



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 29 • Junho 2014

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

# Gastrite Fleimonosa Necrotizante – caso clínico

## Phlegmonous Necrotizing Gastritis – case report

*Jorge Fernandes<sup>1</sup>, Sara Silva<sup>1</sup>, Ivan Subotin<sup>1</sup>,  
Rubina Gouveia<sup>2</sup>, Miguel Pestana<sup>3</sup>, Aires Teixeira<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Interno Complementar Cirurgia Geral, <sup>2</sup> Assistente Hospitalar Cirurgia Geral,

<sup>3</sup> Assistente graduado Cirurgia Geral, <sup>4</sup> Chefe de Serviço Cirurgia Geral

Serviço Cirurgia Geral – Hospital Dr. Nélio Mendonça – Funchal; SESARAM, EPE

### RESUMO

A gastrite fleimonosa necrotizante é uma entidade clínica rara e fatal que causa gangrena gástrica. Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 79 anos, trazida ao SU, por um quadro súbito de prostração. Realizou TC abdominal que revelou aeroportia hepática e sinais de isquémia gástrica. A endoscopia digestiva alta visualizou extensa necrose da mucosa desde a transição corpo antro até ao fundo gástrico. Foi submetida a laparotomia de urgência tendo sido efetuada gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux com boa evolução clínica no pós-operatório. Os autores pretendem rever a literatura sobre esta condição e alertar para a raridade da entidade em questão, em que o diagnóstico célere e o tratamento agressivo tornam-se mandatórios.

**Palavras chave:** *Gastrite necrotizante; aeroportia, tratamento cirúrgico.*

### ABSTRACT

Phlegmonous necrotizing gastritis is a rare and fatal clinical entity that causes gastric gangrene. The authors present the case of a woman of 79 years, brought to the emergency department by a sudden onset of prostration. We performed abdominal CT that revealed aeroportia and signs of gastric ischemia. The upper digestive endoscopy revealed extensive necrosis of the mucosa from the gastric antrum/body to the gastric fundus. She underwent emergency laparotomy having been made total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction with good postoperative clinical course. The authors wish to review the literature on this condition and alert to the rarity of the entity in question, where rapid diagnosis and aggressive treatment becomes mandatory.

**Key Words:** *Necrotizing gastritis; aeroportia; surgical treatment.*

### INTRODUÇÃO

A gastrite aguda fleimonosa é uma infeção bacteriana supurativa da parede gástrica que foi descrita por Curveilhier em 1820<sup>(1)</sup>. Pode ser localizada, muitas vezes envolvendo o antro gástrico, ou difusa envolvendo todo o estômago. Alguns fatores de risco envol-

vidos foram identificados e parecem estar relacionados com a lesão da mucosa gástrica e a septicémia<sup>(2)</sup>.

A variante gastrite aguda necrotizante é caracterizada por uma extensa trombose dos vasos submucosos<sup>(1)</sup> e está associada a elevada taxa de mortalidade, pelo que transformam o seu diagnóstico e terapêutica num grande desafio.



## CASO CLÍNICO

Mulher de 79 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, com colecistectomia há 20 anos por litíase vesicular, insuficiência venosa dos membros inferiores, medicada com olmesartan, furosemida, bioflavonoides, nimodipina, perindopril, amlodipina, atorvastatina, zolpidem, gabapentina, que é trazida ao SU, sem acompanhante, por ter sido encontrada em casa prostrada no solo com incontinência de esfínteres e hipotonia dos membros inferiores, desconhecendo-se a hora e as circunstâncias da ocorrência.



FIGURA 1: Endoscopia Digestiva Alta: em cima – a primeira endoscopia com solução de continuidade na mucosa gástrica; em baixo – a segunda endoscopia com evidente necrose da mucosa gástrica

A doente apresentava-se hipotensa, subfebril, vigil e colaborante, desorientada no tempo e desidratada. Não aparentava dismorfia da face, soluções de continuidade do couro cabeludo ou sinais de mordedura da língua. Tinha tônus muscular mantido em todos os membros, A auscultação cardíaca revelava S1 e S2 regular e rítmico, sem sopros aparentes e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e simétrico. O abdómen apresentava-se globoso, depressível e indolor à palpação em todos os quadrantes.

Efetuiu TAC crânio encefálico que não demonstrou alterações para o grupo etário.

Analicamente revelava hemoglobina normal, leucocitose com neutrofilia, elevação da creatinemia com 2,7mg/dl (N:070-1.20 mg/dl), elevação da urémia, elevação das transaminases hepáticas, Creatinina Quinase 8351 ng/ml (N:20-180ng/ml), proteína C reativa de 154 mg/L (N:<6,10mg/L), Procalcitonina 13,16 ng/ml (valor compatível com sépsis; N<0.05 ng/ml).

Realizou TAC abdominopélvica que revelou gás dissecando a parede do fundo gástrico e também da



FIGURA 2: TAC abdominal demonstrando aeroportia hepática e gás dissecando a parede do fundo gástrico.



grande curvatura, associado a componente gasoso endoluminal nos plexos venosos de drenagem gástrica e ateroportia hepática, mais pronunciada no lobo esquerdo. – Estes achados foram considerados altamente suspeitos para quadro de isquemia da parede gástrica com evolução para necrose.

A seguir efetuou uma endoscopia digestiva alta (EDA) que referia na grande curvatura do estômago, ao nível da transição corpo-antro, uma área com solução de continuidade na mucosa, plana, de bordos irregulares, com o maior diâmetro longitudinal.

Tendo em conta estes achados, instituiu-se uma fluidoterapia agressiva e a doente iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam.

Apesar das medidas instituídas, houve um agravamento clínico pelo que foi repetida EDA, 12 horas após o primeiro exame, que referia extensa necrose da mucosa gástrica desde a transição corpo/antro até ao fundo gástrico.

Foi decidida conjuntamente com equipa de medicina intensiva, laparotomia de urgência.

Durante o procedimento cirúrgico verificou-se boa vascularização gástrica sem evidência de peritonite, tendo-se procedido a gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux.



FIGURA 3: Peça operatória de gastrectomia total, evidenciando ao nível do fundo gástrico uma área de necrose hemorrágica.

Houve necessidade de permanência em Unidade de Cuidado Intensivos, onde permaneceu com ventilação mecânica invasiva até ao 2º dia de PO com necessidade de aminas vasoativas. Iniciou dieta entérica ao 4º dia de PO.

Foi transferida para o Serviço de Cirurgia ao 5º dia de pós-operatório.

Durante internamento não foram registadas quaisquer intercorrências, sendo que a doente teve alta do serviço ao 17º dia de internamento após a admissão hospitalar.

O estudo histopatológico da peça operatória revelou peça de gastrectomia total com intensa necrose hemorrágica de todas as camadas ao nível do fundo e corpo gástrico.

## DISCUSSÃO

A gastrite fleimonosa ocorre devido infeção bacteriana local ou hematogénea da parede gástrica. Tem várias formas de apresentação clínica como gastrite fleimonosa aguda, gastrite necrotizante aguda, abcesso gástrico (forma localizada), e gastrite enfisematosa (por bactérias produtoras de gás). As características clínicas comuns devem-se a infeção bacteriana principalmente na submucosa gástrica<sup>(2)</sup>.

A variante necrotizante é a forma mais rara e grave de gastrite fleimonosa com uma alta taxa de mortalidade e geralmente tem extensão para outros segmentos do trato digestivo<sup>(3)</sup>.

O mecanismo exato da gastrite fleimonosa é desconhecido<sup>(2)</sup>. A sua etiologia encontra-se relacionada com lesão da mucosa ou septicémia. A lesão da mucosa pode estar associada a consumo marcado de álcool, gastrite crónica, trauma, ingestão de químicos, drogas ou toxinas. O cancro gástrico e úlcera gástrica também estão associados com gastrite fleimonosa em vários casos. A septicemia relaciona-se com endocardite bacteriana, erisipelas, osteomielite e entre outros<sup>(2)</sup>. Em cerca de 40% dos casos não são identificados fatores predisponentes para GF<sup>(1)</sup>.



O *alfa hemolitico streptococcus* é o agente causal mais frequentemente isolado sendo que as infecções polimicrobianas contribuem para cerca de 30% dos casos<sup>(1)</sup>.

Neste caso específico, não existiu factor predisponente identificável, apesar de as circunstâncias da ocorrência não permitirem negar a ingestão de produtos tóxicos. Não foram realizadas colheitas para estudo microbiológico, pelo que não foi identificado agente causal.

Histologicamente, a gastrite necrotizante é caracterizada por infiltração da submucosa gástrica por neutrófilos e hemorragia intramural, necrose com trombose dos vasos submucosos<sup>(3)</sup>.

Os doentes apresentam-se tipicamente com quadro clínico pouco específico com dor abdominal intensa, náuseas, vômitos, febre, arrepios e hematemeses<sup>(1,2,4,5)</sup>.

O exame objetivo pode revelar defesa abdominal embora seja raro (apenas nos caso de doença avançada).

Não existem dados analíticos específicos para a gastrite fleimonosa, embora a presença de leucocitose suporte o diagnóstico. A radiografia do abdómen pode demonstrar ileus paralítico, pregas gástricas edematosas, elevação da hemicúpula esquerda e gás livre subdiafragmático.

A TAC abdominal pode visualizar uma parede gástrica espessada com gás intramural, e gás nos vasos gástricos.

Os achados endoscópicos demonstram uma mucosa gástrica arroxeadada coberta com material necrótico.

O exame histopatológico revela submucosa espessada devida a infiltração por neutrófilos e plasmócitos e nos casos mais avançados, hemorragia intramural, necrose e trombose dos vasos gástricos submucosos. Se a inflamação é localizada, a formação de abcesso é possível.

O tratamento da gastrite fleimonosa depende da condição clínica do paciente e dos achados imagiológicos<sup>(4)</sup>. Dado o atraso no diagnóstico e rápida progressão para peritonite, está associada a mortalidade 70%<sup>(3)</sup>. Nos pacientes tratados conservadoramente com tratamento médico, a mortalidade varia entre os 10 e os 17% com gastrite fleimonosa localizada; e perto dos 60% para aqueles com a doença difusa e tipo enfisematosa<sup>(1)</sup>. A antibioterapia de largo espectro está recomendada, até porque 30% dos casos a infeção é polimicrobiana. A ressecção cirúrgica poderá ser necessária. A combinação de tratamento médico e cirúrgico está associada a menor mortalidade (50%) que o tratamento conservador.

Em conclusão, este paciente apresentava-se com gastrite aguda necrotizante, variante rara e potencialmente fatal de gastrite fleimonosa, aparentemente sem fatores de risco identificados, que foi tratada com sucesso com cirurgia e antibioterapia com excelente resultado.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Ferreira CN, Correia L, Barjas E, Serejo F, Moura MC. Successful Conservative Management of Emphysematous Phlegmonous Gastritis: A Case Report. *J Port Gastroenterol*. 2010 maio-junho 17:112-115
- (2). Park CW, Kim A, Cha SW, Jung SH, Yang HW, Lee YJ, Lee H, Kim SH, Kim YH. A Case of Phlegmonous Gastritis Associated with Marked Gastric Distension. *Gut and Liver*. 2010 Sep; 4(3): 415-418
- (3). Lee EE, Feldman M. Gastritis and Gastropathies. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*; Elsevier; 2010. 845-860
- (4). Vettoretto N, Viotti F, Taglietti L, Giovanetti M. Acute idiopathic gastric necrosis, perforation and shock. *J Emerg Trauma Shock*. 2010 Jul-Sep; 3(3): 304.
- (5). Mukhopadhyay M, Saha AK, Sarvar A, Tripathi SN, Biswas s, Mandal D, Mukherjee S. Gastric Gangrene due to Necrotizing Gastritis. *Indian J Surg* 2011 Jan-Feb 73(1):65-67

*Correspondência:*

JORGE FERNANDES

e-mail: jorgemfernandes@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

04-11-2012

*Data de aceitação do artigo:*

01-04-2014



