

# ISQUEMIA ESOFÁGICA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

ESOPHAGEAL ISCHEMIA AFTER CARDIAC ARREST

Díaz Alcázar MM

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

## Resumen

Se presentan dos casos:

- Caso 1: mujer de 74 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular que ingresa para cirugía urgente por isquemia de miembros inferiores. Durante la intervención presenta bradicardia que no responde a atropina ni a adrenalina. Precisa masaje cardíaco por disociación electromecánica. Una semana después se realiza endoscopia alta con hallazgo de mucosa de esófago medio-distal denudada, con lesiones con pérdida de sustancia y sangrado espontáneo al roce del endoscopio.

- Caso 2: mujer de 84 años que ingresa para recambio valvular por estenosis aórtica crítica. Durante el procedimiento presenta inestabilidad hemodinámica que condiciona parada cardiorrespiratoria. Se consigue revertir con maniobras de reanimación. Posteriormente presenta disfagia progresiva, por lo que se realiza endoscopia alta con hallazgo de mucosa esofágica

denudada, con nódulos violáceos y ulceración del esófago inferior que estenosa la luz e impide el paso del endoscopio.

La esofagitis necrotizante aguda o esófago negro es una entidad muy poco común. La patogenia es multifactorial, pero el principal determinante es el compromiso isquémico del esófago. Puede complicarse a corto plazo con una perforación o a largo plazo con el desarrollo de estenosis esofágica.

**Palabras clave:** Esofagitis, isquemia, parada cardiorrespiratoria.

## Abstract

We present two cases:

- Case 1: a 74-year-old woman with multiple cardiovascular risk factors is admitted for urgent surgery due to lower limb ischemia. During the surgery, she presents bradycardia that does not respond to atropine nor epinephrine. She requires cardiac massage due to electromechanical dissociation. One week later, an upper endoscopy is performed, finding denudation of the mucosa in the middle and distal esophagus, impaired mucosal integrity, and friable mucosa with spontaneous bleeding.

### CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada

[mmardiazalcazar@gmail.com](mailto:mmardiazalcazar@gmail.com)

Fecha de envío: 27/08/2021

Fecha de aceptación: 15/10/2021

- Case 2: an 84-year-old woman is admitted for valve replacement due to critical aortic stenosis. During the procedure, there is hemodynamic instability that leads to cardiorespiratory arrest. It is reversed with maneuvers of resuscitation. Subsequently, there is progressive dysphagia, so an upper endoscopy is performed, finding denudation of the mucosa with violaceous nodules and ulceration with esophageal stricture of the distal esophagus.

Acute necrotizing esophagitis or black esophagus is a very rare entity. The pathogenesis is multifactorial, but the main determinant is the ischemic involvement of the esophagus. It can be complicated with a perforation in the short term or with esophageal stenosis in the long term.

**Keywords:** Esophagitis, ischemia, cardiorespiratory arrest.

## Introducción

Situaciones de baja perfusión sistémica mantenida como la hipotensión, la insuficiencia cardíaca o la sepsis pueden favorecer la afectación esofágica por falta de aporte sanguíneo<sup>1,2</sup>. La isquemia es el principal factor determinante de la esofagitis necrotizante aguda, también llamada “esófago negro” por el aspecto endoscópico en casos avanzados debido a la necrosis.

Se presentan dos casos:

Caso 1: mujer de 74 años con antecedente de múltiples factores de riesgo cardiovascular que ingresa para cirugía urgente por isquemia de miembros inferiores. Durante la intervención presenta bradicardia que no responde a atropina ni a adrenalina. Precisa masaje cardíaco por disociación electromecánica. Una semana después, debido a la presencia de contenido hemático en la sonda nasogástrica y anemia (hemoglobina de 14 a 8,4 g/dl), se realiza endoscopia alta con hallazgo de mucosa de esófago medio-distal denudada, con lesiones con pérdida de sustancia y sangrado espontáneo al roce del endoscopio (Figura 1). El estómago es de aspecto normal. Tolerancia a dieta triturada, por lo que se decidió actitud expectante, con buena evolución clínica.

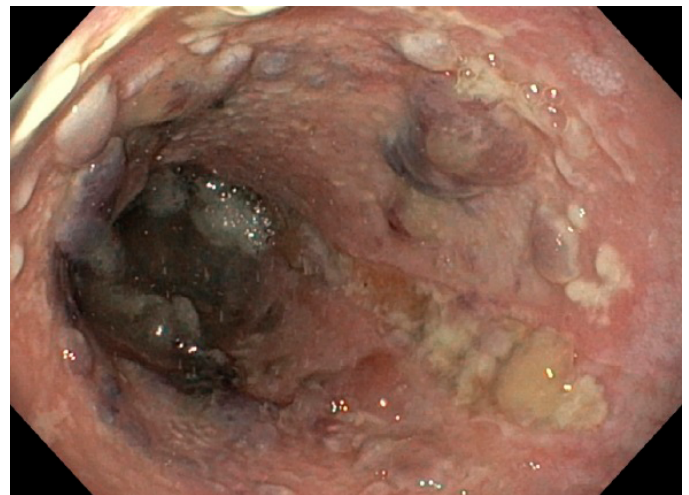
Caso 2: mujer de 84 años que ingresa para recambio valvular por estenosis aórtica crítica. Durante el procedimiento presenta inestabilidad hemodinámica por bloqueo auriculoventricular completo que condiciona parada cardiorrespiratoria. Se consigue revertir con maniobras de reanimación. Posteriormente la evolución es muy tórpida. Presenta disfagia progresiva, por lo que se realiza endoscopia alta con hallazgo de mucosa esofágica denudada, con nódulos violáceos y ulceración del esófago inferior que estenosa la luz e impide el paso del endoscopio (Figura 2). En pruebas de imagen el estómago no parece afectado, por lo que se coloca sonda de gastrostomía temporal por parte de Radiología para nutrición. La paciente inicia la tolerancia oral pasadas unas semanas con buena respuesta.

La esofagitis necrotizante aguda o esófago negro es una entidad muy poco común con una incidencia de entre 0,01-0,28% en los pacientes que se someten a endoscopia alta<sup>1</sup> y hasta el 0,2% en series de autopsias<sup>2</sup>. Puede asociarse a muy mal pronóstico, siendo la mortalidad de hasta el 50%<sup>2</sup>.



**Figura 1**

Imagen de endoscopia digestiva alta en la que se observa mucosa de esófago distal eritematosa, congestiva, friable y con pérdida de sustancia.



**Figura 2**

Imagen de endoscopia digestiva alta en la que se objetiva mucosa esofágica denudada con nódulos violáceos.

La patogenia es multifactorial, pero el principal determinante es el compromiso isquémico del esófago, lo que se evidencia por la mayor afectación distal ya que este segmento está menos vascularizado que el esófago proximal<sup>1,3,4</sup>. También se ha asociado a shock, infecciones, cetoacidosis diabética, vasculopatía, intoxicación alcohólica, obstrucción al vaciamiento gástrico y malnutrición<sup>1,2</sup>.

Puede manifestarse como hemorragia digestiva, dolor abdominal, náuseas, vómitos, disfagia, fiebre y síncope<sup>1,2</sup>. El diagnóstico es endoscópico, objetivándose afectación esofágica distal que se extiende proximalmente y terminación abrupta en la unión esofagogástrica<sup>1</sup>. El diagnóstico puede apoyarse en la biopsia, pero

ésta no es imprescindible<sup>1</sup>. Puede complicarse a corto plazo con una perforación o a largo plazo con el desarrollo de estenosis esofágica<sup>1</sup>. No tiene tratamiento específico, el manejo se basa en medidas de soporte y mejora de la condición de base<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Dias E, Santos-Antunes J, Macedo G Diagnosis and management of acute esophageal necrosis. *Ann Gastroenterol* 2019; 32 (6): 529-540.
2. Khan H, Ahmed M, Daoud M, Philipose J, Ahmed S, Deeb L. Acute esophageal necrosis: a view in the dark. *Case Rep Gastroenterol* 2019;13:25–31.
3. Coles M, Madray V, Uy P. Acute esophageal necrosis in a septic patient with a history of cardiovascular disease. *Case Rep Gastrointest Med* 2020:1416743.
4. Sacks CA. Acute esophageal necrosis. *N Engl J Med* 2017;377:14.