



P-165 - NEUMATOSIS PORTAL Y GÁSTRICA: ¿ES NECESARIO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?

Pablos Vidal, Jorge; Sainz Fernández, Borja; Suárez García, Nerea; Rosales Goas, Jesús; Rodríguez Carral, Paula; Alvite Canosa, Marlén; Pérez Grobas, Jorge; Díaz Tie, Manuel

Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol.

Resumen

Introducción: La gastritis enfisematoso (GE) es una causa infrecuente de abdomen agudo. Se cree que la patogenia consiste en una lesión de la mucosa gástrica que actúa como puerta de entrada para la colonización de microrganismos. La clínica se caracteriza por dolor abdominal y deterioro del estado general. En las pruebas complementarias destaca acidosis metabólica con elevación de reactantes de fase aguda. La prueba diagnóstica fundamental es el TC, observando gas en la pared gástrica y eventualmente neumatosis portal. El tratamiento inicial debe ser conservador, vigilancia intensiva y antibioterapia precoz. El rol de la cirugía, sin evidencia de complicaciones, no está claramente definido.

Caso clínico: Varón de 79 años con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica, FA y enfermedad renal crónica (3b). Alto riego quirúrgico (ASA III-IV). Ingreso en Medicina Interna por insuficiencia respiratoria de origen cardiológico. Al 17º día de ingreso, episodio de dolor abdominal brusco con empeoramiento del estado general (obnubilación, diaforesis, hipotensión arterial). Exploración física con abdomen distendido y dolor en epigastrio sin irritación peritoneal. Acidosis metabólica con elevación de lactato y PCR (71,11 mg/L). En TC abdominal, distensión gástrica con neumatosis portal y dos burbujas de gas aisladas en pared gástrica. Se decide manejo conservador con SNG, sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro. Tras iniciar tratamiento, mejoría inmediata del estado general con buena evolución posterior. TC de control a los 4 días, observando evolución muy favorable con disminución de la neumatosis portal y burbujas gástricas; comprobando resolución total del cuadro tras nuevo TC de control a los 12 días. Se realiza gastroscopia evidenciando úlcera en fundus gástrico (Forrest IIB), probable origen de la GE.

Discusión: La GE es una entidad poco frecuente sin una patogenia clara. Se ha sugerido que la alcalinización del medio gástrico o la lesión de la mucosa gástrica podrían facilitar la colonización bacteriana y posterior afectación de planos profundos. Las causas de esta entidad tienen en común la noxa de la mucosa gástrica: cáusticos, diabetes, alcohol, ulcus, isquemia y cirugía gástrica. Los gérmenes más característicos son *Streptococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Clostridium* spp., *S. aureus*, *P. aeruginosa* y *Candida* spp., sin conseguir aislar el microorganismo responsable en la mayoría de los casos. Es importante el diagnóstico diferencial entre GE y enfisema gástrico (EG); dos enfermedades con similitudes, pero con diferente etiología, clínica, tratamiento y pronóstico. El diagnóstico se realiza mediante TC, donde se puede apreciar neumatosis gástrica y gas portal de predominio en lóbulo hepático izquierdo, lo que sugiere peor pronóstico. El tratamiento a pesar de ser un cuadro de abdomen agudo es inicialmente médico, antibioterapia empírica y medidas de soporte. La cirugía queda reservada para casos de fracaso del tratamiento médico o complicaciones como la perforación gástrica. El diagnóstico precoz asociado a tratamiento antibiótico mejora

el pronóstico de la GE. La GE es una causa infrecuente de neumatosis portal que puede evolucionar rápidamente a un cuadro potencialmente letal. Pese a ser posible causa de abdomen agudo, el pronóstico mejora con diagnóstico y antibioterapia precoz, pudiendo llegar a ser curativo sin necesidad de cirugía.