



P-153 - NEUMATOSIS GÁSTRICA: LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA PARA UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Martos Rojas, Noemí; Sánchez Barrón, María Teresa; Monje Salazar, Cristina; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Ramos Muñoz, Francisco; Corrales Valero, Elena; Hinojosa Arco, Luis Carlos; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La presencia de neumatosis gástrica es un hallazgo poco frecuente que obliga a diferenciar entre enfisema gástrico y gastritis enfisematosa. El enfisema gástrico se trata de un proceso generalmente asintomático y autolimitado, producido por la disrupción de la mucosa gástrica e infiltración por aire, que puede estar producido por diferentes causas (pulmonar, traumática, obstructiva, hiperémesis, isquemia). La gastritis enfisematosa es una infección de la pared gástrica por microorganismos productores de gas cuya mortalidad oscila entre el 60-80%. La etiología, clínica, pronóstico y tratamiento son diferentes, por lo que es de suma importancia un correcto diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 50 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, síndrome rígido-acinético-tremórico derecho y trastorno esquizotípico, que acude a urgencias por hipoglucemia tras intento autolítico con insulina. Durante su estancia en observación presenta molestias asociadas a la distensión abdominal así como vómitos repetidos a pesar de sonda nasogástrica, por la que expulsa contenido gástrico de retención/posos de café. No presenta en ningún momento dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal. Analíticamente muestra ligera anemia, sin leucocitosis y una gasometría sin acidosis metabólica. En la radiografía de abdomen se aprecia gran dilatación gástrica. Sospechando una hemorragia digestiva alta se solicita gastroscopia, recomendándose por Digestivo la realización de TAC previa, la cual muestra una dilatación gástrica muy severa sin causa obstructiva, burbujas aéreas en pared de fundus gástrico y duodeno proximal así como en porta y ramas portales intrahepáticas y moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal compatible con gastritis enfisematosa. La endoscopia informa de necrosis extensa y total de la pared gástrica a nivel de cuerpo, con inflamación, escaras y sangrado espontáneo, con mucosa antral respetada. Dados los antecedentes de la paciente, su calidad de vida previa y que se mostró en todo momento estable hemodinámicamente y sin signos de sepsis, se decidió tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro, dieta absoluta y nutrición parenteral total. Buena evolución durante su ingreso en planta, retirándose SNG e iniciando tolerancia al 3^{er} día que se fue aumentando progresivamente con éxito. La antibioterapia con piperacilina-tazobactam y metronidazol se suspendió al 7^o día y el alta se produjo al 17^o día por la necesidad de nutrición y el problema social de la paciente, estando la paciente asintomática y sin recidiva del cuadro hasta la fecha.

Discusión: Pese al apoyo en las pruebas complementarias, es fundamental hacer hincapié en la clínica y la exploración para hacer el diagnóstico diferencial entre estas dos patologías, una benigna y autolimitada y otra de pronóstico infausto, sobre todo en casos de disociación clínico-radiológica como el presentado.