

ENFISEMA GÁSTRICO CASO PRESENTADO EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGEN HOSPITAL OBRERO No. 1 Caja Nacional de Salud – La Paz Bolivia

Dra. Lourdes Riveros Gonzáles*, Dr. Martín Ticona Pimentel**

- * Médico Radiólogo, Docente titular de la Cátedra de Radiología de la UMSA y Profesora de postgrado de la especialidad de Radiología – Hospital Obrero N° 1 de la Caja Nacional de Salud
- ** Médico Residente II Radiología

RESUMEN

La visualización de aire en pared gástrica es una situación extraordinariamente rara, con etiopatogenia oscura y alta mortalidad (70% a 80%), el presente caso clínico - radiológico de enfisema gástrico constituye dentro de las patologías abdominales, un caso raro de presentación, corresponde al primer caso visto en el Servicio de Diagnóstico por imágenes del Hospital Obrero No 1 Caja Nacional de Salud.

PALABRAS CLAVES: Enfisema gástrico, gastritis enfisematosa, neumatosis intestinal.

ABSTRACT

The visualization of air in gastric wall is an extraordinarily rare situation, with etiopatogenia dark and high mortality (70% to 80%), the present clinical-radiological case of gastric emphysema constitutes inside the abdominal pathologies, a rare case of presentation, corresponds to the first case seen in the Service of Diagnose for Imagenes at the Hospital Obrero N° 1 - Caja Nacional Salud.

KEY WORDS: Gastric emphysema, emphysematous gastritis, intestinal nematocyst

CASO CLÍNICO.-

Paciente de sexo masculino de 79 años de edad, natural de Cochabamba, acude a consulta por presentar dolor de 48 horas de evolución en cadera derecha y claudicación, posterior a caída de una altura aproximada de un metro.

Fue transferido de su policlínico de origen, con diagnóstico de luxación de prótesis de cadera derecha.

Al examen físico presentaba: Regular estado general, signos vitales estables, abdomen blando, depresible, no doloroso. En miembros inferiores, la cadera derecha (operada) presenta cicatriz antigua de 20cm de longitud, caliente, hiperémica, con signos de flogosis, flexión de la cadera derecha a 100°, extensión a 0°, rotación interna a 25°, externa a 35°, movilidad del muslo M/3, signo de Patric positivo.

El diagnóstico de ingreso fue: Luxación de prótesis de cadera derecha.

En el servicio de traumatología se realiza reducción incruenta y punción con salida de material purulento; el cultivo y antibiograma reportó *Stafilococcus aureus*.

A los 8 días de internación presenta: distensión abdominal, náuseas que llegaron al vómito (ver Fig. N° 1)

Figura N° 1



Por lo que se realiza radiografía simple de abdomen en la que se observa importante dilatación de asas intestinales, estómago pleno, engrosamiento de la pared, cuyo halo es radio lúcido, restos alimentarios en cavidad gástrica (Fig 2, 3 y 4)

Figura N° 2

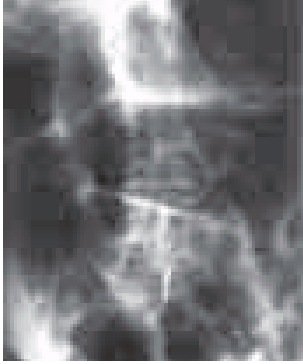


Figura N° 3



Figura N° 4



Así mismo se solicita endoscopia digestiva alta la misma reporta estómago con moderada cantidad de

residuo, cavidad distendida y aire retenido, concluyendo como ileo gástrico. Posteriormente al tratamiento antimicrobiano con ciprofloxacina y cefalexima hubo resolución de los síntomas y al control de dos semanas las imágenes radiográficas se hicieron negativas.

A los cinco meses, el paciente se encuentra asintomático, el control endoscópico reportó: "dismotilidad gástrica"

DISCUSIÓN

Los términos utilizados en la literatura médica para localizar el gas en la pared gástrica es de enfisema gástrico, gastritis enfisematosa y neumatosis intestinal, este último es mas utilizado para definir gas en intestino. Tan solo se han descrito aproximadamente 39 casos en la literatura anglosajona.

La gastritis enfisematosa es una rara afección, por lo general grave con una mortalidad entre el 70% a 80%, puede presentar síntomas de un abdomen agudo, en ocasiones de inicio súbito con dolor abdominal náuseas, vómitos, fiebre y leucocitosis.

Puede observarse en diferentes casos gravedad variable: forma grave de gastritis flemosa bacteriana formadora de gas (estreptococco hemolítico, E. coli, Proteus vulgaris, Clostridium perfringens, Staphylococcus aureus o parasitarios como Strondiloides), aumento de la permeabilidad de la mucosa, patología pulmonar, perforación ulcerosa, isquemia gástrica, cirugía gastro duodenal reciente, sobredistención gástrica, ingestión de materiales corrosivos, pancreatitis aguda.

La imagen radiológica en una proyección de abdomen de pie, presenta en la pared gástrica, como una colección lineal gaseosa, con imagen de "doble pared" la cual se encuentra generalmente engrosada. El gas intramural puede penetrar a las venas y puede ser visible en hígado donde delimita el sistema venoso portal.

Este caso muestra un enfisema gástrico en un paciente con sepsis como único factor predisponente y el aumento de la presión intraluminal por los vómitos pudo tener un papel facilitador para el enfisema gástrico, que se resolvió con tratamiento antibiótico de amplio espectro.

REFERENCIAS

1. Fernández EM, Cenarro A. Enfisema gástrico: etiología obstructiva. emergencias 2001;13:291-8.
2. Pear BL. Pneumatosis intestinalis: a review. Radiology 1998;207:13-9.
3. Van Mook WN, van der Geest S, Goessens ML, Schoon E, Ramsay G. Gas within the wall of the stomach due to emphysematous gastritis: case report and review. Eur J Gastroenterol Hepatol 2002;14:1155-60.