

GASTRITIS FLEMONOSA EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE GOOD: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

José Miguel Jiménez Gutiérrez ¹, Sergio Luis Botello Partida ¹, Alejandro Campos Murguía ¹.

¹ Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Ciudad de México, México.

Autor de correspondencia: José Miguel Jiménez Gutiérrez, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Ciudad de México, México.

RESUMEN

Introducción: La gastritis flemonosa es una infección bacteriana rara con una mortalidad que varía del 50-70%, de la cual se han reportado alrededor de 500 casos en la literatura. Los síntomas clásicos que se han descrito son dolor en epigastrio, náusea, vómito y fiebre. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia superior y el tratamiento se basa en la administración de antibióticos y, en casos graves, cirugía. El síndrome de Good se caracteriza por la presencia de inmunodeficiencia primaria combinada de células B y T asociada a timoma que suele aparecer en la edad adulta. Los pacientes con este síndrome son susceptibles a infecciones bacterianas invasivas por gérmenes encapsulados, así como a diversas infecciones oportunistas.

Caso clínico: En este reporte describimos el caso de una mujer de 37 años con los diagnósticos de miastenia gravis (se realizó timectomía en junio de 2018 por timoma), hipotiroidismo primario, bronquiectasias pulmonares y asma. Acudió a valoración a la consulta de gastroenterología por presentar epigastralgia, náuseas, vómitos y diarrea intermitente acuosa de 3 meses de evolución. En su abordaje se realizó endoscopia superior con toma de biopsias en la que se observaron datos compatibles pangastropatía hemorrágica de etiología a determinar. El reporte histopatológico de dichas biopsias fue compatible con gastritis flemonosa y del tejido enviado a cultivo se aisló *S. oralis*. La paciente fue hospitalizada para recibir tratamiento antibiótico y por falla al mismo fue sometida a gastrectomía. Actualmente la paciente evoluciona de manera favorable.

Palabras clave: Gastritis flemonosa, síndrome de Good.

ABSTRACT

Background: Phlegmonous gastritis is a rare bacterial infection with a mortality rate near 50-70%, there have been about 500 cases reported in the literature. The classic symptoms that have been described are epigastric pain, nausea, vomiting and fever. The diagnosis is made by upper endoscopy and the treatment is based on the administration of antibiotics and, in severe cases, surgery. Good's syndrome is characterized by the presence of combined primary immunodeficiency of B and T cells associated with thymoma that usually appears in adulthood. Patients with this syndrome are susceptible to invasive bacterial infections by encapsulated germs, as well as various opportunistic infections.

Clinical case: In this report we describe the case of a 37-year-old woman with a medical history remarkable for myasthenia gravis (thymectomy was performed in June 2018 due to thymoma), primary hypothyroidism, pulmonary bronchiectasis and asthma. She was evaluated in the gastroenterology office due to epigastric pain, nausea, vomiting and intermittent watery diarrhea of 3 months of evolution. In its approach, upper endoscopy with biopsies was performed, in which compatible data on hemorrhagic pangastropathy were observed. The histopathological report of these biopsies was compatible with phlegmonous gastritis and in the tissue sent to culture was isolated *S. oralis*. The patient was hospitalized for antibiotic treatment and, due to failure, she underwent gastrectomy. Currently the patient is evolving favorably.

Key words: Phlegmonous gastritis, Good syndrome.

INTRODUCCIÓN

La gastritis flemonosa (supurativa) es una infección bacteriana grave y rara de la submucosa y muscular propia gástrica, con una mortalidad que se ha reportado del 50 al 70 %. [1](#), [2](#), [3](#), [4](#)

Los síntomas son poco específicos, los más frecuentes son dolor en epigastrio, náusea, vómito y fiebre. El estudio diagnóstico principal es la endoscopia en la cual se observa el estómago engrosado y edematoso, la mucosa granular con exudado purulento y en ocasiones con múltiples perforaciones. [1](#), [5](#)

Los factores de riesgo descritos son el antecedente de lesión gástrica por intervención endoscópica, trauma, cáncer invasivo o algún estado de inmunosupresión (diabetes mellitus (DM), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), alcoholismo, enfermedades hematológicas). Sin embargo hasta el 50 % de los casos no cuentan con un factor de riesgo identificado. [2](#), [4](#).

El síndrome de Good es una inmunodeficiencia primaria rara de presentación en el adulto, que se caracteriza por ser una deficiencia combinada de células B y T asociada a timoma. Los pacientes con este síndrome tienen mayor susceptibilidad a infecciones invasivas bacterianas por organismos encapsulados, infecciones virales y micóticas. Se necesita un alto índice de sospecha para realizar el abordaje, el diagnóstico y el tratamiento requerido. [6](#), [7](#).

A continuación describimos el caso de una paciente con síndrome de Good que presentó como complicación infecciosa gastritis flemonosa.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 37 años, con diagnósticos previos de miastenia gravis, timoma (resecado en junio de 2018) asma, hipotiroidismo primario y bronquiectasias pulmonares. Tiene antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial, lupus eritematoso generalizado e hipotiroidismo. Sin antecedentes de toxicomanías ni drogas de abuso. Hasta la hospitalización su tratamiento consistía en prednisona piridostigmina, levotiroxina, gabapentina, y lansoprazol.

Tres meses previos a su ingreso, presentó como síntoma principal dolor abdominal epigástrico intenso, ardoroso, que se asociaba a náuseas, vómitos y diarrea acuosa, esta última se atribuyó al uso de piridostigmina. Un mes previo a su ingreso fue valorada por médico particular realizando estudio endoscópico, estableciendo un probable diagnóstico de enfermedad de Crohn y probable infección por *Helicobacter pylori*, para lo cual se dio tratamiento de erradicación. Continuó con dolor abdominal de mismas características, con múltiples valoraciones en servicios de urgencias, y ante la falta de datos de alarma y bioquímica normal solo se otorgaba manejo sintomático. Posteriormente se agregó melena, por lo que se realizó nuevo estudio endoscópico con toma de biopsias encontrando la mucosa gástrica eritematosa, friable y con sagrado en capa (figura 1), determinándose pangastropatía hemorrágica de origen a determinar.

Por parte del servicio de Gastroenterología fue canalizada a urgencias para mayor evaluación. A la exploración física se encontró con dolor epigástrico a la palpación superficial, sin rebote ni datos de abdomen agudo. Dentro de su abordaje se solicitaron estudios bioquímicos generales entre ellos, una biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación, que estuvieron dentro de parámetros normales.

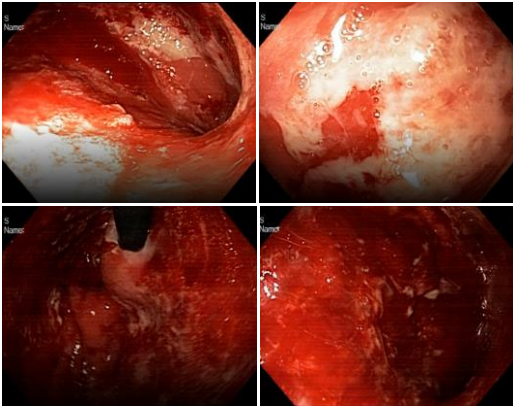


Figura 1. Hallazgos endoscópicos, donde se observa material purulento en la mucosa.

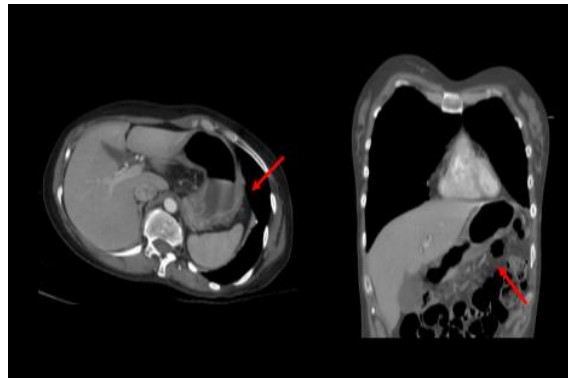
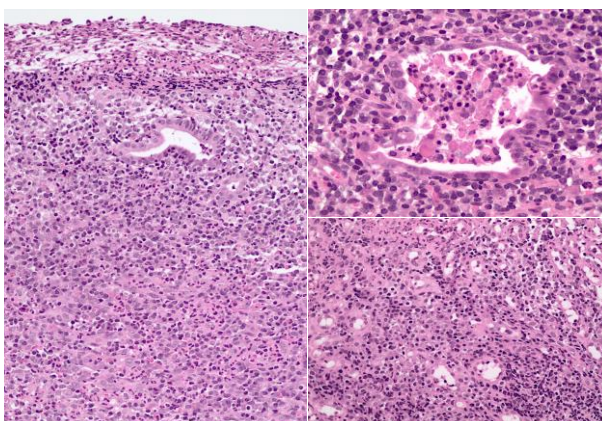


Figura 2. Engrosamiento de la pared gástrica.

Se realizó tomografía de tórax y abdomen (figura 2) donde destacó engrosamiento de 12 mm de la pared gástrica asociado a realce mucoso, intususcepción yeyuno-yeyunal sin datos de oclusión, y micronódulos pulmonares con patrón en árbol de gemación. Por los hallazgos imagenológicos y el reporte histopatológico anterior que reportó gastritis crónica y aguda intensa con abundante material purulento (figura 3), se decidió realizar nueva endoscopia superior con toma de biopsias para cultivo, de la cual se aisló *Streptococcus oralis*, apoyando el diagnóstico de gastritis flemonosa. Se administraron en total 7 semanas de tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona 2 gramos IV c/24 horas una vez se obtuvo la sensibilidad de la bacteria. Por tener únicamente respuesta parcial al tratamiento, se decidió realizar gastrectomía en diciembre de 2018. Actualmente (05/enero/2018) la paciente permanece en hospitalización, presentando una evolución satisfactoria.

Ante este diagnóstico poco frecuente y el antecedente de timoma se buscó una probable asociación. Por lo anterior se solicitaron niveles de inmunoglobulinas, en las cuales se encontraron niveles de IgG bajos (Tabla 1). Se complementó con medición de linfocitos T CD4 (404 células/ml), los cuales también estuvieron en niveles bajos. Con los datos anteriormente descritos se integró el diagnóstico de síndrome de Good como posible factor de riesgo de inmunosupresión para desarrollar el cuadro de gastritis flemonosa.

Tabla 1. Serologías, niveles de inmunoglobulinas y CD4
VIH NEG
HEP VIRAL NEGATIVO
IgA(mg/dl): 98.2 NL
IgG (mg/dl): 461 (BAJA)
Subclase 1 (mg/dl): 354*
Subclase 2 (mg/dl): 89*
Subclase 3 (mg/dl): 10*
Subclase 4 (mg/dl): 9 *
IgM (mg/dl)119 NL
CD 4 TOTALES(Cel/L): 488



*Todas las subclases de IgG por debajo de rango de referencia

Figura 3: Gastritis aguda con infiltrado inflamatorio.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de una paciente con una inmunodeficiencia rara como es el síndrome de Good que tiene una prevalencia de 1 en 500,000 habitantes, con menos de 200 casos reportados en la literatura, que se presentó con una infección poco frecuente como es la gastritis flemonosa de la cual hasta la fecha se han reportado alrededor de 500 casos. [2](#), [7](#) Hasta nuestro conocimiento es el primer caso en el que se describen estas dos patologías de manera simultánea.

La gastritis flemonosa por lo general se presenta de manera aguda con dolor abdominal en epigastrio y ataque al estado general, en el caso que reportamos también se presentó con dolor en epigastrio pero de una manera subaguda, con duración de semanas previo a su diagnóstico.

Se han descrito dos tipos de gastritis flemonosa, primaria y secundaria. La primera es idiopática u ocurre posterior al daño directo de la mucosa gástrica por intervención endoscópica [8](#), trauma o cáncer con invasión de la mucosa. La secundaria se presenta asociada a una infección en algún órgano vecino como pancreatitis, absceso hepático, colecistitis o diseminación hematógena. [2](#) Otra manera de clasificarla es por la extensión de su afección, ya sea en una porción (localizada) o en todo el estómago (difusa), la segunda teniendo un peor pronóstico (mortalidad: 10 vs 54 %). [4](#), [9](#) En este caso reportamos una gastritis flemonosa primaria ya que no cuenta con algún sitio de diseminación y de localización difusa.

El microorganismo más frecuentemente aislado es el *Streptococcus pyogenes* en el 70 % de los casos, en nuestro caso fue *S. oralis* [2](#)

En cuanto al tratamiento de la gastritis flemonosa es imperativo iniciar antibióticos de amplio espectro en cuanto se realice el diagnóstico, ajustando con base en el aislamiento microbiológico y su sensibilidad, en este caso se inició vancomicina y se ajustó a ceftriaxona al tener aislamiento. El diagnóstico oportuno y la pronta instauración tienen un impacto significativo en la mortalidad. [2](#)

La decisión más controvertida en cuanto al tratamiento es la necesidad de cirugía y el momento de la misma, por lo general se debe reservar para pacientes con complicaciones como perforación, sepsis o falta de respuesta al tratamiento conservador. ⁵ En una revisión de 36 casos de gastritis flegmonosa la mortalidad en pacientes que fueron sometidos a cirugía fue de 20 % en comparación con una mortalidad de 50 % en pacientes que se trataron solo con antibióticos. ⁴

En el caso reportado debido a la estabilidad clínica de la paciente se decidió manejar en un inicio de manera conservadora, pero ante la falta de respuesta endoscópica después de 7 semanas de tratamiento dirigido se decidió realizar gastrectomía con una evolución favorable.

Los factores de riesgo reportados para la gastritis flemonosa son el antecedente de un procedimiento quirúrgico como esofagectomía, procedimiento endoscópico como resección submucosa y biopsia por ultrasonido endoscópico, algún tipo de inmunosupresión como leucemia aguda, mieloma múltiple, VIH, alcoholismo o DM descontrolada. ^{2, 3, 4} Sin embargo se ha reportado que hasta el 50 % de los pacientes no tienen un factor de riesgo claro. ^{3, 4} En este caso se encontró el síndrome de Good como factor predisponente.

El síndrome de Good es una inmunodeficiencia de células B y T, se presenta en pacientes entre la 4ta y 5ta década de la vida. La fisiopatología de esta enfermedad es desconocida, aunque existe evidencia que existe un defecto primario en la médula ósea. El cuadro clínico inicial es variable, los pacientes pueden presentar síntomas secundarios al timoma como tos, dolor torácico, disfagia, disnea o disfonía, también se han descrito casos en donde se encuentra el timoma en el abordaje diagnóstico de un paciente con miastenia gravis como el caso que describimos. Finalmente los pacientes pueden tener como presentación inicial infecciones invasivas u oportunistas secundarias a la inmunodeficiencia humoral y celular. ^{6, 7.}

Las infecciones más comunes son respiratorias por microorganismos encapsulados. En la serie más grande reportada de 20 pacientes, el 90.5 % de los pacientes presentaron infecciones bacterianas invasivas, 86 % de los afectados cuenta con antecedente de neumonía, siendo las bacterias más frecuentes el *Streptococcus Pneumoniae* (33 %) y *Haemophilus Influenzae* (29 %). El 40 % de los pacientes presentó infecciones relacionadas con inmunodeficiencia celular como candidiasis e infección por citomegalovirus. Alguna otra enfermedad autoinmune se presentó en el 76 % de los pacientes ^{7.}

Los principales hallazgos inmunológicos en pacientes con síndrome de Good son hipogammaglobulinemia, en el 87 % de los casos se encuentra disminución o ausencia de células B, casi todos los pacientes presentan niveles séricos disminuidos de IgG, IgA e IgM. Disminución de células T CD4 con una mediana de 404 x⁶ células/L, con alteración en la relación CD4 – CD8 y una respuesta mitógena deficiente de células T en el 45 % de los pacientes. La evidencia sobre los hallazgos inmunológicos tienen la desventaja de provenir de reportes de casos o pequeñas series. ⁶ En el caso reportado la paciente solo presentó disminución en IgG, en

todas las subclases menos en la IgG4 y disminución de los niveles de células T CD4.

El síndrome de Good se debe sospechar en todo paciente mayor a 40 años con deficiencia de anticuerpos, infecciones oportunistas e infecciones respiratorias de repetición. Se debería considerar solicitar inmunoglobulinas en todo paciente con un tumor mediastinal. 6, 7

El tratamiento de la inmunodeficiencia se logra con remplazo de inmunoglobulinas, con el cual se logra una disminución de las infecciones bacterianas. El tratamiento del timoma es quirúrgico, y el indicador pronóstico más importante en cuanto al tumor a largo plazo es la resección completa del mismo. Los pacientes con síndrome de Good tienen una supervivencia de 70 % a 5 años, menor que otras inmunodeficiencias como la inmunodeficiencia común variable o la agammaglobulinemia ligada al X que tienen una supervivencia de 100 % a 5 años.6

En conclusión, la gastritis flemmonosa es una infección rara, con una alta mortalidad, la cual se debe tratar de manera agresiva considerando la cirugía en casos graves o refractarios a tratamiento conservador. Siempre se tiene que investigar algún factor predisponente como alguna inmunodeficiencia primaria o adquirida. El síndrome de Good es una inmunodeficiencia primaria de presentación en el adulto que se caracteriza por la presencia de timoma más una deficiencia humoral y celular que predispone a infecciones bacterianas invasivas, virales y fúngicas. Presentamos el primer caso reportado en la literatura de una gastritis flemmonosa como complicación infecciosa del síndrome de Good.

*Todos los autores contribuyeron de igual manera para la realización del presente caso clínico. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Sleisenger, M., Feldman, M., Friedman, L., Brandt, L. and Fordtran, J. (2016). Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 2) Madiha, I. (2018). Successful Antimicrobial Treatment of Phlegmonous Gastritis: A Case Report and Literature Review. Hindawi, (8274732), p.5.
- 3) Cortes-Barenque F (2014). Gastritis flemonosa aguda. Rev Gastroenterol Mex, (4), p 217-304.
- 4) Gordon Y (2005). Phlegmonous gastritis: case report and review. Gastrointest Endosc, (61), p 168-174.
- 5) Young S (2014). Acute phlegmonous gastritis complicated by delayed perforation. World J Gastroenterol, (12), p 3383-3387.
- 6) Kelleher P (2003). What is Good's syndrome? Immunological abnormalities in patients with thymoma. J Clin Pathol, (56), p 12-16.
- 7) Malphettes M (2015). Good Syndrome: An Adult-Onset Immunodeficiency Remarkable for Its High Incidence of Invasive Infections and Autoimmune Complications. CID, (2), p 13-19.
- 8) Matsuura K (2018). Medical Treatment of Postendoscopic Submucosal Dissection Phlegmonous Gastritis in an Elderly Diabetic Woman with Myelodysplastic Syndrome. Hindawi. (8046817), p 5.
- 9) Yang H (2018). Diagnosis and treatment of acute phlegmonous gastritis. Medicine, (97), p 18.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO CLÍNICO

Fecha	07 / Enero / 2019
Institución	Instituto Nacional de Nutrición JUANMAGUI No Cédula Profesional
Jefe de Enseñanza	Dr. Sergio Porco de Leon Pasales
Médico Titular del curso	Dr. Miguel Ángel Valderramos Díaz 737548
Residente 01	José Miguel Jiménez Gutiérrez 09683882
Residente 02	Sergio Luis Emilio Portillo 08959309
Residente 03	Alejandra Campos Murguía 08811880
Título del Caso Clínico	Gastritis Femenosa en Paciente con Síndrome Gudo

Por medio de la presente, los médicos residentes enlistados en este documento declaran haber informado al Médico Titular del Curso y Jefe de Enseñanza de la Institución sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico de referencia.

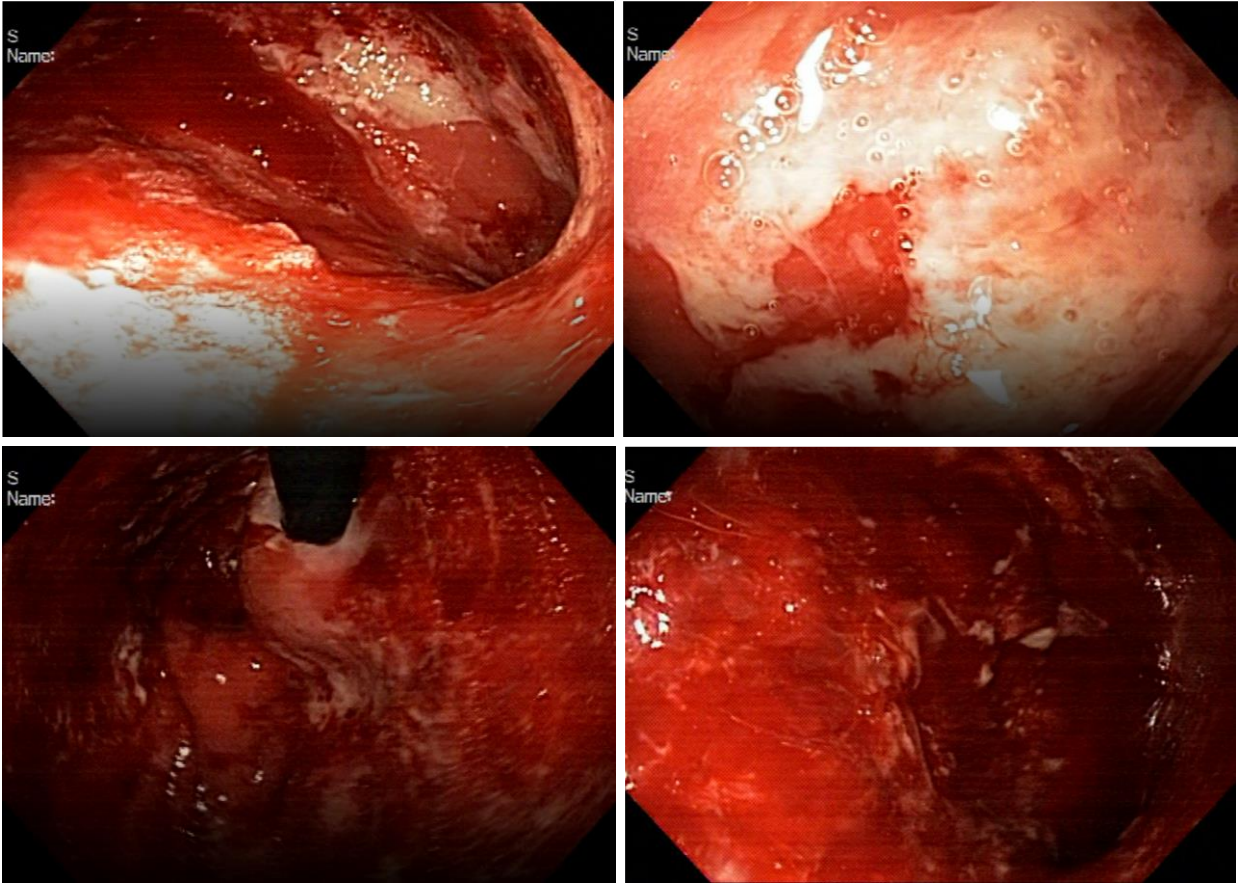
Con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica se ha referido: exámenes de laboratorio y demás estudios que han considerado pertinentes.

Se declara que El Jefe de enseñanza y el Profesor Titular del Curso han dado autorización para utilizar fotografías clínicas, estudios y datos utilizadas de manera profesional en el caso clínico de referencia para presentarse en el Premio Nacional de Residencias Médicas.

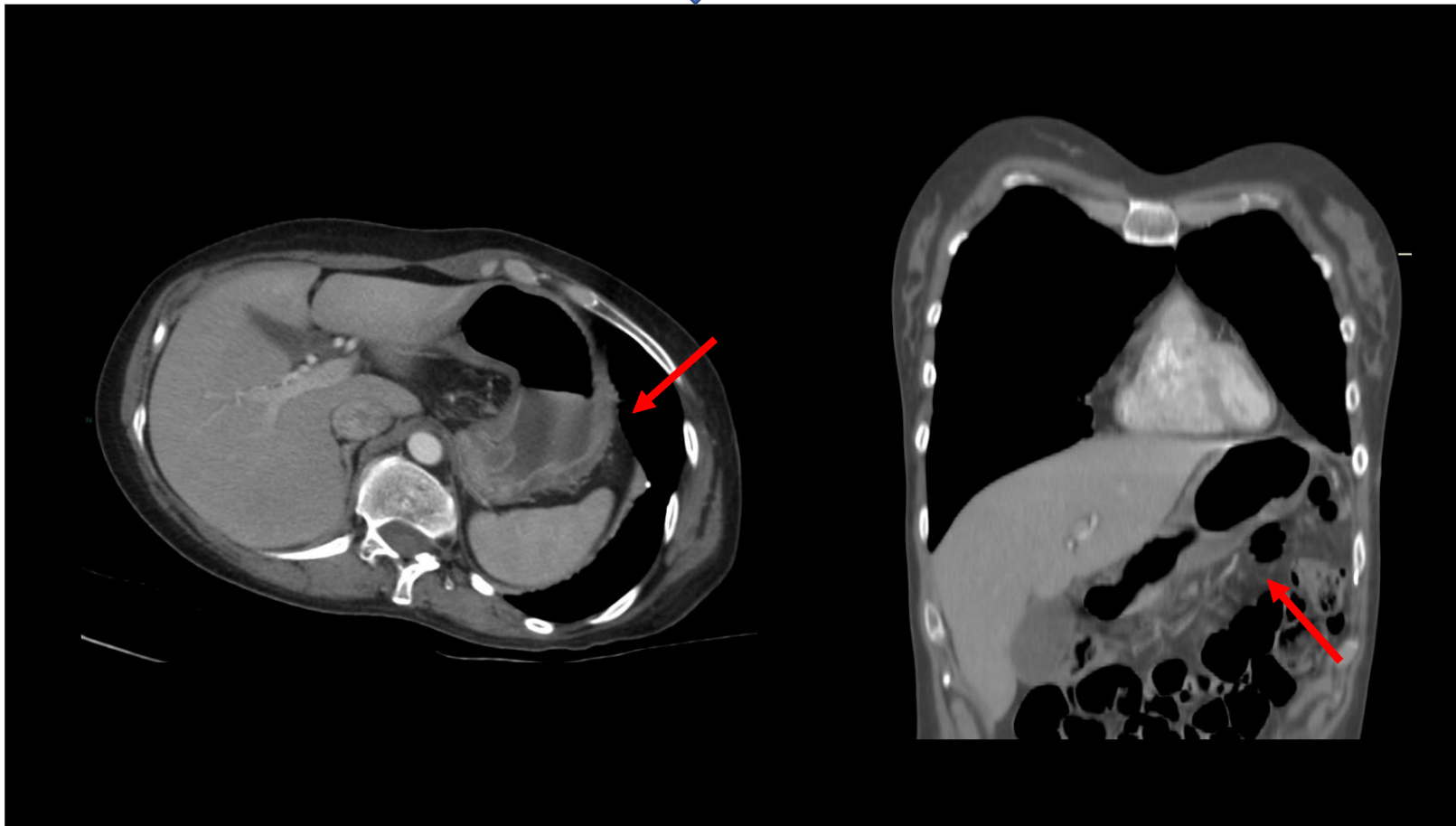
	Firmas
Jefe de Enseñanza	
Médico Titular del curso	Miguel A. Valderramos
Residente 01	MIGUEL JIMENEZ
Residente 02	
Residente 03	



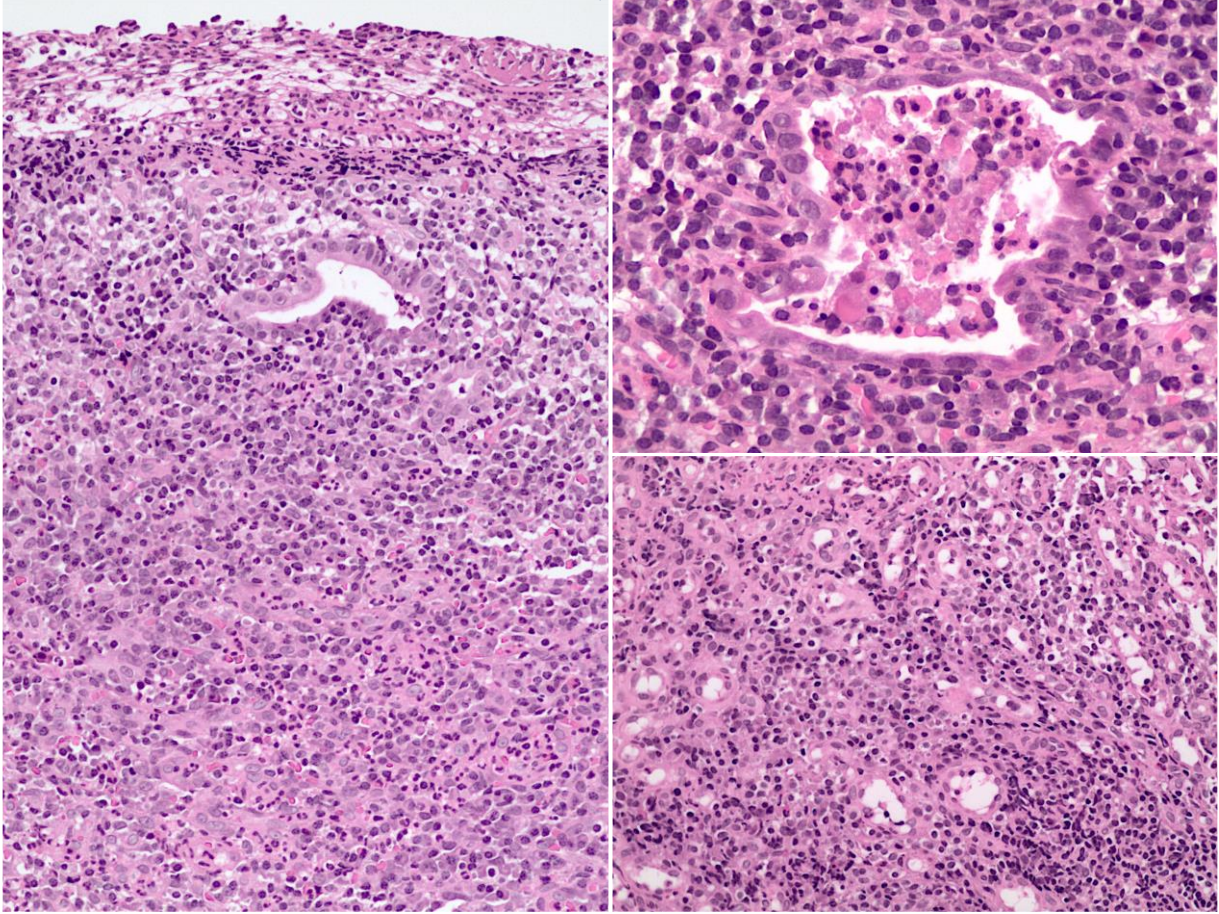
Síndrome de Good. Figura 1. Jiménez



Síndrome de Good. Figura 2. Jiménez



Síndrome de Good. Figura 3. Jiménez



Síndrome de Good. Tabla 1. Jiménez

Tabla 1. Serologías, niveles de inmunoglobulinas y CD4
VIH NEG
HEP VIRAL NEGATIVO
IgA(mg/dl): 98.2 NL
IgG (mg/dl): 461 (BAJA)
Subclase 1 (mg/dl): 354*
Subclase 2 (mg/dl): 89*
Subclase 3 (mg/dl): 10*
Subclase 4 (mg/dl): 9 *
IgM (mg/dl)119 NL
CD 4 TOTALES(Cel/L): 488