



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-674 - NECROSIS GÁSTRICA IDIOPÁTICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Vera Flores, Victoria¹; Grasa González, Federico¹; Tejedor Cabrera, Luis²; Bollici, Luis¹; Palomo Torrero, Daniel¹

¹Hospital General Básico de la Serranía, Ronda; ²Hospital del S.A.S. Punta de Europa, Algeciras.

Resumen

Introducción: La necrosis gástrica es un cuadro que, aunque presenta incidencia baja, se ha observado un aumento en los últimos años de los casos reportados. Aunque el síntoma prínceps es el dolor abdominal, el espectro clínico es variado, siendo el diagnóstico y tratamiento precoces, los principales condicionantes del resultado evolutivo de la enfermedad. Las principales causas descritas en la literatura están en relación con una dilatación gástrica masiva. Otras causas posibles son las asociadas a estilos de vida (enolismo, tabaquismo), enfermedades crónicas (diabetes mellitus), complicaciones posoperatorias (síndrome arteria mesentérica superior) y trastornos alimentarios (anorexia, bulimia).

Caso clínico: Varón de 72 años que acudió tras ingesta de alimentos en gran cuantía a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y hematemesis de 12 horas, asociando signos clínicos de *shock* con hipotensión arterial, sudoración y taquicardia. Como antecedentes personales destaca exenolismo y tabaquismo activo, pancreatitis crónica, desnutrición, gastritis crónica y úlcera péptica, así como accidentes isquémicos transitorios, EPOC y degeneración cerebelosa enólica. El estudio analítico evidencia leucocitosis con desviación izquierda. Radiografía de tórax y abdomen anodinas. La TAC abdomino-pélvico evidencia esófago distendido, páncreas hipotrófico con calcificaciones en su cabeza compatible con pancreatitis crónica y engrosamiento de la mucosa del antro gástrico y duodeno sugerentes de gastroduodenitis. Se solicitó gastroscopia urgente que informó de mucosa de cuerpo gástrico engrosada y de aspecto isquémico-necrótico con sangrado difuso, mucosa intracardial granular por posible proceso agudo isquémico/neoplásico. Dados los hallazgos se decide cirugía de urgencias, confirmándose la necrosis gástrica de curvatura mayor y fundus gástrico. Se realiza gastrectomía total y reconstrucción en Y-Roux. El posoperatorio en UCI, cursó de forma satisfactoria, pasando a planta en 36 horas y fue dado de alta hospitalaria al 28.º día. El resultado anatomopatológico mostró signos de congestión vascular, peritonitis aguda y necrosis gástrica.



Discusión: La enfermedad isquémica gástrica es una enfermedad poco frecuente, quizás debido a la gran vascularización del estómago, proveniente de ramas del tronco celiaco y arteria mesentérica superior, con múltiples anastomosis y circulación colateral. Es más frecuente en sexo femenino (67%) y en la curvatura menor y región pilórica. La etiología más ampliamente publicada es la relacionada con dilatación gástrica masiva, que provoca un incremento súbito de la presión gástrica, provocando compresión extrínseca de la vasculatura, sobre todo venosa, con descenso del flujo sanguíneo. Nuestro caso clínico, no cumple los criterios etiológicos compatibles con los descritos por la dilatación gástrica masiva, sino más bien un conjunto de las causas descritas en la literatura, como son la ingesta de alimentos masiva, comorbilidades asociadas (insuficiencia arterial, desnutrición, úlcera péptica, gastritis...). El tratamiento de elección es controvertido. Algunos autores abogan por el tratamiento conservador, mientras que otros por la cirugía temprana. Siendo el procedimiento quirúrgico de elección la gastrectomía total. La mortalidad es elevada, en cualquier caso, rondando el 50-80%. El caso que presentamos, a pesar de partir de situación de SIRS y necrosis gástrica sufrió una evolución favorable, que precisó de antibioticoterapia de amplio espectro y medidas de soporte nutricional parenteral y enteral una vez iniciada la tolerancia oral.