

Dolor abdominal de etiología muy infrecuente

D. Vivas Balcones^a, C. Martínez Prada^a, R. Torres-Gárate^a, M. Sanz^b, J. Antolín Arias^a y R. Cigüenza Gabriel^a

^aServicio de Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

^bServicio de Cirugía General. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Caso clínico

Un varón de 66 años acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. Entre sus antecedentes personales destacan ulcus duodenal tratado hace 19 años, hipertensión arterial y fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol. Una semana antes había comenzado con fiebre de hasta 39 °C tratado con amoxicilina. Acude por dolor en hipogastrio de 4 días de evolución, de tipo sordo, continuo, de moderada intensidad, irradiado hacia zona periumbilical y epigastrio, que cede levemente al colocarse en decúbito lateral izquierdo y no se alivia tras la administración de analgésicos, sin cortejo vegetativo ni cambios en el ritmo intestinal. No existe otra sintomatología asociada. A la exploración física se encontraba afebril, con presión arterial (PA) 170/65, frecuencia cardíaca (FC) 64 lpm y con leve palidez mucocutánea. El abdomen estaba distendido, doloroso a la palpación en hipogastrio, no se palpaban masas ni organomegalias, no había signos de irritación peritoneal, el signo de Murphy resultó negativo y el tacto rectal objetivó próstata aumentada de tamaño. No había adenopatías en ningún territorio accesible. Las extremidades no mostraban edemas ni signos de trombosis venosa y los pulsos periféricos estaban conservados. Se objetivó leucocitosis ($16.820/\text{mm}^3$) con desviación izquierda (neutrófilos: 81,5%); Hb: 10,8 g/dl; hematocrito: 31,7%, y velocidad de sedimentación globular (VSG): 120 mm/hora. La bioquímica general, hepática, perfil tiroideo, proteinograma y sistemático de orina resultaron sin alteraciones significativas. El electrocardiograma y la radiografía de tórax únicamente mostraron signos de cardiomegalia. La radiografía y la ecografía de abdomen realizadas en el Servicio de Urgencias tampoco objetivaron patrones fuera de la normalidad, por lo que el paciente ingresó con el diagnóstico de dolor abdominal a estudio. La tomografía axial computerizada (TAC) de abdomen mostró adenopatías retroperitoneales y mesentéricas menores de 1 cm y engrosamiento focal de la pared del antro gástrico, con atenuación de la grasa adyacente, y en su interior una imagen lineal hiperdensa (fig. 1). En la endoscopia se objetivó una úlcera de 5 mm, excavada, con rezumado de contenido purulento. Un tránsito gastroduodenal no mostró evidencias de fistulización. Se realizó una ecoendoscopia que resultó ser diagnóstica (fig. 2).



Fig. 1. Imagen lineal hiperdensa en la tomografía axial computerizada, junto con engrosamiento focal a nivel de antro gástrico.



Fig. 2. Imagen ecoendoscópica del antro gástrico donde se objetiva una zona de ecogenicidad distinta a dicho nivel, que fue diagnóstica.

Diagnóstico, evolución y tratamiento

Una ecoendoscopia visualizó un probable absceso de pared, a la altura del canal pilórico, fistulizado. A su ingreso se instauró tratamiento con dieta absoluta, sueroterapia, antibioterapia de amplio espectro (piperacilina-tazobactam) durante todo el proceso y analgesia junto a su tratamiento de base. El hemograma se corrigió a los 5 días de tratamiento, remitiendo el dolor a la semana del ingreso. Como tratamiento definitivo, aunque se intentó realizar drenaje endoscópico del absceso, la localización del mismo no permitió su abordaje, por lo que se indicó cirugía, procediéndose a realizar una gastrectomía parcial con sutura mecánica. La pieza quirúrgica fue analizada, con diagnóstico definitivo de absceso gástrico intramural causado por la penetración de un cuerpo extraño, que resultó ser una espina de pescado (fig. 3). Como dato anecdótico se estudió la espina y se comprobó que el tipo de pescado ingerido fue mero. El postoperatorio transcurrió sin alteraciones significativas.

Discusión

El absceso de antro gástrico es una entidad clínica extremadamente rara. Existen menos de 20 casos descritos en la literatura, de los cuales apenas tres, con el nuestro, se han relacionado con la ingesta de espinas de pescado como cuerpo extraño¹⁴. Los microorganismos implicados con mayor frecuencia son los Gram positivos, concretamente *Streptococcus* sp.⁵. En nuestro caso no se obtuvo crecimiento de microorganismo alguno en los cultivos de las muestras tomadas. Los factores implicados en la patogenia no están totalmente aclarados, aunque los casos secundarios a la realización de una endoscopia o la ingesta de cuerpos extraños figuran entre los mismos^{3,5}.

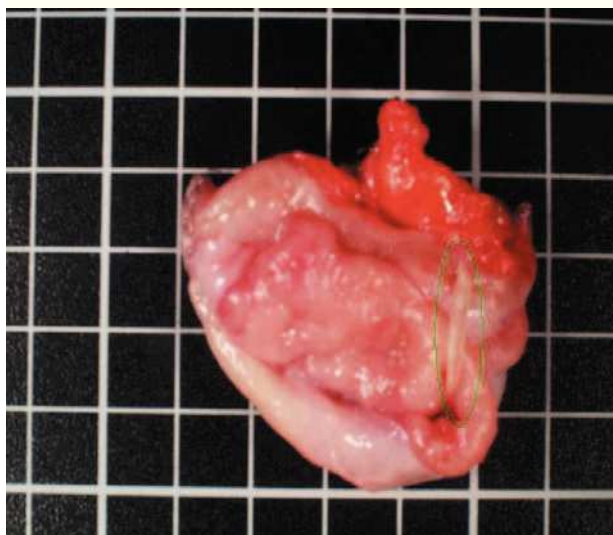


Fig. 3. Pieza quirúrgica, donde se observa la espina de pescado de unos 2,2 cm de longitud.

La presentación más frecuente es en forma de dolor abdominal, normalmente localizado en epigastrio, intermitente y que aumenta de intensidad en su evolución natural. Aunque poco frecuente, en la literatura está descrito el signo de Deininger¹, que consiste en el cambio en las características del dolor cuando el paciente pasa de la posición de decúbito supino a sedestación. Los signos de irritación peritoneal o la palpación de masa a la exploración son bastante infrecuentes, así como la existencia de fiebre, náuseas, vómitos, sudoración o escalofríos^{1,6}.

El diagnóstico ha experimentado grandes cambios desde los primeros casos descritos en la literatura. En un principio, tan sólo la realización de una laparotomía exploratoria permitía un diagnóstico de certeza^{6,7}; ahora, las técnicas de imagen evitan esta opción. Técnicas como la TAC o la endoscopia nos orientan hacia un diagnóstico de sospecha, pero es la aparición de la ecoendoscopia como técnica estándar lo que asegura un diagnóstico definitivo; con esta técnica se puede realizar diagnóstico diferencial entre un absceso de pared gástrica y un tumor intramural: un incremento en el grosor de la pared gástrica difuso, con imagen de masa hipoecoica no se encuentra en otros tipos de masas, incluidos los procesos tumorales^{2,7}. No obstante, y en caso de duda, se recomienda laparotomía diagnóstica⁶.

Actualmente el tratamiento más recomendado es el drenaje por vía endoscópica^{1,5}, al ser menos invasivo que la cirugía, aunque plantea fundamentalmente dos problemas: el primero, como sucedió en nuestro caso, la imposibilidad técnica de realizar dicho drenaje al ser incapaz el endoscopio de alcanzar correctamente la lesión; el segundo, en casos de abscesos gástricos producidos por ingestión de cuerpos extraños, se corre el riesgo de no poder extraer el mismo y servir como factor predisponente de futuras recidivas. Por ello, en muchas ocasiones hay que recurrir a la cirugía: gastrectomía parcial más antibioterapia. Aunque muchos casos de gastritis flemososas, sobre todo los primeros comunicados, terminaban resolviéndose de forma fatal con una mortalidad entre un 33% y un 64% y eran diagnosticados post mortem^{6,7}, la variante de absceso de pared gástrica tiene un pronóstico excelente, siendo la curación el resultado final en todos los casos revisados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choong NW, Levy MJ, Rajan E, Kolars JC. Intramural gastric abscess: case history and review. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:627-9.
2. Will U, Masri R, Bossekert H, Knopke A, Schonlebe J, Justus J. Gastric wall abscess, a rare endosonographic differential diagnosis of intramural tumors: successful endoscopic treatment. *Endoscopy*. 1998;30:432-5.
3. Tsai JL, Than MM, Wu CJ, Sue D, Keh CT, Wang CC. Liver abscess secondary to fish bone penetration of the gastric wall: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 1999;62:51-4.
4. Kill C, Rosenberg J. Gastric intramural abscess successfully drained during gastroscopy. *Gastrointest Endosc*. 2001;53:231-2.
5. Seidel RH, Burdick JS. Gastric leiomyosarcoma presenting as a gastric wall abscess. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2241-4.
6. Briggs TP, Tyler XE, Dowling BL. Gastric abscess; an unusual presentation. Case report. *Eur J Surg*. 1991;157:365-6.
7. Davies JP, Billings PJ, Jones MR. Intramural gastric abscess mimicking leiomyoma. Clinical, radiologic and pathologic features of an unusual gastric lesion. *Invest Radiol*. 1993;28:175-6.