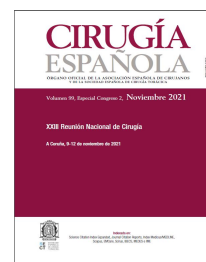




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-621 - NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA: UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE

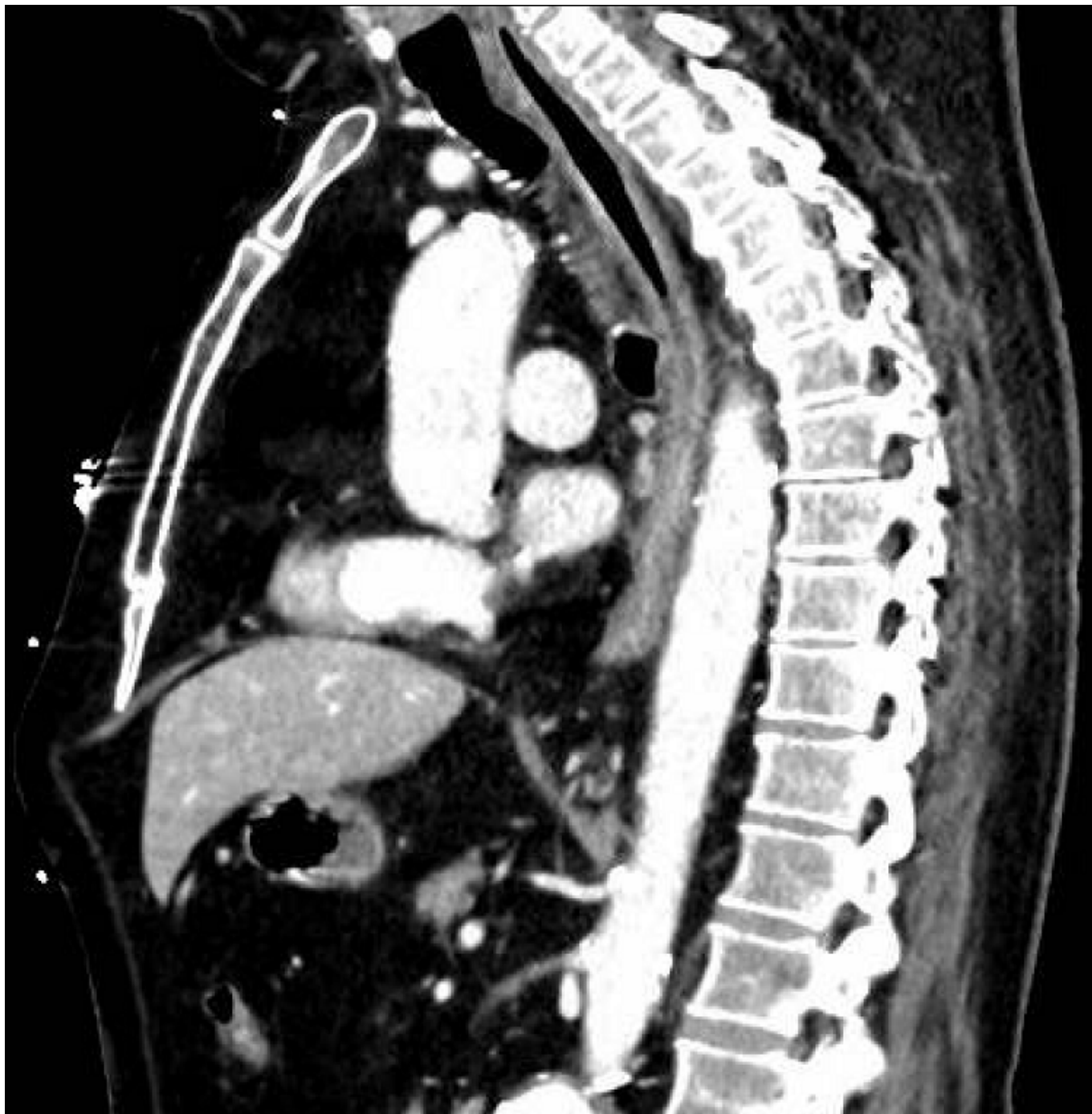
Neuhaus Nevado, Mariana; Romacho López, Laura; Sánchez Segura, José; Cabrera Serna, Isaac; Titos García, Alberto; Aranda Narváez, José Manuel

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La necrosis esofágica aguda, también conocida como esófago negro o esofagitis necrotizante, es una rara condición que afecta de forma circunferencial a partes distales del esófago con normalización abrupta de la mucosa a nivel del cardias. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia y el tratamiento es médico salvo en casos de perforación.

Caso clínico: Varón de 71 años dependiente para las actividades básicas, ex fumador de 30 cig/día con antecedentes de dislipemia, EPOC, SAHS, ACV isquémico lacunar con secuelas y deterioro cognitivo. Acude a urgencias por deterioro del estado general y dolor abdominal difuso con empeoramiento progresivo. Asocia hiporexia y somnolencia. Refiere melenas en los últimos 4 días. A su llegada a urgencias se encuentra estable, con tendencia a la hipotensión y taquicárdico. A la exploración presenta dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal. La analítica destaca una anemia de 7 puntos de hemoglobina y leve acidosis respiratoria hipercápnica. Se realiza gastroscopia que muestra una mucosa esofágica necrótica en tercio inferior con límites bien definidos. En bulbo duodenal se objetivan 3-4 úlceras en fase de cicatrización (Forrest III). Se solicita angioTC que descarta patología vascular aguda. Se observa un engrosamiento mural difuso con un patrón en diana en tercio distal con trabeculación de la grasa, hallazgos que apoyan el diagnóstico endoscópico de necrosis esofágica aguda (fig.). Se inicia tratamiento de soporte, antibioterapia, perfusión de IBP con necesidad de ventilación mecánica no invasiva en los primeros días con buena evolución clínica y radiológica en TC de control siendo alta al mes del ingreso.



Discusión: La incidencia de esta infrecuente patología es del 0,01% al 0,2%. El paciente tipo es un varón de edad avanzada con múltiples comorbilidades que presenta hematemesis o melenas. La etiopatogenia es desconocida, pero suele ser multifactorial habiéndose asociado patologías como la sepsis, insuficiencia cardíaca, hemorragia, hipotensión, *shock*, entre otros. En ocasiones se asocia a un sangrado reciente en una úlcera duodenal. La fisiopatología parece deberse a una combinación de isquemia esofágica por bajo gasto, lesión por reflujo de contenido gástrico y una debilidad de los mecanismos protectores de la mucosa, combinada con un estado físico debilitado. Suele aparecer en el tercio distal de la mucosa esofágica, pues es la que presenta peor vascularización comparado con los otros segmentos esofágicos. El diagnóstico se realiza al observar estos hallazgos durante la endoscopia, pudiéndose realizar biopsias para un mejor diagnóstico diferencial. El manejo se basa en soporte médico con fluidoterapia, dieta absoluta, nutrición parenteral y corrección de las patologías de base. Los antibióticos no suelen ser necesarios. Se recomiendan los IBPs para reducir el daño a la mucosa producido por el ácido gástrico y protectores de la mucosa como el sucralfato. La mortalidad se ha estimado del 13-35%, debiéndose principalmente a las enfermedades concomitantes, siendo solo el 6% de los casos atribuibles a complicaciones de la necrosis esofágica.

La perforación esofágica ocurre en menos del 7% de los pacientes cuyo tratamiento es quirúrgico. Otra complicación es la estenosis, que se suelen manejar mediante dilataciones seriadas o prótesis.