



## P-162 - GASTRITIS ENFISEMATOSA: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO

Cruz Romero, Pilar; Calderón Duque, Teresa; Martínez Cortijo, Sagrario; Carballo López, María del Carmen; Gómez Ruiz, Lourdes; Santiago Peña, Juan Carlos; Arriero Ollero, Laura; Rodríguez Fernández, Roberto

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

### Resumen

**Introducción:** Es una entidad infrecuente que conlleva una alta mortalidad. Se caracteriza por la invasión de la mucosa gástrica por bacterias formadoras de gas, entre ellas *Estreptococo*, *E. coli*, *Enterobacter* sp, *P. aeruginosa* y *Clostridium perfringens*. Entre las causas predisponentes destacan inmunosupresión, desnutrición, alcoholismo, ingesta habitual de antiinflamatorios no esteroideos, gastroenteritis y antecedente de cirugía abdominal. El tratamiento es médico, valorando la cirugía en casos determinados. Presentamos un caso clínico con un cuadro clínico atípico.

**Caso clínico:** Mujer de 76 años con antecedente de hipertensión arterial. No hábitos tóxicos. Hemicolectomía derecha y colecistectomía laparoscópica dos meses antes por neoplasia de colon estadio IV. Quimioterapia adyuvante (oxaliplatin + 5-fluoracilo). Acude a Urgencias por diarrea (3 al día) sin sangre ni moco, vómitos y anorexia. Niega fiebre. Mal estado general con signos de deshidratación y palidez. Abdomen blando, depresible, no doloroso sin irritación peritoneal. Leucocitos 1.900 (granulocitos 52%, linfocitos 47%), Hcto. 37,5%, Plaq. 236.000, TP: 13,9, Cr- 2,92, urea 258, PCR 93,4. GAB venosa: pH 7,4, pCO2 27, pO2 22, Na+ 135, K+ 2,8, HCO3 17,1. Serie radiológica con dilatación de asas e hilio derecho engrosado con nódulo pulmonar derecho, ya conocido. Ingresa en Oncología con diagnóstico de Gastroenteritis aguda e Insuficiencia renal aguda. Tras mejoría inicial, empeoramiento con desarrollo de suboclusión intestinal, fiebre y necrosis tubular aguda. TAC abdominal urgente que muestra gas que diseca la pared de fundus y cuerpo gástrico. No gas ectópico ni gas portal. Dilatación generalizada de asas de intestino delgado. No colecciones intraabdominales. Hemocultivos negativos. Con diagnóstico de gastritis enfisematosas se pauta antibioticoterapia con ceftriaxona, metronidazol y fluconazol durante 2 semanas con buena respuesta.

**Discusión:** La gastritis enfisematosas poco común y demanda una alta sospecha clínica. Puede cursar con dolor abdominal severo, náuseas, vómitos, hematemesis y fiebre. El diagnóstico se realiza por TAC. En nuestro caso la etiología podría estar en relación a la quimioterapia, la cual asociada a la gastroenteritis plantearon la sospecha clínica que confirmó el TAC y permitió el tratamiento oportuno. Se debe considerar el tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes que presenten perforación o no respuesta al tratamiento médico instaurado. La sospecha diagnóstica de gastritis enfisematosas es difícil. Los antecedentes médicos y la clínica del paciente son decisivos. El tratamiento médico precoz mejora el pronóstico de esta enfermedad.