



# UN CASO DE GASTRITIS ENFISEMATOSA TRAS TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA DE UNA NEOPLASIA DE COLON.

Gómez Martín J, Marcos Sánchez F \*, Sánchez Gil B,  
González Ageitos A, Yzusuqui Mendoza M\*, García Iñigo  
P\*\* y Moyano Jato A

Servicios de Medicina Interna\*, Sección de Oncología  
Médica y Servicio de Radiodiagnóstico \*\*.  
Hospital N<sup>o</sup> S<sup>o</sup> del Prado de Talavera de la Reina.

## INTRODUCCIÓN

La presencia de aire en la pared del estómago constituye una alteración patológica. El aire puede llegar a la pared gástrica desde el interior de la cavidad o formarse en ella <sup>(1)</sup>. El aire en la pared gástrica puede producirse en el contexto de dos entidades patológicas: el enfisema gástrico y la gastritis enfisematosa.

La primera es una entidad de buen pronóstico, autolimitada, sin embargo la gastritis enfisematosa es un problema muy infrecuente, con escasos casos publicados y que entraña una elevadísima mortalidad por su gravedad. Recientemente hemos tenido ocasión de diagnosticar un nuevo caso y nos parece interesante comunicarlo por su rareza.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento medicamentoso. En Julio de 2011 a raíz de un cuadro de anemia fue diagnosticada de una neoplasia de ciego/colon ascendente, realizándose una hemicolectomía derecha. El informe de anatomía patológica fue de adenocarcinoma colorectal bien diferenciado con áreas coloides sobre un adenoma vellosos que infiltraba la grasa perivisceral, con

metástasis en 3 de los 15 ganglios linfáticos aislados, bordes de resección sin evidencia de tumor. Se evidenciaron metástasis pulmonares en la TAC torácica y una broncoscopia con biopsias fue sospechosa para malignidad, por lo que finalmente fue clasificada la neoplasia como estadio IV.

En agosto se inició tratamiento con quimioterapia, esquema oxaliplatino y capecitabina. A los quince días de la quimioterapia acudió a urgencias, refiriendo un cuadro de seis días de evolución de leve dolor abdominal acompañado de deposiciones líquidas sin sangre ni moco, varios vómitos diarios, disminución de apetito, no fiebre.

A la exploración física presentaba: T.A. 130/70 mmHg, 36,8°C. Consciente, signos de deshidratación. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, levemente doloroso a la palpación sin datos de irritación peritoneal.

Laboratorio: Hemograma: 1900 leucocitos con 1000 neutrófilos, hemoglobina de 13,1 gramos/dl, 236.000 plaquetas, actividad de protrombina del 81% con INR de 1,21. Bioquímica: Creatinina de 2,92 mg/dl, glucosa de 186 mg/dl, PCR de 93,4 mg/L, Na de 132 mmol/l, Urea de 258 mg/dl, Cloro: 105 mmol/l, K de 3,2 mmol/l.

R.X. Tórax: Nódulos pulmonares. R.X. Abdomen: Dilatación de asas de intestino delgado con abundante gas. E.C.G.: Normal. Ecocardiograma: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo.

Fue diagnosticada de insuficiencia renal prerrenal y toxicidad gastrointestinal secundaria a la quimioterapia, instaurándose tratamiento con fluidoterapia, omeprazol, octreotido, antieméticos, analgésicos y antibióticos. La evolución fue desfavorable, presentando fiebre en picos de hasta 39°C, incrementándose el dolor abdominal, aunque sin llegar a presentar claramente una situación de abdomen agudo.

A los 6 días se realizó una TAC abdomino-pélvica, donde se observó la presencia de gas que disecaba la pared del fundus y del cuerpo; no existía gas ectópico ni portal, dilatación generalizada de asas de intestino delgado con abundante contenido líquido, no líquido libre ni colecciones intrabdominales.

Ante el diagnóstico de gastritis enfisematosa se amplió el tratamiento antibiótico, asociándose meropenem, vancomicina y metronidazol y asimismo se inició nutrición parenteral. Múltiples hemocultivos fueron negativos. El servicio de Cirugía General descartó realizar intervención quirúrgica debido a la edad y situación de la paciente. Con posterioridad la evolución fue lentamente favorable y un nuevo TAC abdominal realizado una semana después del primer estudio evidenció desaparición del gas que disecaba la pared del fundus y del

## CORRESPONDENCIA:

Fernando Marcos Sánchez  
c) Gregorio Corrochano n<sup>o</sup>1  
45600 Talavera de la Reina. Toledo.  
fmarcos666@yahoo.es

cuerpo gástrico. Se procedió el alta hospitalaria tras 34 días de ingreso en una situación aceptable.

## DISCUSIÓN

Se denomina enfisema gástrico cuando no se ha encontrado un agente infeccioso asociado y se produce por la disrupción de la mucosa y la posterior infiltración de la pared gástrica por aire. Puede deberse a múltiples causas, aunque existe un factor común que es el aumento de la presión intragástrica, por un sondaje nasogástrico, hiperemesis, pancreatitis aguda, obstrucción duodenal, ingestión de antiinflamatorios no esteroideos, alcohol, ácidos y álcalis, tratamiento con altas dosis de dexametasona, instrumentación del tracto digestivo superior, anestesia general, reanimación cardiaca<sup>(2)</sup>.

Se trata de una entidad benigna de curso autolimitado que remite espontáneamente sin secuelas asociadas. El cuadro clínico suele ser inespecífico, situación que difiere de la presencia como abdomen agudo en la que se muestra habitualmente la gastritis enfisematosa. El diagnóstico se realiza habitualmente mediante estudios radiológicos de tórax y abdomen o por tomografía computarizada, donde se hace evidente la presencia de burbujas de aire con un rodete radiolúcido periférico de pocos centímetros de espesor paralelo a la pared gástrica.

La gastritis enfisematosa es una variedad de gastritis flemonosa. La enfermedad es secundaria a la infección de la pared gástrica por bacterias productoras de gas. Los microorganismos implicados son *Staphylococcus aureus*, *E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Clostridium welchii* y *Clostridium perfringens* entre otros, con una baja tasa de cultivos positivos en la pared gástrica<sup>(3)</sup>. Para que se produzca la gastritis enfisematosa es frecuente el antecedente de una lesión previa asociada, como la ingestión de corrosivos tanto ácidos como álcalis, abuso de alcohol, cirugía gástrica, infarto gástrico, abuso de antiinflamatorios no esteroideos, úlcera gástrica<sup>(3)</sup>. Además son susceptibles a la sobreinfección de la pared gástrica los pacientes en hemodiálisis<sup>(4)</sup>, neo-

plasias malignas y grandes quemados<sup>(5)</sup>. En los pacientes afectos de gastritis enfisematosa existe un severo deterioro del estado general asociado a manifestaciones clínicas del estado séptico existente, aunque en algún caso la presentación no es tan aguda<sup>(6,7)</sup>. Los síntomas incluyen dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos y fiebre. La mortalidad es superior al 60% en los casos comunicados<sup>(3,4)</sup>. Dada la rareza de la enfermedad, con escasos casos publicados, el diagnóstico clínico precoz no es nada sencillo.

Con respecto al tratamiento es imprescindible realizar un diagnóstico precoz con la instauración de un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, el tratamiento debe cubrir siempre bacterias Gram negativas y anaerobias, fármacos inhibidores de la secreción gástrica, fluidoterapia, nutrición parenteral, etc. La cirugía con o sin gastrectomía total deberá reservarse para los pacientes que no han respondido al tratamiento médico o en los que ya presentan complicaciones como perforación<sup>(7)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bloodworth L, Stevens P, Bury R, Arm J, Rainford D. Emphysematous gastritis after acute pancreatitis. *Gut* 1987; 28: 900-2.
2. Reimunde E, Gutiérrez M, Balboa O, Espinel J, Rodríguez C. Neumatosis gástrica. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25:458-61.
3. Lee S, Kim G, Kang D, Kim T. Gastrointestinal: Emphysematous gastritis. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22: 2036.
4. Yalamanchili M, Cady W. Emphysematous gastritis in a hemodialysis patient. *South Med J* 2003; 96: 84-8.
5. Carlson A, Chan J, Ketai L, Demarest G. Emphysematous gastritis in a severely burned patient: Case report and literature review. *J Trauma* 2007; 62: 765-7.
6. Gázquez I, Vicente de Vera P, Sheik Elard A, Martín Berra M. Un caso de gastritis enfisematosa tratado con antibióticos con éxito. *An Med Intern (Madrid)* 2005;22:153-4.
7. Merino MT, Falguera M, Panadés MJ, García M. Gastritis flemonosa en un paciente con úlcera gástrica crónica. *Med Clin (Barc)*1997; 109: 278-9.