



P-461 - TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA GASTRITIS ENFISEMATOSA

A.C. Utrillas Martínez, D. Escribano Pérez, C. Moreno Muzas, P.J. Sánchez Santos, I.U. Fernández Bedoya, C. Pastor Espuig, M. González Pérez, C. Yáñez Benítez, D. Fernández Rosado y J.M. del Val Gil

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: La neumatosis gástrica, es decir, la presencia de gas dentro de la pared gástrica engloba dos procesos con etiología, manifestaciones clínicas y pronósticos muy diferentes. Presentamos un caso clínico de gastritis enfisematosa recientemente atendido en nuestro Servicio y tratado satisfactoriamente con actitud conservadora.

Caso clínico: Varón de 83 años hipertenso, diabético, broncópata, diagnosticado de esquizofrenia paranoide y de adenocarcinoma de próstata en tratamiento hormonal. Lo remiten a urgencias por dolor abdominal y vómitos de 24h de evolución, sin fiebre ni alteraciones del ritmo deposicional. A la exploración se comprueba el buen estado del paciente, que presenta abdomen globuloso y distendido, doloroso a la palpación de forma difusa pero sin signos de irritación peritoneal, con peristaltismo disminuido. El tacto rectal demuestra el dedil manchado de heces de coloración normal. En la analítica de urgencias destacaba neutrofilia, glucemia de 203 mg/dl y PCR de 15. En la Rx de abdomen se comprueba distensión gástrica con aire extraluminal que dibuja el contorno de la pared del estómago y posible neumoperitoneo. Se solicita TC abdominopélvico urgente que describe gastritis enfisematosa con retroneumoperitoneo que diseca bazo, vasos retroperitoneales hasta la segunda porción duodenal en su cara posterior e importante distensión gástrica. Se toma cultivo del contenido gástrico positivo para E. coli. Dada la escasa repercusión clínica del cuadro, se decide actitud conservadora mediante sueroterapia, reposo intestinal, SNG y antibioterapia de amplio espectro mediante metronidazol y gentamicina durante 8 días. El paciente permanece en todo momento afebril, sin dolor y estable hemodinámicamente. Es dado de alta a los 8 días del ingreso y se realiza Gastroscoopia ambulatoria que muestra mucosa del fundus y cuerpo con pliegues engrosados y mucosa eritematosa de manera difusa; hallazgos compatibles con gastritis aguda.

Discusión: La presencia de gas en una víscera intraabdominal fuera de la luz del tracto digestivo, es una entidad poco frecuente, siendo el estómago el órgano de la cavidad abdominal que con menor frecuencia presenta gas intramural. La neumatosis gástrica engloba dos procesos: El enfisema gástrico, generalmente asintomático y derivado de una causa mecánica que produce un aumento de la presión intraluminal gástrica y la gastritis enfisematosa, que resulta de la infección de la pared gástrica por organismos formadores de gas. En ambos casos se observan burbujas o imágenes lineales de aire que disecan la pared gástrica. La infección de la pared gástrica es infrecuente, ya que suele ser resistente a la invasión de microorganismos debido a su rica vascularización, su pH ácido y a la barrera mucosa. Los factores que pueden predisponer a la aparición de una Gastritis

Enfisematosa son la ingestión de cáusticos, ingestión excesiva de alcohol, diabetes, isquemia gástrica, cirugía gastrointestinal, gastroenteritis y parasitosis. Entre los gérmenes relacionados se han encontrado: *C. welchii*, *C. perfringens*, *E. coli*, *S. aureus*... El tratamiento de ambos cuadros difiere. En el caso del enfisema gástrico la evolución suele ser buena, no siendo necesario tratamiento; sin embargo los que padecen gastritis enfisematosa requieren tratamiento temprano con antibióticos de amplio espectro, sueroterapia y aspiración gástrica. La necesidad de cirugía en la fase aguda debe ser individualizada. La morbimortalidad de este proceso no es nada desdeñable, de ahí la necesidad de un correcto diagnóstico y rápido tratamiento.