

GASTRITIS ENFISEMATOSA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO.

EMPHYSEMATOUS GASTRITIS: A RARE CAUSE OF ACUTE ABDOMEN.

E. Moya-Sánchez¹, V. Medina-Salas², E. Ruiz-Carazo¹

¹Unidad de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada.

²Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada.

Resumen

La gastritis enfisematosa es una causa infrecuente y grave de dolor abdominal agudo. Está producida por la invasión de la pared gástrica por gérmenes productores de aire.

Presentamos un caso de gastritis enfisematosa y sus hallazgos por imagen, resaltando la importancia de reconocerlos para realizar un diagnóstico diferencial adecuado y así aplicar el tratamiento más conveniente.

Palabras clave: gastritis enfisematosa, gas venoso portal, pared gástrica, neumatosis, enfisema gástrico.

Abstract

Emphyseous gastritis is a rare and severe cause of acute abdominal pain. It is caused by the invasion of the gastric wall by germs producing air.

We present a case of emphysematous gastritis and its findings by imaging, highlighting the importance of recognizing them to make an adequate differential diagnosis and thus to apply the most convenient treatment.

Keywords: emphysematous gastritis, portal venous gas, gastric wall, pneumatosis, gastric emphysema.

CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez
Complejo Hospitalario Universitario de Granada
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada.
elemoya89@gmail.com

Fecha de envío: 01/11/2016
Fecha de aceptación: 05/03/2017

Caso clínico

Paciente de 82 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisema, que consulta por presentar dolor abdominal, diarrea y vómitos de aspecto hemático.

A la exploración se encuentra taquipnéico con abdomen globuloso, distendido y doloroso de forma difusa con peritonismo generalizado. Análíticamente destaca neutrofilia sin leucocitosis y elevación de PCR.

Se realiza una angio-TC de abdomen y pelvis (Figura 1), donde se evidencia gas intramural en la pared gástrica en abundante cuantía (Figura 1A, flecha), asociado a dilatación gástrica (Figura 1B, flecha). Se observa gas en el interior de la vena porta (Figura 1C, flecha), y pequeñas burbujas aéreas extraluminales en relación con neumoperitoneo (Figura 1A, cabeza de flecha). No se observan defectos de repleción en los principales troncos arteriales y venosos mesentéricos.

Ante estos hallazgos y la situación clínica del paciente, se decide realizar una laparotomía exploradora. El estómago se encuentra distendido con burbujas de gas en su serosa, sin signos de necrosis transmural. Se realiza una endoscopia digestiva alta intraoperatoria apreciándose en cuerpo gástrico un área de unos 10 cm con mucosa ulcerada sin sangrado espontáneo, sin otros hallazgos.

En la TC de control realizada una semana después de la intervención aparece la pared gástrica de grosor normal sin neumatosis parietal ni evidencia de gas portal o neumoperitoneo (Figura 1D).

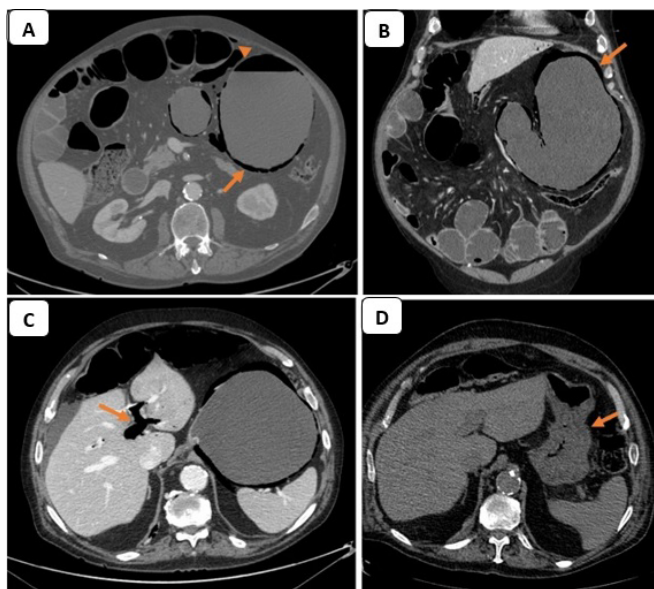


Figura 1

Angio-TC abdominal donde se aprecian los hallazgos típicos de la gastritis enfisematosa: gas en el interior de la pared del estómago (A), dilatación gástrica (B) y aire en sistema venoso portal (C), apreciándose buena evolución en TC de control realizado una semana después de la instauración del tratamiento, donde el grosor gástrico es normal sin apreciarse imágenes aéreas intraparietales o extraluminales (D).

Discusión

El estómago es la localización menos frecuente del tracto gastrointestinal donde se encuentra el gas intraparietal y su presencia supone un signo de alarma.

Podemos encontrar gas en la pared gástrica en tres situaciones diferentes: el enfisema gástrico, la neumatosis intestinal (gástrica) y la gastritis enfisematosa, aunque a veces estas entidades se superponen¹.

El enfisema gástrico y la gastritis enfisematosa tienen una etiología, clínica, tratamiento y pronóstico totalmente diferentes, por lo que es de gran importancia realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

El término enfisema gástrico se usa cuando hay daño en la mucosa gástrica pero no hay infección asociada. Es asintomático y se resuelve espontáneamente. Por el contrario, la gastritis enfisematosa está provocada por microorganismos productores de aire por diseminación local o vía hematogénica desde un foco distante, los cuales invaden la pared gástrica y producen gas intramural. Cursa con síntomas que consisten en dolor abdominal, disnea, náuseas, vómitos y ocasionalmente hematemesis y melenas².

El pronóstico es malo, con una alta probabilidad de complicaciones (perforación, estenosis)¹ y alta mortalidad (hasta el 60%, aumentando a más del 75% si se asocia con gas venoso portal)^{3,4}.

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1889 por Fraenkel, quien refirió el origen infeccioso de la misma, denominándola "gastritis acuta emphysematosa"⁵. En la mayoría de los casos se asocia con un daño previo en la mucosa gástrica: ingesta de tóxicos, sustancias corrosivas o abuso de alcohol. También se ha relacionado con úlcera gástrica e inmunosupresión^{1,5}, diabetes, fallo renal, patología pulmonar, neoplasias, pancreatitis y fitobezoar⁴. La edad y el sexo no son factores predisponentes de la misma¹.

Los microorganismos causantes referidos en la literatura incluyen bacterias tanto aerobias como anaerobias y especies fúngicas. Destacan *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, especies de *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Candida albicans*⁶.

El diagnóstico de gastritis enfisematosa se basa en la presentación clínica y la presencia de imágenes lineales o circulares de aire en el interior de la pared gástrica en las pruebas radiológicas. El gas permanece de forma típica en la misma posición durante los cambios posturales. En muchos casos se acompaña de dilatación gástrica y neumoperitoneo¹, que puede sugerir la presencia de perforación.

Los hallazgos en la TC incluyen los propios relacionados con la inflamación (gastritis): engrosamiento parietal y edema, junto con gas intramural que puede diseminarse hacia el sistema venoso portal a través de las venas gástricas de drenaje. La ausencia de edema parietal en las técnicas de imagen, sería un dato a favor de enfisema gástrico, siendo un hallazgo útil en el diagnóstico diferencial⁷.

No hay un enfoque o tratamiento preferible reflejado de forma concluyente en la literatura. La terapia básica incluye tratamiento antimicrobiano empírico efectivo para gérmenes gram negativos, bacterias anaerobias y estabilización hemodinámica^{1,4}. Se han descrito algunos casos con buena respuesta tras tratamiento conservador adecuado³.

La cirugía no se recomienda durante la fase aguda de la gastritis enfisematosa debido a que la infección podría impedir la cicatrización de los bordes de sutura. No obstante, la presencia de perforación es indicación de cirugía urgente. Las estenosis secundarias a la cicatrización después de un proceso inflamatorio, pueden ser indicación de intervención quirúrgica retardada^{1,5}.

Conclusión

La presencia de aire en la pared del estómago es un hallazgo infrecuente. Entre las patologías que cursan con este hallazgo se encuentra la gastritis enfisematosa. Esta entidad tiene una alta mortalidad, por lo que es necesario conocer la presentación clínica, identificar sus hallazgos por imagen y realizar un correcto diagnóstico, con el objetivo de realizar un tratamiento adecuado que reduzca su alta morbimortalidad.

Bibliografía

1. Van Mook WN, van der Geest S, Goessens ML, Schoon EJ, Ramsay G. Gas within the wall of the stomach due to emphysematous gastritis: case report and review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14:1155-1160.
2. Moosvi AR, Saravolatz LD, Wong DH, Simms SM. Emphysematous gastritis: case report and review. *Rev Infect Dis* 1990; 12:848-855.
3. Paul M, John S, Menon MC, Golewale NH, Weiss SL, Murthy UK. Successful medical management of emphysematous gastritis with concomitant portal venous air: a case report. *J Med Case Rep* 2010; 4:140.
4. Guillén-Morales C, Jiménez-Miramón FJ, Carrascosa-Mirón T, Jover-Navalón JM. Emphysematous gastritis associated with portal venous gas: Medical management to an infrequent acute abdominal pain. *Rev Esp Enferm Dig* 2015; 107:455-456.
5. Loi TH, See JY, Diddapur RK, Issac JR. Emphysematous gastritis: a case report and a review of literature. *Ann Acad Med Singapore* 2007; 36:72-73.
6. Matsushima K, Won EJ, Tangel MR, Enomoto LM, Avella DM, Soybel DI. Emphysematous gastritis and gastric emphysema: similar radiographic findings, distinct clinical entities. *World J Surg* 2015; 39:1008-1017.
7. Guniganti P, Bradenham CH, Raptis C, Menias CO, Mellnick VM. CT of gastric emergencies. *Radiographics* 2015; 35:1909-1921.