

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: hemorragia digestiva alta de causa infrecuente

Viene de la página 97

Diagnóstico: esofagitis necrotizante aguda.

Con este diagnóstico presuntivo se inició tratamiento con omeprazol endovenoso 20 mg cada 12 hs, ampicilina-sulbactam, ayuno y se recolocó SNG.

El paciente evolucionó tórpidamente, con descenso del hematocrito, requiriendo transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos. Continuó con alto débito por la sonda, distensión abdominal sin tránsito intestinal, obitando a la semana de su internación.

Discusión: la esofagitis necrotizante aguda, también llamada esófago negro o necrosis esofágica aguda, es una entidad poco frecuente, diagnosticada por endoscopia digestiva alta con o sin histología.¹

La primera descripción endoscópica fue informada por Goldenberg en 1990, quien reportó 2 casos.²

La entidad se reconoce por las siguientes características: esófago negro circunferencial con o sin exudados, compromiso distal que se extiende proximalmente, pero con terminación abrupta en la unión esofagogástrica y aparición del cuadro sin antecedentes de ingesta de cáusticos u otros agentes lesivos para el esófago. La forma de presentación más frecuente es con sangrado digestivo alto.¹

El aspecto negro, necrótico y con ulceraciones, da origen al término "esófago negro".³

El compromiso esofágico puede variar desde el tercio distal hasta la totalidad del mismo. Excluyendo la injuria corrosiva y otras causas bien definidas de esófago negro, la etiología es desconocida.⁴

El compromiso frecuente del esófago distal, la ausencia de lesiones gástricas, la presencia de necrosis de la mucosa/submucosa, la presencia de trombosis microscópica y la rápida regresión de la enfermedad con la estabilización hemodinámica, apoyan fuertemente la teoría de la isquemia como base del trastorno.

Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, sexo masculino, enfermedad cardiovascular, compromiso hemodinámico, obstrucción al vaciamiento gástrico, alcoholismo, diabetes, insuficiencia renal, hipoxemia, estados de hipercoagulabilidad y trauma.

Los diagnósticos diferenciales son la melanosis, pseudomelanosis, acantosis nigricans, melanoma primario, metástasis esofágicas de melanoma.⁵

El tratamiento no está estandarizado, pero en la mayoría de los casos reportados la conducta es conservadora con hidratación y nutrición parenteral por períodos cortos, inhibidores de la bomba de protones para suprimir el efecto lesivo del ácido sobre el esófago. El uso de antibióticos se individualiza y se utiliza en pacientes que impresionan estar infectados.

Las complicaciones posibles como estenosis pueden resolverse con dilatación endoscópica.

La mortalidad oscila entre 33 y 50%, y depende en la mayoría de los casos de la enfermedad de base y no de la extensión de la esofagitis necrotizante aguda.¹

En resumen, el esófago negro es una enfermedad infrecuente, de etiología desconocida, con una apariencia endoscópica muy característica y que en general se asocia a un mal pronóstico debido a las comorbilidades que presentan estos pacientes.

Referencias

1. Castaño Llano R, Khalil O, Cárdenas Vázquez A. El esófago negro: ¿Patología infrecuente o desconocida? *Rev Col Gastroenterol* 2006;21:62-66.
2. Goldenberg SP, Wain SL, Marignani P. Acute necrotizing esophagitis. *Gastroenterology* 1990;98:493-496.
3. Odelowo O, Hassan M, Nidiry J, Marshalleck J. Acute necrotizing esophagitis: a case report. *J Natl Med Assoc* 2002;94:735-737.
4. Hawari R, Pasricha PJ. Esophageal infarction. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007;10:57-60.
5. Maqbul Khan A, Hundal R, Ramaswamy V, Korsten M, Dhuper S. Acute esophageal necrosis and liver pathology, a rare combination. *World J Gastroenterol* 2004;10:2457-2458.