

ESÓFAGO NEGRO COMO SIGNO DE GRAVEDAD PRECOZ EN UNA PANCREATITIS AGUDA

F. Martínez-Alcalá García, J.M. Pérez-Pozo, J.A. Ciria-Avila, F. Martínez-Alcalá

Centro Andaluz de Gastroenterología Integral

Resumen

La necrosis esofágica aguda o esófago negro es una entidad muy rara, cuya incidencia real se desconoce. Ocurre generalmente en el contexto de pacientes con enfermedades graves subyacentes, postulándose una etiología multifactorial con componente predominante isquémico. Presentamos un caso, en el que la necrosis esofágica se presentó como signo de gravedad precoz en el contexto de una pancreatitis aguda.

Palabras clave: Esófago negro. Necrosis esofágica aguda. Pancreatitis aguda.

Abstract

Acute esophageal necrosis or black esophagus is a very rare entity, whose true incidence is unknown. It usually occurs in the context of patients with severe underlying diseases, with multifactorial etiology with predominant ischemic component. In this case, esophageal necrosis appeared as a sign of early severity in the context of acute pancreatitis.

Key words: Black esophagus. Acute esophageal necrosis. Acute pancreatitis.

Caso clínico

Mujer de 59 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II, que ingresa por un episodio de pancreatitis aguda. Al ingreso destaca en la analítica una amilasa de 26000 U.l e hiperglucemia de 220mg /dl. A las 36 horas después del del ingreso, se realiza un TAC abdominal, por persistencia de epigastralgia, clasificándose como pancreatitis aguda grado B de Balthazar, sin evidencia de líquido libre ni existencia de lesiones necróticas.

A a las 12 horas de la realización del TAC abdominal, se nos solicita una gastroscopia por episodio de hematemesis aislada, asociada a un ligero descenso en la hemoglobina. La exploración endoscópica revela en la misma, una mucosa esofágica muy friable a partir de tercio superior, que conforme avanzamos adquiere un tono parduzco con exudados algodonosos tapizando toda la circunferencia esofágica y con terminación abrupta de la misma a nivel de la unión gastroesofágica (Figuras 1 y 2). En el momento de la gastroscopia, la paciente se encontraba estable hemodinámicamente y sin signos de respuesta inflamatoria sistémica.

Venticuatro horas después, la paciente presenta mala evolución, con aparición de taquipnea con tiraje intercostal y dolor abdominal mal controlado con analgesia convencional.

CORRESPONDENCIA

Felipe Martínez-Alcalá García
Calle Baños 40
41002 Sevilla
Teléfono fijo: 954902437
Teléfono móvil: 615735417
fmartine2@hotmail.com



Figura 1

Esófago tercio inferior.



Figura 2

Esófago Línea Z.

Adicionalmente destaca una analítica con una leucocitosis de 15.000mm³ y una PCR de 173mg/l. Ante el deterioro clínico se decide su traslado a UCI, donde se reinstauran medidas de monitorización intensiva, fluidoterapia amplia y cobertura antibiótica de amplio espectro, a pesar de lo cual la paciente es exita a las 48 horas de su ingreso por parada cardiorrespiratoria.

Discusión

El esófago negro es un hallazgo infrecuente con pocos datos reales en cuanto a su epidemiología. Se describen frecuencias

en torno al 10.3% en series de autopsias¹ e incidencias que oscilan entre 0,01 y 0,2% en estudios endoscópicos^{2,4}. Su etiología está también poco clarificada, postulándose un origen multifactorial y asociándose a numerosas etiologías; como procesos infecciosos por citomegalovirus o virus del herpes, algunos antibióticos de amplio espectro, hiperglucemia, Síndrome de Steven-Johnson, hipotermia, desnutrición grave. En general y aunque su patogenia no está clara se relaciona con estados de hipoperfusión y fenómenos isquémicos locales^{2,3,5,6}.

Su pronóstico es habitualmente malo en general con una mortalidad también variable (33-50%) que en la mayoría de los casos parece estar causada por su enfermedad de base⁵⁻⁸.

En nuestro caso actuó como señal de alarma, previo al desarrollo de acontecimientos adversos que propiciaron su exitus, y no como entidad subyacente de las malas condiciones clínicas en las que evolucionó posteriormente.

Consideramos que su aparición se relacionó con a los fenómenos de hipoperfusión e isquemia subyacentes al proceso inicial de la pancreatitis aguda. Posteriormente la evolución fue tórpida, debido probablemente al retraso en las medidas terapéuticas intensivas, ya que salvo el hallazgo endoscópico, nada hacía presagiar su posterior desenlace.

El control de la hipoperfusión secundaria a una inestabilidad hemodinámica en el contexto de un paciente crítico, parece un factor clave para mejorar el pronóstico de esta entidad. No obstante sería preciso contar con mayor información⁹ sobre todos los factores implicados en su desarrollo, lo que permitiría identificar precozmente su aparición e intensificar el tratamiento en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Jacobsen NO, Christiansen J, Kruse A. Incidence of oesophageal necrosis in an autopsy material. *APMIS* 2003; 111: 591-4.
- Soussan EB, Savoye G, Hochain P, S. Hervé, M. Antoniotti, F. Lemoine. et al. Acute esophageal necrosis: a 1-year prospective study. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 213-7.
- Moreto M, Ojembarrena E, Zaballa M, Tanato JG, Ibáñez S. Idiopathic acute esophageal necrosis: not necessarily a terminal event. *Endoscopy* 1993; 25: 534-8.
- Augusto F, Fernandes V, Cremers MI, Oliveira AP, Lobato C, Alves AL et al. Acute necrotizing esophagitis: a large retrospective cases series. *Endoscopy* 2004; 36:411-5
- Barjas E, Pires S, Lopes J, Valente A, Oliveira E, Palma R, et al. Cytomegalovirus acute necrotizing esophagitis. *Endoscopy* 2001; 33: 735.
- Lacy BE, Toor A, Bensen SP, Rothstein RI, Maheshwari Y. Acute esophageal necrosis: report of two cases and a review of the literature. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 527-32.

7. Mishkin DS, Gelrud D. Acute esophageal necrosis (black esophagus) Uptodate.com 2005

8. L. J Gómez, J. Barrio, R. Atienza, P. Fernández-Orcajo, L. Mata, E. Saracíbar et al. Acute esophageal necrosis: an underdiagnosed disease. Rev Esp Enferm Dig 2008;100(11):701-5.

9. Castallo Llano R, Matar Khalil O, Cárdenas Vázquez A, Ruiz Vélez M, Julio Baños F Sanín et al . Black esophagus: ¿ A rare or unknown disease ?. Rev Col Gastroenterol 2006 21: 62- 67.