



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4538 - GASTRITIS ENFISEMATOSA EN MUJER JOVEN

C. Pérez Vázquez^a, J. Polo Benito^a, I. Cuesta Bermejo^b y A. Martínez Marín^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por presentar desde hace 24 horas dolor abdominal y vómitos. Niega fiebre. Refiere 5 casos en su entorno familiar de características similares tras evento conjunto que no precisaron hospitalización.

Exploración y pruebas complementarias: A pesar de una analítica sin alteraciones significativas (moderada leucocitosis e hipokalemia) se decide realizar TC abdominal debido a la mala situación clínica y a la exploración de la paciente (abdomen con gran defensa peritoneal y muy doloroso). En el mismo se observa necrosis de pared posterior del estómago con neumatosis y presencia de gas portal. Ante la sospecha de perforación gástrica con peritonitis se realiza laparotomía exploratoria de urgencia donde se evidencian placas necróticas en mucosa gástrica y erosiones. Se inicia tratamiento antibiótico/antifúngico (meropenem, clindamicina y anidalufungina). Durante su ingreso se produce una mejoría clínica con estabilidad hemodinámica sin alteraciones analíticas siendo dada de alta a la semana con tratamiento domiciliario. Se realiza nueva gastroscopia de control al alta visualizándose mucosa gástrica normal sin alteraciones macroscópicas.

Orientación diagnóstica: Gastritis enfisematoso.

Diagnóstico diferencial: Perforación gástrica. GEA. Intoxicación alimentaria.

Comentario final: La gastritis enfisematoso es un cuadro infrecuente que asocia una elevada morbimortalidad por lo que un diagnóstico precoz y la instauración de tratamiento antibiótico que cubra organismos Gram negativos y anaerobios, junto con la estabilización hemodinámica juegan un papel fundamental. Los patógenos más frecuentemente implicados son estreptococos, Escherichia coli y Enterobacter sp, seguidos de Pseudomonas aeruginosa y Clostridium perfringens. Sin embargo, los cultivos suelen ser negativos no pudiendo objetivar el patógeno implicado. En este caso, dada la afectación de varios miembros de su entorno se sospechó una posible intoxicación alimentaria como etiología más probable.

Bibliografía

1. Van Mook W, Van der Geest S, et al. Gas within the wall of stomach due to emphysematous gastritis: Case report and review. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002;14:1155-60.
2. Sharma P, Akl EG. A combination of intramural stomach and portal venous air: conservative treatment. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2016;17:30519.

3. Paul M, John S, et al. Successful medical management of emphysematous gastritis with concomitant portal venous air: A case report. *J Med Case Rep.* 2010;4:140.

Palabras clave: Gastritis. Enfisema. Abdomen agudo.