



P-137 - GASTRITIS ENFISEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gras Gómez, Cristina M; Ruiz Pardo, Jose; Rico Morales, María del Mar; Gómez Carmona, Zahira; Sánchez Fuentes, Pedro Antonio; Vidaña Márquez, Elisabet; Moya Forcén, Pedro; Reina Duarte, Ángel J.

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La gastritis enfisematoso es una entidad infrecuente producida por la invasión de la pared gástrica por gérmenes productores de aire. Debido a su infrecuencia, se presenta un caso clínico.

Caso clínico: Varón de 49 años, sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias por dolor abdominal. El paciente refería dolor abdominal en epigastrio de cuatro días de evolución. Asociaba vómitos que le impedían una adecuada ingesta alimentaria. En la exploración física destacaba una marcada distensión abdominal supramesocólica, con timpanismo a dicho nivel y dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se realizó una tomografía computarizada (TC), que mostró una dilatación gástrica y presencia de gas en la pared gástrica de forma difusa, así como signos de neumatosis portal en los radicales portales de lóbulo hepático izquierdo. Ante los hallazgos, se decidió realizar un tratamiento conservador con sonda nasogástrica, antibioterapia y antifúngicos (imipenem y fluconazol). Posteriormente, se realizó una gastroscopia que mostró una mucosa con patrón reticular, edematosa y eritematosa. Las biopsias endoscópicas fueron compatibles con gastritis crónica leve. El paciente evolucionó favorablemente y tras 6 meses de seguimiento se encuentra asintomático.

Discusión: La gastritis enfisematoso es una patología infrecuente. Se caracteriza por la presencia de gas dentro de la pared gástrica debido a la invasión de la mucosa por microorganismos. La mucosa gástrica está muy vascularizada y el pH ácido hace que esta barrera sea más resistente a las agresiones externas. Sin embargo, la ingesta de tóxicos, AINE, abuso de alcohol, úlcera gástrica o cirugía abdominal pueden alterar dicha barrera, haciéndola más vulnerable a la translocación bacteriana. También se asocia con enfermedades crónicas como la diabetes, el uso crónico de corticoides, citotoxinas y enfermedades reumáticas. Los microorganismos que se aislan más frecuentemente son *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* y *Candida albicans*, aunque hasta en un 42% de los casos no se consiga identificar el causante. La clínica incluye dolor abdominal, vómitos, fiebre, diarrea e incluso shock séptico. En la exploración física destaca la distensión abdominal y el dolor en epigastrio. La prueba de elección para el diagnóstico de sospecha es la TC, con una sensibilidad de hasta el 100%, detectando gas en la pared gástrica y neumatosis portal. En la gastroscopia la mucosa presenta un aspecto inflamatorio y erosivo, pudiendo encontrar áreas de necrosis en la pared. El tratamiento es la instauración precoz de antibioterapia de amplio espectro y el soporte vital, reservando la cirugía en los casos donde no existe buena respuesta, sepsis severa o perforación gástrica. A pesar de la instauración precoz del tratamiento, la gastritis enfisematoso tiene una alta morbilidad y una mortalidad de hasta el 60%. En conclusión, la gastritis enfisematoso es una entidad rara, generalmente causada por la translocación bacteriana en la mucosa gástrica cuando esta ha sufrido previamente una agresión o tiene la barrera mucosa gástrica alterada. La TC es la

prueba de imagen de elección para su diagnóstico y la instauración precoz de antibioterapia de amplio espectro es primordial dada la elevada mortalidad.