



P-159 - DILATACIÓN GÁSTRICA AGUDA SIMULANDO UN TUMOR GÁSTRICO

Navarro García, María Inmaculada; Romera Barba, Elena; Torregrosa Pérez, Nuria; Maestre Maderuelo, María; Sánchez Pérez, Ainhoa; Martínez Manzano, Álvaro; Abellán Garay, Laura; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La dilatación gástrica aguda es una condición médica en la que el estómago se vuelve progresivamente hipotónico y se estira a pesar de la ausencia de una obstrucción mecánica. Puede ser motivada por diferentes causas: comer en exceso, ileo postoperatorio, el parto, afectaciones del sistema nervioso central, infecciones graves y el trauma. La rica vascularización del estómago protege la pared gástrica de la isquemia, siendo la necrosis y perforación por dilatación gástrica poco frecuente. Presentamos un caso de dilatación gástrica aguda secundaria a una duodenitis linfocítica.

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes de HTA, SAOS en tratamiento con CPAP, obesidad y exfumador desde hace 6 meses. Reciente colocación de stent por IAM y en tratamiento con antiagregantes. Acude a Urgencias por molestias a nivel epigástrico y distensión abdominal, con sensación de plenitud posprandial. Las molestias comenzaron hace meses y han ido en aumento, sin pérdida de peso. A la exploración el abdomen está distendido, timpanizado predominantemente en hemiabdomen superior. Se realiza radiografía de abdomen observando gran dilatación gástrica con nivel hidroáereo, colon e intestino delgado aireado con patrón normal. Se coloca sonda nasogástrica (SNG) descompresiva con salida de 1.100 cc de contenido gástrico retenido. Se solicita TAC abdominal con contraste oral e intravenoso, visualizando una obstrucción gástrica (sin compromiso vascular) con engrosamiento circunferencial de la pared del píloro, con escaso paso de contraste a duodeno, a descartar proceso neoformativo en esta localización. En la analítica se observa Hb 15,8 (Hto 45%), sin leucocitosis ni neutrofilia, PCR 1,9, función renal y amilasa normal, decidiendo ingreso para estudio. Se solicita gastroscopia informando de fundus y cuerpo gástrico con mucosa granular con algunos pólipos sésiles de aspecto fúndico (6-7 mm), antro sin lesiones y píloro centrado y permeable. A nivel de duodeno, bulbo con mucosa que impresiona de brunneritis (se toman biopsias). Rodilla y resto sin lesiones hasta segunda porción duodenal. Diagnóstico compatible con gastritis crónica granular, sin apreciar lesiones de estenosis en área antro-duodenal. Ante los hallazgos de la gastroscopia el paciente es valorado por Digestivo, iniciando IBP cada 12 horas y procinéticos. El paciente inicia tolerancia al 5º día de ingreso y es dado de alta para seguimiento ambulatorio. El resultado de la anatomía patológica informa de mucosa pilórica-bulbar con inflamación crónica inespecífica y signos de duodenitis linfocítica.



Discusión: El tratamiento inmediato de una dilatación gástrica aguda es la descompresión mediante SNG y la reposición hidroelectrolítica, para evitar la progresión del compromiso vascular a nivel de la pared gástrica. Posteriormente se deben estudiar las causas que motivaron esta entidad, siendo recomendables una gastroscopia y un TC abdominal con contraste oral e intravenoso. La dilatación gástrica aguda secundaria a un tumor es infrecuente, suele ser un proceso de más larga duración y de características crónicas. En nuestro caso fue motivada por un proceso inflamatorio a nivel de duodeno condicionando aumento de la presión intragástrica, disminuyendo el flujo intramural y dando como resultado una necrosis parcial de la mucosa y su musculatura, condicionando finalmente cierto grado de fibrosis a ese nivel. Por este motivo es muy importante la toma de biopsias y el diagnóstico diferencial con un tumor maligno.