



## P-040 - NECROSIS PARCIAL GÁSTRICA TRAS CIRUGÍA ORTOPÉDICA

R. González López, M. Muínelo Lorenzo, L. Muíños Ruano, J. Pérez Grobas, L. Ramírez Ruíz, A. Mohammed Salem, M. Rodríguez González, P. Montoto Santomé, L. Dorado Castro, M. López López y J.M. Costa Buján

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos un caso de un paciente sometido a una cirugía ortopédica que presentó en el postoperatorio precoz una necrosis parcial gástrica, revisamos la literatura y es el segundo caso descrito atribuible al antecedente de la cirugía ortopédica.

**Caso clínico:** Hombre de 82 años con antecedentes personales de EPOC grave e HTA, que es sometido a cirugía traumatológica: prótesis total de cadera derecha, a las 48 horas de la intervención presenta distensión y dolor abdominal, por lo que se realiza analítica sanguínea urgente en la que se evidencia insuficiencia renal aguda, sin leucocitosis ni neutrofilia, ante la sospecha de gas libre intraabdominal en la radiología simple de abdomen se realiza Tomografía axial computarizada (TAC) urgente evidenciándose aire subcapsular y en parénquima hepático de predominio en lóbulo hepático izquierdo, gas portal y dilatación difusa de asas de intestino delgado acompañado de neumatosis gástrica. El paciente es trasladado al Servicio de Cirugía General, donde se objetiva emisión de abundante cantidad de contenido en posos de café a través de la sonda nasogástrica (SNG), por lo que se solicita endoscopia digestiva alta (EDA) urgente en la que se visualiza a nivel de la curvatura mayor gástrica y cuerpo gástrico isquemia severa de la pared gástrica. Ante el empeoramiento clínico del paciente se decide cirugía urgente, objetivando a través de laparotomía media, isquemia de curvatura mayor gástrica hasta ángulo de His (foto), presentando el resto de estómago buena vascularización, por lo que se decide realizar una resección gástrica atípica, elaborando un tubular gástrico a expensas de la curvatura menor. El resultado anatomopatológico mostró isquemia transmural. Como complicaciones postoperatorias presentó neumonía nosocomial derecha, con evolución favorable inicialmente, al sexto día postquirúrgico se evidencia evisceración por lo que se decide cirugía urgente, objetivando perforación en cara anterior gástrica a nivel antral, en posible relación con decúbito por la SNG, sin datos de peritonitis, procediéndose a cierre primario de la perforación y al cierre de pared abdominal, el paciente ingresa en Reanimación, siendo reintervenido cuatro días más tarde por nueva perforación gástrica en la misma zona antral, realizándose nuevo cierre primario, 24 horas después el paciente fallece en relación con FMO.

**Discusión:** Pocos han sido los casos publicados de esta infrecuente patología, debido quizá a la rica vascularización gástrica (arteria gástrica izquierda y derecha, los vasos gástricos cortos y las arterias gastroepiploicas derecha e izquierda). La dilatación gástrica puede llegar a ser muy importante, provocando un síndrome compartimental abdominal. Cuando se produce una dilatación

masiva, la isquemia es presumiblemente debido a la insuficiencia venosa. La ruptura puede ocurrir con presiones intragástricas de más de 120 mmHg. Los factores mecánicos también pueden estar implicados en la dilatación gástrica. Causas fisiopatológicas como la relajación del esfínter esofágico superior con aerofagia y dilatación gástrica secundaria, el síndrome de la arteria mesentérica superior o enfermedades causadas por alteraciones funcionales regionales: pancreatitis, úlcera... La emesis puede ser el síntoma inicial, pero los acontecimientos se precipitan bruscamente. Los hallazgos físicos son distensión abdominal y timpanismo, con defensa e irritación peritoneal en caso de perforación. La TAC es útil en el diagnóstico: demuestra distensión gástrica, gas portal, neumatosis gástrica y neumoperitoneo. La EDA también nos puede ayudar. La colocación de una SNG es obligatoria, para descompresión, seguida de cirugía inmediata en caso de perforación. La necrosis puede ser parcial, sobre todo en la curvatura menor debido al suministro vascular. La gastrectomía total es el procedimiento de elección, pero conlleva un tiempo y requiere que el paciente se encuentre hemodinámicamente estable. La mortalidad después de la gastrectomía en la necrosis aguda gástrica es muy alta. Las resecciones parciales están descritas en caso de necrosis limitada, como el nuestro.