



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-160 - MANEJO DE LA NEUMATOSIS GÁSTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez Moreno, Isabel María; Sánchez Pérez, Ainhoa; Valero Soriano, María; López Morales, Pedro; Giménez Francés, Clara; Rodríguez Lucas, José María; Carrasco Prats, Milagros; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La neumatosis gástrica se define como la presencia de gas en la pared gástrica y se puede presentar en dos entidades con diferente etiología, síntomas y pronóstico: enfisema gástrico y gastritis enfisematosa. La neumatosis gástrica es una rara entidad que puede relacionarse con neumatosis e isquemia intestinal. El enfisema gástrico suele ser asintomático y generalmente responde a tratamiento conservador. Sin embargo, la gastritis enfisematosa es secundaria a infección de la pared gástrica por microorganismos productores de gas y requiere tratamiento más agresivo con antibioterapia e incluso cirugía, asociándose al 55,3% de mortalidad. Se presenta el caso de una paciente que, tras consultar por dolor abdominal y vómitos, se diagnostica de neumatosis gástrica y portal, planteándonos su manejo diferencial.

Caso clínico: Mujer de 48 años institucionalizada, con antecedentes de hipotiroidismo central, SIADH, encefalopatía anóxica tras intento de suicidio y estreñimiento farmacológico por psicofármacos, que además presenta una potomanía con ingesta de más de 10 L de agua diarios. Consulta por dolor y distensión abdominal generalizado de días de evolución, asociado a vómitos y diarrea, con ausencia del tránsito en las 24 h previas, sin fiebre. A la exploración, destaca un abdomen muy distendido y timpánico, sin clara defensa ni irritación. Analíticamente, destaca un pH 7,25 y lactato 4 mmol/L, y leucocitosis de 11.300/mm³ con neutrofilia. Se realiza TAC abdominal que evidencia importante dilatación de la cavidad gástrica, con neumatosis en la pared posterior, en relación con sufrimiento de la misma, así como neumatosis portal y líquido libre intraabdominal. Se aprecia además dilatación de intestino delgado y marco cólico sin cambios de calibre ni volvulaciones, por lo que se coloca sonda nasogástrica obteniendo 1.500 cc de material fecaloideo. Se coloca además sonda rectal obteniendo abundante aire y heces retenidas. Ante la persistencia de clínica y empeoramiento analítico, con PCR 14,20 mg/l y aumento de leucocitosis se decide laparoscopia exploradora, hallando gran distensión de colon y asas de intestino delgado, así como líquido interasas seroso turbio y sufusión hemorrágica en área coronario-estomáquica sin signos de isquemia aguda. Se instila azul de metileno sin hallar perforación gástrica ni signos de compromiso de la pared, por lo que no se realiza mayor acto quirúrgico. Durante el posoperatorio la paciente evoluciona de forma favorable, con débitos en descenso e inicio de tolerancia, por lo que es alta a domicilio.



Discusión: El presente caso sugiere como etiología de la neumatosis gástrica una hiperdistensión

aguda gástrica, sin producir compromiso vascular, probablemente en relación con el estreñimiento y la hiperdeglución, asociando neumatosis portal por paso de aire a través de vena coronarioestomáquica a vena porta. Se ha descrito enfisema gástrico después de gastroscopia, vómitos vigorosos, vólvulo gástrico u obstrucción. El TAC es la prueba de elección, hallando gas venoso portal, neumatosis intestinal o neumoperitoneo en el 41% de gastritis enfisematosa y el 33% de enfisema gástrico. El tratamiento inicial en ambos casos es reposición de fluidos, descompresión gástrica y antibioterapia en caso de signos de infección. Se debe realizar endoscopia y, en caso de isquemia, considerar tratamiento quirúrgico.