

PRESENTACIÓN DE CASO

Sangrado digestivo alto por esofagitis necrotizante aguda. Presentación de un paciente

Dr. Juan Alberto Moré Cabrera, Dr. Javier Cruz Rodríguez, Dr. Mario Orlando Hernández Cubas

Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

La esofagitis necrotizante aguda es una enfermedad rara que se reconoce por el aspecto negro difuso del esófago asociado a cambios histopatológicos de necrosis de la mucosa esofágica que se aprecia en la endoscopia. Se presenta un paciente masculino de 80 años que fue ingresado en el Hospital “Arnaldo Milián Castro” por presentar un sangrado digestivo alto al que se le diagnosticó una necrosis esofágica aguda; luego de la aplicación de tratamiento médico el paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado de la institución.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal, esofagitis, necrosis

ABSTRACT

Acute esophageal necrosis is a rare event. This disease is defined as a diffuse blackened aspect of the esophagus observed by upper gastrointestinal endoscopy associated with the histopathological findings of necrosis of the esophageal mucosa. In this article we make the report of a masculine 80 year-old patient who was admitted with upper digestive bleeding in the “Arnaldo Milián Castro” Hospital in Santa Clara. He was diagnosed with an acute esophageal necrosis. After the indication of medical treatment the patient had a satisfactory clinical course and he was discharged from the institution.

Key words: gastrointestinal hemorrhage, esophagitis, necrosis

INTRODUCCIÓN

El sangrado digestivo alto (SDA) constituye una urgencia médica y quirúrgica frecuente en los Servicios de Cirugía General y presenta una mortalidad no despreciable. Su incidencia aumenta cada vez más en todas las latitudes y su frecuencia se encuentra entre 50 y 150 episodios por cada 100 000 habitantes, con una mortalidad que se sitúa en el 10%, aproximadamente.¹ Estos valores son similares a los encontrados por Pérez,² que informó una tasa de incidencia de 10.24 casos nuevos por cada 10 000 habitantes y una tasa de letalidad de 7.05%. Las cifras de mortalidad publicadas en las últimas décadas oscilan entre ocho y 14% según Morales,³ que la informó en un 9.5%, mientras que De la Cruz⁴ lo hizo en un 11.14%.

Las principales causas de SDA están bien definidas y, con diferencias discretas en cuanto a frecuencias y ubicaciones y en número de siete a diez, se encuentran en aproximadamente el 95% de los pacientes; un notable grupo de causas poco

frecuentes comprenden alrededor del 5% de los casos. En algunas series hay casos que no es posible diagnosticar, como en la informada por Pérez,² que informó un 2.35%.

Se presenta un paciente que fue admitido de urgencia por la guardia del Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, con diagnóstico de sangrado digestivo alto; se establecieron como causas la esofagitis necrotizante aguda (ENA) o el esófago negro (EN).

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino de 80 años, blanco, de procedencia rural, fumador inveterado de más de 50 años, con antecedentes de ataques transitorios de isquemia desde hacía un año, de demencia senil diagnosticada pocos días antes y de haber sido intervenido quirúrgicamente cuatro días atrás por presentar una fractura subcapital de cadera izquierda; tenía tratamiento medicamentoso: tioridazina (25mg) y alprazolam (0.5mg), media tableta cada ocho horas cada una. Por presentar heces fecales oscuras, como borra de café, fue traído al Cuerpo de Guardia del Servicio de Cirugía General; fue hospitalizado con diagnóstico de sangrado digestivo alto.

Datos positivos al interrogatorio:

Presencia de melena de varios días de evolución

Datos positivos al examen físico:

Palidez cutáneo y mucosa

Presencia de melena al tacto rectal

Taquicardia

Exámenes complementarios:

Hemoglobina: 90g/l

Coagulograma: tiempo de sangrado, un minuto; tiempo de coagulación, ocho minutos

Conteo de plaquetas: $150 \times 10^9/l$

Electocardiograma: sin alteración

Esofagogastroduodenoscopía: se introdujo el endoscopio hasta la segunda porción del duodeno y se apreciaron: la mucosa de caracteres normales, con bulbo amplio y píloro de características compatibles con la normalidad; la mucosa gástrica de color rosado-naranja con un área eritematosa prepilórica; el lago gástrico limpio; la mucosa esofágica, en casi toda su extensión, mostraba un color negruzco que no cedía ante la irrigación de agua y, hacia su tercio proximal, alternaba con mucosa pálida blanquecina y áreas con puntos hemorrágicos. Conclusiones: esófago negro. No se excluyó la posibilidad de una esofagitis isquémica.

El paciente fue hospitalizado con hidratación, supresión ácida con omeprazol y reposo intestinal.

Por su favorable evolución clínica fue egresado a los siete días con tratamiento médico.

COMENTARIO FINAL

El SDA constituye la urgencia gastroenterológica más frecuente y la causa esofágica se encuentra entre el 1.3 y el 15%.⁵

La ENA o esófago negro es conocida desde 1990, cuando fue descrita por Goldenberg y colaboradores;⁵ según Julián Gómez,⁶ que citó trabajos de Postlethwait (1974) y Lee (1977), previamente se habían informado casos postmortem. No se conoce con exactitud su incidencia, se ha cifrado en torno al 0.28% en series de autopsias.^{5,6} Según Román⁷ la incidencia de esta enfermedad se encuentra en el rango de 0.008% y 0.2% en endoscopias efectuadas en series grandes de pacientes. Este padecimiento es más frecuente en enfermos del sexo masculino y añosos.⁵ La forma de presentación clínica habitual es el SDA, y se puede asociar a otros síntomas como epigastralgia, síndrome anémico, vómitos y disfagia.⁶

Los criterios diagnósticos de ENA incluyen presentación aguda, hallazgos endoscópicos de un EN con terminación abrupta en la unión gastroesofágica, hallazgos histológicos con compromiso vascular de la mucosa y la submucosa y considerar que se deben excluir otras causas de esofagitis aguda (tóxica, traumática, cáusticos o agentes virales).⁸

La etiología concreta de esta enfermedad no responde a un solo factor, aunque la hipoperfusión sanguínea se erige como el más común; la hipovolemia secundaria a septicemia, la insuficiencia cardíaca, la hemorragia aguda, el retraso del vaciamiento gástrico, la hipotermia o situaciones de choque han sido descritos como precipitantes.⁵

El diagnóstico es endoscópico, se observa una mucosa esofágica de coloración negruzca, friable y hemorrágica que se localiza en el tercio distal esofágico con extensión proximal y zona de transición esofagogástrica normal.⁶

La mortalidad puede llegar al 35% aunque, por lo general, depende más de las enfermedades subyacentes y no atribuibles a las lesiones de la ENA.^{5,8} Según Julián Gómez⁶ entre el 30% y el 60% de los pacientes fallecen a causa de su enfermedad de base y no por la ENA y la complicación relacionada con la ENA más frecuentemente es el desarrollo de estenosis esofágica (15%) que requiere, normalmente, dilatación. Igualmente se ha descrito, de forma excepcional, el absceso mediastínico secundario al compromiso transmural.

Al parecer no existe un protocolo estandarizado para esta afección, aunque si un consenso general de iniciar con una adecuada hidratación y reposo intestinal (al menos durante las primeras 48 horas), asociado al manejo específico de las enfermedades subyacentes, junto con un adecuado soporte nutricional. Es necesario utilizar bloqueadores de bomba de protones intravenosos a altas dosis (para evitar el daño del ácido sobre la mucosa esofágica) y nutrición parenteral (hasta la resolución del cuadro).⁵⁻⁸ El empleo de sonda nasogástrica se recomienda si existe obstrucción del tracto de salida gástrico o vómitos incoercibles. Al inicio de la tolerancia oral se ha sugerido el uso del sucralfato como hipotético protector de la mucosa esofágica.⁶ Los antibióticos son usados según la situación individual de cada paciente y si presenta sepsis.

No existe en la literatura un consenso sobre el empleo de antibioticoterapia de amplio espectro. Algunas situaciones clínicas en las que su utilización es recomendable son en la perforación, el rápido deterioro clínico, la sepsis y en el compromiso inmunológico; sin embargo, el uso de la antibioprofilaxis empírica en la ENA (no complicada con infección) no está recomendado.⁹ El tratamiento quirúrgico es necesario cuando aparece perforación esofágica por la necrosis transmural.¹⁰

El de este paciente se corresponde con los casos que más comúnmente se han informado en la literatura. Se consideran de importancia, como condiciones favorecedoras del cuadro, por tratarse de un paciente anciano, fumador y con antecedentes de intervención quirúrgica reciente. Es importante conocer esta enfermedad y su correcto manejo pues la población estará cada vez más envejecida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Casamayor Callejas E, Rodríguez Fernández Z, Goderich Lalán JM. Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento. Medisan [Internet]. 2010 [citado 22 Abr 2014];14(5):591-601. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n5/san02510.pdf>
2. Pérez Jara JL, Naranjo García L, Ricardo García A. Morbimortalidad por sangrado digestivo alto. Hospital Clínico Quirúrgico. Banes. Enero 2007-Diciembre 2008. Rev Ciencias Holguín [Internet]. 2011 [citado 22 Abr 2014];17(1):1-12. Disponible en: <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/711/583>
3. Morales Uribe CH, Sierra Sierra S, Hernández Hernández AM, Arango Durango AF, López GA. Hemorragia digestiva alta: factores de riesgo para mortalidad en dos centros urbanos de América Latina. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2011 [citado 22 Abr 2014];103(1):20-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011001100004
4. De la Cruz Guillén AA, Sánchez Espinosa JR. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. Med Int Mex [Internet]. 2013 [citado 22 Abr 2014];29(5):449-57. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=96534&id_seccion=1479&id_ejemplar=9434&id_revista=47
5. Nuevo González JA, Marín Casajús O, Miranda Bautista J, Castuera Gil AI. Síndrome del esófago negro como causa de hemorragia digestiva aguda. Emergencias [Internet]. 2012 [citado 22 Abr 2014];24(4):337-338. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/sindrome-del-esofago-negro-como-causa-de-hemorragia-digestiva-aguda/>
6. Julián Gómez L, Barrio J, Atienza R, Fernández-Orcajo P, Mata L, Saracíbar E, et al. Esofagitis necrotizante aguda. Una patología poco conocida. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2008 [citado 22 Abr 2015];100(11):701-705. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v100n11/original5.pdf>
7. Román Fernández A, López Álvarez A, Fossati Puertas S, Areán González I, Varela García O, Viaño López PM. Esófago negro (necrosis esofágica aguda) tras anestesia subaracnoidea. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2014 [citado 12 May]

- 2016]; 61(7): 401-3. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003493561300162X>
8. Ramos R, Mascarenhas J, Duarte P, Vicente C, Casteleiro C. Esofagitis necrosante aguda: análisis retrospectivo. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2008 [citado 22 Abr 2014]; 100(9): 583-5. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v100n9/nota1.pdf>
9. Gurvits GE. Black esophagus: acute esophageal necrosis syndrome. World J Gastroenterol [Internet]. 2010 [citado 2 Feb 2015]; 16(26): 3219-3225. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900712/>
10. McLaughlin CW, Person TD, Denlinger CE. Management of acute esophageal necrosis syndrome. J Thorac Cardiovasc Surg [Internet]. 2011 [citado 20 Feb 2014]; 141(3): e23-e24. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022522310014315>

Recibido: 9-5-2016

Aprobado: 12-8-2016

Juan Alberto Moré Cabrera. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42270000 juanmorec@infomed.sld.cu