https://doi.org/10.22516/25007440.1169

Reporte de caso

Gastritis flemonosa en una paciente cirrótica con tumor del estroma gastrointestinal gástrico

Phlegmonous Gastritis in a Cirrhotic Patient with a Gastrointestinal Stromal Tumor

Siomara Aransuzú Chávez-Sánchez,[1*] Álvaro Bellido-Caparó,[2] Claudia Alvizuri-Gómez,[2] Anapaula Olivera-García,[1] Carlos García-Encinas.[2]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Chávez-Sánchez SA, Bellido-Caparó A, Alvizuri-Gómez C, Olivera-García A, García-Encinas C. Gastritis flemonosa en una paciente cirrótica con tumor del estroma gastrointestinal gástrico. Revista. colomb. Gastroenterol. 2024;39(4):501-504.
https://doi.org/10.22516/25007440.1169

[1] Médico residente de Gastroenterología, Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.
[2] Médico Gastroenterólogo, Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.

***Correspondencia:** Siomara Aransuzú Chávez-Sánchez.
siomara.chavez@upch.pe

Fecha recibido: 14/01/2024
Fecha aceptado: 04/04/2024

Resumen

La gastritis flemonosa es una enfermedad rara con una elevada mortalidad y se desarrolla a partir de una infección piógena que surge de un cáncer o de una úlcera gástrica. Se reconocen como factores de riesgo la terapia inmunosupresora y los procedimientos endoscópicos. En esta enfermedad son fundamentales el diagnóstico precoz y el tratamiento médico intensivo. En algunos casos, puede ser necesaria una cirugía de emergencia. Se presenta el caso de una mujer de 63 años con antecedentes de cirrosis hepática y tumor del estroma gastrointestinal del estómago que acudió al servicio de urgencias por una peritonitis bacteriana secundaria luego de una gastritis flemonosa. En los días siguientes la paciente tuvo una evolución desfavorable y un desenlace fatal.

Palabras clave

Gastritis, cirrosis hepática, peritonitis, hemorragia gastrointestinal.

Abstract

Phlegmonous gastritis is a rare disease with high mortality, developing from a pyogenic infection originating from gastric cancer or ulcers. Identified risk factors include immunosuppressive therapy and endoscopic procedures. Early diagnosis and intensive medical treatment are crucial, although emergency surgery may be required in some cases. We present the case of a 63-year-old woman with a history of liver cirrhosis and a gastrointestinal stromal tumor (GIST), who was admitted to the emergency department with secondary bacterial peritonitis following phlegmonous gastritis. In the subsequent days, the patient experienced a poor clinical course and a fatal outcome.

Keywords

Gastritis, liver cirrhosis, peritonitis, gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCIÓN

La gastritis flemonosa es un tipo raro de gastritis aguda, a menudo fatal (mortalidad cercana al 50%), producida por la infección piógena de la submucosa y de la muscular propia del estómago, que frecuentemente respeta la mucosa[1-5].

Se asocia principalmente a *Streptococcus pyogenes*, y con menos frecuencia a otros microorganismos: *Staphylococcus spp., Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Haemophilus influenzae, Proteus* y *Clostridium spp.*[4,6]. Los síntomas suelen ser inespecíficos e incluyen dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos y signos de infección sistémica[3].

Se presenta el caso de una mujer de 63 años con cirrosis hepática y tumor del estroma gastrointestinal (GIST) gástrico, quien cursó con una peritonitis bacteriana secundaria asociada a gastritis flemonosa, con aislamiento de *S. pyogenes* en el líquido ascítico y en los hemocultivos.

REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente mujer de 63 años con cirrosis hepática por enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD), Child-Pugh B previo, sin descompensaciones agudas. Ingresó a urgencias por dolor abdominal de intensidad 9/10. En la endoscopia digestiva alta realizada tres semanas antes (**Figura 1**), se identificaron tres várices esofágicas medianas y una lesión subepitelial ulcerada de 23 x 26 milímetros en el fondo gástrico. En la ecoendoscopia se observaron signos endosonográficos compatibles con GIST gástrico (**Figura 2**). Catorce días antes del ingreso, cursó con ascitis y dolor abdominal, y cinco días antes, tuvo episodios de fiebre y desorientación.

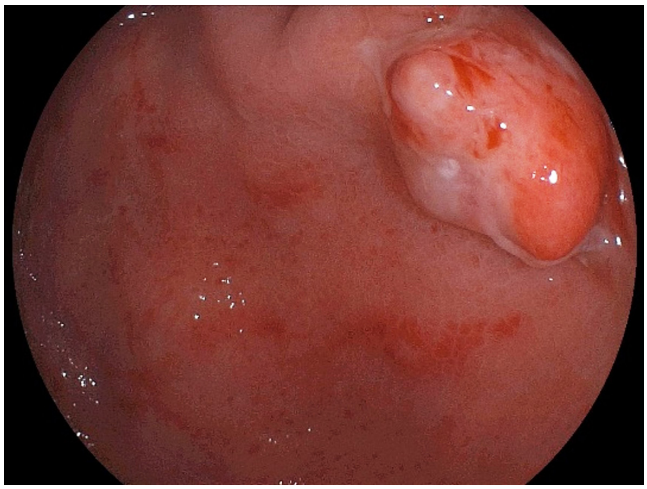


Figura 1. Endoscopia digestiva alta que muestra lesión subepitelial gástrica ulcerada. Fuente: Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia.

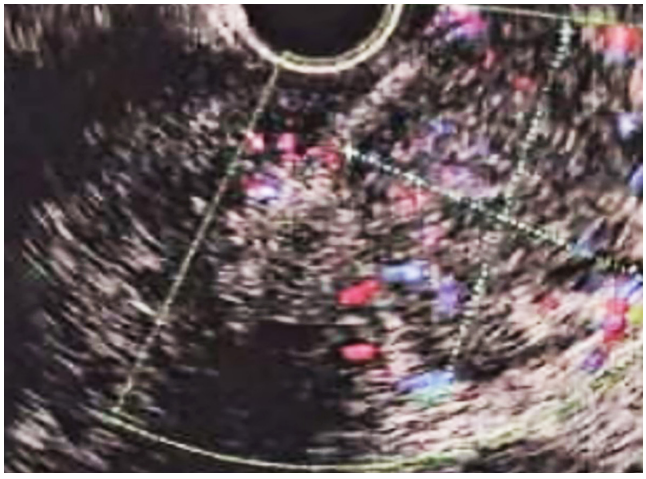


Figura 2. Ecoendoscopia: lesión heterogénea de la cuarta ecocapa de 23 x 26 mm compatibles con GIST. Fuente: Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia.

Al ingreso la paciente se encontraba taquicárdica, normotensa e ictérica. En la evaluación del abdomen se evidenció matidez desplazable y dolor en el epigastrio y mesogastrio. Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis (14,61 células/mm^3) con desviación izquierda, plaquetopenia, elevación leve de transaminasas, proteína C-reactiva elevada (192 mg/L) e hipoalbuminemia grave (2,3 g/dL). En el análisis del líquido ascítico, la paciente cumplía con los criterios de Runyon[7] (proteínas: 2 g/dL, glucosa: 47 mg/dL y lactato deshidrogenasa mayor que el límite superior sérico), por lo que se realizó el diagnóstico de peritonitis bacteriana secundaria y se indicó tratamiento con meropenem.

La tomografía axial computarizada de abdomen (**Figura 3**) reveló un engrosamiento de la pared gástrica de hasta 13 milímetros, con realce periférico de la mucosa y serosa, con contenido heterogéneo en su interior y ausencia de neumatosis. Pocos días después se aisló *S. pyogenes* en el cultivo del líquido ascítico y en los hemocultivos. El diagnóstico final fue gastritis flemonosa por GIST gástrico ulcerado e infectado. Se indicó la continuación de los antibióticos de amplio espectro; sin embargo, la paciente tuvo una evolución desfavorable y desenlace fatal a los cinco días de su ingreso.

DISCUSIÓN

La gastritis flemonosa es un tipo de gastritis aguda producida por la invasión de la pared gástrica por gérmenes piógenos[8]. El tipo difuso se reporta con mayor frecuencia que el localizado (antral), que alcanza una mortalidad de hasta el 54%[4,9-11].

Es importante diferenciar tres condiciones nosológicas muy similares: enfisema gástrico, gastritis flemonosa y gastritis enfisematosa. El enfisema gástrico corresponde a la presencia de gas en la pared gástrica que sigue a una disrupción de la mucosa y que tiene una evolución favorable[12] (por ejemplo, después de una terapia endoscópica); la gastritis flemonosa es la invasión de la mucosa gástrica por gérmenes piógenos sin aire en la pared gástrica, y la gastritis enfisematosa corresponde a una forma infrecuente y grave de gastritis flemonosa, con inflamación supurativa de la pared gástrica y presencia de gas[8,10], con una frecuente evolución a la perforación[13]. A menudo, los casos primarios se producen desde una úlcera o una lesión neoplásica, como en nuestro caso; sin embargo, pueden ser secundarios a una infección sistémica y, en algunos casos, no identificarse el origen (idiopáticos)[14].

Existen múltiples factores de riesgo, como las patologías asociadas a estados de inmunosupresión (virales, diabetes *mellitus*, autoinmunidad, enfermedad renal crónica, cirrosis hepática, leucemia, alcoholismo, neutropenia inducida por

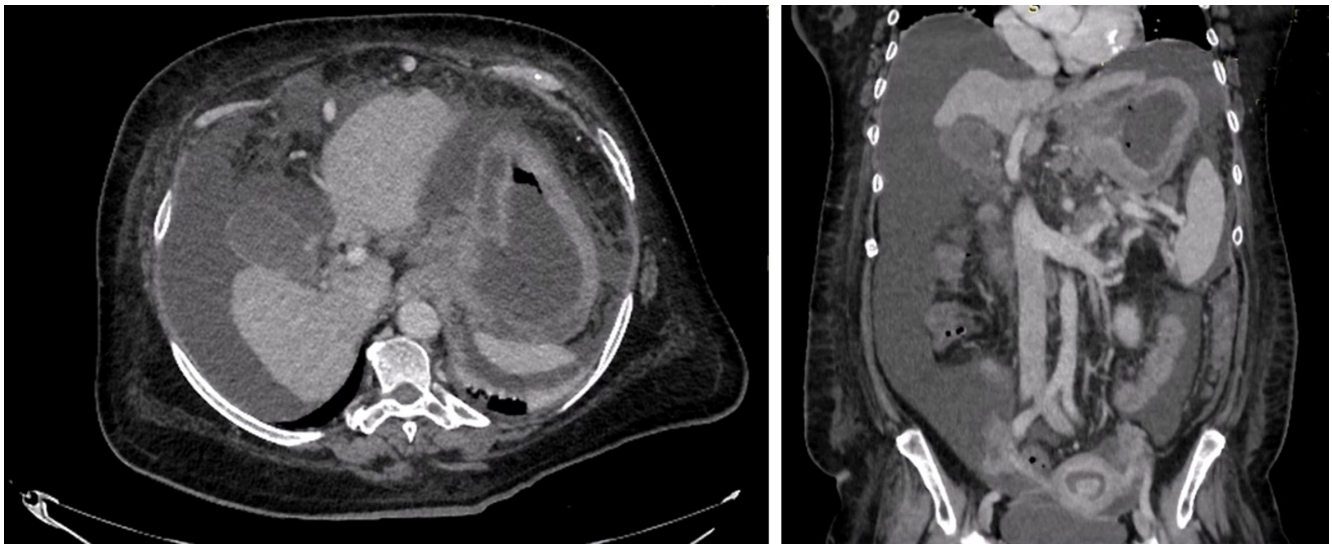


Figura 3. Tomografía axial computarizada de abdomen que muestra engrosamiento de la pared gástrica con realce mural periférico. Fuente: Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia.

quimioterapia, desnutrición, uso crónico de corticoides) y las relacionadas directamente con el estómago (lesión de la mucosa, cáncer, procedimientos endoscópicos terapéuticos). Nuestra paciente presentaba cirrosis hepática Child-Pugh C en esta hospitalización (Child B previo) y GIST gástrico ulcerado mayor de 2 cm, además de que se le había realizado una ecoendoscopia en los días previos[3,5].

La presentación clínica es inespecífica, pero suelen cursar con sepsis, dolor en el hemiabdomen superior, peritonitis y ascitis purulenta[1]. Otras manifestaciones incluyen náuseas, vómitos y hematemesis. Al constituir un reto diagnóstico, el estudio tomográfico resulta de utilidad, y los principales hallazgos son engrosamiento y abscesos en la pared gástrica[4,15,16].

En la endoscopia alta se puede observar eritema y edema en la mucosa, y la ecoendoscopia es el examen de mayor rendimiento diagnóstico al permitir la identificación del edema y engrosamiento de la submucosa. Es recomendable iniciar antibióticos rápidamente después del diagnóstico o ante una alta sospecha, pues su retraso se asocia a una alta mortalidad cercana al 92%[6,14].

No se conoce la frecuencia de ascitis o peritonitis bacteriana secundaria en gastritis flemonosa. Los casos graves pueden tener resultados desfavorables debido a la perforación[17]. En estos casos, el tratamiento quirúrgico urgente es necesario, y se registró una tasa de mortalidad significativamente más baja[14,18].

Nuestra paciente no recibió tratamiento quirúrgico inicialmente por ausencia de signos de perforación y por las posibles complicaciones en el posoperatorio en una paciente con cirrosis hepática con clasificación Child-Pugh C. Posteriormente, cuando hubo mayor deterioro clínico, la familia no aceptó el manejo quirúrgico. En esta situación consideramos que la decisión debe ser individualizada en cada paciente.

CONCLUSIONES

La gastritis flemonosa es una condición infrecuente y con elevada mortalidad, por lo que debe tenerse un alto índice de sospecha diagnóstica. La tomografía computarizada y la ecoendoscopia son importantes en el diagnóstico temprano. Un mejor pronóstico se asocia al tratamiento antibiótico precoz. El manejo quirúrgico debe considerarse ante una mala evolución, en los tipos difusos y ante una perforación.

Declaración de conflictos de interés

Los autores no tienen ningún conflicto de interés.

Fuentes de financiamiento

Los autores declaran que no tuvieron fuentes de financiación externas.

REFERENCIAS

1. Sleisenger M, Fordtran J. Gastritis y gastropatías. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (editores). Sleisenger y Fordtran. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 11.ª edición. Elsevier; 2021. p. 781-805.
2. Yang H, Yan Z, Chen J, Xie H, Wang H, Wang Q. Diagnosis and treatment of acute phlegmonous gastritis. Medicine (Baltimore). 2018;97(18):e0629. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000010629
3. Durdella H, Everett S, Rose JA. Acute phlegmonous gastritis: A case report. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2022;3(2):e12640. https://doi.org/10.1002/emp2.12640
4. Kim SK, Ko SH, Jeong KY, Lee JS, Choi HS, Hong HP. Acute Phlegmonous Gastritis Complicated by Subphrenic Abscess. J Emerg Med. 2021;60(3):e49-52. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.10.019
5. Cortés-Barenque F, Salceda-Otero JC, Angulo-Molina D, Lozoya-González D. Gastritis flemonosa aguda. Revista de Gastroenterología de México. 2014;79(4):299-301. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2014.07.003
6. Gutiérrez Pérez C, Chivato Martín-Falquina I, Rodríguez Ledesma I, Cuenca Zarzuela A, Soto Alsar J, Juliao Caamaño DS, et al. Sepsis due to phlegmonous gastritis in a cancer patient. Rev Esp Enferm Dig. 2023;115(3):143-4. https://doi.org/10.17235/reed.2022.9009/2022
7. Barreales M, Fernández I. Peritonitis bacteriana espontánea. Rev Esp Enferm Dig. 2011;103(5):255-63. https://doi.org/10.4321/S1130-01082011000500006
8. Duarte EV, Montaño AMD. Gastritis enfisematosa en asociación a un adenocarcinoma gástrico, a propósito de un caso. Ver Colomb Gastroenterol. 2021;36(1):87-92. https://doi.org/10.22516/25007440.430
9. Elisabeth P, Cornelia M, Athinna S, Anastasia A, Apostolos A, George D. Phlegmonous Gastritis and Streptoccocal Toxic Shock Syndrome: An Almost Lethal Combination. Indian J Crit Care Med. 2021;25(10):1197-200. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23997
10. Quiñónez-López D, Gutiérrez-Cortés C, Lince-Rivera C, Zuluaga-Orrego CA, Giovanny-Ríos E. Gastritis enfisematosa como manifestación de isquemia mesentérica no oclusiva tras coartectomía. Arch Cardiol Mex. 2021;91(2):215-20. https://doi.org/10.24875/ACM.20000182
11. Gázquez I, Vicente de Vera P, Sheik Elard A, Martín Berra M. Un caso de gastritis enfisematosa tratada con antibióticos con éxito. An Med Interna. 2005;22(3):57-8. https://doi.org/10.4321/S0212-71992005000300018
12. Zamora Elson M, Labarta Monzón L, Escos Orta J, Cambra Fierro P, Vernal Monteverde V, Seron Arbeloa C. Gastritis enfisematosa, eficacia del tratamiento con antibioterapia precoz. Gastroenterol Hepatol. 2016;39(6):393-5. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.05.008
13. Ramírez-Sandoval E, Mendoza-Ávila M, Peña-Ovalle MP, Varela-Castro LG, Muñoz-de la Cruz CA. Gastritis enfisematosa. Su importancia diagnóstica por métodos de imagen. Anales de Radiología México. 2022;21(4):254-9. https://doi.org/10.24875/ARM.21000071
14. Ponnampalam S, Lim CSH, Longano A, Wong E, Sayed-Hassen A. Phlegmonous gastritis: an unusual mimic of gastric cancer. ANZ J Surg. 2021;91(9):1945-7. https://doi.org/10.1111/ans.16580
15. Rada-Palomino A, Muñoz-Duyos A, Pérez-Romero N, Vargas-Pierola H, Puértolas-Rico N, Ruiz-Campos L, et al. 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.
16. DeCino A, Gonzalez Martinez JL, Wright R. Phlegmonous Gastritis: A Case Report of Successful Early Antibiotic Treatment. Cureus. 2021;13(2):e13359. https://doi.org/10.7759/cureus.13359
17. Min SY, Kim YH, Park WS. Acute phlegmonous gastritis complicated by delayed perforation. World J Gastroenterol. 2014;20(12):3383-7. https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i12.3383
18. Yakami Y, Yagyu T, Bando T. Phlegmonous gastritis: a case series. J Med Case Rep. 2021;15(1):445. https://doi.org/10.1186/s13256-021-02999-9