

ABSCESO GÁSTRICO (GASTRITIS FLEMONOSA): A PROPÓSITO DE UN CASO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Ortuño Lobo RG, Calderón Azurduy
IF, Cordero BA y col. Absceso
gástrico [gastritis flemonosa]: a
propósito de un caso. *Rev Arg Med*
2020;8[4]:334-337

Recibido: 27 de septiembre de 2020.

Aceptado: 22 de octubre de 2020.

¹ Médica residente de segundo año,
servicio de Clínica Médica, Hospital
Nacional "Profesor Alejandro Posadas".
El Palomar, Buenos Aires.

² Médica residente de tercer año, servicio
de Clínica Médica, Hospital Nacional
"Profesor Alejandro Posadas".

³ Médica/o residente de primer año, servi-
cio de Clínica Médica, Hospital Nacional
"Profesor Alejandro Posadas".

⁴ Médica de planta, servicio de Clínica
Médica, Hospital Nacional "Profesor
Alejandro Posadas".

GASTRIC ABSCESS (PHLEGMONOUS GASTRITIS): A CASE REPORT

Rossio Gardenia Ortuño Lobo,¹ Inés Fructuosa Calderón Azurduy,² Bárbara Analía Cordero,³
Kathia Milena Cuesta Ríos,³ Daiana Magaly Fernández,³ Deirdre Wendy Orosco Quiroga,³
Juan José Acosta Alegre,³ Silvina Dellarosa⁴

RESUMEN

La gastritis flemonosa es una infección bacteriana poco frecuente y rápidamente progresiva de la pared gástrica. Se caracteriza por una inflamación purulenta que puede afectar todo el tracto gastrointestinal y tiene un índice elevado de mortalidad. Su síntoma más común es el dolor epigástrico intenso asociado a vómitos. Es fundamental conocer su presentación, ya que esto permite el diagnóstico temprano y el tratamiento correcto. Exponemos un caso poco frecuente, el de una mujer de 29 años a quien se diagnosticó gastritis flemonosa y que fue tratada exitosamente con antibioticoterapia.

PALABRAS CLAVE. Gastritis flemonosa, absceso de pared gástrica.

ABSTRACT

Phlegmonous gastritis is a rare and rapidly progressive bacterial infection of the gastric wall. It is marked by a purulent inflammation that can affect the entire gastrointestinal tract, with high mortality. The most common symptom is severe epigastric pain associated with vomiting. We present a rare case of a 29-year-old woman who was diagnosed with phlegmonous gastritis and successfully treated with antibiotic therapy. Knowing its presentation is essential, as this allows for early diagnosis and correct treatment.

KEY WORDS. Phlegmonous gastritis, gastric wall abscess.

Los autores manifiestan no poseer
conflictos de intereses.

AUTORA PARA CORRESPONDENCIA

Rossio Gardenia Ortuño Lobo. Correo
electrónico: rossy17259@gmail.com.

Introducción

La gastritis flemonosa es una rara afección bacteriana aguda de la pared gástrica que afecta principalmente la capa submucosa, aunque también puede dañar la capa muscular y –rara vez– la mucosa. Fue descrita por primera vez por Galeno en 160 d. C. y su reporte inicial en la literatura médica, de 1862, se debe a Jean Cruveilhier. Hay menos de 500 casos informados en la literatura. Afecta a todas las edades y es común en adultos de 50 a 70 años, con una relación hombre/mujer de 2:1. Sus manifestaciones clínicas carecen de especificidad, y los pacientes a menudo se presentan con dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre y signos de infección. Su etiología es desconocida y se produce principalmente en inmunocomprometidos, alcohólicos y quienes reciben drogas inmunosupresoras.

Caso clínico

Una paciente de 29 años con antecedentes de encefalopatía crónica no evolutiva, hipoxia perinatal grave, epilepsia e hipotiroidismo, sufrió en junio de 2011 un estado convulsivo que requirió intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica, seguidas de una internación prolongada que demandó soporte nutricional por sonda nasogástrica (SNG) de tipo K 108 y, posteriormente, derivó en una gastrostomía permanente con recambios constantes de botón gástrico. Cuarenta y cinco días an-

tes de su última internación, a falta de una sonda para botón gástrico, el servicio de Endoscopia decidió la colocación de una sonda de Foley.

Luego de la colocación, la paciente experimentó vómitos asociados a broncoaspiración. Esto requirió una internación en el contexto de una neumonía aspirativa, para la cual recibió tratamiento antibiótico durante cinco días, sin aislamientos en cultivos. Persistieron los vómitos incoercibles y la fiebre, lo que hizo necesaria una nueva internación seis días después del alta. Al ingreso, el cuadro se interpretó como neumonía aspirativa, aunque luego se la descartó.

En el examen físico, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable. Con el abdomen en íleo, se le colocó una SNG con alto débito y se hizo evidente la sonda de Foley, progresada al interior del botón gástrico. Los análisis de laboratorio mostraron leucocitosis y proteína C reactiva elevada. Se desestimó la causa metabólica y se solicitó una tomografía de abdomen con contraste, que informó de una imagen hipodensa en la región de curvatura mayor y el antro gástrico de 48 × 31 mm (Fig. 1); esta fue valorada por profesionales del servicio de Cirugía, quienes consideraron que se trataba de un cuadro compatible con una invaginación intestinal (Fig. 2), por lo que la paciente se encontraba en plan quirúrgico. Se reforzó el hallazgo con una ecografía abdominal que mostró un absceso de 48 × 31 mm en el nivel del antro pilórico, luego de la cual se revaloraron las imágenes tomográficas y se hizo evidente que la sonda de Foley generaba una obstrucción del tránsito intestinal por la presencia de un balón en el

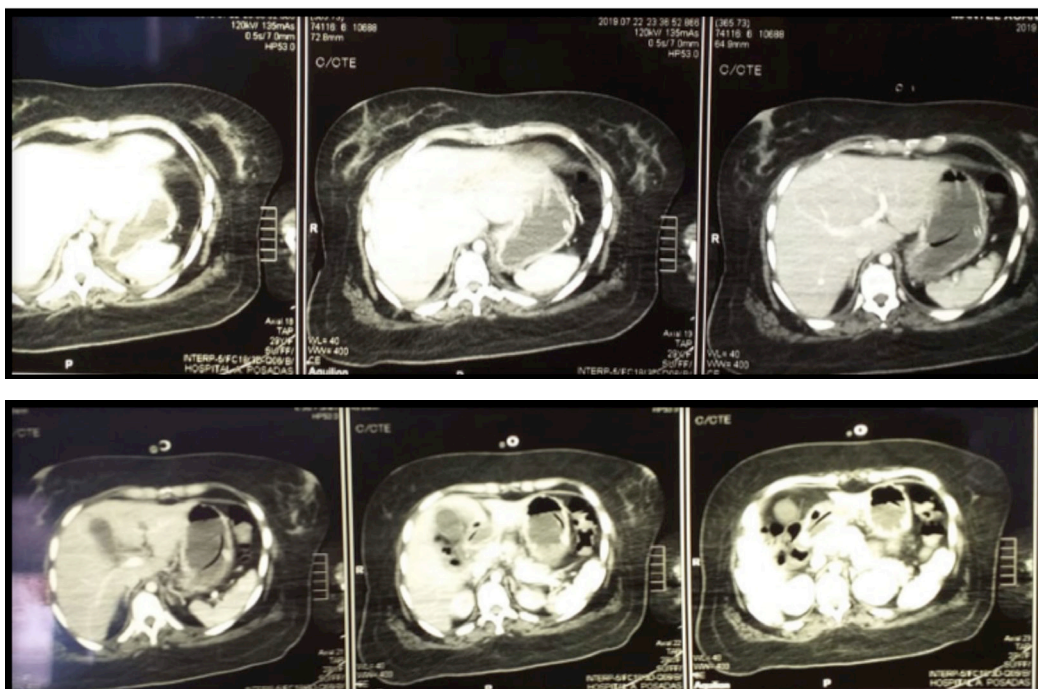


Figura 1.

nivel del yeyuno proximal (Fig. 3). Se extrajo la sonda de Foley; con la recuperación inmediata del tránsito intestinal, se descartó el diagnóstico de invaginación intestinal. Se reinició la alimentación de la paciente por sonda de tipo K 108, con buena tolerancia.

Respecto del absceso de la pared gástrica, se inició un tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona más metronidazol por haber interpretado el cuadro como una gastritis flemonosa. La paciente se realizó una tomografía de control dos semanas después del inicio de la antibioticoterapia que mostró una colección de aproximadamente 6 mm en resolución y completó cuatro semanas de tratamiento antibiótico, luego de lo cual evolucionó de modo favorable y recibió el alta hospitalaria.

Discusión

La gastritis flemonosa aguda es una enfermedad inflamatoria rara, causada por la inflamación local o difusa

de la pared gástrica. Se clasifica en dos tipos, primario y secundario. La gastritis flemonosa primaria es la más común y normalmente es causada por una lesión de la mucosa debida a un cáncer gástrico o una úlcera péptica. Por el contrario, la gastritis flemonosa secundaria ocurre en asociación con una infección sistémica, como la endocarditis (3-5).

Se desconoce la patogenia exacta. La lesión de la mucosa gástrica, el alcoholismo, la aclorhidria y el inmunocompromiso se han sugerido como posibles factores de riesgo. En la actualidad, la causa aguda de la gastritis flemonosa no está del todo clara. Presumiblemente, se debe a una afección bacteriana y, según los informes, los estreptococos se encuentran en alrededor del 70% de los casos, seguidos de *Staphylococcus aureus*, neumococos y enterococos (1,6).

El proceso fisiopatológico es causado sobre todo por una invasión bacteriana de la submucosa, que se propaga y se difunde en la mucosa y la membrana serosa. Se clasifica en tipos difuso y localizado, según el rango



Figura 2.



Figura 3.

de lesión. El tipo difuso es más común clínicamente que el localizado, se caracteriza por la pared del estómago de color rojo oscuro y difuso y puede causar una perforación de la pared gástrica bajo condiciones agudas. El tipo localizado presenta mucosa gástrica hiperémica, erosión, ulceración, necrosis o sangrado (7).

La gastritis flemonosa aguda tiene una tasa de mortalidad en extremo alta. Antes del advenimiento de los antibióticos, su mortalidad alcanzaba el 92%; con antibióticos, cayó al 48%. La de tipo localizado está asociada con una tasa de mortalidad más baja que la de la de tipo difuso (10% vs. 54%, respectivamente); sin embargo, pese a la disminución de la mortalidad es fundamental iniciar el tratamiento antibiótico de forma temprana, como en el presente caso (3,4). El diagnóstico temprano es difícil debido a las manifestaciones clínicas inespecíficas, que incluyen dolor epigástrico que se alivia con la posición de sentarse hacia adelante (signo de Dienenger), náuseas, vómitos y fiebre. Los vómitos purulentos son patognomónicos, aunque raros. Por lo tanto, debido a la inespecificidad de la clínica, se debe considerar la gastritis flemonosa aguda en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, como se sospechaba inicialmente en nuestro caso clínico (4,5). Los exámenes mediante imágenes son útiles en el diag-

nóstico, principalmente la tomografía computarizada abdominal, que puede mostrar engrosamiento de la pared gástrica y áreas hipodensas intramurales. No obstante, la ecografía también puede detectar engrosamiento de la pared gástrica y áreas anecoicas (8). La sospecha diagnóstica en una etapa temprana y el tratamiento con un antibiótico apropiado pueden mejorar el pronóstico y la tasa de curación de esta enfermedad.

Antiguamente, el tratamiento de la gastritis flemonosa consistía en el drenaje quirúrgico (con resección gástrica o sin ella); sin embargo, a partir de la década de 1980, en coincidencia con el desarrollo de la tomografía, se la diagnóstica de forma cada vez más temprana y el antibiótico endovenoso se emplea como único tratamiento, al igual que en esta presentación (9).

Conclusión

Se expone un caso aislado y poco descrito en la literatura de gastritis flemonosa con resultado clínico favorable; por ello, este trabajo destaca la necesidad de concientizar sobre esta rara enfermedad y el pronóstico que tiene ante una adecuada intervención. **RAM**

Referencias bibliográficas

1. Yang H, Yan Z, Chen J, et al. Diagnosis and treatment of acute phlegmonous gastritis: a case report. *Medicine (Baltimore)* 2018;97(18):e0629
2. Sood BP, Kalra N, Suri S. CT features of acute phlegmonous gastritis. *Clin Imaging* 2000;24(5):287-8
3. Ishioka M, Watanabe N, Sawaguchi M, et al. Phlegmonous gastritis: a report of three cases with clinical and imaging features. *Intern Med* 2018;57(15):2185-8
4. Soga K, Kassai K, Itani K, et al. Gastric outlet obstruction induced by a gastric wall abscess after cholecystitis. *Intern Med* 2014;53(23):2675-8
5. Cortes-Barenque F, Salceda-Otero JC, Angulo-Molina D, et al. Acute phlegmonous gastritis. *Rev Gastroenterol Mex* 2014;79(4):299-301
6. Seidel RH Jr, Burdick JS. Gastric leiomyosarcoma presenting as a gastric wall abscess. *Am J Gastroenterol* 1998;93(11):2241-4
7. Kim GY, Ward J, Hennessey B, et al. Phlegmonous gastritis: case report and review. *Gastrointest Endosc* 2005;61(1):168-74
8. Rada-Palomino A, Muñoz-Duyos A, Pérez-Romero N y col. Gastritis flemonosa: una entidad poco frecuente como diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Descripción de un caso y revisión bibliográfica. *Rev Esp Enferm Dig* 2014;106(6):418-24
9. Iqbal M, Saleem R, Ahmed S, et al. Successful antimicrobial treatment of phlegmonous gastritis: a case report and literature review. *Case Rep Hematol* 2018;2018:8274732