



P-133 - ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA SECUNDARIA A VÓLVULO GÁSTRICO

Díaz García, Gustavo Adolfo; Alías Jiménez, David; García Muñoz-Najar, Alejandro; Artuñedo Pe, Pedro; Lévano Linares, César; Franco Herrera, Rocío; Duran Poveda, Manuel; Jiménez Fuertes, Montiel

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: La esofagitis necrotizante aguda o “esófago negro” es una entidad infrecuente de etiología incierta cuyo tratamiento inicial se basa en la corrección de sus factores condicionantes.

Caso clínico: Mujer de 68 años, hipertensa, con cuadro de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio izquierdo asociando vómitos posprandiales de unos 3 meses de evolución que acude a urgencias por empeoramiento del dolor y vómitos persistentes con posos de café. En la analítica sanguínea presenta leucocitosis sin anemización. Se realiza una gastroscopia que evidencia signos de esofagitis necrotizante aguda con una gran hernia hiatal paraesofágica con imposibilidad de paso del endoscopio al antro. La tomografía axial computarizada demuestra la hernia paraesofágica conteniendo la práctica totalidad del cuerpo gástrico con volvulación. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente hallando gran hernia hiatal paraesofágica izquierda con cuerpo gástrico volvulado obstructivo sin signos isquémicos, esófago distal con signos de sufrimiento y escaso líquido serohemático oscuro en mediastino posterior sin evidenciar perforación. Se realiza reducción herniaria y funduplicatura parcial tipo D’Or laparoscópica. Postoperatorio favorable. Realización de gastroscopia de control con desaparición de los signos de esofagitis aguda necrotizante. Esofagograma con contraste baritado a los 6 meses sin evidencia de estenosis esofágica tardía.

Discusión: La esofagitis necrotizante aguda es un rara patología de origen desconocido que afecta más frecuentemente a hombres (4:1) con una mayor incidencia descrita en la sexta década de la vida. El diagnóstico es endoscópico con la visualización de una mucosa negra, friable, a menudo circumferencial, que afecta al tercio distal esofágico con terminación abrupta en la unión gastroesofágica y tras exclusión de ingesta caustica. Histológicamente presenta necrosis mucosa y submucosa con infiltrado inflamatorio local. Su etiología es desconocida pero se sugiere un origen isquémico local, favorecido por la menor vascularización fisiológica a nivel del tercio distal esofágico, por lo que cualquier situación que ocasione una disminución del flujo sanguíneo a ese nivel supone un factor predisponente: edad avanzada, sexo masculino, diabetes, compromiso hemodinámico, estados de hipercoagulabilidad, vólvulo gástrico agudo, isquemia miocárdica, infecciones virales o fúngicas, alcoholismo, insuficiencia renal, reflujo ácido grave, hematoma o trauma esofágico, disección aórtica, poliarteritis nodosa, pancreatitis aguda severa, mediastinitis, linfadenectomía paraesofágica... El diagnóstico diferencial se establece con la melanosis, melanoma, pseudomelanosis, acantosis nigricans, infecciones, ingesta de carbón activo o ingesta de causticos. Clínicamente se suele presentar con hematemesis, vómitos en posos de café o melenas, pudiendo occasionar también epigastralgia, disfagia, vómitos o anemización. La complicación más grave es la perforación esofágica y la más frecuente la estenosis tardía. El tratamiento se basa en la corrección de los factores

predisponentes para mejorar la perfusión local esofágica y el específico de las complicaciones si las hubiese.