



PATOLOGÍA GÁSTRICA URGENTE. HALLAZGOS EN TC.

Alba Salvador Errasti, Carlos Basoa Ramos, Mikel Jauregui Garcia, Itziar Otero Longo, Libe Arzanegi Larumbe, Ainize Cancho Salcedo, Pablo Sádaba Sagredo, Iciar Agyirre Olóriz, Carlos Jiménez Zapater.

Hospital Galdakao Usansolo, Bilbao.



INTRODUCCIÓN

La presentación clínica de la patología gástrica aguda es inespecífica, siendo el dolor abdominal, náuseas o vómitos los síntomas frecuentes de presentación en pacientes adultos que acuden al Servicio de Urgencias.

El TC es la modalidad de imagen de elección debido a su rapidez, disponibilidad, ser un método de imagen no invasivo y tener capacidad de visualizar el abdomen por completo, detectando potencial patología y sus complicaciones. Por lo tanto, frecuentemente el radiólogo es el primero en reconocer la patología como causa de los síntomas.



RECUERDO ANATÓMICO

El estómago se divide en 5 segmentos: cardias, fundus, cuerpo, antro y píloro.

- Cardias: segmento más proximal, rodea a la porción más inferior del esófago.
- Fundus: porción más superior del estómago en bipedestación y más posterior cuando el paciente está en posición supina. Posee la “burbuja gástrica” en proyecciones Rx en bipedestación y es el sitio más frecuente de acúmulo de contenido intraluminal.
- Cuerpo: posee las curvaturas mayor y menor.
- Antro: segmento más muscular, con mayor engrosamiento y mayor peristalsis, que a veces simula aparente engrosamiento antral.
- Cisura angularis (flecha): entre el cuerpo gástrico y el antro. Marca la transición a mucosa de tipo antral y es el sitio más frecuente de úlceras gástricas.



VASCULARIZACIÓN:

El soporte arterial llega por tres ramas principales del tronco celiaco: gástrica izquierda, hepática común y esplénicas, que conforman dos arcadas arteriales con numerosas anastomosis, lo que le hacen relativamente resistente a la isquemia.

PARED GÁSTRICA:

La pared gástrica al igual que en otras porciones del tracto digestivos está compuesta por:

- Mucosa: presenta intenso realce, que varía en función de la fase de adquisición del estudio, con mayor realce en fase arterial.
- Submucosa: relativamente poca atenuación.
- Muscularias propia y serosa: alta atenuación.

La apariencia trilaminar se ve alterada en las diferentes patologías.

El grosor de la pared varía en función del grado de distensión:

- En un estómago adecuadamente distendido la pared normal del CUERPO es igual o inferior a 5 mm y el ANTRO puede llegar a medir 12 mm.
- Si la distensión no es adecuada la valoración de la pared resulta limitada y puede provocar una falsa imagen de engrosamiento, o puede ocultar la causa verdadera de la patología.



PROTOCOLO TC

- En nuestra institución el estudio abdominal de rutina consiste en: imágenes axiales de CT de 1,5 mm de grosor a un intervalo de 0,7 mm, tras administración de contraste intravenoso y generalmente adquisición de imágenes en fase venosa.
- Si el estado del paciente lo permite, se administra contraste oral negativo (agua) inmediatamente antes de la prueba, ya que favorece la distensión gástrica.
- La administración de contraste oral positivo se limita a la valoración de fugas, ya que dificulta la valoración mucosa.
- Si el estudio está dirigido específicamente a la valoración gástrica realizamos estudio en fase arterial y venosa, para mejor valoración de la mucosa.
- Ante la sospecha de sangrado, realizaremos estudio multifásico: sin y tras administración de CIV en fase arterial y venosa.



ESPECTRO DE PATOLOGÍA GÁSTRICA URGENTE

1. INFLAMACIÓN

- A. GASTRITIS
- B. GASTRITIS ENFISEMATOSA
- C. ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA (EUP)

2. OBSTRUCCIÓN

- A. VÓLVULO GÁSTRICO:
- B. OBSTRUCCIÓN Y EUP
- C. OBSTRUCCIÓN Y MALIGNIDAD
- D. BEZOAR
- E. LITIASIS VESICULARES
- F. OBSTRUCCIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS

3. PERFORACIÓN

- A. PERFORACIÓN Y EUP
- B. PERFORACIÓN Y NEOPLASIAS
- C. POSTOPERADOS
- D. TRAUMA

4. HEMORRAGIA

5. ISQUEMIA

6. MISCELÁNEA

- A. PATOLOGÍA GÁSTRICA AGUDA EN ONCOLOGÍA
- B. CUERPOS EXTRAÑOS



GASTRITIS

Es una condición frecuente que provoca hiperplasia mucosa y edema submucoso, principalmente debido a infección por H. Pylori, AIDS, alcohol o patología sistémica.

El TC no es la técnica de elección para valoración de las gastritis, siendo la prueba de elección para la valoración mucosa la endoscopia, Sin embargo, el TC puede ser la primera prueba a realizar en pacientes con síntomas agudos o inespecíficos y suele sugerir el diagnóstico.

Hallazgos en TC: Engrosamiento de la pared o de los pliegues (mayor de 5 mm en estómagos adecuadamente distendidos), hiperemia mucosa y edema submucoso (mejor apreciado en fase arterial), que puede ser focal, segmentario o difuso.

Los hallazgos en TC pueden solaparse con patología maligna, por lo que ante nodularidad o gastritis focal, siempre debe realizarse endoscopia y biopsia.

GASTRITIS ENFISEMATOSA

Es una condición especial dentro de las gastritis. Entidad rara, donde existe disrupción de la mucosa e invasión de microorganismos en la pared gástrica, donde producen gas intramural. Los pacientes presentan síntomas severos, con importante dolor abdominal, posible sepsis y shock.

Hallazgos en TC: signos de gastritis junto con gas intramural, que puede extenderse hacia las venas gástricas de drenaje y el sistema portal.

DD: similares hallazgos pueden aparecer en la isquemia gástrica, ingestión cáustica o enfisema gástrico benigno (que es típicamente asintomático).

La ausencia de edema gástrico orienta a enfisema gástrico benigno.

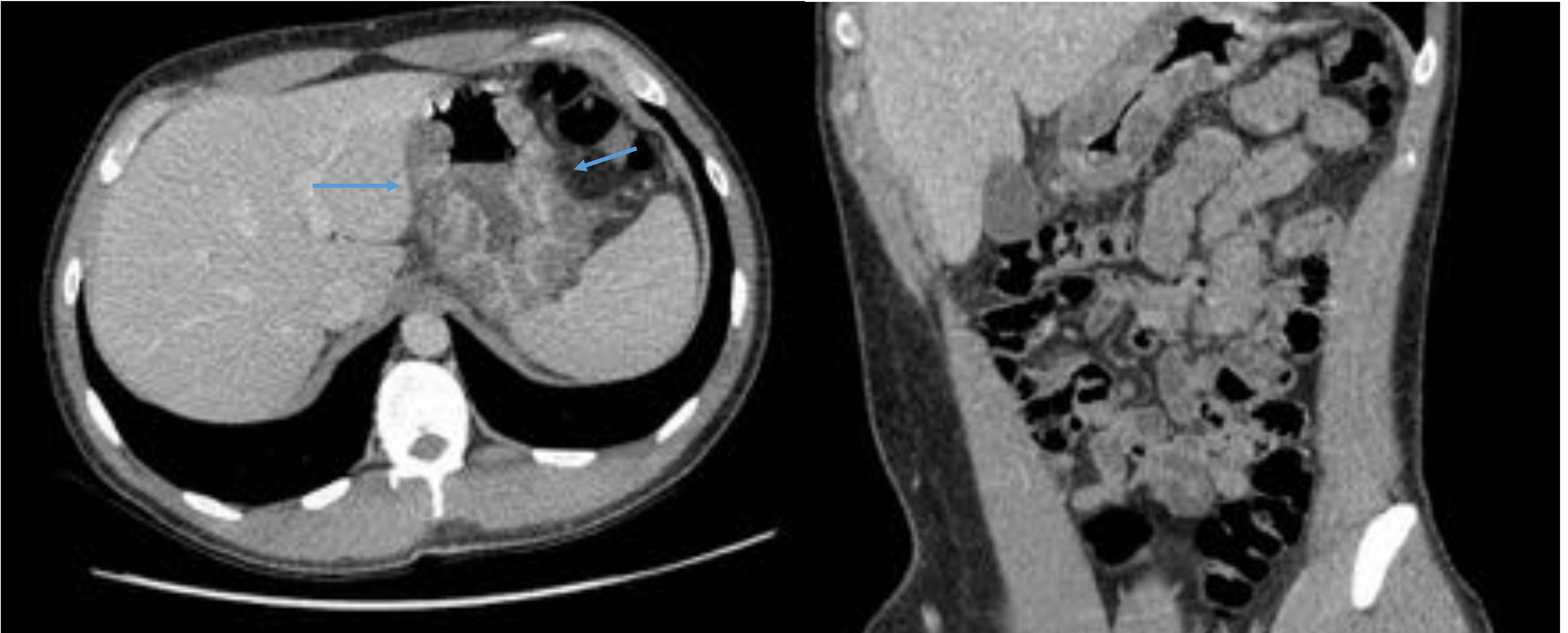


Fig. 1. Paciente de 35 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor epigástrico agudo, que no cede con analgesia habitual. TCMD axial y coronal en fase portal, que evidencia engrosamiento parietal concéntrico con realce mucoso y edema submucoso.

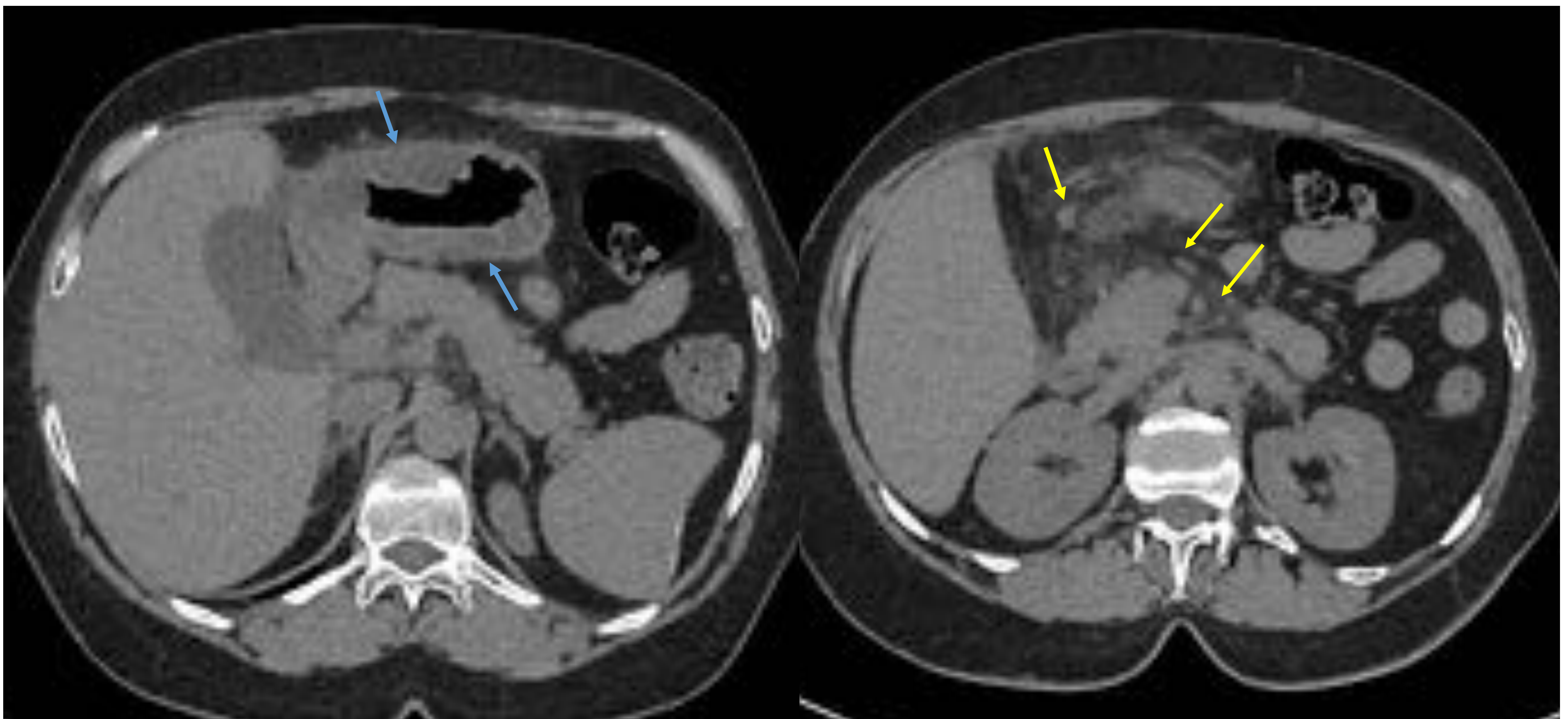


Fig 2. Paciente de 64 años que acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico, náuseas y vómitos. TC sin CIV debido a alergia de la paciente a contrastes Yodados. Se evidencia marcado engrosamiento difuso de la cámara gástrica, de aspecto hipodenso, con cambios inflamatorios en la grasa circundante y adenopatías en vecindad. Se confirmó infección por Anisakis.



ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA (EUP)

Condición inflamatoria de la mucosa causado por un desbalance ácido en el estómago, que provoca inflamación, erosiones superficiales y eventualmente ulceración.

Si las úlceras se limitan a la mucosa no se visualizan en TC, sin embargo sí que pueden identificarse úlceras profundas, perforadas y penetrantes.

Hallazgos TC: hallazgos de gastritis, con visualización del cráter ulceroso e inflamación de la grasa perigástrica.

Las reconstrucciones multiplanares son especialmente útiles para la evaluación de las úlceras, ya que muchas úlceras se visualizan mejor en el plano coronal o sagital.

DD: divertículos antrales. No se asocian a cambios inflamatorios.

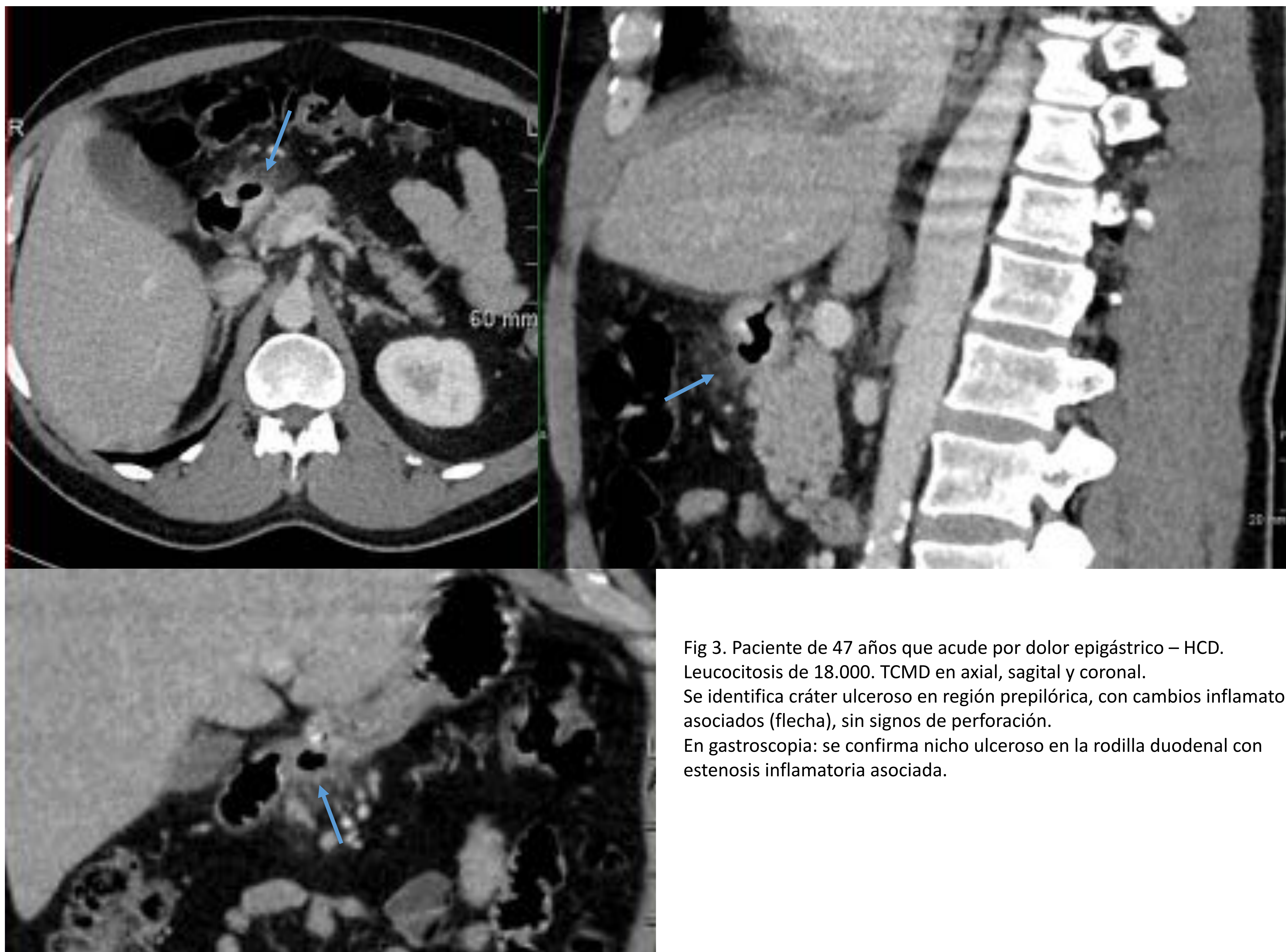


Fig 3. Paciente de 47 años que acude por dolor epigástrico – HCD. Leucocitosis de 18.000. TCMD en axial, sagital y coronal. Se identifica cráter ulceroso en región prepilórica, con cambios inflamatorios asociados (flecha), sin signos de perforación. En gastroscopia: se confirma nicho ulceroso en la rodilla duodenal con estenosis inflamatoria asociada.



VÓLVULO GÁSTRICO

Giro del estómago que resulta en obstrucción al vaciamiento gástrico y puede dar lugar a isquemia o perforación secundaria, por lo que tienen alta morbi-mortalidad si no se tratan de forma rápida mediante descompresión gástrica, reducción del vólvulo y corrección de la causa subyacente.

Cuadro clínico típico: dolor epigástrico brusco, vómitos incoercibles e imposibilidad para el paso de una sonda nasogástrica. Ocurre principalmente en pacientes ancianos con hernia hiatal y puede ser agudo o crónico-recurrente.

Las hernias paraesofágicas tienen mayor riesgo de volverse.

Dos subtipos:

- **Organoaxial**: el más frecuente, 2/3 de los casos. El estómago rota en su eje largo. La curvatura mayor se sitúa por encima de la curvatura menor.
- **Mesenteroaxial**: rotación en su eje corto. El antro se localiza por encima de la unión gastroesofágica.

Hallazgos en CT: obstrucción gástrica, con rotación mayor de 180° y localización anormal de la salida gástrica, engrosamiento parietal y líquido o reticulación de la grasa circundante.

El término "vólvulo" implica obstrucción. Hay pacientes que presentan malposición de la cámara gástrica sin obstrucción asociada.

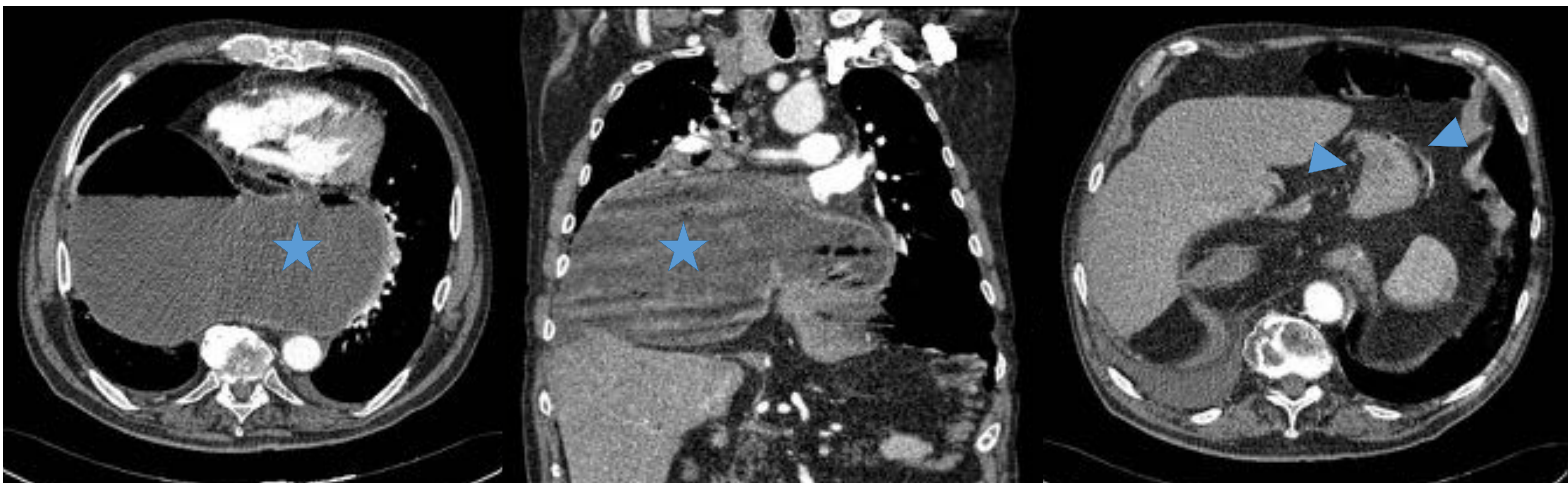


Fig 3. Paciente con vómitos incoercibles. En las imágenes axial (A) y coronal (B) se identifica una voluminosa hernia de hiato con el fundus y parte del cuerpo en localización intratorácica marcadamente distendidos, estando el resto del cuerpo gástrico en posición normal (C), lo que sugiere vólvulo organoaxial.

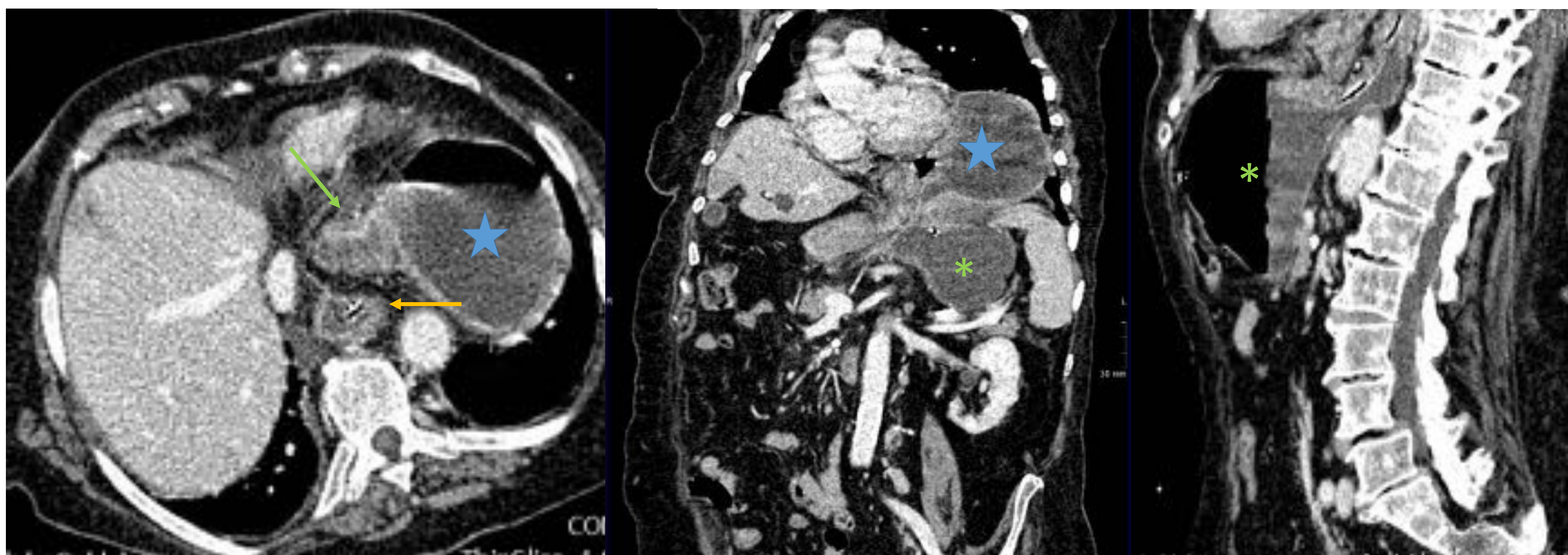


Fig4. Mujer de 87 años con dolor abdominal y vómitos incoercibles. Se identifica vólvulo del estómago con el antro gástrico herniado en posición intratorácica (estrella) y el fundus en localización intraabdominal (asterisco). El píloro y el duodeno (flecha verde) se localizan craneal a la unión G-E, visualizando en el plano axial el esófago con la sonda nasogástrica en su interior (flecha naranja), lo que sugiere vólvulo mesentérico axial.



OBSTRUCCIÓN Y EUP

La obstrucción secundaria a EUP era la causa más frecuente de obstrucción hasta que se empezó a extender el uso de Anti-H2 e IBP para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa.

La obstrucción por EUP puede ser aguda, por edema y espasmo o bien crónica, debida a fibrosis. Muchas veces las características de imagen son indistinguibles de malignidad.

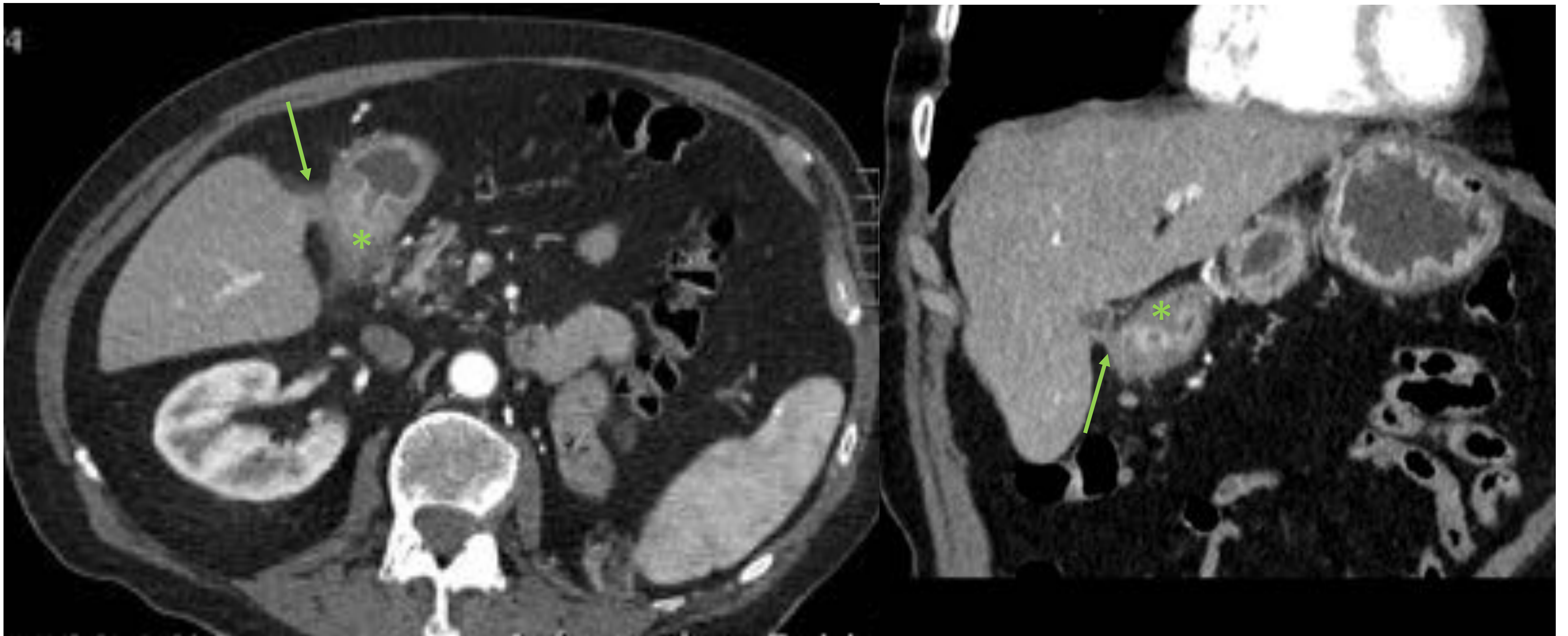


Fig 5. Varón de 82 años con antecedentes de úlcera duodenal, que acude por cuadro de dolor abdominal y vómitos. Imágenes de TC en axial y coronal en fase arterial que muestran un engrosamiento parietal concéntrico de la región pilórica, con realce mucoso y cambios inflamatorios circundantes (asterisco), así como dilatación retrógrada de la cámara gástrica e imagen lineal en relación con fístula bilioentérica (flecha), lo que sugiere estenosis duodenal de etiología péptica y probable evolución crónica.

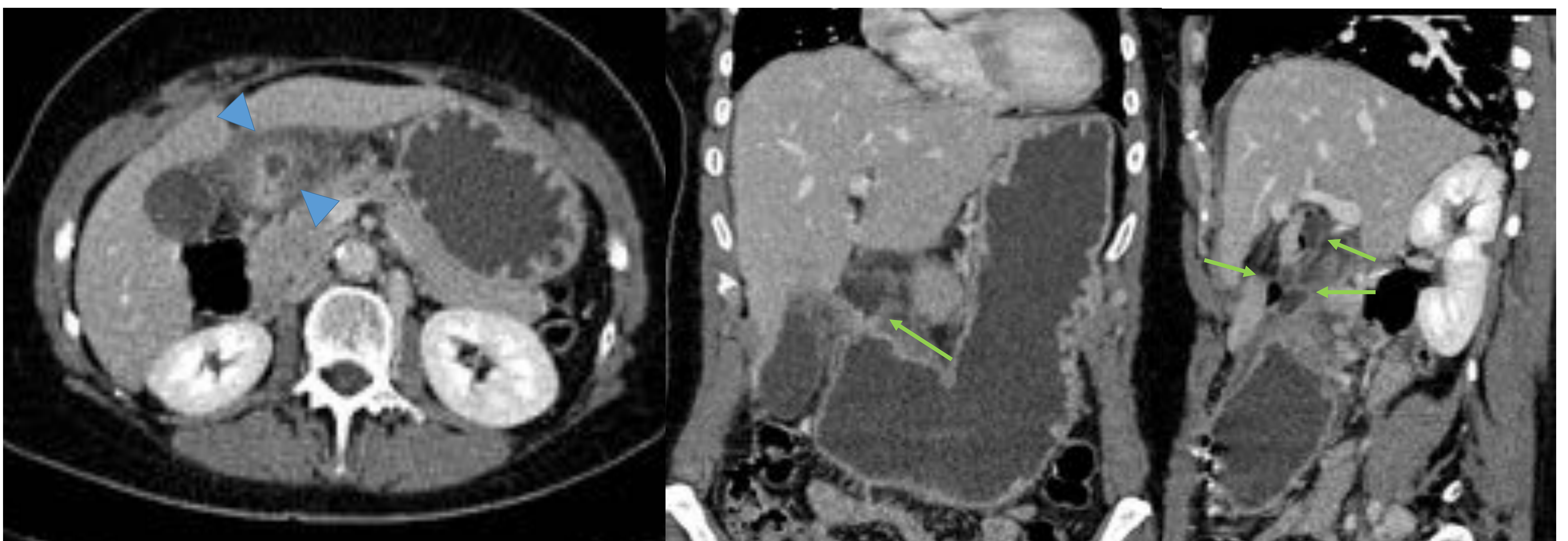


Fig 6. Mujer de 48 años que acude por cuadro de dolor en hemiabdomen derecho de inicio brusco. TCMD en los planos axial, donde se evidencia engrosamiento circunderencial de la región prepilórica con cambios inflamatorios circundantes (cabeza de flechas) y planos coronal y sagital identificando en la pared superior una ulceración perforada, conformando una colección laminar (flechas) que se extiende cranealmente por el espacio periportal, condicionando marcada dilatación gástrica. IQ: úlcera perforada prepilórica y peritonitis.



OBSTRUCCIÓN Y MALIGNIDAD

En la actualidad las neoplasias son la principal causa de obstrucción gástrica: neoplasias gástricas, duodenales, pancreáticas o de vía biliar y más raramente linfomas.

Hallazgos CT: engrosamiento parietal que puede ser nodular o asimétrico con realce +/- adenopatías y metástasis a distancia, o bien compresión extrínseca por una neoplasia en órganos adyacentes.

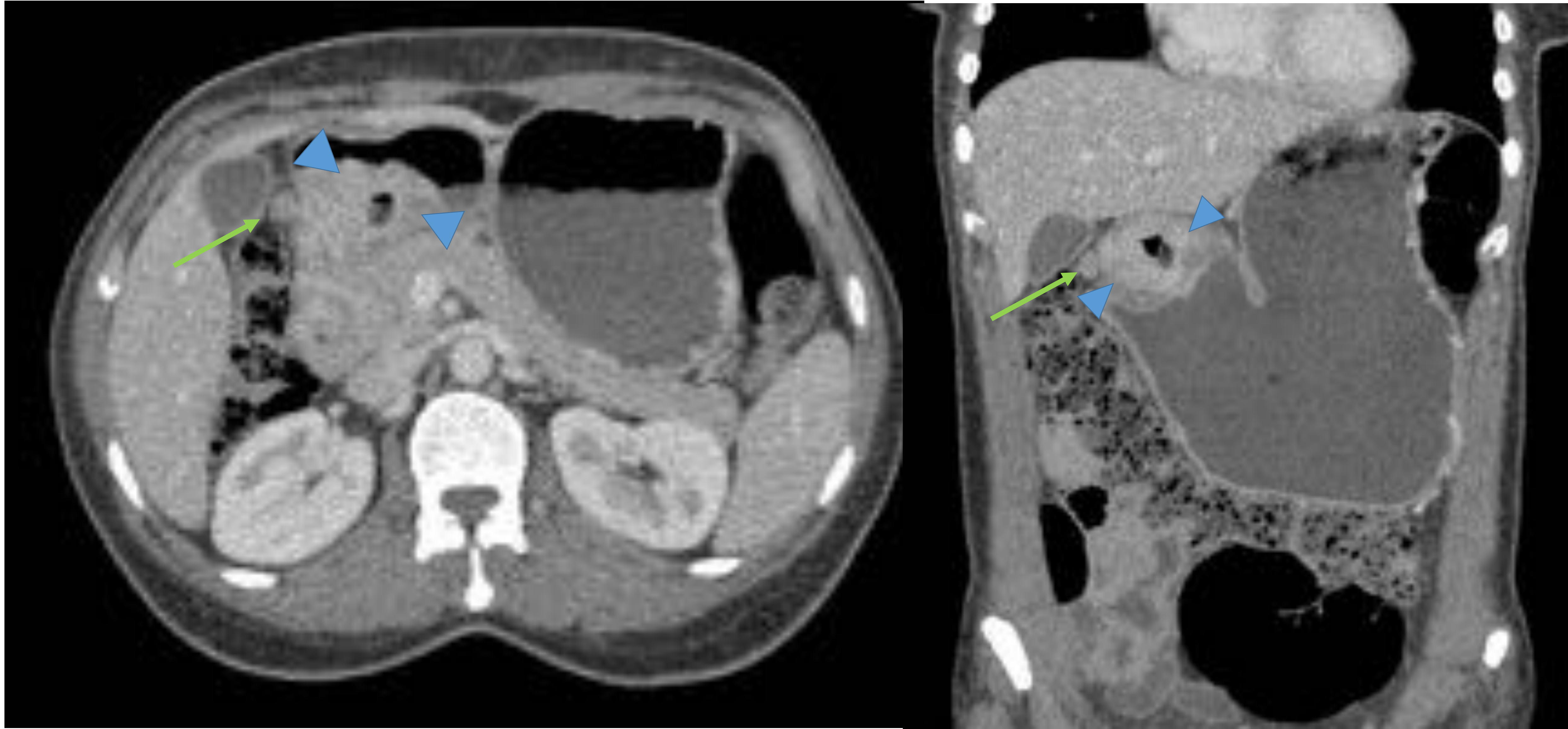


Fig 7. Mujer de 50 años que acude por dolor abdominal, vómitos y síndrome general. TC: Engrosamiento de aspecto mamelonado – nodular, asimétrico y con realce, con pérdida del patrón en capas, en la región antropilórica (cabeza de flechas), que condiciona estenosis y obstrucción al vaciamiento gástrico, en relación con neoplasia. Adenopatía patológica locorregional (flecha).

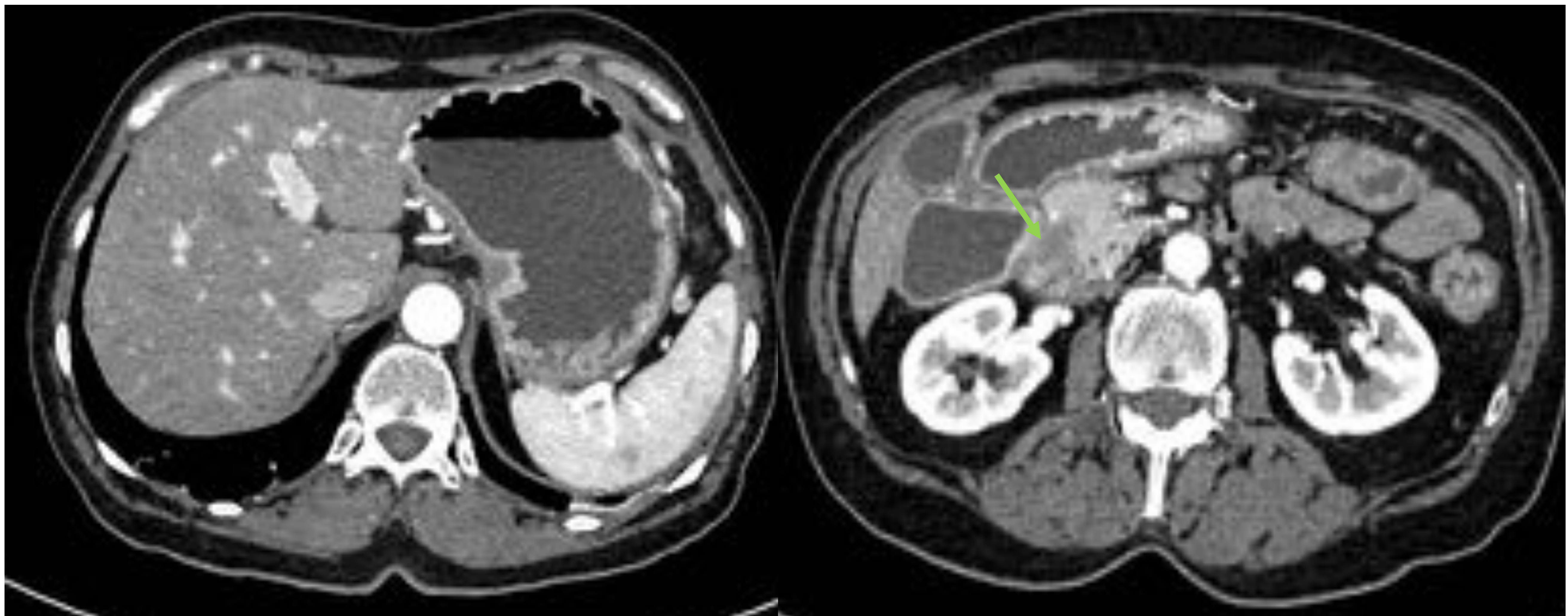


Fig 8. Mujer de 60 años que acude por dolor abdominal y vómitos. Pérdida de 5 kg de peso. Se realiza TCMD en fases arterial y venosa, donde se evidencia marcada dilatación gástrica secundaria a infiltración duodenal por una masa hipodensa que depende de la cabeza pancreática, compatible con neoplasia (flecha).





BEZOAR

Acúmulo de material compuesto por pelo (tricobezoar), más frecuentes en pacientes psiquiátricos o materia vegetal (fitobezoar), típicos de pacientes con disminución de la motilidad gástrica.

Son una causa potencial de obstrucción gástrica, o bien migrar al intestino delgado y causar obstrucción de ID.

Hallazgos en TC: apariencia moteada, con “patrón en miga de pan”.

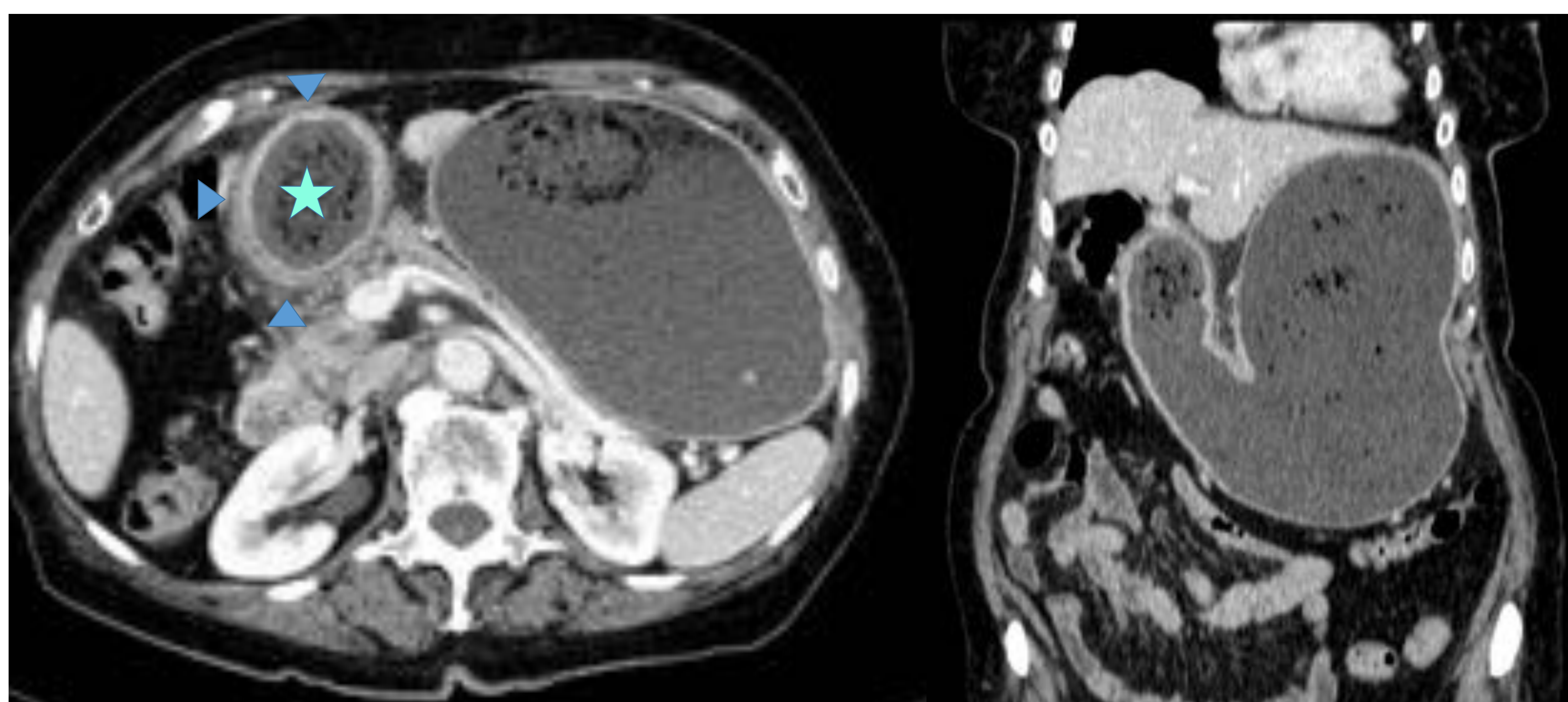


Fig 9. Mujer de 82 años que acude por vómitos e hinchazón abdominal. TC axial y coronal donde se identifica marcada dilatación de la cámara gástrica, con patrón de miga de pan de predominio en el antro (estrella), donde hay engrosamiento parietal y cambios inflamatorios circundantes (cabeza de flechas). Se realizó gastroscopia donde se confirmó la presencia de fitobezoar y cambios de gastritis antral.

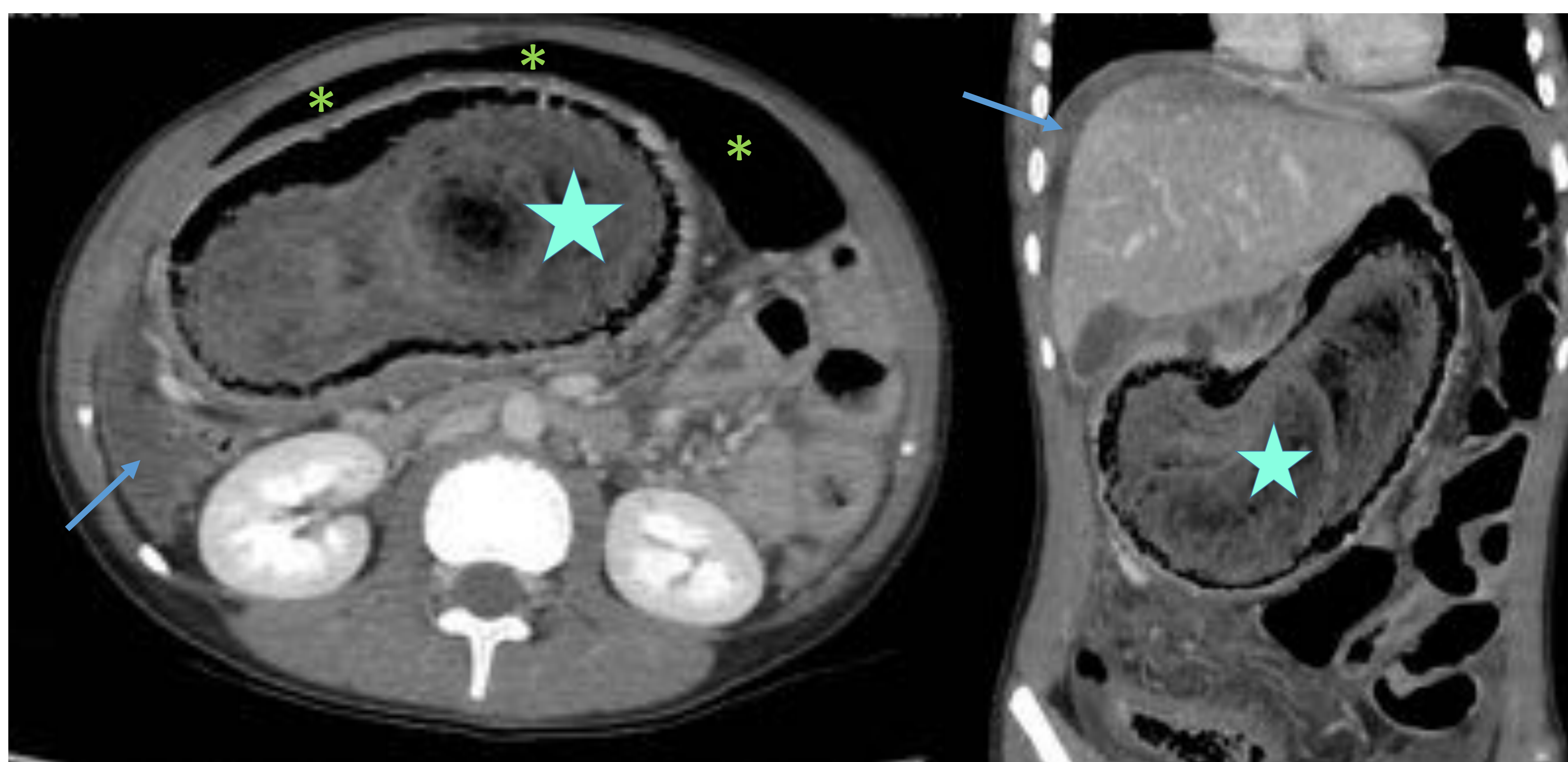


Fig 10. Niña de 11 años con antecedentes de tricotilomanía y tricofagia, que acude por dolor abdominal y vientre en tabla. En el TC se identifica una voluminosa masa intragástrica con patrón en miga de pan (estrella), neumoperitoneo (asteriscos) y líquido libre (flechas), que dados los antecedentes es compatible con perforación secundaria a tricobezoar y peritonitis.

LITIASIS VESICULARES

En casos de íleo biliar, la litiasis se localiza frecuentemente en el íleon y de forma más rara en el píloro o duodeno, causando una obstrucción proximal, lo que se conoce como Síndrome de Bouveret.

Hallazgos en TC: triada de neumobilia, litiasis ectópica y obstrucción gástrica.

OBSTRUCCIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS

- Bandas gástricas: colocación de una banda ajustable aproximadamente 2 cm por debajo de la unión gastroesofágica. Si la banda se desplaza caudalmente a un segmento más grande del estómago puede condicionar obstrucción.
- Otros tipos de cirugía bariátrica también pueden complicarse y causar obstrucción, principalmente por fibrosis o impactación de material alimenticio en el estoma.
- Balón intragástrico: procedimiento relativamente seguro mediante el cual se coloca endoscópicamente un balón en la luz del estómago, que produce saciedad precoz. El balón normalmente se localiza en el cuerpo gástrico y si se desplaza hacia el antro puede impactarse y causar obstrucción.

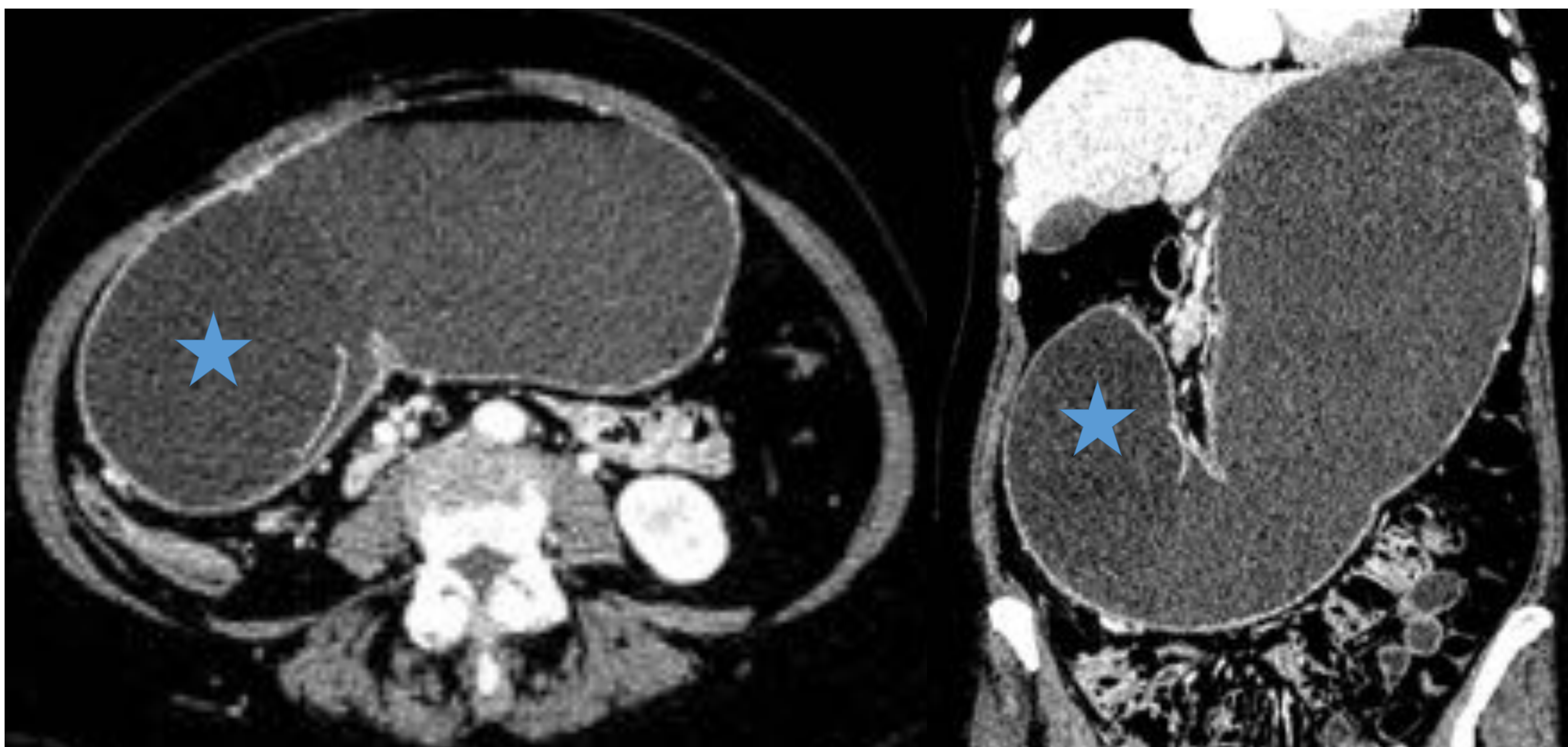


Fig 11. Mujer de 47 años con balón intragástrico, que ha acudido a urgencias en varias ocasiones por cuadro de distensión abdominal, vómitos e intolerancia oral. Se realiza TC donde se identifica el balón intragástrico (estrella), localizado en el antro y condicionando una importante dilatación de la cámara gástrica.



Fig 12. Paciente con balón intragástrico al que se le realiza TC por otro motivo, donde se visualiza el balón intragástrico correctamente posicionado en el cuerpo gástrico.



PERFORACIÓN

PERFORACIÓN Y EUP

La perforación es la complicación más frecuente de la EUP. Y Las úlceras son la principal causa de perforación del tracto gastroduodenal.

Las úlceras en la pared anterior y en las curvaturas se perforan libremente al peritoneo.

Las úlceras posteriores pueden perforarse al saco menor, estando relativamente contenidas.

Hallazgos TC: hallazgos de la EUP junto con neumoperitoneo y líquido libre. Muchas veces se identifica la discontinuidad parietal.

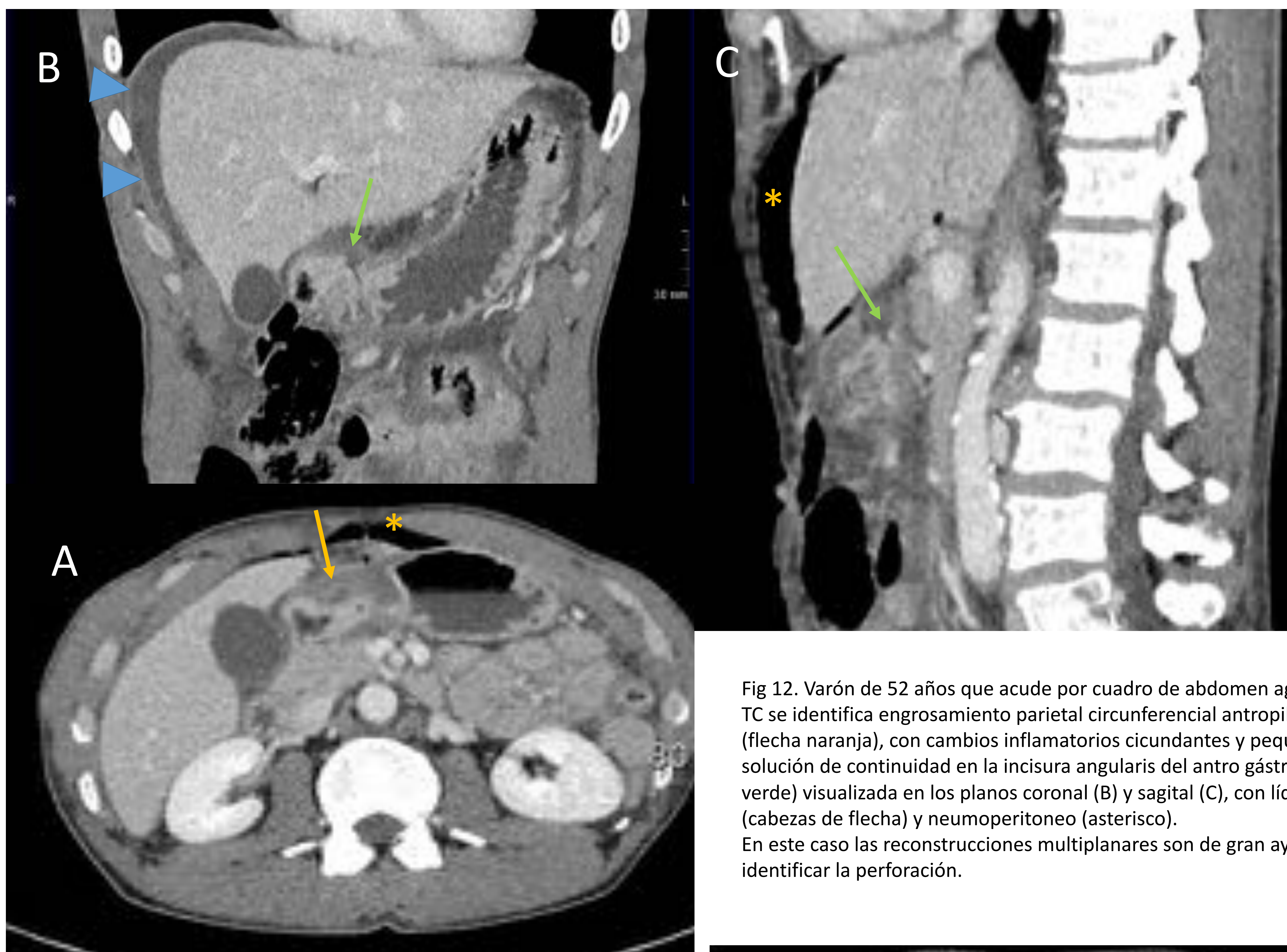
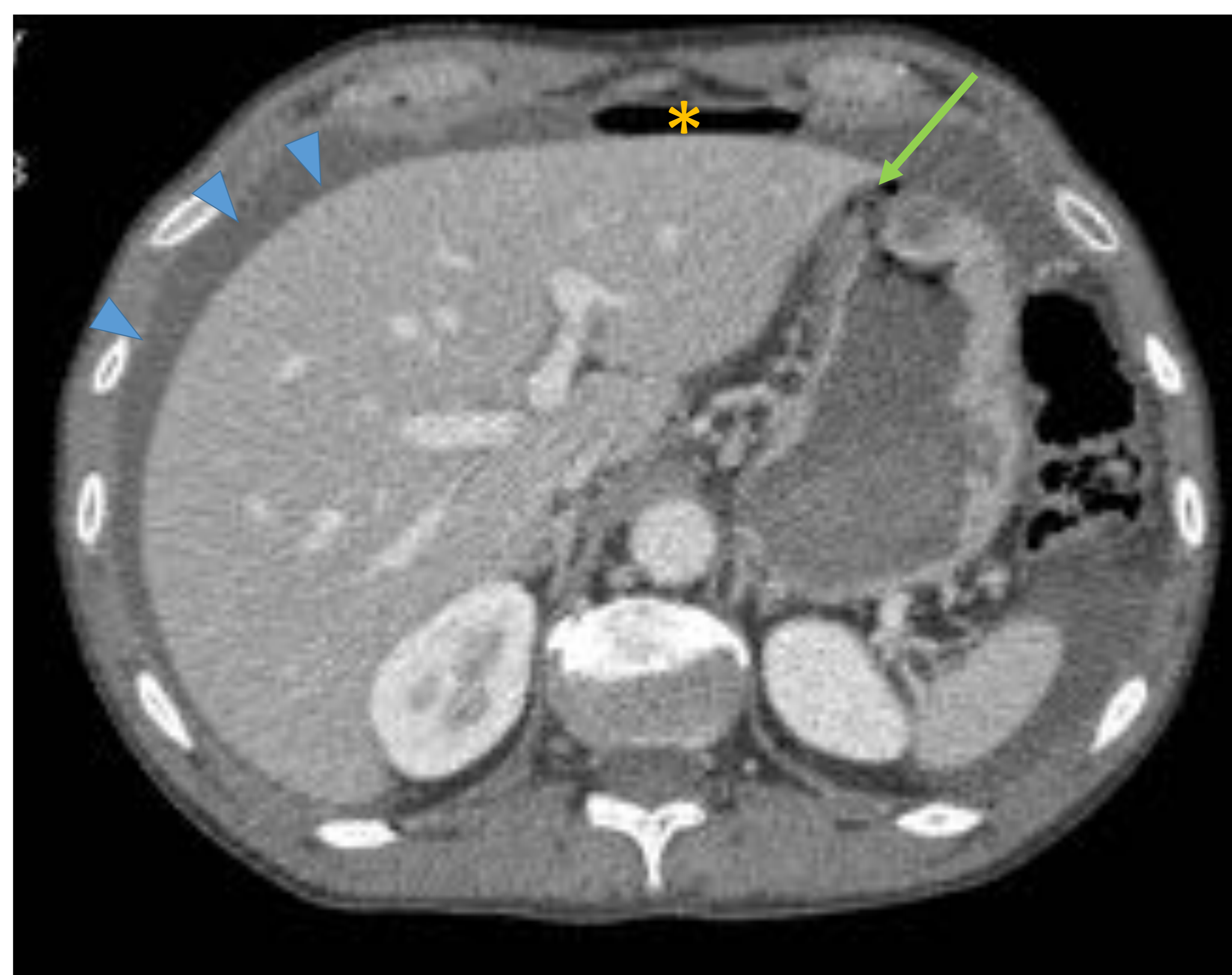


Fig 12. Varón de 52 años que acude por cuadro de abdomen agudo. En el TC se identifica engrosamiento parietal circunferencial antropilórico (flecha naranja), con cambios inflamatorios circundantes y pequeña solución de continuidad en la incisura angularis del antro gástrico (flecha verde) visualizada en los planos coronal (B) y sagital (C), con líquido libre (cabezas de flecha) y neumoperitoneo (asterisco). En este caso las reconstrucciones multiplanares son de gran ayuda para identificar la perforación.

Fig 13. Varón de 56 años con abdomen agudo. TC: Solución de continuidad en la pared anterior del cuerpo gástrico (flecha) con engrosamiento parietal gástrico de predominio en el cuerpo, de aspecto inflamatorio, líquido libre (cabezas de flecha) y neumoperitoneo (asterisco). IQ: confirma la perforación en el cuerpo gástrico y peritonitis generalizada.





PERFORACIÓN Y NEOPLASIAS

La perforación gástrica puede ocurrir también secundario a una neoplasia, especialmente en casos de masas ulceradas, como adenocarcinoma, linfoma o GISTs.

Hallazgos TC: engrosamiento parietal irregular o focal, con pérdida del patrón en capas y realce, junto con solución de continuidad parietal, líquido libre o neumoperitoneo. Suelen ser generalmente neoplasias avanzadas, pudiendo identificar también adenopatías y/o metástasis a distancia.

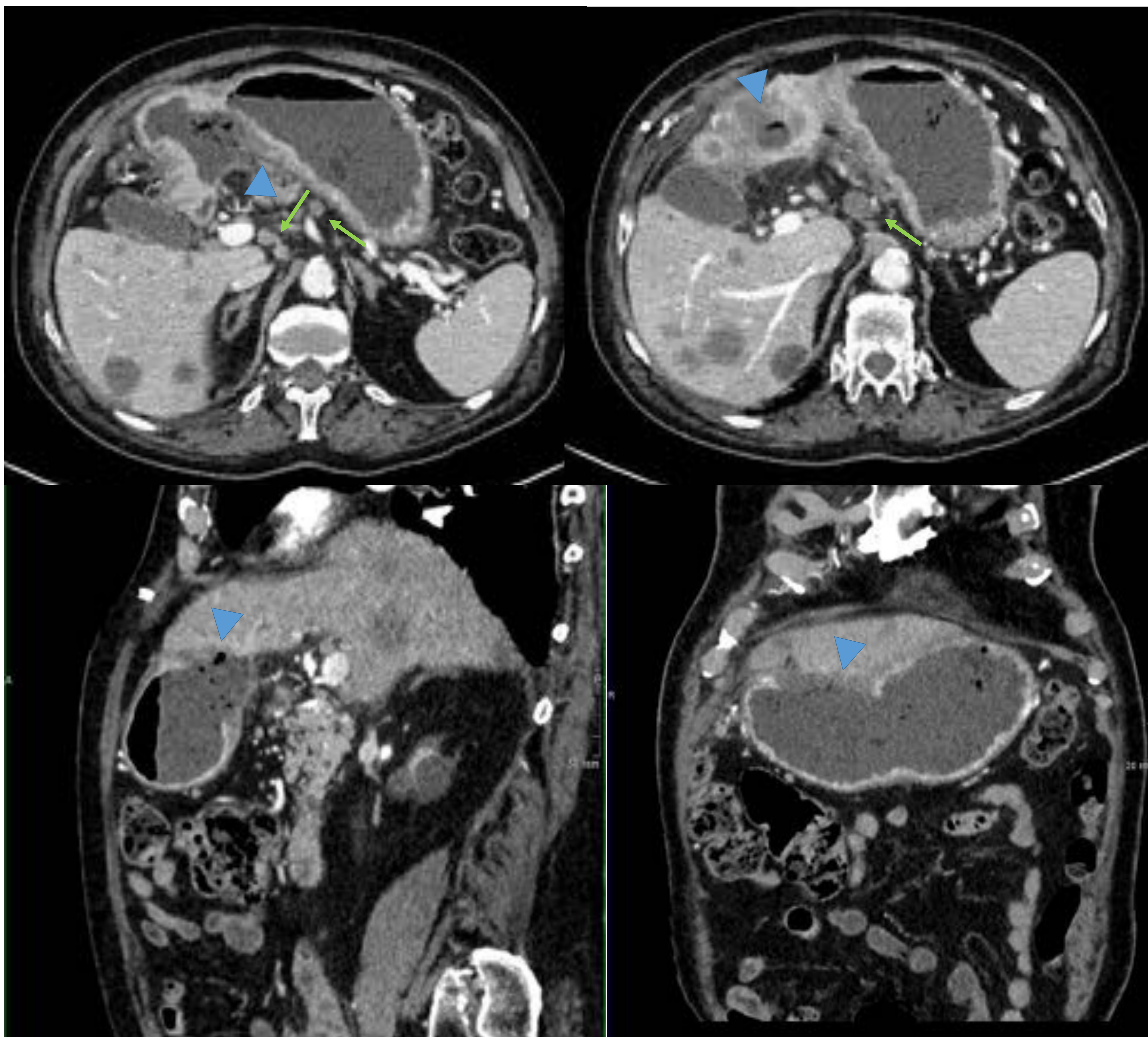


Fig 14. Varón de 85 años que acude por epigastralgia postprandial y dolor en HD y náuseas sin vómitos de 15 días de evolución. Pérdida ponderal no cuantificada. PCR 78 y leucocitosis.

Se realiza TCMD en fases arterial y venosa, identificando engrosamiento parietal irregular con pérdida del patrón en capas en la región antropilórica con reticulación de la grasa circundante de aspecto neoplásico, con afectación transmural, desestructuración parietal con solución de continuidad en la pared superior del antro de aproximadamente 5 cm, en relación con ulceración / perforación (cabezas de flechas) y salida de material endoluminal. Condiciona asimismo estenosis y obstrucción gástrica. Metástasis hepáticas múltiples y adenopatías patológicas (flechas).



POSTOPERADOS

Los pacientes intervenidos con bandas gástricas pueden sufrir perforación de forma aguda o más frecuentemente crónica.

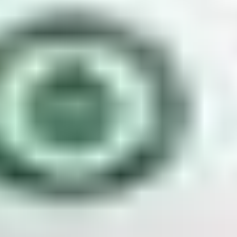
Puede ser secundario al trauma quirúrgico, reacción inflamatoria a cuerpo extraño o uso de AINES.

TRAUMA

El trauma penetrante es otra causa potencial de perforación gástrica. El estómago frecuentemente se colapsa alrededor del sitio de lesión, siendo el defecto habitualmente no es visible, por lo que el trayecto de la lesión habitualmente es el único signo de trauma gástrico.

Puede aparecer asimismo neumoperitoneo o hematoma intramural.

En un paciente politraumatizado con lesiones en el bazo, diafragma o lóbulo hepático izquierdo, siempre debe tenerse en cuenta una potencial lesión gástrica.



HEMORRAGIA

La hemorragia gástrica puede aparecer en múltiples entidades, tales como EUP, neoplasias, varices, gastritis, malformaciones vasculares...

La presentación clínica es variable y depende de la pérdida sanguínea, variando desde asintomático hasta shock hipovolémico, pudiendo manifestarse de forma directa como hematemesis, vómitos en posos de café, melenas o hematoquecia si la pérdida es severa.

La endoscopia es el método de elección para el diagnóstico y tratamiento de estos paciente, pero muchas veces se realiza TC inicialmente cuando el paciente acude de urgencia o bien cuando la endoscopia no es diagnóstica.

Si hay sospecha de hemorragia realizaremos un estudio sin CIV y en fases arterial y venosa.

Hallazgos CT: contenido gástrico de alta atenuación en TC sin contraste, de localización frecuentemente en el fundus (porción más declive en supino). La localización del coágulo de mayor atenuación (hematoma centinela) puede indicar el punto de sangrado. Posible extravasación activa de contraste en fases arterial y venosa. Se debe identificar asimismo la causa subyacente del sangrado.



Fig 15. Mujer de 47 años que acude por cuadro de dolor y HDA. Se realiza TCMD sin y tras CIV en fases arterial y venosa. Contenido intragástrico de alta densidad en relación con contenido hemático (asterisco), sin evidencia de extravasación de contraste que sugiera sangrado activo en fase arterial ni venosa. Solución de continuidad de gran tamaño en la curvadura menor gástrica (cabezas de flecha) con alguna pequeña burbuja de gas extraluminal (flechas naranjas) y cambios inflamatorios y líquido libre (flecha verde).

Los hallazgos son compatibles con EUP con voluminosa ulceración perforada y hemorrágica. La gastroscopia confirmó una úlcera gástrica de 5 cm.

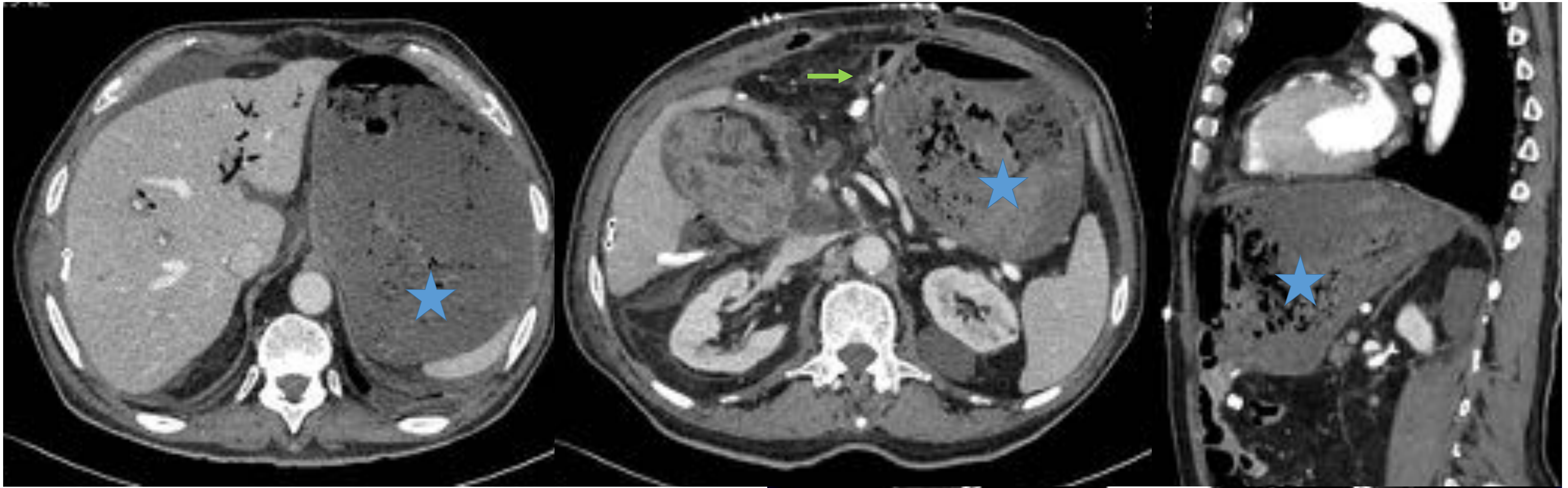
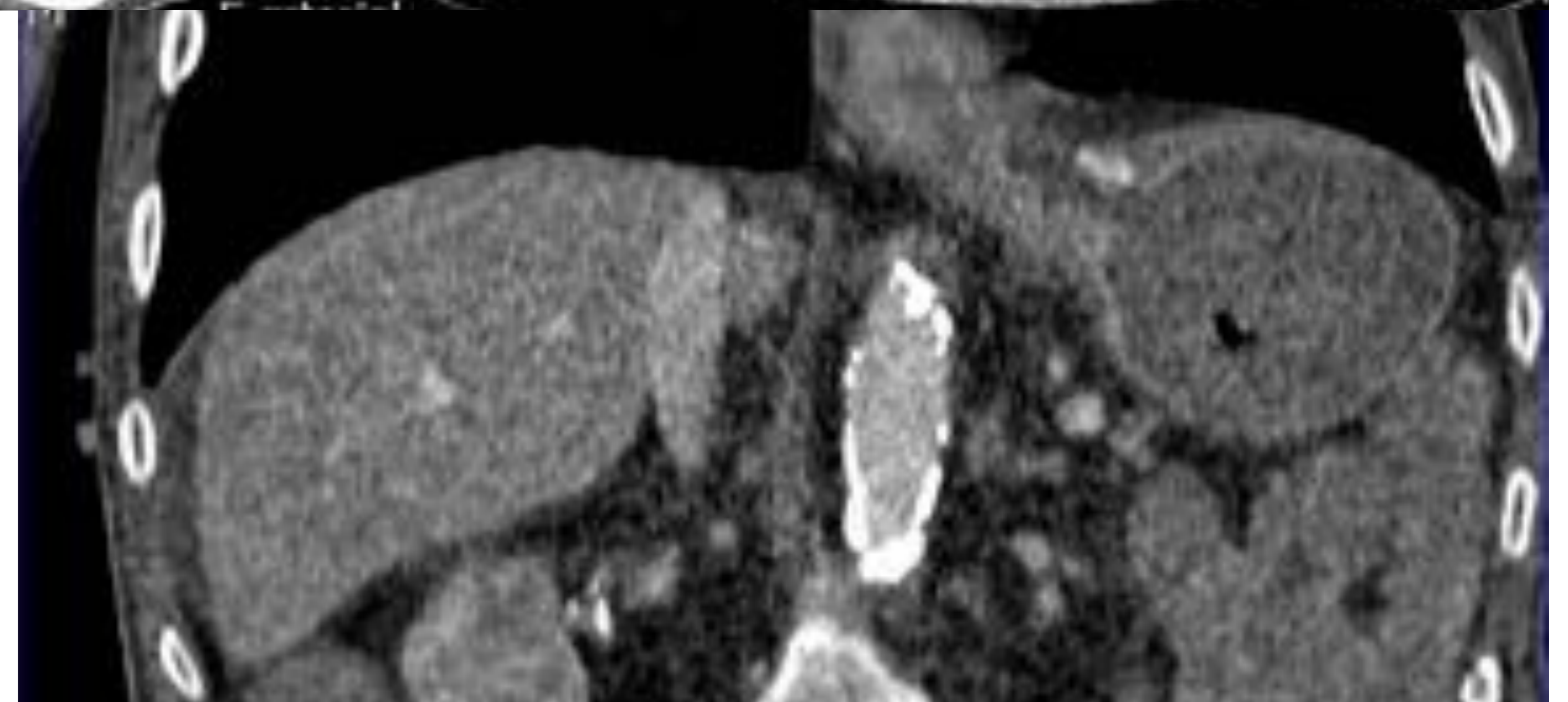


Fig 16. Varón de 77 años, recientemente intervenido de DPC por neoplasia pancreática, que acude por vómitos y heces hemáticas. Se realiza TCMD trifásico, donde se evidencia importante distensión de la cámara gástrica de alta densidad y con patrón de miga de pan, en relación con voluminoso coágulo intragástrico. La anastomosis gastro-yeyunal se encuentra preservada y no se demuestran signos de sangrado activo en fase arterial ni venosa. Se identifica además pequeña colección en el lecho quirúrgico (asterisco) mejor visualizada en el plano coronal y líquido libre en el plano axial. Se realizó gastroscopia: voluminoso coágulo intragástrico y ulceración superficial en la anastomosis gastro-yeyunal de posible etiología isquémica, sin sangrado activo.



Fig 17. Varón de 66 años. Antecedentes de neoplasia estenosante de la unión gastro-esofágica, que acude por sangrado digestivo en las últimas horas. Se realiza TCMD sin y tras CIV en fases arterial y venosa. Se identifica material de alta densidad en la cámara gástrica, con sangrado activo en fase arterial, que aumenta en fase venosa, con engrosamiento parietal de la región subcardia, en relación con extensión de la neoplasia conocida, donde se visualiza el sangrado. Se realiza arteriografía donde se identifica sangrado activo dependiente de la arteria gástrica izquierda y se procede a embolización.





ISQUEMIA Y NEUMATOSIS

La neumatosis de la pared gástrica es una entidad poco frecuente, que puede verse en caso de ingesta de cáusticos, abuso de alcohol, isquemia gástrica, secundario a traumatismo o gastritis enfisematosa.

Es importante diferenciarlo de la neumatosis cystoides, en la que el paciente suele estar asintomático

La isquemia gástrica es una patología poco frecuente causada por insuficiencia vascular, debido al extenso aporte sanguíneo colateral.

Los factores de riesgo incluyen dilatación gástrica aguda, vólvulo gástrico, hipotensión sistémica, oclusión del tronco celiaco, tromboembolismo diseminado o vasculitis.

Ante la sospecha de isquemia es importante la realización de fases arterial y venosa.

Hallazgos TC: similares a la gastritis enfisematosa, aunque sin infección asociada de la pared gástrica: desde ulceración focal a engrosamiento de la pared gástrica o gas intramural. La dilatación gástrica es frecuente, debido a gastroparesis isquémica. Puede aparecer pneumoperitoneo o neumatosis portal.

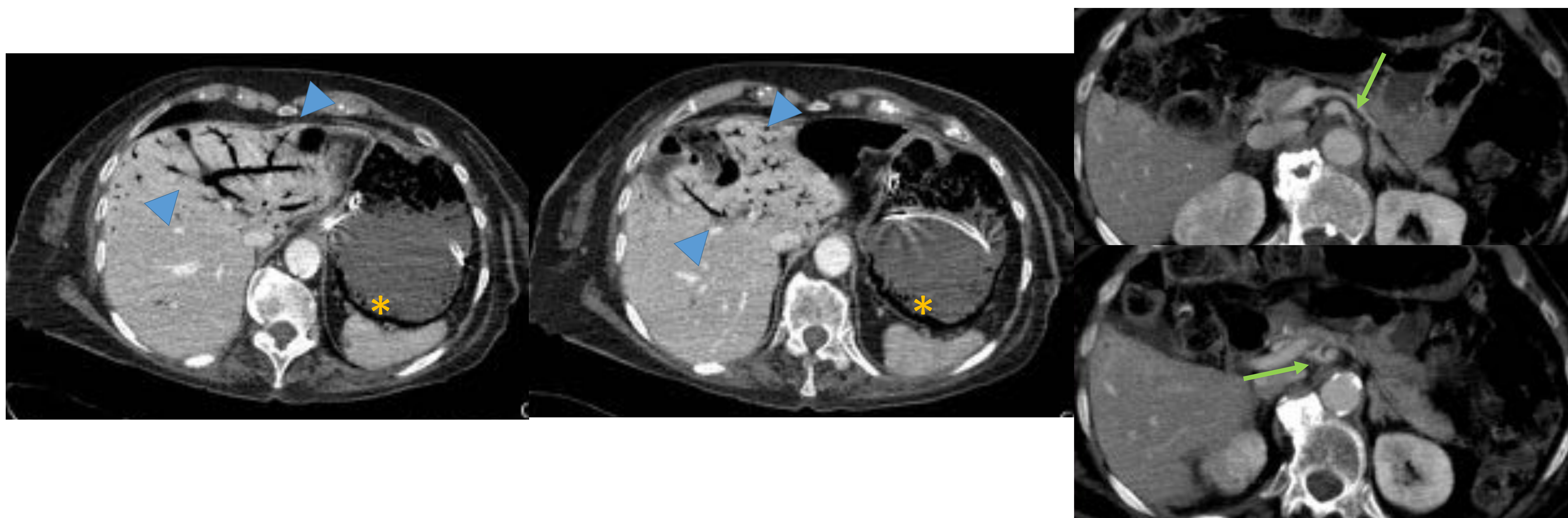


Fig 18. Mujer de 91 años, que acude por episodio de HDA, dolor y distensión abdominal. Se realiza TC en fase venosa, donde se evidencia dilatación de la cámara gástrica con patrón en miga de pan en su interior y gas en el espesor parietal (asterisco) con alguna zona de desestructuración de la pared, así como signos de neumatosis portal (cabezas de flechas). Se identifica estenosis en el origen del tronco celiaco con flujo filiforme y otra estenosis en la porción distal, previo a la bifurcación (flechas).

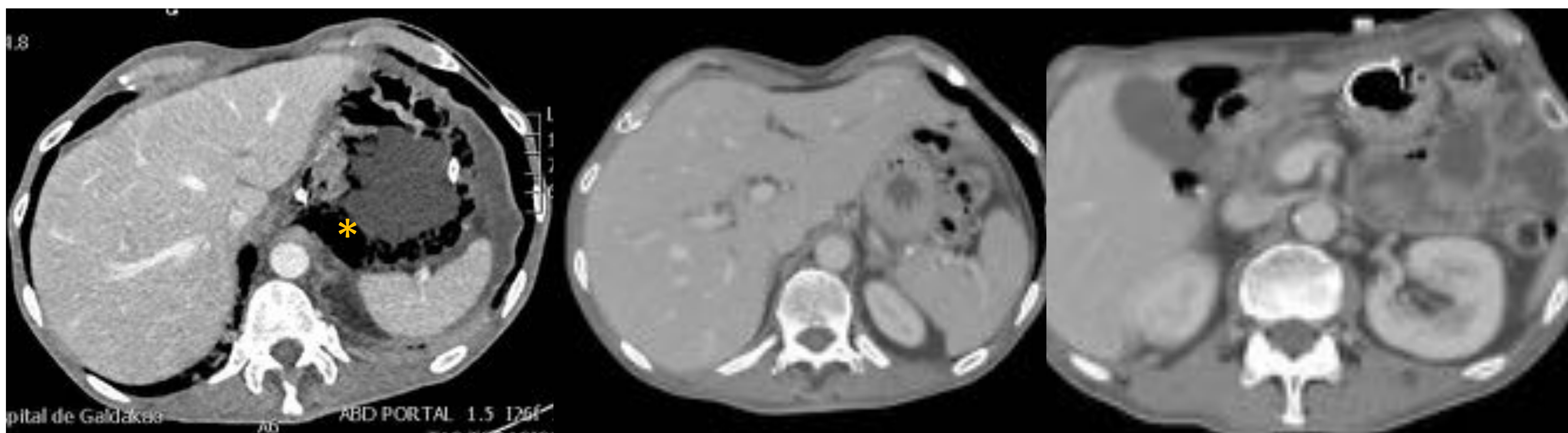


Fig 19. Varón de 56 años con antecedentes de carcinoma Epidermoide ORL, con colocación previa de gastrostomía. Intervención reciente por peritonitis 2ª a salida de gastrostomía y fuga por el orificio de la misma. En el postoperatorio dolor y distensión abdominal. Se identifica gas en el espesor de la pared gástrica (asterisco), posiblemente secundario a la cirugía y presencia de tubo de gastrostomía reciente. En el control radiológico se evidencia completa desaparición de los hallazgos



MISCELÁNEA

PATOLOGÍA GÁSTRICA AGUDA EN ONCOLOGÍA

La patología abdominal aguda es una causa frecuente de consulta de los pacientes oncológicos, que puede presentarse como el debut de la enfermedad, evolución natural de la misma, complicaciones asociadas a la enfermedad o a los tratamientos recibidos

Presentamos dos casos de patología aguda gástrica, de origen oncológico.

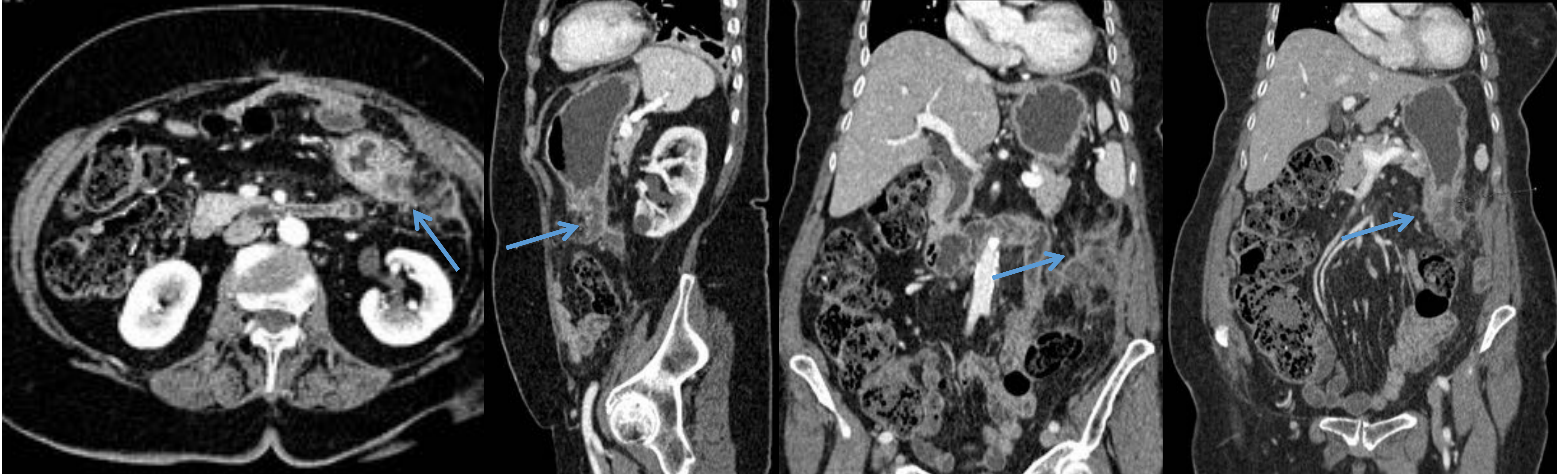


Fig 20. Mujer de 83 años con ADC de colon intervenido y M1 pulmonares en tratamiento QT. Ingresa por fiebre y dolor abdominal mal controlado.

TC: implantes peritoneales en el mesenterio - gotiera paracólica izquierda y retroperitoneales, abscesificados, que contactan ampliamente con la porción más caudal del cuerpo gástrico, con aparente fistulización hacia el mismo (flecha).

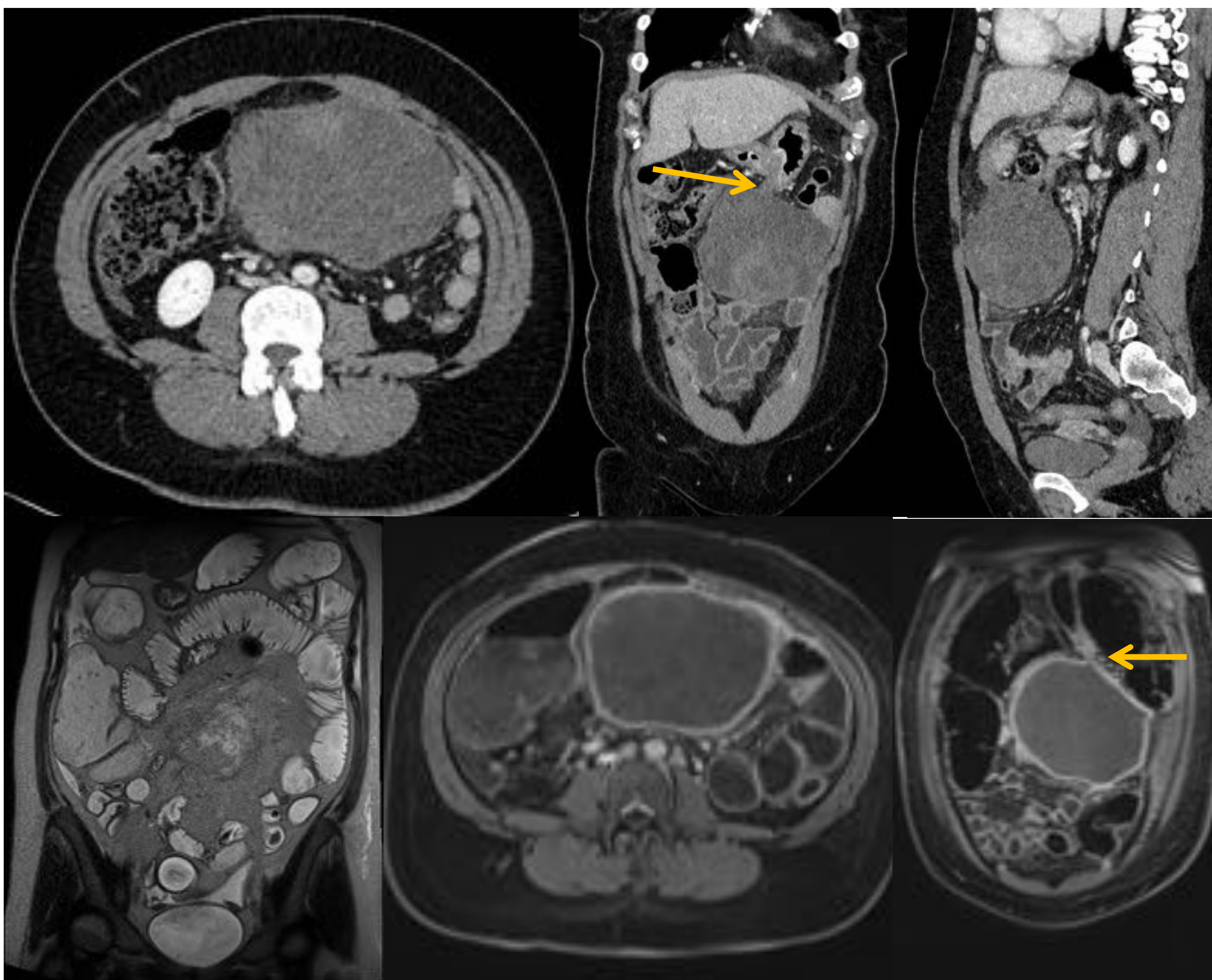


Fig 21. Mujer de 48 años, con dolor abdominal intenso y defensa abdominal. Leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR. Se realiza TC en fase venosa donde se identifica una voluminosa masa centroabdominal, con realce heterogéneo y áreas necróticas, que contacta ampliamente con las asas de intestino delgado, condicionando dilatación retrógrada de las mismas así como con el marco cólico, sugestivo de GIST.

RM: Tumoración mesentérica de 14 cm que parece depender por un pedículo estrecho de la curvatura mayor gástrica, ocluyendo el yeyuno distal y condicionando dilatación proximal. La lesión presenta contornos bien definidos con desflecamiento la grasa mesentérica y ausencia realce tras administración de contraste lo que sugiere necrosis de la lesión por torsión del pedículo.



CUERPOS EXTRAÑOS

La presencia de cuerpos extraños intragástricos pueden ser un hallazgo incidental o bien causar patología de presentación aguda, que a veces puede pasar desapercibida, por lo que es necesario sospecharlo e identificarlo.

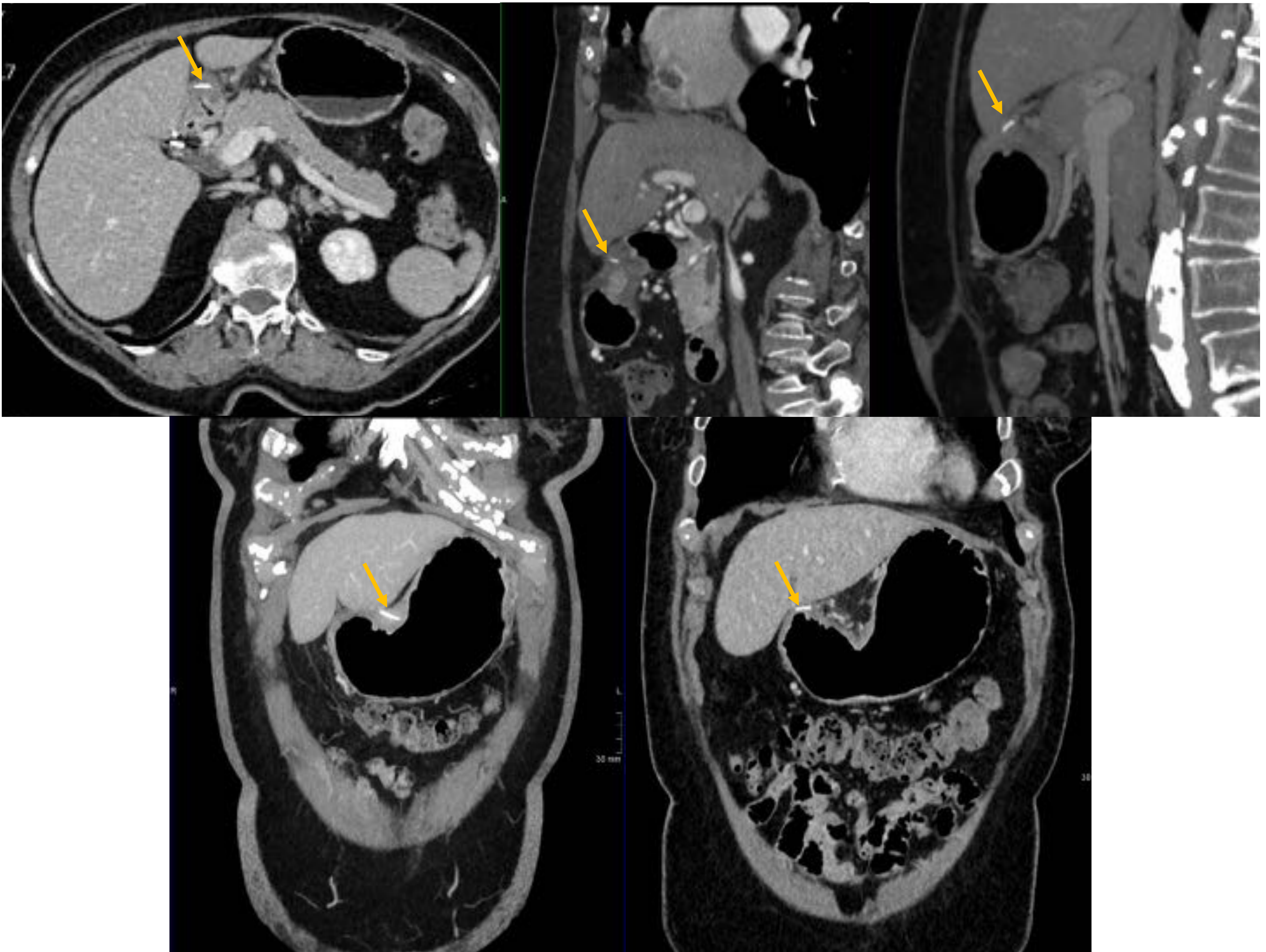


Fig 22. Mujer de 81 años, que acude por dolor abdominal epigástrico. En TC: Engrosamiento de aspecto hipodenso de la pared anterior del antro gástrico y región antropilórica, con presencia de dos imágenes lineales hiperdensas de localización en el espesor parietal (flechas), con cambios inflamatorios asociados, sin perforación ni colecciones, sugestivos de cuerpos extraños (espinas).



CONCLUSIONES

Múltiples entidades patológicas del estómago pueden derivar en dolor abdominal y cuadros de presentación aguda, algunas de las cuales son de extrema gravedad.

En la actualidad, para la valoración de la patología gástrica de urgencia, el TC es la prueba de imagen de primera línea, ya que ofrece un diagnóstico rápido y preciso.

Es necesario conocer las características de imagen de las diferentes entidades para el diagnóstico y manejo adecuado de los pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

- CT of Gastric Emergencies. Preethi Guniganti, MD. Courtney H. Bradenham, MD. Constantine Raptis, MD. Christine O. Menias, MD. Vicent M. Mellnick, MD. Radiographics November-December 2015.
- Imaging of acute gastric emergencies: a case-based review. Sankarsh Jetty, Patrick J. Fultz, Abhinav Patel, Abhishek Chatuverdi. Clinical Imaging 72 (2021) 97-113. Musculoskeletal and Emergency Imaging.
- Multimodality imaging of adult gastric emergencies: A pictorial review. Abhit Sunnapwar, Vijayanadh Ojili, Rashmi Katre, Hardik Shah, Arpit Nagar. Indian Journal of Radiology and Imaging, 2017.
- CT imaging of endoscopy-confirmed gastric pathology. Dmitry Rakita, MD, John J. Hines, MD, Samuel Davidoff, MD, Kostas Sideris, DO, Margaret Yacobozzi, MD, and Barak Friedman, MD. Applied Radiology. The journal of Practical Medical Imaging and Management. November 04, 2013.
- CTMD imaging of the stomach: advances and applications. Prashant Nagpal, MD, Anjali Prakash, MB BS, DMRD [...], and Ashish Khandelwal, MD. The British Journal of Radiology. January 2017.
- Computed tomography findings of acute gastric volvulus. Ingrid Millet et al. Eur Radiol. 2014 Dec.
- The Current Role of CT in Imaging the Stomach. Karen M. Horton, MD and Elliot K. Fishman, MD.