



## P-172 - NEUMATOSIS MURAL GÁSTRICA BENIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cazador-Labat, Miriam; Luque Villalobos, Eduardo José; Beisani Pellise, Marc; Bravo Salva, Alejandro; Casajoana Badia, Anna; Pera Román, Manuel

Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Se presenta el inusual caso clínico de neumatosis gástrica secundario a vómitos con respaldo de la literatura.

**Caso clínico:** Se presenta caso de un hombre de 84 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, esófago de Barrett, y una nefrectomía radical izquierda en 2019 por carcinoma renal de células claras. En mayo 2024 acudió a urgencias de medicina de nuestro hospital por cuadro de vómitos incoercibles y ausencia de tolerancia oral de 24 horas de evolución. Negando dolor abdominal asociado. A la exploración física destacaba la distensión abdominal sin dolor ni signos de irritación. A nuestra valoración se encontraba obnubilado, desaturación de oxígeno de 89%, con tendencia a la hipotensión TA 71/46 mmHg, taquicardia de 132 lpm a pesar de resucitación con fluidoterapia. Analíticamente presentaba disfunción renal aguda con creatinina de 2,37 mg/dL, ácido láctico de 4,81 mmol/L, leucocitosis de 22.650 u/&mu;L con neutrofilia del 93% y PCR de 3,24 mg/dL. Se inició tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina clavulánico tras obtención de hemocultivos y urinocultivo, y colocación una sonda nasogástrica con obtención de 500 ml de contenido retencional. Se completó el estudio mediante tomografía computarizada (TC), que informó de engrosamiento mural gástrico y neumatosis gástrica y portal, así como consolidaciones pulmonares bibasales sugestivas de broncoaspiración, sin evidencia de perforación, oclusión intestinal o pancreatitis. Ante la sospecha de isquemia intestinal se decidió laparotomía exploradora. Mediante laparotomía exploradora se descartó isquemia establecida, hallando el tracto gastrointestinal e hígado bien vascularizados, sin líquido libre, y palpándose arteria mesentérica con correcto latido. El paciente presentó buena evolución en el posoperatorio inmediato, pudiéndose retirar el soporte vasoactivo y la oxigenoterapia. Se trasladó a planta de hospitalización al 7.º día posoperatorio, pudiéndose iniciar dieta oral con buena tolerancia el 9.º día posoperatorio. Los cultivos resultaron negativos. Durante su ingreso se realizó gastroscopia, encontrándose únicamente gastropatía eritematosa inespecífica. Se solicitó ecografía abdominal que descartó hepatopatía crónica avanzada y un TC de control que mostró resolución completa de las lesiones previas. Dada la correcta evolución el paciente fue dado de alta y sigue asintomático en la actualidad.

**Discusión:** Se consideró finalmente que la neumatosis gástrica y portal fueron secundarias al cuadro de vómitos incoercibles en contexto de la infección respiratoria por el aumento de la presión con el reflejo del vómito. Se descartó por tanto que la causa de sepsis fuera una gastritis

enfisematosa, forma rara de gastritis asociada a invasión de la pared gástrica por bacterias. En la literatura está descrito que pueden predisponer la neumatosis mural una lesión de la mucosa gástrica por alcoholismo, traumatismo, úlcera péptica, pancreatitis grave, ingesta de cáusticos, una intervención gástrica previa, oclusión intestinal, isquemia intestinal o de forma más inusual un cuadro de vómitos. La etiología condiciona el tratamiento a seguir y también el desenlace, teniendo en ocasiones un futuro ominoso el paciente con este hallazgo radiológico. Por ello la literatura insiste en la necesidad de laparotomía exploradora ante sospecha de isquemia intestinal. Dada la benignidad y rareza del cuadro, se cree necesario compartirlo con la comunidad científica.