Cabeza</td> <td>8.1 (5.4 - 10.8)</td> <td rowspan="3">0.371</td> </tr> <tr> <td>Cuerpo</td> <td>3.5 (0 - 7.2)</td> </tr> <tr> <td>Cola</td> <td>1.7 (0 - 7.6)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Histología</i></td> </tr> <tr> <td>Adenocarcinoma</td> <td>8.2 (5.3 - 11.0)</td> <td rowspan="5">0.336</td> </tr> <tr> <td>Tumor neuroendocrino</td> <td>18.8</td> </tr> <tr> <td>Neoplasia papilar mucinosa intraductal</td> <td>24.2 (10.8 - 37.7)</td> </tr> <tr> <td>Carcinoma adenoescamoso</td> <td>4.9 (0 - 10.0)</td> </tr> <tr> <td>Atipia (sospecha de malignidad)</td> <td>10.8 (3.7 - 17.9)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Estadio al diagnóstico</i></td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>8.0 (3.7 - 12.3)</td> <td rowspan="4">p < 0.001</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>8.6 (6.6 - 10.6)</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>15.0 (12.9 - 17.2)</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>1.7 (0.9 - 2.4)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Cirugía</i></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>3.5 (0.8 - 6.2)</td> <td rowspan="2">p < 0.001</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>25.6 (19.9 - 31.3)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Quimioterapia</i></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>1.4 (0.9 - 2.0)</td> <td rowspan="2">p < 0.001</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>12.8 (7.7 - 17.8)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Drenaje biliar</i></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>3.1 (0 - 6.4)</td> <td rowspan="2">0.495</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>8.3 (6.3 - 10.2)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas</i></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>1.6 (0.8 - 2.3)</td> <td rowspan="2">p < 0.001</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>3.2 (4.9 - 17.8)</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Características</i>	<i>Mediana en meses (IC 95%)</i>	<i>p - valor</i>	<i>Localización del tumor</i>			Cabeza	8.1 (5.4 - 10.8)	0.371	Cuerpo	3.5 (0 - 7.2)	Cola	1.7 (0 - 7.6)	<i>Histología</i>			Adenocarcinoma	8.2 (5.3 - 11.0)	0.336	Tumor neuroendocrino	18.8	Neoplasia papilar mucinosa intraductal	24.2 (10.8 - 37.7)	Carcinoma adenoescamoso	4.9 (0 - 10.0)	Atipia (sospecha de malignidad)	10.8 (3.7 - 17.9)	<i>Estadio al diagnóstico</i>			I	8.0 (3.7 - 12.3)	p < 0.001	II	8.6 (6.6 - 10.6)	III	15.0 (12.9 - 17.2)	IV	1.7 (0.9 - 2.4)	<i>Cirugía</i>			No	3.5 (0.8 - 6.2)	p < 0.001	Sí	25.6 (19.9 - 31.3)	<i>Quimioterapia</i>			No	1.4 (0.9 - 2.0)	p < 0.001	Sí	12.8 (7.7 - 17.8)	<i>Drenaje biliar</i>			No	3.1 (0 - 6.4)	0.495	Sí	8.3 (6.3 - 10.2)	<i>Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas</i>			No	1.6 (0.8 - 2.3)	p < 0.001	Sí	3.2 (4.9 - 17.8)
<i>Características</i>	<i>Mediana en meses (IC 95%)</i>	<i>p - valor</i>																																																																							
<i>Localización del tumor</i>																																																																									
Cabeza	8.1 (5.4 - 10.8)	0.371																																																																							
Cuerpo	3.5 (0 - 7.2)																																																																								
Cola	1.7 (0 - 7.6)																																																																								
<i>Histología</i>																																																																									
Adenocarcinoma	8.2 (5.3 - 11.0)	0.336																																																																							
Tumor neuroendocrino	18.8																																																																								
Neoplasia papilar mucinosa intraductal	24.2 (10.8 - 37.7)																																																																								
Carcinoma adenoescamoso	4.9 (0 - 10.0)																																																																								
Atipia (sospecha de malignidad)	10.8 (3.7 - 17.9)																																																																								
<i>Estadio al diagnóstico</i>																																																																									
I	8.0 (3.7 - 12.3)	p < 0.001																																																																							
II	8.6 (6.6 - 10.6)																																																																								
III	15.0 (12.9 - 17.2)																																																																								
IV	1.7 (0.9 - 2.4)																																																																								
<i>Cirugía</i>																																																																									
No	3.5 (0.8 - 6.2)	p < 0.001																																																																							
Sí	25.6 (19.9 - 31.3)																																																																								
<i>Quimioterapia</i>																																																																									
No	1.4 (0.9 - 2.0)	p < 0.001																																																																							
Sí	12.8 (7.7 - 17.8)																																																																								
<i>Drenaje biliar</i>																																																																									
No	3.1 (0 - 6.4)	0.495																																																																							
Sí	8.3 (6.3 - 10.2)																																																																								
<i>Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas</i>																																																																									
No	1.6 (0.8 - 2.3)	p < 0.001																																																																							
Sí	3.2 (4.9 - 17.8)																																																																								
<p>Tabla 4</p> <p>Resultados del análisis multivariante; factores asociados de forma independiente a mayor y a menor mortalidad en pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Variables</i></th> <th><i>Hazard Ratio</i></th> <th><i>p - valor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"><i>Factores asociados a mayor mortalidad</i></td> </tr> <tr> <td>Índice neutrófilo/linfocito (NLR) > 2.7</td> <td>2.96</td> <td>0.04</td> </tr> <tr> <td>Índice PCR/albúmina (IPA) > 1.2</td> <td>4.22</td> <td>p < 0.001</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Factores asociados a menor mortalidad</i></td> </tr> <tr> <td>Niveles elevados de albúmina, g/dL</td> <td>0.63</td> <td>0.020</td> </tr> <tr> <td>Quimioterapia</td> <td>0.22</td> <td>p < 0.001</td> </tr> <tr> <td>Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas</td> <td>0.43</td> <td>0.007</td> </tr> <tr> <td>Cirugía (análisis univariante)</td> <td>0.17</td> <td>p < 0.001</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Variables</i>	<i>Hazard Ratio</i>	<i>p - valor</i>	<i>Factores asociados a mayor mortalidad</i>			Índice neutrófilo/linfocito (NLR) > 2.7	2.96	0.04	Índice PCR/albúmina (IPA) > 1.2	4.22	p < 0.001	<i>Factores asociados a menor mortalidad</i>			Niveles elevados de albúmina, g/dL	0.63	0.020	Quimioterapia	0.22	p < 0.001	Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas	0.43	0.007	Cirugía (análisis univariante)	0.17	p < 0.001																																												
<i>Variables</i>	<i>Hazard Ratio</i>	<i>p - valor</i>																																																																							
<i>Factores asociados a mayor mortalidad</i>																																																																									
Índice neutrófilo/linfocito (NLR) > 2.7	2.96	0.04																																																																							
Índice PCR/albúmina (IPA) > 1.2	4.22	p < 0.001																																																																							
<i>Factores asociados a menor mortalidad</i>																																																																									
Niveles elevados de albúmina, g/dL	0.63	0.020																																																																							
Quimioterapia	0.22	p < 0.001																																																																							
Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas	0.43	0.007																																																																							
Cirugía (análisis univariante)	0.17	p < 0.001																																																																							

Conclusiones:

En esta cohorte, el estadio avanzado al diagnóstico se asoció a mayor mortalidad. Los índices inflamatorios elevados (NLR e IPA) y la hipoalbuminemia fueron factores pronósticos independientes de peor supervivencia. Por el contrario, la cirugía, la quimioterapia y la terapia de reemplazo enzimático se relacionaron con una reducción significativa del riesgo de muerte.



OB008 - METÁSTASIS PANCREÁTICAS DIAGNOSTICADAS POR ECOENDOSCOPIA: SERIE RETROSPECTIVA Y RENDIMIENTO DE LA USE-PAAF

Presenta: Catalina Rubio Enrile

Rubio Enrile, C; Alonso Belmonte, C; Pinto García, I; Durán Campos, A; Mongil Ponce, L; Jiménez Pérez, M

Digestivo. Complejo Hospitalario Regional de Málaga. Málaga.

Introducción:

La metástasis en páncreas (MP) es una entidad infrecuente que representa el 2–5% de las lesiones neoplásicas pancreáticas. El tumor primario más comúnmente descrito es el carcinoma renal de células claras (CRCC), seguido de pulmón, colon y tumores ginecológicos.

Debido a su presentación clínica heterogénea y hallazgos radiológicos inespecíficos, el diagnóstico anatomopatológico resulta imprescindible, siendo la ecoendoscopia con punción-aspiración con aguja fina (USE-PAAF) la técnica de referencia.

El tratamiento va a depender del número de lesiones, del tumor primario y del estado clínico del paciente.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todas las USE-PAAF realizadas por lesiones pancreáticas entre 2017 y 2025 en un hospital de tercer nivel. De 510 pacientes, se identificaron 17 con diagnóstico de MP. Se analizaron variables demográficas, forma de presentación, características ecoendoscópicas, histología e inmunohistoquímica del tumor primario, tratamiento y supervivencia global.

Resultados:

La incidencia de metástasis pancreáticas fue del 3,3%. La mediana de edad al diagnóstico fue de 67 años (IQR 52-72) y el 64,7% eran mujeres. El intervalo mediano entre el diagnóstico del tumor primario y la afectación pancreática fue de 24 meses (IQR 0-72); el 64,7% fueron metacrónicas. La forma de presentación más frecuente fue el hallazgo incidental en TC (35,3%). Las características demográficas y clínicas se resumen en la Tabla 1.

Los tumores primarios más frecuentes fueron el CRCC y el cáncer de pulmón. Cabe resaltar el caso de un paciente con hepatocarcinoma (CHC) previamente sometido a trasplante hepático. Seis pacientes (35,3%) presentaron metástasis extra pancreáticas al diagnóstico.

La mayoría presentó lesión pancreática única (76,5%), con tamaño mediano de 26 mm (IQR 19-32,3). La localización más frecuente fue la cabeza pancreática (52,9%), aunque solo el 41,2% del total presentó obstrucción biliar. La dilatación del conducto pancreático principal fue leve y se registró en el 41,2% de los casos.

En la ecoendoscopia, las lesiones fueron predominantemente sólidas, hipoecoicas y de morfología redondeada.

Las de mayor tamaño mostraron mayor heterogeneidad, márgenes mal definidos y áreas necróticas ocasionales, sugiriendo un patrón expansivo característico. Las características de las lesiones y el rendimiento de la USE-PAAF se muestran en la Tabla 2.

Se realizó USE-PAAF en todos los casos, con diagnóstico histológico en el 88,2% y sin complicaciones.

El manejo fue heterogéneo, adaptado al tumor primario y situación clínica. Tres pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y la mayoría recibió tratamiento sistémico dirigido según su perfil inmunohistoquímico. Se observó estabilización o respuesta tumoral en el 70,6% de los casos. La supervivencia global mediana fue de 19 meses (IQR 5-46), destacando dos pacientes con supervivencias de hasta 7 años.



Nombre	Pie	Previsualizar																																												
Tabla 1	Características demográficas y clínicas de la serie MP.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Pacientes (n=17)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad (años); mediana (IQR)</td> <td>67 (52-72)</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>Mujeres 11 (64,7%), Varones 6 (35,3%)</td> </tr> <tr> <td>Tumor primario; n (%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Riñón (CRCC)</td> <td>5 (29,4%)</td> </tr> <tr> <td>- Pulmón (adenocarcinoma /microcítico)</td> <td>5 (29,4%)</td> </tr> <tr> <td>- Adenocarcinoma de colon</td> <td>2 (11,8%)</td> </tr> <tr> <td>- Leiomiomasarcoma</td> <td>2 (11,8%)</td> </tr> <tr> <td>- Hepatocarcinoma</td> <td>1 (5,9%)</td> </tr> <tr> <td>- Adenocarcinoma de mama</td> <td>1 (5,9%)</td> </tr> <tr> <td>- Carcinoma seroso de ovario</td> <td>1 (5,9%)</td> </tr> <tr> <td>Presentación; n (%)</td> <td>Sincrónica 6 (35,3%), Metacrónica 11 (64,7%)</td> </tr> <tr> <td>Intervalo desde tumor primario (meses); mediana (IQR)</td> <td>24 (0-72)</td> </tr> <tr> <td>Forma de presentación; n (%)</td> <td>Hallazgo en seguimiento radiológico: 6 (35,3%), Ictericia: 5 (29,4%), Síndrome constitucional: 3 (17,7%), Pancreatitis: 2 (11,8%), Colangitis: 1 (5,9%)</td> </tr> <tr> <td>Bilirrubina total sérica (mg/dL); mediana (IQR)</td> <td>0,7 (0,4-5,8)</td> </tr> <tr> <td>Marcadores tumorales; mediana</td> <td>CA 19-9: 18,2 U/mL, CEA: 6,3 ng/mL</td> </tr> <tr> <td>Metástasis extra pancreáticas al diagnóstico; n (%)</td> <td>6 (35,3%)</td> </tr> </tbody> </table>	Pacientes (n=17)		Edad (años); mediana (IQR)	67 (52-72)	Sexo	Mujeres 11 (64,7%), Varones 6 (35,3%)	Tumor primario; n (%)		- Riñón (CRCC)	5 (29,4%)	- Pulmón (adenocarcinoma /microcítico)	5 (29,4%)	- Adenocarcinoma de colon	2 (11,8%)	- Leiomiomasarcoma	2 (11,8%)	- Hepatocarcinoma	1 (5,9%)	- Adenocarcinoma de mama	1 (5,9%)	- Carcinoma seroso de ovario	1 (5,9%)	Presentación; n (%)	Sincrónica 6 (35,3%), Metacrónica 11 (64,7%)	Intervalo desde tumor primario (meses); mediana (IQR)	24 (0-72)	Forma de presentación; n (%)	Hallazgo en seguimiento radiológico: 6 (35,3%), Ictericia: 5 (29,4%), Síndrome constitucional: 3 (17,7%), Pancreatitis: 2 (11,8%), Colangitis: 1 (5,9%)	Bilirrubina total sérica (mg/dL); mediana (IQR)	0,7 (0,4-5,8)	Marcadores tumorales; mediana	CA 19-9: 18,2 U/mL, CEA: 6,3 ng/mL	Metástasis extra pancreáticas al diagnóstico; n (%)	6 (35,3%)										
Pacientes (n=17)																																														
Edad (años); mediana (IQR)	67 (52-72)																																													
Sexo	Mujeres 11 (64,7%), Varones 6 (35,3%)																																													
Tumor primario; n (%)																																														
- Riñón (CRCC)	5 (29,4%)																																													
- Pulmón (adenocarcinoma /microcítico)	5 (29,4%)																																													
- Adenocarcinoma de colon	2 (11,8%)																																													
- Leiomiomasarcoma	2 (11,8%)																																													
- Hepatocarcinoma	1 (5,9%)																																													
- Adenocarcinoma de mama	1 (5,9%)																																													
- Carcinoma seroso de ovario	1 (5,9%)																																													
Presentación; n (%)	Sincrónica 6 (35,3%), Metacrónica 11 (64,7%)																																													
Intervalo desde tumor primario (meses); mediana (IQR)	24 (0-72)																																													
Forma de presentación; n (%)	Hallazgo en seguimiento radiológico: 6 (35,3%), Ictericia: 5 (29,4%), Síndrome constitucional: 3 (17,7%), Pancreatitis: 2 (11,8%), Colangitis: 1 (5,9%)																																													
Bilirrubina total sérica (mg/dL); mediana (IQR)	0,7 (0,4-5,8)																																													
Marcadores tumorales; mediana	CA 19-9: 18,2 U/mL, CEA: 6,3 ng/mL																																													
Metástasis extra pancreáticas al diagnóstico; n (%)	6 (35,3%)																																													
Tabla 2	Características de las lesiones pancreáticas y rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Pacientes (n=17)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número de lesiones; n (%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Única</td> <td>13 (76,5%)</td> </tr> <tr> <td>- Múltiples</td> <td>4 (23,5%)</td> </tr> <tr> <td>Localización; n (%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Cabeza</td> <td>9 (52,9%)</td> </tr> <tr> <td>- Cuerpo – cola</td> <td>5 (29,4%)</td> </tr> <tr> <td>- Multifocal</td> <td>3 (17,7%)</td> </tr> <tr> <td>Tamaño de la lesión (mm); mediana (IQR)</td> <td>26 (19-32,3)</td> </tr> <tr> <td>Obstrucción biliar; n (%)</td> <td>7 (41,2%)</td> </tr> <tr> <td>Dilatación conducto pancreático principal; n (%)</td> <td>7 (41,2%)</td> </tr> <tr> <td>Ecogenicidad; n (%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Hipoecoica</td> <td>10 (58,8%)</td> </tr> <tr> <td>- Isoecoica</td> <td>2 (11,8%)</td> </tr> <tr> <td>- Heterogénea</td> <td>5 (29,4%)</td> </tr> <tr> <td>Márgenes bien delimitados; n (%)</td> <td>14 (82,4%)</td> </tr> <tr> <td>Áreas de necrosis; n (%)</td> <td>2 (11,8%)</td> </tr> <tr> <td>USE-PAAF realizada; n (%)</td> <td>17 (100%)</td> </tr> <tr> <td>Rendimiento diagnóstico USE-PAAF, n (%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Diagnóstico en el 1er intento</td> <td>13 (76,5%)</td> </tr> <tr> <td>- Diagnóstico histológico final</td> <td>15 (88,2%)</td> </tr> <tr> <td>Complicaciones; n (%)</td> <td>0 (0%)</td> </tr> </tbody> </table>	Pacientes (n=17)		Número de lesiones; n (%)		- Única	13 (76,5%)	- Múltiples	4 (23,5%)	Localización; n (%)		- Cabeza	9 (52,9%)	- Cuerpo – cola	5 (29,4%)	- Multifocal	3 (17,7%)	Tamaño de la lesión (mm); mediana (IQR)	26 (19-32,3)	Obstrucción biliar; n (%)	7 (41,2%)	Dilatación conducto pancreático principal; n (%)	7 (41,2%)	Ecogenicidad; n (%)		- Hipoecoica	10 (58,8%)	- Isoecoica	2 (11,8%)	- Heterogénea	5 (29,4%)	Márgenes bien delimitados; n (%)	14 (82,4%)	Áreas de necrosis; n (%)	2 (11,8%)	USE-PAAF realizada; n (%)	17 (100%)	Rendimiento diagnóstico USE-PAAF, n (%)		- Diagnóstico en el 1er intento	13 (76,5%)	- Diagnóstico histológico final	15 (88,2%)	Complicaciones; n (%)	0 (0%)
Pacientes (n=17)																																														
Número de lesiones; n (%)																																														
- Única	13 (76,5%)																																													
- Múltiples	4 (23,5%)																																													
Localización; n (%)																																														
- Cabeza	9 (52,9%)																																													
- Cuerpo – cola	5 (29,4%)																																													
- Multifocal	3 (17,7%)																																													
Tamaño de la lesión (mm); mediana (IQR)	26 (19-32,3)																																													
Obstrucción biliar; n (%)	7 (41,2%)																																													
Dilatación conducto pancreático principal; n (%)	7 (41,2%)																																													
Ecogenicidad; n (%)																																														
- Hipoecoica	10 (58,8%)																																													
- Isoecoica	2 (11,8%)																																													
- Heterogénea	5 (29,4%)																																													
Márgenes bien delimitados; n (%)	14 (82,4%)																																													
Áreas de necrosis; n (%)	2 (11,8%)																																													
USE-PAAF realizada; n (%)	17 (100%)																																													
Rendimiento diagnóstico USE-PAAF, n (%)																																														
- Diagnóstico en el 1er intento	13 (76,5%)																																													
- Diagnóstico histológico final	15 (88,2%)																																													
Complicaciones; n (%)	0 (0%)																																													

Conclusiones:

Las metástasis pancreáticas son infrecuentes y presentan gran variabilidad clínica y radiológica. La USE-PAAF es una técnica segura y con alto rendimiento diagnóstico, permitiendo la caracterización histológica y molecular y la selección de terapias dirigidas. El origen del tumor primario y la estrategia terapéutica condicionan la supervivencia global.



OB009 - CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LAS COLECCIONES NECRÓTICAS PANCREÁTICAS TRATADAS MEDIANTE DRENAJE ECOENDOSCÓPICO: EXPERIENCIA CLÍNICA

Presenta: Claudia Torres Blanco

Torres Blanco, C; Hernández Pérez, AM; Sánchez Yagüe, A; Rivera Irigoín, R

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

Introducción:

La infección de las colecciones necróticas pancreáticas es una de las complicaciones más graves de la pancreatitis aguda, asociada a mayor morbilidad, necesidad de cuidados intensivos y mortalidad. Pese a su impacto clínico, las guías actuales no recomiendan la obtención sistemática de muestras microbiológicas durante el drenaje, debido a la limitada evidencia sobre su influencia en el manejo y el pronóstico. Sin embargo, identificar los microorganismos y sus patrones de sensibilidad podría ser útil para optimizar el tratamiento antibiótico y antifúngico en un contexto clínico complejo.

El objetivo fue describir el perfil microbiológico de las colecciones necróticas pancreáticas drenadas mediante quistogastrostomía guiada por ecoendoscopia en nuestro centro y analizar su posible asociación con el ingreso en la de cuidados intensivos (UCI) y la mortalidad.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo basado en una base de datos prospectiva de pacientes sometidos a quistogastrostomía guiada por ecoendoscopia para drenaje de colecciones pancreáticas en nuestro hospital. Se recogieron variables demográficas, etiología y gravedad de la pancreatitis, ingreso en UCI y exitus. Se registraron los cultivos obtenidos en el momento del drenaje endoscópico, interpretados junto con el de Enfermedades Infecciosas. Se evaluó la relación entre hallazgos microbiológicos y evolución clínica.

El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para cualitativas. Las comparaciones bivariadas se realizaron con el test exacto de Fisher, considerando significativo $p < 0,05$. Se utilizó SPSS versión 28.

Resultados:

Se incluyeron 41 pacientes, predominio masculino (80,5%), edad media 59,3 años (DE \pm 15,3). La etiología más frecuente fue biliar (51,2%), seguida de tóxica (29,3%). El 61% presentó pancreatitis grave y el 39% moderadamente grave. El 51,2% requirió ingreso en UCI y la mortalidad global fue del 14,6% (6 pacientes). Los cultivos fueron positivos en 22 casos (53,7%), negativos o contaminantes en 8 (19,5%) y no se obtuvo muestra en 11 (26,8%). El microorganismo más frecuente fue *Escherichia coli* (36,4%), seguido de *Klebsiella pneumoniae* (27,3%) y *Enterococcus faecium* (13,6%). *Candida albicans* se aisló en el 31,8% de los cultivos positivos.

La positividad del cultivo no se asoció significativamente con mayor ingreso en UCI ni mortalidad. Sin embargo, entre los pacientes con *Candida albicans* (7 casos), el 85,7% ingresó en UCI frente al 43,5% sin candidiasis, con tendencia a significación estadística ($p = 0,08$).

Conclusiones:

Pese a las limitaciones del método de obtención de muestras, conocer el perfil microbiológico y la sensibilidad antimicrobiana de estas colecciones puede favorecer un manejo más individualizado. La elevada frecuencia de candidiasis sugiere que la infección fúngica podría desempeñar un papel relevante en la evolución clínica y debe considerarse en las decisiones terapéuticas



OB010 - UTILIDAD DE PREDICTORES CLÍNICOS, BIOQUÍMICOS Y RADIOLÓGICOS NO INVASIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITIASIS: EXPERIENCIA EN CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Presenta: Alejandro Fernández-Soro

Fernández-Soro, A; Jarque Macian, P; Gutiérrez Basoa, J; Riera Vidal, IA; Buxaus Ventura, A; Castelló Miralles, I; Latorre Sánchez, M; Alventosa-Mateu, C; Urquijo Ponce, JJ

Digestivo. Hospital General Univ. de Valencia. Valencia.

Introducción:

La coledocolitiasis es una causa frecuente de patología biliar y puede asociarse a complicaciones graves como colangitis y pancreatitis aguda. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye el método diagnóstico y terapéutico de referencia, aunque su uso indiscriminado se asocia a una morbilidad no despreciable. Por ello, las guías clínicas recomiendan una estratificación previa del riesgo basada en predictores clínicos, bioquímicos y radiológicos no invasivos. Sin embargo, el rendimiento diagnóstico de estos predictores puede variar según el contexto clínico y la población atendida. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de dichos predictores en pacientes con sospecha de coledocolitiasis en un hospital terciario y desarrollar un modelo predictivo adaptado a nuestra práctica clínica.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes adultos atendidos por sospecha de coledocolitiasis en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia entre septiembre de 2023 y marzo de 2025. Se incluyeron pacientes con clínica compatible, alteraciones analíticas y/o hallazgos ecográficos sugestivos, que contaran con al menos una prueba diagnóstica confirmatoria (CPRE, colangiorresonancia magnética o ultrasonido endoscópico).

La variable dependiente fue la presencia de coledocolitiasis confirmada. Se analizaron predictores clínicos, bioquímicos y ecográficos, así como la estratificación de riesgo según guías ASGE. Se realizó un análisis bivariante mediante regresión logística simple y un análisis multivariante mediante regresión logística binaria, incorporando variables con relevancia clínica o significación estadística. La capacidad discriminativa del modelo final se evaluó mediante curvas ROC y cálculo del bajo la curva (AUC).

Resultados:

Se incluyeron 218 pacientes, de los cuales el 55,5% presentó coledocolitiasis confirmada. En el análisis bivariante, se asociaron significativamente con la presencia de coledocolitiasis el mayor riesgo según guías, la edad, la dilatación del colédoco, la visualización de litiasis en ecografía y la ausencia de pancreatitis aguda biliar. En el análisis multivariante, el riesgo según guías (OR ajustada 1,89; IC95% 1,08–3,39), la edad (OR 1,03 por año; IC95% 1,01–1,05) y la ausencia de pancreatitis aguda (OR 4,17; IC95% 1,95–9,23) se mantuvieron como predictores independientes de coledocolitiasis confirmada. La dilatación del colédoco mostró una tendencia a la significación estadística. El modelo multivariante presentó una adecuada capacidad discriminativa, con un AUC de 0,78 (IC95% 0,72–0,84).

Conclusiones:

En nuestra experiencia, la combinación de predictores clínicos y radiológicos no invasivos permite identificar de forma adecuada a los pacientes con mayor probabilidad de coledocolitiasis confirmada. La pancreatitis aguda biliar se asocia de manera independiente a una menor probabilidad de litiasis residual. El modelo multivariante propuesto presenta una buena capacidad discriminativa y podría servir como herramienta de apoyo para optimizar el manejo diagnóstico y reducir procedimientos invasivos innecesarios.

OB011 - GESTIÓN DE LAS CONSULTAS MONOGRÁFICAS DE UNA BILIOPANCREÁTICA: CÓMO MEJORAR SU ORGANIZACIÓN Y LA ATENCIÓN CONTINUADA

Presenta: Rocío Cuevas Algaba

Cuevas Algaba, R¹; Wu Wu, J²; Ballesteros de Diego, L²; Hernán Ocaña, P²; Álvarez-Nava Torrego, T²; Sáenz-López Pérez, S²; Narro Bravo, R²; Fernández Vázquez, I²; Pérez-Carreras, M²

¹Digestivo. Hospital Univ. de Getafe. Getafe, Madrid. ²Digestivo. Hospital Univ. 12 de Octubre. Madrid.

Introducción:

Las enfermedades biliopancreáticas (EBP) representan uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Digestivo. Sin embargo, muchas de estas unidades desconocen la demanda real de las EBP específicas que tratan en sus consultas médicas monográficas (CMM), el flujo de pacientes de entrada y salida, o si el seguimiento de los mismos se ajusta a las recomendaciones establecidas en las guías clínicas. Este análisis es esencial a la hora de mejorar la atención continuada al paciente.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo que incluyó a pacientes atendidos en la CMM-EBP de un hospital de tercer nivel durante 6 meses (enero-junio de 2022). Variables estudiadas: datos epidemiológicos; tipo de EBP; estrategia de seguimiento y adherencia; origen de la derivación y destino al alta. Microsoft Excel version 16.84.



Resultados:

Se incluyeron 364 pacientes (54 % varones; edad 63 ± 15). La pancreatitis (crónica—PC y aguda—PA) y las lesiones quísticas pancreáticas (LQP) fueron los principales motivos de consulta (70 %; 254/364): PC (25 %; 92/364), PA (24 %; 86/364) y LQP (21 %; 76/364). Adecuación a las guías de seguimiento: uniformidad de criterios en el seguimiento de las LQP; heterogeneidad en PC. El 67 % de los pacientes procedían de hospitalización o de consultas generales de Digestivo, seguidos de consultas de otras especialidades. El 79 % (287/364) permanecieron en seguimiento, mientras que el 21 % (77/364) fueron dados de alta (17 % [63/364]) a Atención Primaria (AP).

Nombre	Pie	Previsualizar
<p>Figura 2</p> <p>Principales EBP atendidas en las CMEBP de un hospital de tercer nivel en 364 pacientes analizados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Pancreatitis crónica (PC): 25% (92/364) Pancreatitis aguda (PA): 24% (86/364) Lesiones quísticas pancreáticas (LQP): 21% (76/364) Coledocolitiasis: 5% (20/364) Dilatación de la vía biliar (DVB): 5% (18/364) Colangitis: 4% (13/364) Insuficiencia pancreática exocrina (IPE): 3% (12/364) Cólico biliar complicado: 2% (9/364) Tumor neuroendocrino pancreático (TNEp): 2% (8/364) Adenocarcinoma pancreático (ADCP): 1% (2/364) Otros diagnósticos: 8% (28/364) <p>Tumores malignos pancreáticos: TNEp y ADCP.</p>
<p>Figura 3</p> <p>Flujo de entrada-salida y tipo de seguimiento de los 364 pacientes con EBP de forma global y de los 3 diagnósticos principales de atención.</p>		<p>CONSULTAS MONOGRÁFICAS DE ENFERMEDADES BILIOPANCREÁTICAS (CMEBP)</p> <p>ENTRADAS: Pacientes con EBP (n=364) procedentes de: Hospitalización (en SAD, MI y otros centros): 49% (179/364); Consultas (de SAD, cirugía general, otras especialidades): 49% (179/364); Otros centros: 2% (6/364).</p> <p>SALIDAS: Derivación al alta de las CMEBP de pacientes con EBP a: Atención primaria: 17% (63/364); Consulta de cirugía: 2% (6/364); Otra consulta del SAD: 1% (4/364); Otras consultas: 1% (4/364).</p> <p>Seguimiento en CMEBP de los pacientes con EBP: Seguimiento en CMEBP de los pacientes con PC: 98% (90/92); Seguimiento en CMEBP de los pacientes con PA: 70% (60/86); Seguimiento en CMEBP de los pacientes con TPMP: 86% (51/59).</p> <p>Derivación al alta de pacientes con PC (92/364) procedentes de: Hospitalización (en SAD, MI y otros centros): 46% (42/92); Consultas (de SAD, cirugía general, otras especialidades): 52% (48/92); Otros centros: 2% (2/92).</p> <p>Derivación al alta de pacientes con PA (86/364) procedentes de: Hospitalización (en SAD, MI y otros centros): 88% (76/86); Consultas (de SAD, cirugía general, otras especialidades): 12% (10/86).</p> <p>Derivación al alta de pacientes con TPMP (59/364) procedentes de: Hospitalización (en SAD, MI y otros centros): 10% (6/59); Consultas (de SAD, cirugía general, otras especialidades): 90% (53/59).</p> <p>Derivación al alta de pacientes con PC a: Atención primaria: 1% (1/92); Otra consulta del SAD: 1% (1/92).</p> <p>Derivación al alta de pacientes con PA a: Atención primaria: 29% (24/86); Consulta de cirugía: 1% (1/86).</p> <p>Derivación al alta de pacientes con TPMP a: Atención primaria: 12% (7/59); Otra consulta del SAD: 2% (1/59).</p>
<p>Figura 4</p> <p>Adecuación del seguimiento de las lesiones quísticas pancreáticas (LQP) siguiendo la guía de Fukuoka 2017.</p>		<p>¿Está presente alguno de los siguientes "estigmas de alto riesgo" de malignidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> Si (10% (6/59)): Cirugía, si clínicamente apropiado. No (90% (53/59)): ¿Está presente alguna de las siguientes "características preocupantes"? <p>¿Está presente alguna de las siguientes "características preocupantes"?</p> <ul style="list-style-type: none"> Si, EE (10% (6/59)): ¿Hay alguna característica preocupante? <ul style="list-style-type: none"> Si (17% (1/6)): RMN/CRM con revisiones cada: 1 año → 44% (4/9); 6 meses → 11% (1/9); Alta → 22% (2/9). No (33% (2/6)) en espera para la realización de la EE. No (50% (3/6)): ¿Cuál es el tamaño del quiste más grande? <ul style="list-style-type: none"> <1 cm (19% (9/47)): RMN/CRM con revisiones cada: 1 año → 44% (4/9); 6 meses → 11% (1/9); Alta → 22% (2/9). 1-2 cm (66% (31/47)): RMN. Durante el 1er año de seguimiento (13%; 4/31), revisiones cada: 6 meses → 50% (2/4); 1 año → 25% (1/4); Alta → 25% (1/4). Durante el 2º y 3er año de seguimiento (58%; 18/31), revisiones cada: 1 año → 56% (10/18); 2 años → 17% (3/18); 6 meses → 11% (2/18); Alta → 11% (2/18); Pérdida de seguimiento → 6% (1/18). A partir del 3er año de seguimiento (29%; 9/31), revisiones cada: 1 año → 78% (7/9); 2 años → 22% (2/9). 2-3 cm (13% (7/47)): RMN/CRM con próxima revisión en: 1 año → 71% (5/7); Alta → 29% (2/7). >3cm: RMN/CRM con próxima revisión en: 1 año → 71% (5/7); Alta → 29% (2/7).

Conclusiones:

La PC, la PA y las LQP son las principales EBP manejadas en nuestras CMM. Los intervalos de seguimiento oscilaron entre 6 y 12 meses, con buena adherencia en los casos de LQP y mayor variabilidad en PC. La mayoría de los pacientes procedían de consultas de hospitalización o de Digestivo general. Más de dos tercios permanecieron en seguimiento en la CMM-EBP y el 21 % fueron dados de alta. Estos hallazgos permitirán mejorar la organización de nuestras CMM con el objetivo de establecer protocolos que nos guíen en el manejo a largo plazo de estas patologías, resultando fundamental la coordinación con Atención Primaria.