

## P-005 - GASTRECTOMÍA TOTAL URGENTE POR GASTRITIS FLEMONOSA, LA CIRUGÍA COMO ÚLTIMO ESLABÓN DE TRATAMIENTO

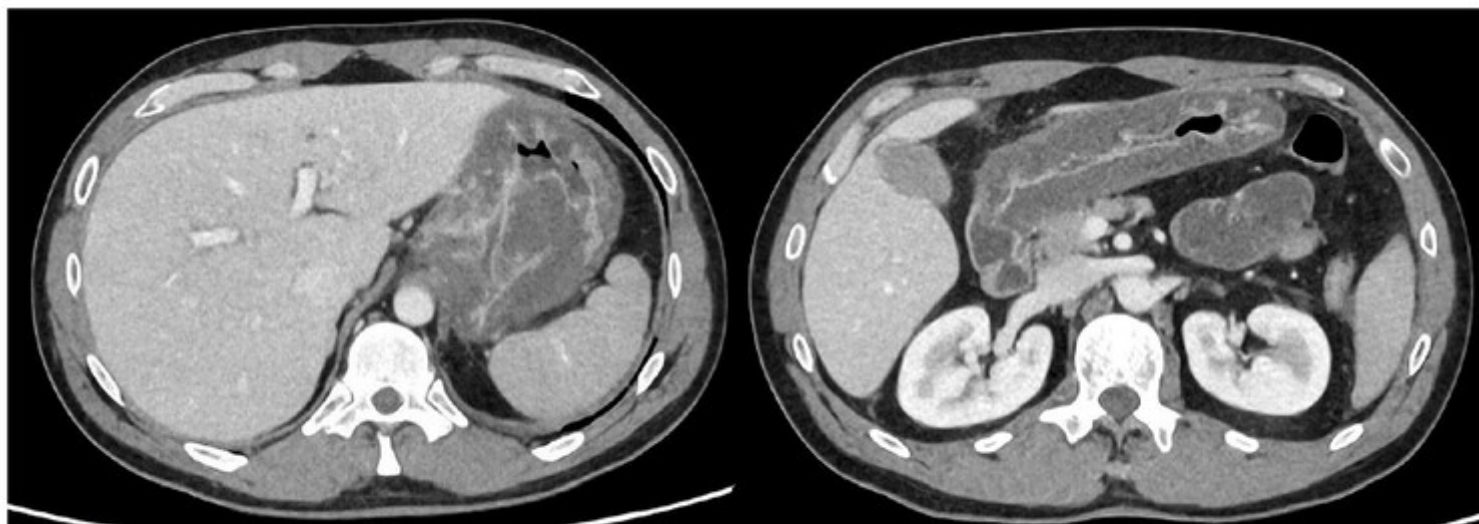
Pérez Otermin, Miren Irati; Talavera Utrera, María Guadalupe; Aizpurua Olabe, Oier; Goikoetxea Urdiain, Andrea; Eguaras Córdoba, Inés; Chaveli Díaz, Carlos; Yarnoz Irazábal, María Concepción; Miranda Murua, Coro

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** La gastritis flemonosa es una infección bacteriana supurativa de la pared gástrica que afecta principalmente a la submucosa, pudiendo producir en su forma difusa una isquemia gástrica transmural que asocia una elevada morbilidad. El cuadro clínico es inespecífico y evoluciona rápidamente a un *shock* séptico en ausencia de un diagnóstico y tratamiento adecuados. El agente etiológico principal es el estreptococo del grupo A (70%).

**Caso clínico:** Varón de 37 años que ingresa por dolor epigástrico intenso y opresivo de 24 horas de evolución, con hiporexia y fiebre de 39 °C. Leucocitosis de 13.700/ $\mu$ L con desviación izquierda y linfopenia, PCR 197,8 mg/L y ecografía abdominal normal. Empeoramiento clínico-analítico brusco en las primeras 12 horas asociando leucopenia, PCR 431,9 mg/L, PCT 5,88 ng/mL, coagulopatía y acidosis metabólica hiperlactacidémica. Evolución rápida a *shock* séptico; ingreso en UCI precisando doble terapia vasopresora, ventilación mecánica invasiva y antibioterapia de amplio espectro (meropenem, linezolid y levofloxacino). Afectación mural de la totalidad de la pared gástrica, edema submucoso y líquido libre en el TC abdominal (fig.). Gastroscoopia con líquido purulento en cuerpo gástrico, mucosa de aspecto edematoso y pliegues engrosados. Primeras 24 horas en UCI con persistencia de inestabilidad hemodinámica y desarrollo de síndrome de disfunción multiorgánica; fallo renal agudo (AKI KIDGO 2), hepatopatía séptica (bilirrubina 6,7 mg/dL, 139.000/ $\mu$ L plaquetas e INR 1,4), PCT 10 ng/mL y fiebre mantenida de 38,8 °C. Ante refractariedad a tratamiento se decide intervención quirúrgica urgente para control del foco infeccioso. Optamos por un abordaje laparoscópico, visualizando una gastritis difusa con placas necróticas que afectan a toda la pared y que se extienden hasta la 2ª porción duodenal, con exudado de material purulento a la presión con la pinza. Asocia una peritonitis serosa/biliar de todos los cuadrantes. Se realiza gastrectomía total reglada. Mejoría hemodinámica con necesidad decreciente de vasopresores y correcta diuresis horaria durante el procedimiento, por lo que se decide continuar la cirugía reestableciendo la continuidad digestiva. Se realiza anastomosis esofagoyeyunal termino-lateral mediante endograpadora circular y reconstrucción en Y de Roux laparoscópica. Por último, se confecciona una yeyunostomía distal al pie de asa. Evolución posoperatoria satisfactoria permitiendo retirada de soporte vasoactivo, técnicas de reemplazo renal (3<sup>er</sup> día) y extubación (5<sup>o</sup> día). Aislamiento de *Streptococcus pyogenes* en cultivos, ajustando antibióticos según antibiograma. Traslado a planta al noveno día con adecuada tolerancia oral, dándose de alta al decimocuarto día posoperatorio con seguimiento posterior en consultas.



*Figura 1. TC abdominopélvico. Afectación mural de la totalidad de la pared gástrica, con realce mural de la mucosa y significativo edema submucoso. Afectación de la región antral y pilórica. Líquido en localización subhepática.*

**Discusión:** La gastritis flemonosa es una entidad infrecuente que requiere un alto índice de sospecha, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta la mortalidad. El tratamiento de elección es la antibioterapia de amplio espectro, quedando la cirugía relegada a casos refractarios. La decisión de reconstruir el tránsito digestivo u optar por una exclusión esofágica es controvertida. Es necesario valorarlo de forma intraoperatoria y abogar por la opción más adecuada según la situación del paciente, asumiendo que ambas opciones son de alto riesgo. En definitiva, es fundamental un enfoque multidisciplinar que permita tener un plan de ruta ante la complejidad y desafío que presentan estos pacientes.