



# Cirugía Española

**CIRUGÍA  
ESPAÑOLA**  
Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

35 Congreso Nacional de Cirugía  
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-150 - RARA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR: GASTRITIS ENFISEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Guillén Morales, A. Manuel Vázquez, T. Carrascosa Mirón, L. Bañuls Laguía, F.J. Jiménez Miramón y J.M. Jover Navalón

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La gastritis enfisematosa es una rara causa de dolor abdominal agudo de diagnóstico y tratamiento urgente. La mortalidad oscila entre un 60-80%. Debido a su curso fulminante, un diagnóstico precoz y un tratamiento médico intensivo es crucial para evitar complicaciones y disminuir la morbilidad. El tratamiento quirúrgico queda relegado a complicaciones tales como la perforación.

**Caso clínico:** Varón de 85 años con antecedentes de HTA, cardiopatía hipertensiva, FAC, AIT previo sin secuelas y varios ingresos por infecciones respiratorias y broncoaspiración. Ingresado por fractura subcapital de fémur derecho tras caída e intervenido mediante artroplastia parcial de fémur 72 horas después para corrección de la coagulación. A las 24 horas postoperatorias presenta dificultad respiratoria y disminución del nivel de conciencia secundario a un infiltrado pulmonar en LII que es tratado con antibioterapia presentado mejoría posterior. A las 96 horas postoperatorias presenta dolor abdominal brusco y distensión. Radiografía abdomen: aire en toda la curvatura mayor gástrica. CT abdominal: gas intramural circunferencial gástrico difuso que se extiende hacia el tercio inferior esofágico, pequeña cantidad de neumoperitoneo adyacente a curvatura menor, gas venoso portal y neumomediastino adyacente a esófago; hallazgos compatibles con gastritis enfisematosa. Tratado mediante antibioterapia de amplio espectro intravenosa, nutrición parenteral, protector gástrico y sonda nasogástrica. A las 96 horas del cuadro se realiza un angioCT que descarta defectos de repleción arterial, por lo tanto etiología isquémica, y evidenciando mejoría de la neumatosi gástrica y desaparición de la esofágica. CT toracoabdominal de control 11 días después del inicio del cuadro: desaparición de neumatosi gastroesofágica; colapso completo de pulmón izquierdo. Broncoscopia urgente: aspiración y extracción de secreciones y tapones de moco con resolución del colapso pulmonar en radiografía tórax de control. Se inicia tolerancia oral de forma satisfactoria. Antibioterapia suspendida tras 14 días de tratamiento sin complicaciones.

**Discusión:** La gastritis enfisematosa es una patología poco frecuente con un alto riesgo de complicaciones y elevada mortalidad. Entre los factores de riesgo se incluyen pacientes con DM, inmunocomprometidos, fallo renal, EPOC, cirugía mayor abdominal reciente, toma de AINEs o esteroides, abuso de alcohol o ingestión de cáusticos entre otros. El diagnóstico se realiza mediante CT abdominal, evidenciando gas en la pared gástrica. Los signos radiológicos que diferencian el enfisema gástrico de la gastritis enfisematosa, son aparición de burbujas aéreas aisladas en la primera, y gas de consistencia lineal en la segunda. Las complicaciones tardías más frecuente son la estenosis y la perforación gástrica, ambas indicación absoluta de cirugía. El tratamiento de elección es el reposo digestivo, NPT y antibioterapia, reservando la intervención quirúrgica en los casos de mala evolución con tratamiento conservador o perforación. A pesar de ello la mortalidad es elevada con una SPV aproximada del 40%.