

Caso
Autores
Centro

(130) Gastritis Isquémica. Presentación de un caso.
Maria Jose Galante Mulki, Juan Crespo Del Pozo, Sara
Sánchez Bernal, Mercedes Acebo García, Raúl Pellón Daben,
Francisco José González Sánchez
Hospital Universitario Marques De Valdecilla

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 79 años de edad con múltiples factores de riesgo cardiovascular, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal postprandial intenso, progresivo, de 24 horas de evolución en epigastrio, con irradiación en cinturón, sin síntomas acompañantes. Indica episodios previos similares de menor duración. Presenta edema de extremidades inferiores, NT-proBNP elevado, acidosis metabólica y deterioro de función renal. En este contexto, se decide ingreso en medicina interna con diagnóstico de insuficiencia cardiaca y se solicita ecografía abdominal.

La ecografía muestra marcada neumatosis portal, por lo que se completa el estudio con TC, donde se ratifica la presencia de gas portal de disposición periférica, en radicales centrales, porta principal y ramas venosas perigástricas; además de neumatosis en pared gástrica de etiología incierta, sin claros signos de isquemia. El tronco celiaco y mesentérica superior eran permeables y las asas intestinales no mostraban hallazgos significativos.

Ante el surgimiento de deterioro clínico, se realiza laparoscopia exploradora donde se indican hallazgos compatibles con probable linitis plástica; se decide realizar endoscopia en quirófano, donde se observan signos compatibles con isquemia o neoformación gástrica. Los resultados de las biopsias confirmaron diagnóstico de gastritis isquémica. La paciente se maneja de manera conservadora con buena respuesta.

DISCUSIÓN

La neumatosis portal es un hallazgo cuya fisiopatología no es del todo comprendida, y que clásicamente ha sido relacionado con la patología isquémica intestinal avanzada (ya que es la causa en un 70% de las veces). Sin embargo, debe siempre tenerse presente, que este hallazgo tiene un amplio diagnóstico diferencial, ya que ha sido asociado a múltiples causas que incluyen: patología infecciosa como abscesos abdominales, patología vascular, traumatismos abdominales, patología inflamatoria, exploraciones endoscópicas, entre otras. Por lo tanto, este debe considerarse en principio como un hallazgo.

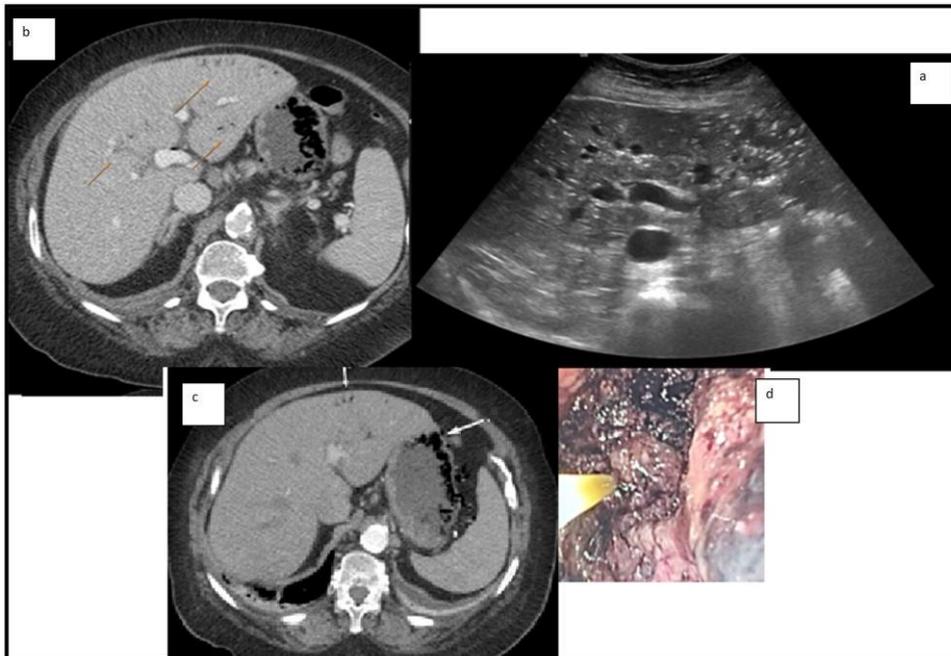
Dentro de las pruebas de imagen, la neumatosis portal se observa en ecografía como imágenes hiperecogénicas en vena porta o en lóbulos hepáticos y en la TC como áreas tubulares de baja atenuación, en ambos casos de predominio en lóbulo hepático izquierdo y periférico, y siempre diferenciándolo de la neumobilia (de localización más central, y que confluye en conducto hepático común). En muchas ocasiones, esta neumatosis se observa en conjunto con neumatosis en la vena mesentérica, lo que debe orientar a patología intestinal.

El papel del radiólogo en este tipo de casos es esencial, ya que el análisis cuidadoso de las imágenes será fundamental para la orientación diagnóstica, como en el caso presentado, donde se identificaba neumatosis gástrica, lo que permitió una valoración mucho más dirigida. Igualmente, no se objetivaron alteraciones en la vena mesentérica ni en las asas intestinales, disminuyendo la posibilidad de que el cuadro fuese secundario a isquemia de este origen. En casos distintos, la identificación de otras etiologías como un absceso, podría evitar la necesidad de cirugía.

Finalmente, es importante destacar que la presencia de neumatosis no implica en general peor pronóstico del paciente, independientemente de la etiología, por lo que la decisión de realizar tratamiento quirúrgico en los diferentes casos dependerá del análisis del paciente en su conjunto.

CONCLUSIÓN

La presencia de gas en la vena porta no es patognomónica de la isquemia intestinal, por lo que debe ser tomada como un hallazgo en las pruebas de imagen y analizada en conjunto con la clínica y analítica del paciente. Asimismo, es esencial revisar cuidadosamente las imágenes de estos pacientes para intentar filiar la etiología de la neumatosis, evitar cirugías innecesarias y siempre teniendo en cuenta que en algunas ocasiones la causa no será identificable.



Se presenta un grupo de imágenes de las exploraciones realizadas a la paciente. En la imagen superior derecha (a), se observa el resultado de la ecografía practicada, donde destaca la presencia de imágenes hiperecogénicas, de predominio en lóbulo hepático izquierdo, en relación con neumatosis portal. Estos hallazgos se corroboran con TC (imágenes b y c), donde se confirma la presencia de gas portal de disposición periférica y predominio en lóbulo hepático izquierdo; de igual manera se identifica neumatosis de la pared gástrica. Finalmente, en la imagen inferior derecha (d), se observa una imagen del estudio endoscópico practicada a la paciente, donde se visualiza una afectación de aproximadamente el 50% de la superficie de la mucosa gástrica en antro y cuerpo, con un aspecto aparentemente isquémico.

BIBLIOGRAFÍA

1) Garcés Albir Marina, López, Martí Cuñat Elena et al. Neumatosis portal-hepática-mesentérica, ¿es siempre un diagnóstico ominoso? Cirugía Española. 2014. 92 (1). 53-67. DOI: 10.1016/j.ciresp.2012.02.031

2) Sebastiá Carmen, Quiroga Sergi, Espin Eloy, et al. Portomesenteric Vein Gas, CT Bibliografía: findings and Prognosis. Radiographics 2000. 20 1213-1224. DOI: <https://doi.org/10.1148/radiographics.20.5.g00se011213>

3) Freira Gomez Ana, Fernandez Sara, Costa Gomez Olavo, et al. Aeroportia and pneumatosis intestinalis: discrepancy between radiological and intraoperative findings. BMJ case report. 2020 (13). 233132. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2019-233132>