



P-154 - GASTRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

I. Grifo, V. Gumbau, S. Jareño, C. Fuster, A. Vázquez y A. de Andrés

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Resumen

Introducción: La presencia de gas en pared gástrica se da en dos situaciones con pronóstico diferente; el enfisema gástrico y la gastritis enfisematosa. Mientras que el enfisema gástrico es asintomático y presenta una evolución favorable, la gastritis enfisematosa presenta una mortalidad de hasta el 60% y requiere antibioterapia intensiva. Mostramos el caso de un paciente atendido en urgencias por abdomen agudo en el que se constató mediante pruebas de imagen la presencia de gas en la pared gástrica.

Caso clínico: Varón de 76 años con reciente diagnóstico de mieloma múltiple en tratamiento con melfalán y bortezomib y sin demás antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso y vómitos, de inicio progresivo tras la ingesta en las 6h previas. A la exploración presenta dolor abdominal generalizado, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. TA 190/90, FC 110 lpm, saturación de O₂ 91%. La analítica sanguínea mostró hemoglobina 9,3 g/dL, leucocitos $11,1 \times 10^9/L$, Neutrófilos 80%, índice de Quick 74% amilasa 81 U/L, creatinina 0,92 mg/dL, troponina I 0,02 ng/mL, proteína C reactiva 12,1 mg/dL. Se solicitó una Rx abdomen y tórax que no mostraron hallazgos relevantes. Ante la normalidad de las pruebas complementarias pero la persistencia del dolor a pesar de analgesia intensa, se solicita TC abdominal. La TC abdominal muestra neumatosis en pared gástrica sin neumoperitoneo ni líquido libre intraperitoneal. Con el diagnóstico de gastritis enfisematosa se toma muestra del aspirado gástrico y se inicia antibioterapia empírica con metronidazol, vancomicina y meropenem. El paciente ingresa durante 8 días, permaneciendo apirético, estable hemodinámicamente y con disminución progresiva del dolor. Al tercer día se reintroduce dieta progresiva con buena tolerancia oral. Los resultados del aspirado gástrico mostraron presencia de *E. coli*, y se desescaló antibioterapia a ciprofloxacino 500 mg/12h según antibiograma. En el control posterior en consultas externas, el paciente se encontraba asintomático.

Discusión: La gastritis enfisematosa se trata de una entidad infrecuente, de diagnóstico radiológico, caracterizada por la presencia de gas en la pared gástrica. Esta situación se da tras lesión de la mucosa gástrica, y posterior colonización de la misma por determinadas bacterias. Está descrito en la literatura positividad en el cultivo del aspirado gástrico para *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Clostridium perfringens*. Esta situación se ve favorecida en pacientes abuso de alcohol, cirugía gástrica, toma de antiinflamatorios, úlcera gástrica, inmunosuprimidos, portadores de neoplasias malignas y grandes quemados. Nuestro paciente se encontraba inmunosuprimido debido al tratamiento para el mieloma múltiple, situación que favoreció la colonización de la mucosa gástrica por el *E. coli*. La clínica es inespecífica, mostrándose como un

cuadro de abdomen agudo que se puede acompañar de náuseas y vómitos y evolucionar hacia un cuadro de shock séptico, con una mortalidad superior al 60%. Debe evitarse la cirugía como tratamiento inicial y dejarla reservada ante la presencia de complicaciones. El tratamiento debe ser con antibioterapia intensiva, colocación de SNG y dieta absoluta. Nuestro caso se diagnosticó tras los resultados del TAC, confirmado con el cultivo la presencia del microorganismo causante del cuadro. El cuadro se resolvió favorablemente con tratamiento conservador.