

**Gastritis flemonosa aguda
en un paciente con sida**

Sr. Editor: La gastritis flemonosa es una forma rara de gastritis bacteriana, muchas veces fatal, caracterizada por la inflamación aguda y supurativa de la pared del estómago. Compromete con predilección la submucosa y la capa muscular, con formación de abscesos, necrosis y marca-

da infiltración leucocitaria¹. Era una complicación frecuente en la época preantibiótica y su incidencia actual parece en aumento asociada con cuadros de inmunodeficiencia. La gastritis enfisematosa o neumatosis gástrica o enfisema gástrico, es una forma clínica poco común que incluye a aquellos casos provocados por la invasión de la pared gástrica por gérmenes formadores de gas².

Se presenta un paciente con sida que desarrolló un cuadro de abdomen agudo con diagnóstico histopatológico de gastritis flemosa aguda.

Paciente de 36 años, VIH positivo, sin antecedentes de tratamiento antirretroviral. Tabaquista (40 cigarrillos/día), refirió una ingesta de alcohol de 130 g/día y negó consumo de drogas intravenosas o inhalatorias. Un mes previo a la internación consulta por dolor epigástrico y hemorragia digestiva alta evidenciada por melena; se le realiza fibrogastroscoopia sin toma de biopsias, cuyo diagnóstico macroscópico fue de gastritis erosiva y duodenitis crónica.

Fue hospitalizado por fiebre con escalofríos, dolor abdominal agudo y vómitos. Al examen físico presentaba abdomen doloroso a la palpación en forma difusa con reacción peritoneal. Laboratorio: glóbulos blancos 31.200/ μ l con 80% de polimorfonucleares; eritrosedimentación 127 mm en la primera hora; Hb 12,2 g%; Hto 34%; plaquetas 181.000/ μ l y recuento de linfocitos T CD4+ 194 cél./ μ l (9%).

La ecografía abdominal mostró un marcado engrosamiento de la pared gástrica (13 a 17 mm), sin líquido libre en la cavidad peritoneal. Hígado, bazo, vías biliares y páncreas sin alteraciones (fig. 1). En la laparotomía exploratoria se comprueba la pared gástrica sumamente engrosada que simula una linitis plástica. Durante el acto quirúrgico se toman muestras de biopsias transmurales de las zonas de la pared gástrica macroscópicamente comprometidas. Resto del abdomen sin particularidades. El examen histopatológico reveló: mucosa gástrica con epitelio y glándulas preservadas; el corion, la capa muscular de la mucosa y predominantemente en la submucosa, presentan importante engrosamiento con una extensa y difusa infiltración por polimorfonucleares neutrófilos que alcanza la capa muscular, la cual se halla hipertrofica y cubierta de microabscesos (fig. 2). Las técnicas de coloración para bacterias, hongos, micobacterias y parásitos, resultaron negativas. El diagnóstico histopatológico fue gastritis flemosa aguda. Se indicó tratamiento con amoxicilina/sulbactam (1.000 mg/125 mg cada 6 h, respectivamente)

y amikacina (500 mg cada 12 h), ambos por vía intravenosa durante 14 días, con buena respuesta clínica y normalización de los parámetros de laboratorio.

La gastritis flemosa fue probablemente descrita por primera vez por Galeno, que la denominó "tumor erisipelatoso del estómago". Hasta 1994 se habían publicado 500 casos en la literatura médica, casi todos ellos en la era preantibiótica³. La inflamación aguda de la pared gástrica puede revestir diferentes aspectos: a) gastritis superficial, b) gastritis necrótica, c) pangastritis y d) gastritis flemosa. La primera es la más común y las tres últimas son de observación poco frecuente. La gastritis flemosa también denominada gastritis supurativa, puede presentar dos formas: la circunscrita, caracterizada por la formación de abscesos más o menos localizados en la pared gástrica, con asiento predominante en la submucosa y tendencia a abrirse en la cavidad gástrica y la forma difusa o flemón gástrico difuso o celulitis gástrica que puede extenderse hacia la cavidad peritoneal con producción de una peritonitis más o menos localizada⁴. Se admite como etiología una infección estafilocócica o por estreptococos beta hemolíticos del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). La invasión de las capas profundas de la pared gástrica se haría por implantación directa de los microorganismos en la mucosa, a partir de una zona de lesión (erosión o úlcera) o por vía hemática debido a endocarditis o faringitis^{5,6}. Es poco posible que la gastritis flemosa pueda ser consecuencia de la endoscopia gástrica con biopsia⁷; muchas veces la puerta de entrada permanece desconocida.

Cualquiera que sea la fisiopatogenia, siempre existe una causa predisponente como diabetes, desnutrición o alcoholismo. Más recientemente, se han descrito casos asociados con el sida y la seroconversión para VIH⁸⁻¹⁰. En este último caso, como en el que se describe, el diagnóstico se confirmó por la laparotomía con biopsia gástrica y el paciente respondió de manera satisfactoria a la antibioterapia. En ocasiones, la gastritis flemosa puede ser secundaria a alteraciones locales como úlceras, cáncer gástrico o gastritis crónica atrófica con aclorhidria.

Los enfermos con diagnóstico de gastritis flemosa aguda difusa como el que se describe tienen con frecuencia síntomas de abdomen agudo. El cuadro clínico se caracteriza por el compromiso del estado general con fiebre (39 a 40 °C) acompañada de escalofríos, dolor epigástrico, náuseas y vómitos. Al tratarse de una complica-



Figura 1. Ecografía abdominal que evidencia el engrosamiento de la pared gástrica.



Figura 2. Histopatología: intensa infiltración de la submucosa y la capa muscular por polinucleares neutrófilos con formación de microabscesos.

ción rara, la mayoría de los casos de gastritis flemosa suelen confundirse con otras causas de abdomen agudo como la úlcera perforada, la colecistitis aguda o la pancreatitis. El dolor abdominal agudo lleva generalmente a la laparotomía de urgencia, como en el caso que se presenta, lo que permite el diagnóstico final¹¹. Con menos frecuencia, el diagnóstico se efectúa por fibroendoscopia digestiva alta con tomas de biopsia para estudio histológico y microbiológico.

Los hallazgos más destacados de laboratorio son la eritrosedimentación acelerada y la leucocitosis con neutrofilia, por lo general, más de 20.000 glóbulos blancos, lo que configura una reacción leucemoide⁴. A veces los hemocultivos son positivos.

En el examen histopatológico la pared gástrica se encuentra engrosada, como se observó en este caso. La inflamación puede ser difusa o localizada, habitualmente en la región pilórica¹². La mucosa puede estar intacta o ulcerada y la serosa estar cubierta por un exudado fibrinoso. En el examen microscópico, se observa una intensa inflamación aguda, con formación de abscesos que predominan en la submucosa, la que se encuentra aumentada de espesor y con edema.

El compromiso de la submucosa, es el signo histopatológico más importante para el diagnóstico de gastritis flemonosa¹³. El proceso inflamatorio invade también la capa muscular y la serosa¹². Esta condición, suele ser con frecuencia fatal, aunque los enfermos tratados quirúrgicamente tienen mejor pronóstico⁸. La mortalidad en la era preantibiótica alcanzaba el 92% de los casos¹⁴. En 1975, Miller et al⁶ analizaron 25 casos de gastritis flemonosa publicados desde 1945 en la literatura especializada de Estados Unidos. La tasa de mortalidad global en esta serie, después del tratamiento quirúrgico asociado con la administración de antibióticos en forma prolongada, fue del 67%. En 1994, Wakayama et al³ evaluaron 24 casos publicados en la literatura médica inglesa. La tasa de mortalidad en los enfermos sometidos a gastrectomía fue del 25%, en aquellos tratados sólo con drenaje quirúrgico alcanzó el 43% y en los tratados sólo con antibióticos fue del 88%. El diagnóstico precoz seguido del tratamiento antibiótico adecuado mejora el pronóstico de estos pacientes^{15,16}. Si la evolución es favorable, se produce la curación con hiperplasia del tejido conjuntivo y fibrosis residual o gastritis crónica cirrótica que se asemeja por su aspecto y características generales a la linitis plástica de Brinton.

En conclusión, la gastritis flemonosa es una infección bacteriana de la pared gástrica poco frecuente, rápidamente evolutiva y potencialmente fatal¹³. El diagnóstico de gastritis flemonosa debe incluirse dentro de las causas de abdomen agudo en los pacientes VIH positivos. La ecografía abdominal es el método de elección para realizar el diagnóstico diferencial previo a la laparotomía.

*Marcelo Corti, Humberto Metta,
Omar Palmieri y Ricardo Schtirbu*
Hospital de Enfermedades Infecciosas
F.J. Muñiz. Buenos Aires. Argentina.

Bibliografía

- Day DW, Jass JR, Price AB, Shepherd NA, Sloan JM, Talbot IA, et al. Gastritis and related conditions. En: Morson and Dawson's, editors. *Gastrointestinal Pathology*. 4th ed. Oxford (UK): Blackwell Publishing; 2003, p. 104-40.
- Yokota T, Yamaki T, Yashima R, et al. Emergency operation for phlegmonous gastritis. *World J Gastroenterol*. 2005;11:1719-21.
- Wakayama T, Watanabe H, Ishizaki Y, Okuyama T, Ogata H, Tanigawa K, et al. A case of phlegmonous esophagitis associated with diffuse phlegmonous gastritis. *Am J Gastroenterol*. 1994;89:804-6.
- Dassen R, Fongi EG, Fustinoni O, Rospide PC. Enfermedades del estómago. En: López y Etchegoyen, editors. *Tratado de patología médica*. Buenos Aires: SRL; 1947. p. 462-676.
- Ross DA, Vincenti AC. Acute phlegmonous gastritis: a rare condition with potentially common cause. *Br J Hosp Med*. 1994;52:115-6.
- Miller AI, Smith B, Rogers AI. Phlegmonous gastritis. *Gastroenterology*. 1975;68:231-8.
- Nevin NC, Eakins D, Clarke SD, Carson DJ. Acute phlegmonous gastritis. *Br J Surg*. 1969;56:268-70.
- Zazzo JF, Troche G, Millat B, Aubert A, Bedossa P, Keros L. Phlegmonous gastritis associated with HIV-1 seroconversion. Endoscopic and microscopic evolution. *Dig Dis Sci*. 1992;37:1454-9.
- Mittleman RE, Suárez RV. Phlegmonous gastritis associated with the acquired immunodeficiency syndrome/pre-acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Pathol Lab Med*. 1985;109:765-7.
- Schultz MJ, Van der Hulst RWM, Tygat GNJ. Acute phlegmonous gastritis. *Gastrointest Endosc*. 1996;44:80-3.
- Ocepek A, Skok P, Virag M, Kamenik B, Horvat M. Emphysematous gastritis. Case report and review of the literature. *Z Gastroenterol*. 2004;42:735-8.
- Staroverov VV, Kisel AT, Sumarokov UA, Kachanova TN. A case of phlegmonous gastritis diagnosed by echography. *Eur J Ultrasound*. 2001;13:197-200.
- Yu QQ, Tariq A, Unger SW, Cabello-Inchausti B, Robinson MJ. Phlegmonous gastritis associated with Kaposi's sarcoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2004;128:801-3.
- Weiner CI, Kumpe DA, Diaconis JN. Idiopathic gastric abscess: a bizarre intramural lesion. *Am J Gastroenterol*. 1975;64:452-9.
- Iwakiri Y, Kabemura T, Yasuda D, Okabe H, Soejima A, Miyagahara T, et al. A case of acute phlegmonous gastritis successfully treated with antibiotics. *J Clin Gastroenterol*. 1999;28:175-7.
- Hu DCH, McGrath KM, Jowell PS, Killenberg PG. Phlegmonous gastritis: successful treatment with antibiotics and resolution documented by EUS. *Gastrointest Endosc*. 2000;52:793-5.