



## ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA (ENA): REPORTE DE CASO

### ACUTE NECROTIZING ESOPHAGITIS (ANE): CASE REPORT

Fiallos Castro, María Belén<sup>1</sup> 0000-0003-3136-4643, Mora Núñez Andrés<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6947-0842>, Naranjo Perugachi, Jeaneth<sup>1,3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4779-5886>, Atiaja Arias, Jeanet<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2941-906X>

<sup>1</sup>Servicio de Emergencia, Hospital General Docente Ambato, Ecuador

<sup>2</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Santa Inés Ambato, Ecuador

<sup>3</sup>Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

<sup>4</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato, Ecuador

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2022 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada

**Recibido:** 07 de octubre 2021

**Aceptado:** 30 de noviembre 2021

## RESUMEN

**Introducción:** La esofagitis necrotizante aguda (ENA) es una entidad patológica sumamente rara, cuya patogénesis no se ha identificado hasta la actualidad, pero se la asocia con la hipoperfusión tisular en pacientes de la tercera edad con antecedentes de patologías cardiovasculares (CV) o metabólicas. La ENA es identificada por endoscopia digestiva en ciertos pacientes con antecedentes de riesgo CV, quienes han presentado sintomatología como sangrado digestivo alto, disfagia súbita, epigastralgia intensa, vómitos, entre otros. **Objetivo:** describir un caso clínico de esofagitis necrotizante aguda, una entidad clínica poco estudiada, el manejo y la evolución clínica de la paciente. **Caso clínico:** paciente de 87 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial, ingresada al Servicio de Medicina Interna por descompensación glicémica, quien en su estancia hospitalaria presentó disfagia súbita por lo que se realizó endoscopia digestiva alta, encontrándose un cuadro compatible con esofagitis necrotizante aguda, fue manejada con dieta absoluta, nutrición parenteral total, hidratación e inhibidores de la bomba de protones, siendo su evolución satisfactoria. **Conclusiones:** Se debería sospechar de ENA en pacientes adultos mayores quienes presentan sintomatología esófago-gástrica aguda y comorbilidades asociadas.

**Palabras clave:** enfermedades del esófago, esofagitis, endoscopia, estenosis esofágica

## ABSTRACT

**Introduction:** Acute necrotizing esophagitis (ENA) is an extremely rare pathological entity, the pathogenesis of which has not been identified to date, but it is associated with tissue hypoperfusion in elderly patients with a history of Cardiovascular disease (CVD) or metabolic pathologies. ENA is identified by digestive endoscopy in certain patients with a history of CVD risk, who have presented symptoms such as upper gastrointestinal bleeding, sudden dysphagia, intense epigastric pain, vomiting, among others. **Objective:** to describe a clinical case of acute necrotizing esophagitis, a little-studied clinical entity, the management and the clinical evolution of the patient. **Clinical case:** 87-year-old patient with a history of diabetes and arterial hypertension, admitted to the Internal Medicine Service due to glycemic decompensation, who during his hospital stay presented sudden dysphagia for which an upper gastrointestinal endoscopy was performed, finding a picture compatible with acute necrotizing esophagitis, was managed with absolute diet, total parenteral nutrition, hydration and proton pump inhibitors, and her evolution was satisfactory. **Conclusions:** ENA should be suspected in older adult patients who present acute esophageal-gastric symptoms and associated comorbidities.

**Keywords:** diseases of the esophagus, esophagitis, endoscopy, esophageal stricture

**Autor de correspondencia:** Dr. Esp. Andrés Mora Núñez, correo electrónico: [agmn259@hotmail.com](mailto:agmn259@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La esofagitis necrotizante aguda conocida también como esófago negro, fue presentada a inicios de 1990 por Goldenberg, aunque ya anteriormente había sido descrita postmortem (1-4), es una patología poco frecuente cuya fisiopatología no ha sido establecida, se produce por una combinación entre la hipoperfusión esofágica tisular y el reflujo de ácido y pepsina que llevarían al daño esofágico, que se acentúa en la parte menos vascularizada del esófago, la necrosis esofágica resultante usualmente surge de la suma de múltiples condiciones como el estado de choque, sustratos para isquemia y la lesión corrosiva del contenido gástrico. Además, hay una disminución de la función de los sistemas de barrera de la mucosa y los mecanismos de cicatrización en los pacientes desnutridos y críticamente enfermos (4-9).

Sus características clínicas varían desde sangrados digestivos altos, epigastralgia, disfagia, en cuanto su diagnóstico es endoscópico en la que se describen lesiones negruzcas sangrantes que terminan en la unión esófago-gástrica, confirmado con histopatología, el tratamiento conservador está indicado mientras no haya complicaciones quirúrgica, se caracteriza macroscópicamente la mucosa de coloración oscura y difusa del esófago con los siguientes parámetros: Afección circunferencial del esófago con o sin exudados. Compromiso distal que se extiende proximalmente, pero con terminación abrupta en la unión gastroesofágica. Hallazgos histológicos uniformes con compromiso de mucosa y submucosa severo y difuso, sin células escamosas reconocibles, ocasionales fibras musculares desordenadas, hiperemia y escasos vasos trombosados sin un agente causal específico. Aparición del cuadro descartando otras causas como melanoma maligno, acantosis nigricans, pseudomelanosis, melanosis y la ingestión de corrosivos (7-13), por estas razones el objetivo de este artículo es describir un caso clínico de esofagitis necrotizante aguda, una entidad clínica poco estudiada, el manejo y la evolución clínica de la paciente

## CASO CLINICO

Paciente de 87 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 50 años en tratamiento con insulina, miocardiopatía dilatada de 6 años de evolución, hipertensión arterial desde hace 3 años, retinopatía diabética 1 año, neuropatía diabética hace 1 año. Además, presentó desde hace 8 días, previó a su ingreso cuadro de pie diabético por lo que estaba recibiendo tratamiento farmacológico con clindamicina 300mg por vía oral cada 8 horas, ingresa al servicio de Medicina Interna por cetoacidosis diabética. En su internación la paciente evoluciona con disfagia para todo tipo de alimentos, de instauración súbita por lo que realizó interconsulta al Servicio de Gastroenterología y se procede a la realización de una video endoscopia digestiva alta (VEDA) donde se evidencian áreas con compromiso circunferencial y de todos los segmentos, pero con terminación abrupta en la línea Z (38cm), mucosa de toda la circunferencia esofágica es negruzca, edematosa, cubierta en casi toda su extensión de material fibronectótico y necrótico, una pequeña área que no está cubierta de este material, era friable y sangra con facilidad al contacto, con varias erosiones lineales, se les tomó una biopsia por separado en frascos con formol y solución fisiológica (Figura 1,2). El estudio histológico reporto un epitelio esofágico con congestión vascular, severo infiltrado inflamatorio polimorfonuclear, que ocupa todo el espesor de la muestra y áreas de necrosis, llegando al diagnóstico de ENA, la paciente fue manejada con dieta absoluta, nutrición enteral y omeprazol 8mg por hora por bomba de infusión continua, durante 15 días, la paciente evolucionó favorablemente, luego de los 15 días se inició dieta progresiva que fue bien tolerada, sin disfagia ni otra sintomatología esofágica, fue sometida previa al alta a una nueva VEDA y una seriada esófago gastroduodenal en la cual no se evidenció zonas de estenosis ni otras complicaciones, con tratamiento de omeprazol 20mg 2 veces al día y controles subsecuentes por consulta externa.

## DISCUSION

La primera descripción endoscópica de la esofagitis necrotizante aguda fue realizada en 1990 por Goldenberg (3-12), aunque previamente se habían reportado casos post mortem. Se la conoce también como esófago negro. La incidencia y prevalencia precisa de la ENA es incierta. En los estudios de autopsias y de endoscopias los resultados son también controvertidos, siendo el rango de frecuencia de 0,01% al 0,2%. Hay razones para considerar que la incidencia puede ser mayor, ya que muchos casos no se diagnostican y otros son erróneamente considerados como esofagitis por reflujo. En una revisión reciente de 10.295 endoscopias se diagnosticó ENA en el 0,28% de todas las endoscopias de vías digestivas altas realizadas (1-15).

La patogénesis es multifactorial y su etiología no está clara. Muchos estudios sugieren el origen isquémico como responsable de la ENA, teniendo como base la clínica y el estudio histológico (1-2). La asociación a situaciones de bajo flujo y la rápida resolución de algunos casos tras la estabilización hemodinámica, sugiere que la reducción temporal del flujo esofágico es responsable de la necrosis esofágica. El compromiso del tercio distal esofágico, es debido a la menor red vascular en esta localización. El mal estado nutricional puede comprometer el sistema de defensa de la mucosa y la capacidad para sanar después de cualquier agresión (4-9). Endoscópicamente se aprecia una afección circunferencial del esófago con o sin exudados, de coloración negruzca, friable y fácilmente sangrante con compromiso distal que se extiende proximalmente, pero con terminación abrupta en la unión gastroesofágica, hallazgos histológicos uniformes con compromiso necrótico de la mucosa y submucosa severo y difuso, sin células escamosas reconocibles, ocasionales fibras musculares desordenadas, hiperemia y escasos vasos trombosados sin un agente causal específico (2-10-11).

Previo al diagnóstico es importante que el cuadro clínico no cuente con el antecedente de la ingesta de cáusticos u otros agentes lesivos para el esófago como melanosis, pseudomelanosis, acantosis nigricans o necrosis focal secundaria a infecciones (3-5).

El diagnóstico se realiza por endoscopia digestiva alta en la cual se aprecian las características antes mencionadas; sin embargo, se debería tomar una muestra de biopsia para histología y realizar diagnósticos diferenciales (7-13).

Si bien es rara la afectación esofágica transmural, la biopsia debería ser tomada con mucha precaución por el incremento del riesgo de perforación iatrogénica (5). La presentación clínica es variable, aunque el 90% presenta sangrado de tubo digestivo alto, otros

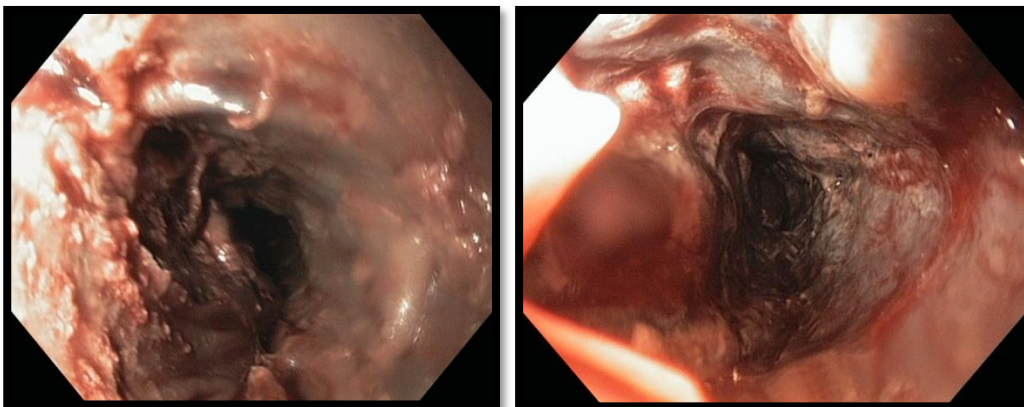
síntomas asociados son: dolor epigástrico, vómito, disfagia, náusea, fiebre, mareo, caquexia, hipotensión, palidez, anemia y leucocitosis.

Las complicaciones son raras, pero incluyen: desarrollo de estenosis en las primeras dos semanas posteriores al diagnóstico (10%), perforación esofágica (7%), mediastinitis y abscesos (6%) (4,16-20).

El manejo principal es conservador, debe darse tratamiento a la enfermedad de base, hidratación intravenosa, inhibidores de la bomba de protones, corregir la anemia, ayuno y nutrición parenteral total. El uso de antibióticos es controversial (1-19).

La mortalidad bordea el 60% y está ligada a los antecedentes de cada paciente, su pronóstico también dependerá y variará por las comorbilidades asociadas (1).

En la paciente se pudo evidenciar una edad de presentación que está dentro de la reportada en casos de ENA, vinculada a varias patologías preexistentes consideradas como predisponentes, en cuanto a su forma de presentación la disfagia fue el síntoma de alarma y los hallazgos endoscópicos estuvieron en similitud con los presentados para el esófago negro, el tratamiento se realizó en base de nutrición parenteral total, hidratación e inhibidores de la bomba de protones, con una respuesta favorable y sin hallarse complicaciones posterior a la terapéutica, el control se realizó con una serie esofagogastroduodenal (SEGD) y una VEDA, las mismas que a las 8 semanas fueron normales.



(Figura 1,2): Endoscopia de vías digestivas altas: hallazgos de mucosa de toda la circunferencia esofágica negruzca, edematosa, cubierta en casi toda su extensión de material fibronecrotico y necrotico, una pequeña área que no está cubierta de este material, friable y sangrado con facilidad al contacto, con varias erosiones lineales

## CONCLUSIONES

La ENA es una enfermedad muy poco común que debería ser sospechada en adultos mayores, que presenten síntomas esofagogástricos agudos (disfagia súbita) y con antecedentes de patologías preexistentes, que puedan causar hipoperfusión tisular, su diagnóstico es endoscópico e histológico, en cuanto a la terapéutica debería ser conservadora, salvo el caso que se presenten complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Días E, Santos-Antunes J, Macedo G. Diagnosis and management of acute esophageal necrosis. *Ann Gastroenterol*. 2019 Nov-Dec;32(6):529-540. doi: 10.20524/aog.2019.0418. Epub 2019 Sep 26. PMID: 31700229; PMCID: PMC6826069.
2. López-Picazo Julio, Alberca-de-las-Parras Fernando, Sánchez-del-Río Antonio, Pérez-Romero Shirley, León-Molina Joaquín, Júdez Javier. Indicadores de calidad en endoscopia digestiva: introducción a los indicadores comunes de estructura, proceso y resultado. *Rev. esp. enferm. dig.* 2017;109(6):435-450. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082017000600007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017000600007&lng=es). <https://dx.doi.org/10.17235/reed.2017.5035/2017>.
3. Gómez Álvaro A., Guerrero Diego, Hani Albis C., Cañadas Raúl. Esofagitis necrotizante aguda (esófago negro) con estenosis compleja secundaria. *Rev. gastroenterol.* 2015;35 (4):349-354. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292015000400009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000400009&lng=es).
4. Lui TKL, Tsui VWM, Leung WK. Accuracy of artificial intelligence-assisted detection of upper GI lesions: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2020 Oct;92(4):821-830.e9. doi: 10.1016/j.gie.2020.06.034. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32562608.
5. Silvana E. Pramparo, Pablo M. Ruiz, Rogelio Flores Valencia, Jose Rodeyro, *Medicina (Buenos Aires)* 2010; 70: 524-526. Disponible en: [http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol70-10/6/v70\\_n6\\_p524\\_526.pdf](http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol70-10/6/v70_n6_p524_526.pdf)
6. Siddiqi A, Chaudhary FS, Naqvi HA, Saleh N, Farooqi R, Yousaf MN. Black esophagus: a syndrome of acute esophageal necrosis associated with active alcohol drinking. *BMJ Open Gastroenterol.* 2020 Aug;7(1):e000466. doi: 10.1136/bmjgast-2020-000466. PMID: 32788199; PMCID: PMC7422689.
7. Lamers CR, Mares WGN, Bac DJ. Black esophagus: a case series and literature review of acute esophageal necrosis. *Scand J Gastroenterol.* 2018 Oct-Nov;53(10-11):1421-1424. doi: 10.1080/00365521.2018.1513064. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30353761..

8. Geramizadeh B, Asadian F, Taghavi A. Esophageal melanocytosis in oral opium consumption. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 Jan;16(1):e7820. doi: 10.5812/ircmj.7820. Epub 2014 Jan 5. PMID: 24719715; PMCID: PMC3964433..
9. Yamauchi J, Mitsufuji S, Taniguchi J, Sakai M, Tatsumi N, Yasuda Y, Konishi H, Wakabayashi N, Kataoka K, Okanou T. Acute esophageal necrosis followed by upper endoscopy and esophageal manometry/pH test. *Dig Dis Sci.* 2005 Sep;50(9):1718-21. doi: 10.1007/s10620-005-2924-y. PMID: 16133978.
10. Lahbabi M, Ibrahimi A, Aqodad N. Acute esophageal necrosis: a case report and review. *Pan Afr Med J.* 2013 Mar 19;14:109. doi: 10.11604/pamj.2013.14.109.2000. PMID: 23717723; PMCID: PMC3664870.
11. Pierini A, Imhof H, Burlando E, Gianinetti L, Pierini L. Esofagitis necrosante aguda. Reporte de un caso [Acute necrotizing esophagitis. Case report]. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2013 Jun;43(2):130-2. Spanish. PMID: 23940914.
12. Goldenberg SP, Wain SL, Marignani P. Acute necrotizing esophagitis. *Gastroenterology.* 1990 Feb;98(2):493-6. doi: 10.1016/0016-5085(90)90844-q. PMID: 2295407.
13. Castaño Llano Rodrigo, Matar Khalil Omar, Cárdenas Vásquez Andrés, Ruiz Vélez Mario, Juliao Baños Fabián, Sanín Fonnegra Eugenio et al . El esófago negro: ¿Patología infrecuente o desconocida?. *Rev Col Gastroenterol .* 2006 ; 21(1):62-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572006000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572006000100010&lng=en).
14. Yuridullah R, Patel V, Melki G, Bollu J. Acute esophageal necrosis masquerading acute coronary syndrome. *Autops Case Rep.* 2020 Jan 21;10(1):e2019136. doi: 10.4322/acr.2019.136. PMID: 32039065; PMCID: PMC6984815.
15. Gurvits GE. Black esophagus: acute esophageal necrosis syndrome. *World J Gastroenterol.* 2010 Jul 14;16(26):3219-25. doi: 10.3748/wjg.v16.i26.3219. PMID: 20614476; PMCID: PMC2900712.
16. Moretó M, Ojembarrena E, Zaballa M, Tánago JG, Ibáñez S. Idiopathic acute esophageal necrosis: not necessarily a terminal event. *Endoscopy.* 1993 Oct;25(8):534-8. doi: 10.1055/s-2007-1009121. PMID: 8287816.
17. Glustein Daniel E. ¿Qué es el esófago negro? *MEDICINA.* 2010;70:524-526. Disponible en: [smiba.org.ar/med\\_interna/vol\\_04\\_2008/04\\_04.index.html](http://smiba.org.ar/med_interna/vol_04_2008/04_04.index.html). consultado mayo – 2013
18. Rodrigo M., Gorraiz B.E., Merino C., Eguaras J., Elizalde J.M., Soler W.. Esofagitis necrotizante aguda en paciente inestable. *Anales Sis San Navarra .* 2009 ; 32(1):113-116. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000100014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000100014&lng=es).
19. Julián Gómez L, Barrio J, Atienza R, Fernández-Orcajo P, Mata L, Saracibar E, de la Serna C, Gil-Simón P, Vallecillo MA, Caro Patón A. Esofagitis necrotizante aguda. Una patología poco conocida. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008 Nov;100(11):701-5. Spanish. doi: 10.4321/s1130-01082008001100006. PMID: 19159174.
20. Ramos R., Mascarenhas J., Duarte P., Vicente C., Casteleiro C.. Esofagitis necrosante aguda: análisis retrospectivo. *Rev. esp. enferm. dig.* 2008 ; 100(9):583-585. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082008000900010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000900010&lng=es)