



## P-160 - NEUMATOSIS GÁSTRICA CON BURBUJAS DE NEUMOPERITONEO: ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CONSERVADOR?

M. Gutiérrez Samaniego, I. Osorio Silla, E. Bra Insa, I. Domínguez Sánchez, M. de la Fuente Bartolomé, M. Galán, A.I. Perez Zapata y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La presencia de gas en el interior de la pared gástrica es una patología infrecuente. Engloba dos procesos: el enfisema, generalmente asintomático, por aumento de presión normalmente de causa mecánica, y la gastritis enfisematosa, con infección de la pared gástrica. Para el diagnóstico es necesaria la demostración del gas con radiografía o TC abdominal. La instauración del tratamiento rápidamente es imprescindible, ya que, en el segundo caso, tiene una elevada mortalidad.

**Caso clínico:** Paciente 72 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes y dislipemia; obesidad mórbida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente cerebrovascular secundario a hematoma hipertensivo e ingreso previo por hemorragia digestiva alta, con úlceras bulbares (Forrest IIc) y pangastritis. Intervenido hace un mes de fractura de cadera. Acude a urgencias por varios días de disnea, tos y vómitos, algunos en posos de café, ingresando con diagnóstico de fracaso respiratorio con coma hipercápnico. El paciente comienza con cuadro de hipotensión y nuevo fracaso respiratorio, importante distensión abdominal y livideces generalizadas. Analíticamente, gran aumento de reactantes de fase aguda (RFA). Se realiza TC abdominal Urgente, que objetiva importante dilatación gástrica con neumatosis mural, burbujas aisladas de neumoperitoneo adyacentes a curvatura mayor, en ligamento gastrohepático, craneal a cabeza de páncreas y en omento mayor, así como dilatación de asas de intestino delgado. Se decide instauración de tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro, sueroterapia, sonda nasogástrica (salida de más de seis litros de contenido), procinéticos y perfusión de inhibidores de la bomba de protones, así como ventilación mecánica no invasiva. Lentamente el paciente va recuperando la estabilidad hemodinámica, con mejoría del patrón respiratorio, disminución de RFA, disminución de la distensión abdominal y desaparición de los signos de hipoperfusión periférica, con reaparición del tránsito gastrointestinal. El paciente es dado de alta a los 15 días del proceso.

**Discusión:** Para el diagnóstico de gastritis enfisematosa no es necesario el aislamiento de los gérmenes del aspirado gástrico. La confirmación de neumatosis, junto con un estado de shock del paciente, nos han de llevar a una instauración de tratamiento lo más rápido posible dada la alta mortalidad de este cuadro. En nuestro caso, el paciente presentaba varias causas para un aumento de presión de origen mecánico, como son la úlcera duodenal, íleo paralítico o los vómitos, así como para sospechar una posible infección, como son la diabetes o una posible isquemia gástrica. No

existe un consenso acerca de cuándo debe optarse por la cirugía, siendo quizá la más reconocida la perforación gástrica. Con nuestro paciente, a pesar de las burbujas aisladas de neumoperitoneo, se decidió manejo agresivo conservador. Es muy importante el enfoque individual de cada paciente, ya que la gastrectomía total en estos casos no es sinónimo de éxito.