

Figura 2. Biopsias gástricas donde se visualizan depósitos de material amiloide mediante la tinción de Rojo Congo.

suele ser gástrica, de intestino delgado o colónica, aunque puede aparecer en cualquier segmento. Endoscópicamente, pueden observarse friabilidad, nodularidad mucosa, erosiones, úlceras, o ausencia de hallazgos. El diagnóstico definitivo es histológico, con tinción rojo Congo y birrefringencia verde manzada bajo luz polarizada.

El manejo depende del tipo de amiloidosis y suele requerir tratamiento sistémico dirigido a la causa subyacente, además de soporte nutricional y sintomático.

CP-203. VÓMITOS PERSISTENTES DE ORIGEN INCIERTO: UN CASO CLÍNICO COMPLEJO.

Molina Cortés P, Fernandez Cano MC, Lancho Muñoz A, Redondo Cerezo E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Los vómitos son un síntoma frecuente en la práctica clínica con una etiología amplia. Un abordaje adecuado requiere una anamnesis y exploración detalladas, complementadas con pruebas dirigidas según la sospecha. Presentamos el caso de una mujer con vómitos intratable, cuyo diagnóstico requirió un enfoque multidisciplinar para instaurar un tratamiento dirigido.

Caso clínico

Mujer de 75 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes y colecistectomía tras un episodio de colangitis aguda. Acudió a consulta de Digestivo por vómitos de meses de evolución, ocasionalmente acompañados de dolor en hipocondrio derecho. En la analítica destacaba un patrón colestásico.

Se realizó una endoscopia digestiva alta que mostró una hernia de hiato sin hallazgos relevantes adicionales y, una colangiografía magnética que evidenció una coledocolitiasis distal de 3 mm que se extrajo con éxito mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Inicialmente, se atribuyó el cuadro a la patología biliar, pero los vómitos recidivaron semanas después, provocando intolerancia oral y motivando ingreso hospitalario a cargo de Medicina Interna. Durante el ingreso, asoció hipo persistente y sensación de inestabilidad. Ante la ausencia de un diagnóstico claro, se realizó una resonancia magnética craneal, que mostró una hiperintensidad Flair en la sustancia gris periacueductal del área postrema (Figura 1), sugestiva de un proceso inflamatorio. Neurología completó el estudio, detectándose autoanticuerpos positivos contra la proteína acuaporina-4 (antiAQP4-IgG), lo que confirmó el diagnóstico de un trastorno del espectro de neuromielitis óptica (NMOSD). La paciente respondió favorablemente a metilprednisolona intravenosa y, al alta, inició tratamiento con azatioprina. Actualmente, permanece asintomática y sin nuevos brotes.

Discusión

Los vómitos son un motivo de consulta frecuente en patología digestiva, pero en el 10-15% de los casos su origen es extradigestivo, incluyendo causas neurológicas, metabólicas y psiquiátricas.

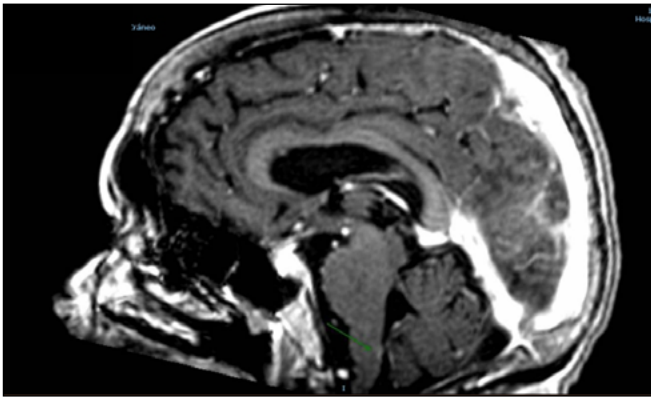


Figura 1. RM craneal.

El NMOSD es una enfermedad autoinmune del sistema nervioso poco frecuente (0,5-10 casos por 100.000 habitantes) que predomina en mujeres de mediana edad. Entre sus manifestaciones principales se incluyen la neuritis óptica, la mielitis transversa y el síndrome del área postrema, caracterizado por vómitos e hipo intratables. Esta región, al carecer de barrera hematoencefálica, es especialmente susceptible a toxinas y alteraciones del medio interno. La complejidad de este caso radica en la coexistencia de patología biliar que actuó como factor confusor, y en la ausencia de antecedentes neurológicos que hicieran sospechar un origen central del cuadro. Este escenario subraya la importancia de mantener una visión global ante síntomas inespecíficos y refuerza el papel clave del enfoque multidisciplinar en la práctica clínica.

ÁREA: TRASPLANTE HEPÁTICO.

CP-204. VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN LA EVALUACIÓN DE DONANTES DE HÍGAFO

Rodríguez Mateu A¹, Navarro Palma E², Ruiz Porras M², Rodríguez Castaño R², Capel López J¹, Jordán Madrid TM¹, Casado Martín MM¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²UGC MEDICINA INTENSIVA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA

Introducción

Determinar si la elastografía hepática puede predecir de forma no invasiva la idoneidad del hígado para trasplante.

Explorar si la incorporación rutinaria de la elastografía en la evaluación del donante puede mejorar la eficiencia del proceso de donación y trasplante.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de referencia provincial entre agosto y diciembre de 2024, incluyendo pacientes candidatos a donación hepática. Se utilizaron parámetros analíticos y EH mediante el dispositivo FibroScan® Expert 630 (Echosens). Las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las cuantitativas, al seguir distribución normal, como media \pm desviación estándar.

Resultados

Durante los cinco meses del periodo de estudio se evaluaron 14 pacientes potencialmente donantes de hígado. Cuatro fueron mujeres (28,6%), cuya mediana de edad fue $61,93 \pm 12,6$ años.

Los valores analíticos principales fueron: glutámico oxalacético transaminasa (GOT) $43 \pm 49,3$ U/l, glutámico pirúvico transaminasa (GPT) $31,8 \pm 31,7$ U/l, gamma-glutamil transferasa (GGT) $63 \pm 48,6$ U/l, bilirrubina total (BT) $0,79 \pm 0,33$ mg/dl, bilirrubina directa $0,48 \pm 0,21$ mg/dl, tiempo de protrombina (TP) $87,5 \pm 10,7$ %, tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPA) $30,0 \pm 3,60$ segundos e INR $1,14 \pm 0,16$. (Tabla 1)

La EH mostró una media de $11,47 \pm 7,08$ kPa y esteatosis hepática de $230,0 \pm 62,87$ dB/m. Los niveles de fibrosis en kilopascales (kPa) fueron (Tabla 2):

- Nivel 1 (< 7 kPa, escaso riesgo de progresión a cirrosis): 5 pacientes (35,7 %).
- Nivel 2 (7 - 9,4 kPa, fibrosis moderada): 2 pacientes (14,3 %).
- Nivel 3 (9,4 - 12 kPa, fibrosis avanzada): 2 pacientes (14,3 %).