



P-189 - GASTRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: ¿QUÉ HACER CUANDO LA IMAGEN DEL TAC ASUSTA MÁS QUE EL PACIENTE?

Algarra García, Rocío; Rueda Martínez, Juan Luis; García Grimaldo, Elías; Usero Rebollo, Servando; Abad Martínez, María; Conde Inarejos, Belén; Lisón Jiménez, Patricia

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción: La gastritis enfisematoso representa una forma rara y potencialmente grave de infección gástrica por bacterias formadoras de gas. La mayoría de los casos se asocian a comorbilidades como inmunosupresión, alcoholismo, cirugía gástrica previa o infecciones gastrointestinales graves. El diagnóstico se basa en hallazgos radiológicos y endoscópicos, y su manejo puede variar desde tratamiento conservador hasta cirugía urgente. Debido a su inespecífica clínica inicial y el ser una afección inusual, el diagnóstico suele ser tardío y puede evolucionar a una peritonitis grave de muy mal pronóstico.

Caso clínico: Varón de 41 años, con antecedentes personales de psoriasis en tratamiento inmunosupresor con Amgevita® (adalimumab) cada 15 días, que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico intenso, acompañado de vómitos y diarrea de 24 horas de evolución. Refiere que cenó la noche anterior en una hamburguesería con amigos, dos de los cuales presentaron síntomas gastrointestinales leves. A la exploración física: paciente afebril, hemodinámicamente estable (aunque con tendencia a taquicardia) con abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y con defensa ligera. Analíticamente: PCR 11,7 mg/L, resto de parámetros dentro de la normalidad. Dada la persistencia del mal estado general se realiza TAC abdominal urgente, que revela neumatosis en pared gástrica y neumatosis portal, hallazgos sugestivos de gastritis enfisematoso. Se completa estudio con gastroscopia, observándose una ulceración extensa, con fibrina y puntos de hematina en cuerpo gástrico. El paciente ingresa en el servicio de Cirugía General con diagnóstico de sospecha de gastritis enfisematoso, instaurándose tratamiento conservador con antibioterapia empírica de amplio espectro. En el estudio enteropatógeno realizado al ingreso se aísla abundante flora anaerobia polimicrobiana, lo que refuerza el diagnóstico infeccioso. No se detectan signos de perforación ni inestabilidad hemodinámica. Durante la hospitalización, el paciente presenta evolución clínica favorable, con mejoría progresiva del dolor abdominal y normalización de los marcadores inflamatorios. A los 10 días, se repite la gastroscopia de control, que muestra una gastritis corporal inespecífica sin signos de ulceración activa. Dado el buen estado general, se decide alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio. El paciente acude al mes a consulta para revisión con parámetros analíticos en rango de normalidad y completamente asintomático.

Discusión: La gastritis enfisematoso debe diferenciarse del enfisema gástrico benigno (gastritis por

aire intraluminal). Su asociación con inmunosupresión farmacológica, como en este caso, puede favorecer el crecimiento de bacterias patógenas formadoras de gas en la pared gástrica. El diagnóstico precoz por imagen (TAC) es clave, y el manejo conservador puede ser exitoso en ausencia de perforación o sepsis grave. Este caso destaca la importancia de considerar esta entidad incluso en pacientes jóvenes si existen factores predisponentes. Hoy en día, el manejo conservador con antibioterapia es de elección, reservando la cirugía si este fracasa, dada la elevada morbilidad de la intervención.