



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XII Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 21-25 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-468 - ¿ENFISEMA GÁSTRICO O GASTRITIS ENFISEMATOSA? PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M. González Pérez, M. Oset García, L.I. Comín Novella, J.M. del Val Gil, A.C. Utrillas Martínez, C.J. Yáñez Benítez, D. Escribano Pérez y D. Fernández Rosado

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: La presencia de gas en la pared gástrica es un hallazgo relacionado con varias patologías, como perforación ulcerosa, yatrogenia, vómitos o ingesta de cáusticos, pero nos centraremos en cuadros menos frecuentes: el enfisema gástrico y la gastritis enfisematosa. El enfisema gástrico es un cuadro benigno, con poca repercusión y que suele cursar sin incidencias. Por otro lado la gastritis enfisematosa es un hallazgo menos frecuente asociado a mal pronóstico, pudiendo alcanzar tasas de mortalidad del 50%. Consiste en el adelgazamiento y la presencia de gas en la pared gástrica, debido a la invasión de la pared por bacterias productoras de gas, dato imprescindible y diferencial para poder establecer este cuadro. La presentación varía, desde dolor abdominal suave o diarrea hasta inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo, en la gastritis enfisematosa. Aumenta el riesgo en pacientes diabéticos, inmunodeprimidos o con insuficiencia renal, aunque factores como la toma de antiinflamatorios no esteroideos, historia de pancreatitis, alcoholemia o cirugía abdominal reciente también se han visto relacionados. La mejor prueba para diferenciar ambos cuadros es la TC abdominal, que mostrará gas en sistema portal o retroperitoneo así como signos isquémicos, si los hubiera. Si se sospecha compromiso vascular, la exploración quirúrgica urgente es de elección. Como complicaciones, remarcar estenosis o perforación, así como recurrencia del episodio.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 83 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca y esquizofrenia paranoide, remitido por dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución, sin fiebre ni alteración del tránsito gastrointestinal. En la analítica, discreta leucocitosis con desviación izquierda y elevación de PCR. En la radiología simple se apreciaba importante distensión gástrica con aire extraluminal dibujando el contorno de la pared y posible pneumoperitoneo. Se realizó TC abdominal sugestivo de gastritis enfisematosa con retroneumoperitoneo disecando desde bazo, pasando por los vasos mesentéricos, hasta la segunda porción duodenal, en su cara posterior. En el cultivo del contenido gástrico obtenido mediante sonda nasogástrica se obtuvo un E. coli sensible al tratamiento antibiótico pautado. El paciente no precisó intervenciones agresivas, superando el cuadro con tratamiento conservador. Posteriormente se realizó gastroscopia de forma ambulatoria revelando signos de gastritis aguda, con engrosamiento de pliegues y mucosa eritematosa, sin evidencia de enfermedad ulcerosa.

Discusión: Varias etiologías pueden dar lugar a la presencia de aire en la pared gástrica pero cuando se acompaña de dilatación gástrica y presencia de gas en el sistema portal o retroperitoneo, el cuadro es altamente sugestivo de enfisema gástrico o gastritis enfisematosa, siendo de vital importancia diferenciar ambos cuadros dado su muy diferente pronóstico. Tradicionalmente el tratamiento de elección ante un cuadro de gastritis enfisematosa era el quirúrgico, sin embargo, en las últimas revisiones bibliográficas se aboga por

un tratamiento conservador, obteniendo resultados muy similares. A pesar de esto, en un paciente con mala evolución o sospecha de perforación o compromiso vascular, es indudable el papel de la cirugía urgente, así como en los casos de recurrencia con estenosis establecida.