

NEUMATOSIS GÁSTRICA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

A. Martín-Lagos Maldonado, M. Florido-García, A. Barrientos-Delgado, A. Palacios-Pérez, F.J. Salmerón-Escobar

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras clave: Neumatosis gástrica, gastrostomía endoscópica percutánea.

Keywords: Gastric pneumatosis, percutaneous endoscopic gastrostomy.

Sr. Director:

La neumatosis gástrica constituye la forma menos frecuente de presencia de gas en la pared del tracto gastrointestinal. Aunque en la mayoría de los casos su curso es benigno, en ocasiones su pronóstico es ominoso, sobre todo las formas secundarias a isquemia y la forma enfisematosa. No existen en la literatura ningún caso descrito de gastritis enfisematosa como complicación de la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP). Presentamos el caso de un

paciente que presentó una neumatosis gástrica secundaria a la retirada por tracción de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

Varón de 77 años, portador de una sonda de gastrostomía para alimentación enteral por Enfermedad de Parkinson. Cuatro meses después del recambio de sonda por tracción comienza con un cuadro de vómitos alimenticios y dolor abdominal difuso. En la exploración física destaca: abdomen distendido y doloroso, apreciando salida por la sonda de material serohemático en cuyo cultivo no se aisló ningún microorganismo. Las pruebas complementarias muestran los siguientes hallazgos: analítica: Leucocitos 11000/ μ L (PMN 90%), PCR 5 mg/dl; radiografía simple de abdomen: cámara gástrica dilatada; tomografía axial computarizada (TC) abdominal: "dilatación gástrica con nivel hidroaéreo y neumatosis de la pared, sin datos de engrosamiento de pared; no evidencia de neumatosis en otras localizaciones, ni aire libre intraperitoneal" (**Figura 1**). Se inicia tratamiento con medidas conservadoras: aspiración gástrica, inhibidores de la bomba de protones (IBP), antibióticos (ertapenem y posteriormente levofloxacino) y nutrición parenteral. El paciente evoluciona favorablemente, evidenciándose en un TC de control al mes resolución de la NG, y siendo dado de alta.

La NG constituye la forma menos frecuente de presencia de gas en la pared del tracto gastrointestinal

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-Lagos Maldonado
Hospital Clínico San Cecilio (Servicio de Ap. Digestivo)
Avenida Dr. Olóriz sn. 18012 Granada.
Teléfono: 958 252 861

aliciamartin-lagos@hotmail.com

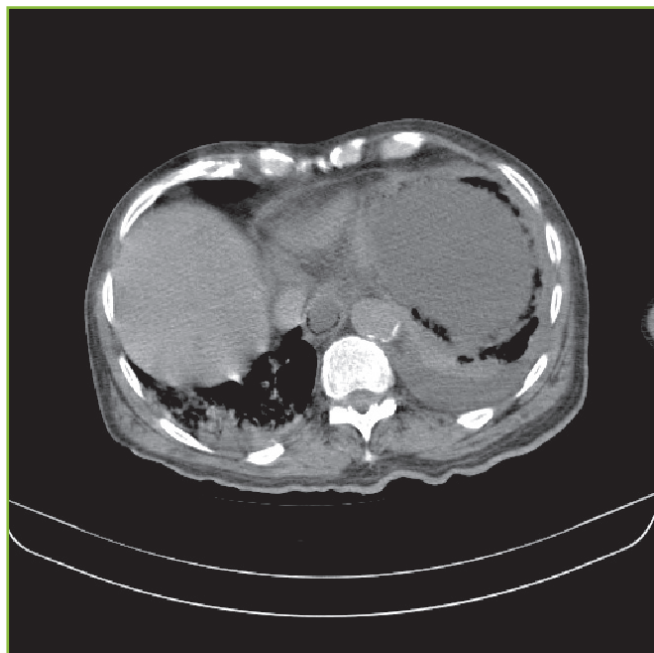


Figura 1

TC abdominal: Llamativa presencia de aire en la pared gástrica.

(9%)¹. Se diferencian 2 grupos: la gastritis enfisematosa (GE), relacionada con la infección por gérmenes anaerobios, de peor pronóstico, y la no infecciosa o enfisema gástrico (EG), asociada generalmente a procesos gástricos (Tabla 1)^{1,3}. Su espectro clínico varía desde formas benignas y autolimitadas, hasta otras con un pronóstico ominoso, sobre todo las secundarias a isquemia y la forma enfisematosa^{4,5}. Aunque no existen datos clínicos o de imagen

definitivos para diferenciar las distintas formas de NG, los hallazgos radiográficos de la TC abdominal, además de demostrar mínimas cantidades de aire en la pared gástrica, contribuyen a orientar el diagnóstico etiológico¹. La presencia de aire extragástrico (venoso, intestinal o intraperitoneal libre) puede sugerir una perforación visceral, una isquemia intestinal o una GE. En este caso no existieron hallazgos radiológicos que orientaran otras causas (sin datos de afectación de otros órganos, ni de isquemia), así como tampoco signos ni síntomas de infección por anaerobios. El estudio previo con endoscopia tras la colocación de la sonda de GEP no reveló patología orgánica alguna, descartando proceso ulceroso o estenosis pilórica entre otros. Salvo la retirada de la sonda por tracción, nuestro paciente no se sometió a ningún otro procedimiento diagnóstico-terapéutico en los meses previos. Si bien es cierto que existió un decalaje temporal entre la retirada de la sonda y el comienzo de la sintomatología, la ausencia de otros posibles desencadenantes u hallazgos clínicos o de imagen, nos llevó a considerar el diagnóstico de NG traumática, secundaria a la tracción de la sonda durante el recambio de la PEG. No obstante, no se puede descartar con certeza su asociación con otras entidades como una dilatación gástrica aguda o úlcera gástrica aguda que no mostrara otros hallazgos groseros en el estudio radiológico. En la búsqueda bibliográfica realizada no existe ningún caso de GE publicado como complicación de la GEP⁶. Tal y como ocurrió en este caso, la mayoría de las GEs se resuelven con medidas conservadoras (antibióticos, antiácidos, nutrición parenteral)⁷.

Tabla 1. Causas de neumatosis gástrica.

Causas gástricas
Infección por anaerobios (gastritis enfisematosa)
Gastritis
Isquemia
Cáusticos
Aumento de la presión intraluminal
Perforación de úlceras gástricas
iatrogénea: biopsia endoscópica, coagulación con argón, colocación de tubo de sonda nasogástrica, polipectomía, GEP
Traumatismo
Otras: bezoar, estenosis hipertrófica pilórica en niños
Idiopática, espontánea
Causas extragástricas
Isquemia o infarto del intestino delgado/grueso
Vólvulo intestinal
Colecistitis gangrenosa
Apendicitis
Colangiocarcinoma
Síndrome de la arteria mesentérica superior
Poliqumioterapia
Diseción de gas pulmonar
Secundaria a perforación por stent biliar
Enfermedades sistémicas (esclerosis sistémica, fibrosis quística...)

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson PT, Horton KM, Edil BH, Fishman EK, Scott WW. Gastric pneumatosis: the role of CT in diagnosis and patient management. *Emerg Radiol.* 2011; 18(1):65-73.
2. Robertson MB, Choe KA, Joseph PM. Review of the abdominal manifestations of cystic fibrosis in the adult patient. *Radiographics.* 2006; 26(3):679-90.
3. Ebert EC. Gastric and enteric involvement in progressive systemic sclerosis. *J Clin Gastroenterol.* 2008; 42(1):5-12.
4. López J, Garcia MA, Blazquez LA, Aguilera LF, Melero DA. Diffuse intestinal pneumatosis and massive hepatic portal gas. *Emerg Med J.* 2011; 28(12).
5. Heemskerck J, de Hingh IH. Pneumatosis intestinalis, mesenteric venous gas and portal venous gas. *Dig Surg.* 2008; 25(2):85-6.
6. Lozoya D, Pelaez M, Farca A, Salceda JC, Vazquez-Ballesteros E. Percutaneous endoscopic gastrostomy complication rates and compliance with the American Society for Gastrointestinal Endoscopy guidelines for the management of antithrombotic therapy. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2012 Mar; 36(2):226-30.
7. McLaughlin SA, Nguyen JH. Conservative management of nongangrenous esophageal and gastric pneumatosis. *Am Surg.* 2007; 73(9):862-4.