

NECROSE ESOFÁGICA AGUDA

Ricardo ARAÚJO, António CASTANHEIRA, Joana MACHADO, Ana RAMALHO, Eugénia CANCELA, Paula MINISTRO, Américo SILVA

RESUMO

A necrose esofágica aguda é uma entidade patológica muito rara, descrita pela primeira vez em 1990 por Goldenberg. Os autores relatam o caso de um doente de 79 anos de idade com esta patologia. A etiologia deste tipo de lesões esofágicas não está ainda bem definida e tem uma mortalidade reportada entre 33 e 50%. Apresenta-se este caso pela raridade da patologia e pela exuberância das imagens endoscópicas, bem demonstrativas deste tipo de lesões.

SUMMARY

ACUTE NECROSIS OF OESOPHAGUS

R.A., A.C., J.M., A.R., E.C., P.M., A.S.: Serviço de Gastrenterologia. Hospital S. Teotónio. Viseu

© 2011 CELOM

Acute esophageal necrosis is a very rare pathological entity, first described in 1990 by Goldenberg. The authors report the case of a patient of 79 years of age with this disease. The etiology of this type of esophageal injury is not yet well defined and has a reported mortality between 33 and 50%. We present this case by the rarity of the disease and the exuberance of endoscopic images in demonstration of this type of injury.

INTRODUÇÃO

A necrose esofágica aguda é uma entidade patológica muito rara, descrita pela primeira vez em 1990 por Goldenberg¹. Apresenta-se um caso clínico, pela raridade da patologia e pela exuberância das imagens endoscópicas, bem demonstrativas deste tipo de lesões.

CASO CLÍNICO

Doente de 79 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital de S. Teotónio em Viseu, no início de 2007, por dor abdominal de maior intensidade na região epigástrica, sem irradiação e com agravamento progressivo desde há três dias. Sem outros sintomas ou sinais, nomeadamente sem perdas hemáticas visíveis.

Sem história de toma de AINES ou qualquer outra medicação. Negava ingestão de bebida alcoólica ou produto cáustico.

Antecedentes pessoais de cirurgia abdominal por volvo da sigmóide há seis anos. Úlcera duodenal há cinco anos e dor epigástrica esporádica e recorrente desde há cerca de um ano. Medicado com omeprazol *on demand*.

Antecedentes familiares irrelevantes.

Na observação salientava-se dor à palpação do epigastro, sem defesa e sem outras alterações no exame objectivo.

No SU foi observado por Cirurgia Geral, com exclusão de patologia cirúrgica aguda. Analiticamente apresentava leucocitose (12.700/mm³) e neutrofilia (90,8%), ureia 59 mg/dl, PCR 10,2 mg/dl. Sem outras alterações relevantes, nomeadamente anemia ou alteração da enzimologia pancreática. Estudo radiológico do tórax e abdómen, sem sugestão de perfuração ou outra alteração.

Foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou envolvimento esofágico difuso por lesões com pigmentação escura (Figuras 1 e 2), desde a extremidade superior (Figura 3) até à transição esófago-gástrica, com uma clara delimitação em relação à mucosa gástrica *normal* (Figura

4), sugestivas de isquémia. A nível do antro pré-pilórico observou-se úlcera profunda, com fundo necrótico, suspeita de penetração em órgão adjacente (Figura 5).

O doente foi internado no serviço de Cirurgia Geral, medicado com cristalóides, IBP ev em perfusão contínua e antibiótico de largo espectro.

Nos dias subsequentes, ocorreu agravamento do estado clínico, vindo a falecer ao quarto dia de internamento.

DISCUSSÃO

A necrose esofágica aguda, *esófago negro* ou *esofagite necrosante aguda idiopática*, é uma entidade patológica rara, descrita pela primeira vez em 1990 por Goldenberg¹. Desde essa altura foram descritos relativamente poucos casos. Lacey et al em 1991 descreveram 25 e Benoit et al em 1999 citaram 27 casos após uma extensa revisão da literatura. Em Portugal, Lopes de Freitas et al, apresentaram uma revisão de oito casos e já em 2006 foi relatado um caso por Teresa Vaio et al².

Segundo a literatura tem uma prevalência entre 0,01 e 0,2% do total de endoscopias digestivas altas e autópsias realizadas⁶.

Esta entidade revela-se pela presença de pigmentação escura difusa no esófago, com ulcerações, correspondendo a inflamação aguda severa e necrose da mucosa. É reconhecida também pelas seguintes características: esófago negro circunferencial, com ou sem exsudados; compromisso distal com extensão proximal; linha bem demarcada entre as lesões esofágicas e a mucosa gástrica, apresentando-se esta sem alterações⁷.

A etiologia deste tipo de lesões esofágicas não está ainda bem definida. Pensa-se que a sua etiologia seja multifactorial, com um mecanismo primordial de isquémia, o que se evidencia pelo maior compromisso distal, onde o órgão é menos vascularizado. Segundo a literatura também poderá estar relacionado com infecções (Herpes, CMV)⁸, sensibilidade a antibióticos, obstrução gástrica como o volvo gástrico⁹, rotura ou dissecação da aorta, neoplasias, choque circulatório, doenças hepáticas, síndrome antifosfolípide e cetoacidose diabética.

Apesar de não ter sido estabelecida uma causa, a literatura revista é unânime em relacionar esta entidade com situações clínicas e doenças subjacentes graves.

No caso clínico apresentado foi diagnosticada também uma úlcera gástrica profunda, com fundo

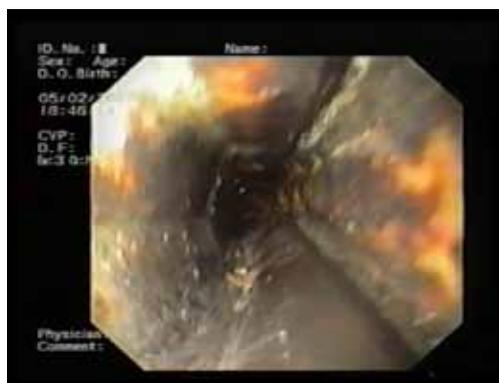


Fig. 1 - Esófago com coloração negra

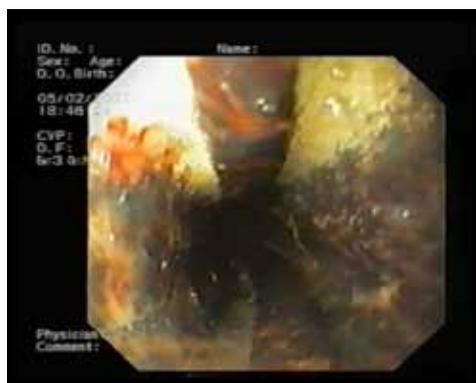


Fig. 2 - Esófago com coloração negra e exsudado amarelado

necrótico, suspeita de penetração a órgão adjacente, na qual não foi possível efectuar biópsias, sobretudo pela intolerância do doente e gravidade das lesões esofágicas, além de não evidenciar estigmas sugestivos de neoplasia.

No entanto, só por si, esta úlcera poderia justificar algumas das queixas do doente e ser a situação clínica grave subjacente ao desenvolvimento de isquémia esofágica.

Como atrás referido, a etiologia da NEA é multifactorial, pensando-se que terá origem na combinação de lesão isquémica do esófago, diminuição dos sistemas de barreira da mucosa e lesão por refluxo dos elementos químicos das secreções gástricas.

De facto, a presença de úlcera gástrica poderá ter



Fig. 3 - *Esófago superior com coloração negra*



Fig. 4 - *Transição esófago-gástrica*

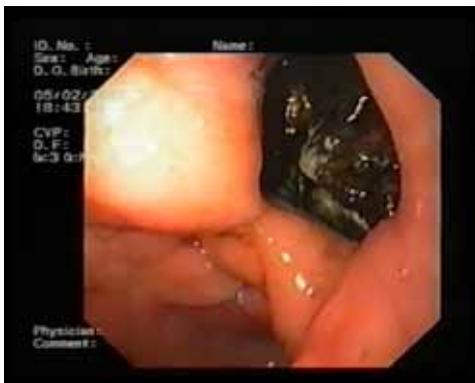


Fig. 5 - *Úlcera gástrica penetrante*

determinado insulto isquémico quer por hemorragia, quer por alteração do fluxo vascular regional. A sua localização pré-pilórica, por outro lado, poderá ter comprometido o esvaziamento gástrico por edema pilórico e, conseqüentemente, agravado ou provocado refluxo gastro-esofágico com o efeito deletério observado no caso em apreço¹⁰.

O estado nutricional dos doentes também tem sido relacionado com esta patologia. Num estudo de Moreto¹¹, foi encontrada uma diminuição das proteínas totais em cerca de 40% dos doentes.

A apresentação clínica mais frequente é a hemorragia digestiva alta, nomeadamente com presença de hematemeses e por vezes melenas. Mais raramente, pode cursar com dor abdominal. Histologicamente, existe evidência de necrose da mucosa e sub-mucosa, infiltrado inflamatório e parcial destruição de fibras musculares e ocasionalmente vasos trombosados. No nosso caso clínico não foi efectuada biópsia dada a gravidade das lesões. Segundo a literatura, o diagnóstico de necrose esofágica aguda pode ser realizado somente pela observação de lesões endoscópicas características.

O diagnóstico diferencial terá, no entanto, que ser feito essencialmente com ingestão de cáusticos, melanose por esofagite crónica, acantose nigricans, pseudomelanose por degradação lisossomal e melanoma primário ou metastático.

A terapêutica proposta não é específica. Deverá ser uma terapêutica de suporte, com inibidores de secreção ácida endovenosos, hidratação e repouso intestinal por 24 a 48h. A introdução de antibiótico de largo espectro não é consensual na literatura. Mais importante é uma terapêutica dirigida à patologia de base e concomitante, caso exista.

O prognóstico na maioria dos casos não é muito favorável, estando reportado na literatura uma mortalidade entre 33 e 50%.

A complicação mais frequente no período pós-doença relaciona-se com ocorrência de estenose esofágica, com uma prevalência de 15% nos doentes com esta entidade¹².

O nosso doente faleceu ao quarto dia de internamento, com uma deterioração rápida do estado geral, apesar de terapêutica otimizada.

Esta entidade, também conhecida por *black esophagus*, é muito rara, e a sua prevalência poderá estar subvalorizada, visto que a maioria dos doentes com estado críticos e de choque não são submetidos a endoscopia digestiva alta.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. GOLDENBERG SP, WAIN SL, MARIGNANI P: Acute necrotizing esophagitis. *Gastroenterology* 1990;98:493-6
2. LACY BE, TOOR A, BENSON SP, ROTHSTEIN RI, MAHESHWARI Y.: Acute esophageal necrosis: report of two cases and a review of the literature. *Gastrointest Endosc* 1999;49:527-532.
3. BENOIT R, GROBOST O : Oesophage noir en rapport avec une nécrose aiguë oesophagienne: un nouveau cas. *La Press Medicale* 1999;28:1509-12
4. LOPES DE FREITAS J, FONSECA J, FONSECA C et al: Esofagite aguda necrosante idiopática: análise de oito casos de esófago negro. *GE-J Port Gastrenterol* 1998;4:243-248
5. VAIO T, GARCIA R, TERRÍVEL M et al: Necrose aguda do esófago: caso clínico Acute necrosis of oesophagus: clinical case. *Medicina Interna* 2006;13:2109-112
6. FERNÁNDEZ G, SALOMÓN S, CURTI A et al: Esófago negro en una anciana con melena. *Revista medica universitária – Faculdade de ciências médicas – UNO Cuyo* 2006;2(1):60-4
7. CASTAÑO RL, KHALIL OM, CÁRDENAS A et al : El esófago negro: ¿Patología infrecuente o desconocida? *Rev Colombiana Gastroenterol* 2006;21(1):62-7
8. CATTAN P, CUILLERIER E, CARNOT F et al: Black esophagus associated with herpes esophagitis. *Gastrointest Endosc* 1999;49:105-7
9. KRAM M, GORÉNSTEIN L, EISEN D et al: Acute oesophageal necrosis associated with gastric volvulus. *Gastrointestinal Endoscopy* 2000;51:610-2
10. GURVITS G: Black esophagus: Acute esophageal necrosis syndrome. *World J Gastroenterol* 2010; 6(26):3219–25
11. MORETÓM, OJEMBARRENAE, ZABALLAM, TÁNAGO JB, IBÁNEZ S: Idiopathic acute esophageal necrosis: not necessarily a terminal event. *Endoscopy* 1993;25(8):534-8
12. DE LANGLE C, CADIOT G, CALVAT S et al: Two cases of 'black esophagus' discovered during severe diabetic ketoaci-adosis. *Gastroenterol Clin Biolog* 1994;18:176-7