

5. Amodeo I, Colnaghi M, Raffaelli G, Cavallaro G, Ciralli F, Gangi S, et al. The use of sirolimus in the treatment of giant cystic lymphangioma: Four case reports and update of medical therapy. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e8871.
6. Rani DV, Srilakshmi R, Malathi S, Raghupathy V, Bagdi RK. Unusual presentation of a retroperitoneal lymphangioma. *Indian J Pediatr*. 2006;73:617-8.
7. Wagenhäuser PJ, Mölleken C, Walter JW, Heyer CM, Nicolas V. A combined mediastinal and retroperitoneal cystic lymphangioma as a rare cause of recurrent pleural effusion [artículo en alemán]. *Pneumologie*. 2013;67:265-9.
8. Hermanutz KD, Boldt I, Frotscher U. Chylous reflux and chylous ascites in lymphatic dysplasia, with the lymphographic demonstration of mediastinal and retroperitoneal lymphatic cysts [artículo en alemán]. *Rofo*. 1975;122:14-9.
9. Churchill P, Otal D, Pemberton J, Ali A, Flageole H, Walton JM. Sclerotherapy for lymphatic malformations in children: A scoping review. *J Pediatr Surg*. 2011;46:912-22.
10. Railan D, Parlette EC, Uebelhoer NS, Rohrer TE. Laser treatment of vascular lesions. *Clin Dermatol*. 2006;24:8-15.

Israel Rodríguez Alvarado<sup>a</sup>, María Teresa Gómez Hernández<sup>a,\*</sup>, Verónica Temprado Moreno<sup>b</sup>, Jacinto Herráez García<sup>b</sup> y Marcelo Jiménez López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>b</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mteresa.gomez.hernandez@gmail.com](mailto:mteresa.gomez.hernandez@gmail.com) (M.T. Gómez Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.12.006>  
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Isquemia gástrica masiva aguda de causa idiopática



### Acute Massive Idiopathic Gastric Ischemia

El estómago es una de las vísceras abdominales más vascularizadas del organismo. Por este motivo, la isquemia gástrica se considera una enfermedad poco frecuente. Se conocen algunas causas de isquemia gástrica relacionadas con factores tóxicos, mecánicos, lesiones vasculares o infecciones. Sin embargo, a veces no hay ningún desencadenante claro. La isquemia gástrica masiva de causa idiopática es una entidad extremadamente infrecuente con muy pocos casos descritos en la bibliografía médica<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de una paciente con isquemia gástrica masiva de causa idiopática.

Una mujer de 61 años con antecedentes médicos de hipertensión y mastectomía con linfadenectomía axilar por un carcinoma lobulillar de mama 3 años antes acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal de 48 h de evolución. Durante la exploración clínica, la paciente presentó hipotermia (34,7 °C), presión arterial de 96/50 mmHg, palidez, obnubilación y taquicardia (150 min). Se encontró un signo de Blumberg apreciable durante la exploración abdominal. Los valores de los análisis clínicos mostraron 940 leucocitos/mm<sup>3</sup> (88,3% de neutrófilos), un nivel de proteína C-reactiva de 48 mg/dl, un nivel de procalcitonina de 48 mg/dl y un pH venoso de 7,30. Después de la evaluación y la reanimación iniciales, a la paciente se le realizó una tomografía computarizada torácica y abdominal en que se identificó derrame pleural bilateral, líquido intraabdominal libre y edema de la mucosa en el antro pilórico y el cuerpo gástrico. La gastroscopia reveló mucosa isquémica en el cardias. Mediante una laparotomía media se encontró necrosis gástrica masiva (fig. 1) y se realizó una gastrectomía total. Durante la interven-

ción, la paciente permaneció hemodinámicamente inestable y necesitó fármacos vasoactivos a dosis elevadas. Por estos motivos, no se realizó anastomosis primaria y se crearon una esofagostomía y una yeyunostomía para la alimentación. La exploración anatomopatológica reveló necrosis extensa, con compromiso transmural focal que provocó hemorragia subtotal de la mucosa, grave congestión parietal e inflamación necrosante aguda que se extendió por toda la submucosa y alcanzó el músculo y focalmente la subserosa y la serosa. Después de la intervención quirúrgica, la paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, el shock séptico fue refractario a las medidas aplicadas y la paciente falleció 14 h después de la operación. La familia rechazó la autopsia.

Las causas más frecuentes de isquemia gástrica son vólvulo, hernia intratorácica del estómago y dilatación gástrica masiva por factores mecánicos, como obstrucción intestinal, estenosis pilórica o atonicidad del estómago causada por anorexia nerviosa y desequilibrio hidroelectrolítico<sup>1,2</sup>. Además, se notificaron causas infecciosas (gastritis necrosante), que generalmente afectan a pacientes inmunocomprometidos (diabetes, sida, neoplasia)<sup>3</sup>. La ingesta de toxinas, como algunos cáusticos, también puede provocar necrosis en el estómago<sup>1</sup>. En nuestro caso, la obstrucción mecánica y el compromiso vascular se descartaron tras los hallazgos de la TC. Del mismo modo, la ingesta de toxinas se descartó a través de una meticulosa anamnesis. Tras el análisis de la porción, no pudo afirmarse que el crecimiento bacteriano fuera la causa de la enfermedad. Por estos motivos, la etiología de esta isquemia gástrica masiva se consideró de causa idiopática.



**Figura 1 – Isquemia gástrica masiva con edema y necrosis.**

En general, las manifestaciones clínicas más comunes son dolor abdominal, emesis o las derivadas de una complicación, como obstrucción o perforación intestinal. Los datos obtenidos en la exploración clínica pueden ser distensión abdominal, timpanismo y sensibilidad<sup>3</sup>.

Actualmente, entre las opciones terapéuticas para la isquemia gástrica pueden citarse la sonda nasogástrica, la descompresión del estómago y la cirugía inmediata. Cuando sospechamos de una isquemia gástrica, el tratamiento quirúrgico debe ser urgente y decidido porque la mortalidad es elevada si el diagnóstico es tardío<sup>3</sup>. La resección gástrica con anastomosis gastroyeyunal o yeyunoesofágica es la mejor intervención si el estado hemodinámico del paciente lo permite. Nuestra paciente presentaba inestabilidad hemodinámica y, por ello, la

anastomosis se rechazó en un primer momento. En cualquier caso, a pesar de la cirugía precoz, la mortalidad estimada en un paciente con isquemia gástrica masiva aguda es superior al 50-60%<sup>2</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. McKelvie PA, McClure DN, Fink RL. Two cases of idiopathic acute gastric necrosis. *Pathology*. 1994;26:435-8.
2. Abdu RA, Garritano D, Culver O. Acute gastric necrosis in anorexia nervosa and bulimia. Two case reports. *Arch Surg*. 1987;122:830-2.
3. Vettoretto N, Viotti F, Taglietti L, Giovanetti M. Acute idiopathic gastric necrosis, perforation and shock. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3:304.

Elisa Contreras Saiz<sup>a,\*</sup>, Daniel Fernández Martínez<sup>a</sup>,  
Isabel Cifrián Canales<sup>a</sup>, Jandro Pico Veloso<sup>b</sup>  
y José Antonio Álvarez Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup>Departamento de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elisa.contreras.saiz@gmail.com](mailto:elisa.contreras.saiz@gmail.com)  
(E. Contreras Saiz).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.11.019>  
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.