



# NECROSE ESOFÁGICA AGUDA: UM RELATO DE CASO

VANIAELA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; DIEGO ROMERO MOREIRA FERNANDES<sup>2</sup>; MARCELO PAULO SERAFINI GONÇALVES<sup>2</sup>.  
1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, GUARULHOS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL DE URGÊNCIAS DE GUARULHOS, GUARULHOS - SP - BRASIL.

## INTRODUÇÃO

Necrose esofágica aguda (NEA) é uma causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA), descrita pela primeira vez em 1990<sup>1</sup>, caracterizada por mucosa esofágica negra à endoscopia<sup>2</sup>. Quadro raro, com prevalência de até 0,2% em autópsias e incidência de 0,01-0,28% em pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA), de mal prognóstico, com mortalidade de até 32%<sup>1</sup>. Mais frequente no sexo masculino, com idade média de 68 anos<sup>3</sup>. Será relatado um caso de NEA em um paciente jovem.

## RELATO DE CASO

Homem, 31 anos, procedente de São Paulo, etilista crônico (1L vodka/dia), tabagista, usuário de cocaína e diabético, procurou o pronto socorro do Hospital Municipal de Guarulhos com intensa dor abdominal e vômitos em borra de café associado a fadiga e dispneia. Ao exame: consciente e orientado, icterico, hipocorado, normotenso e taquipneico. Abdome globoso e distendido, doloroso à palpação em epigástrico e mesogástrico, sem sinais de peritonismo. Exames de admissão com quadro de insuficiência renal aguda, hipercalemia e hiperbilirrubinemia direta. Iniciado manejo de caso de HDA e comorbidades. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica refratária a volume e rebaixamento de sensório, feita IOT, uso de drogas vasoativas e transferência para UTI. Na EDA (FIGURA 1): necrose esofágica aguda e ausência de sangramento ativo. Tratamento conservador com dieta zero, medidas de suporte, antibioticoterapia (Ceftriaxona e Metronidazol), extubação e retirada de drogas vasoativas após melhora clínica. Houve substituição de antibioticoterapia para Metronidazol e Piperacilina com Tazobactam por leucocitose progressiva. Teve deterioração clínica, disfagia, dispneia e instabilidade hemodinâmica. Realizou nova EDA no 11º dia de internação: esofagite distal e sinais de necrose esofágica aguda.

**REFERÊNCIAS:** 1-Dias E, Santos-Antunes J, Macedo G. Diagnosis and management of acute esophageal necrosis. *Ann Gastroenterol.* 2019;32(6):529-540. doi:10.20524/aog.2019.0418  
2-Lahbabi M, Ibrahim A, Aqodad N. Acute esophageal necrosis: a case report and review. *Pan Afr Med J.* 2013;14:109. Published 2013 Mar 19. doi:10.11604/pamj.2013.14.109.2000  
3-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(1):25-31. Published 2019 Jan 16. doi:10.1159/000496385

Teste para SARS-COV2 negativo. Evoluiu com quadro de pneumonia aspirativa com deterioração clínica progressiva e óbito no 14º dia de internação.



FIGURA 1- Imagem de Endoscopia Digestiva Alta

## DISCUSSÃO

NEA tem etiologia multifatorial<sup>1</sup>, associado a comorbidades crônicas (fatores de risco) e eventos agudos que precipitam o quadro. Os principais desencadeantes são: comprometimento hemodinâmico, obstrução gástrica, cetoacidose diabética, abuso de álcool, insuficiência renal, infecção esofágica, entre outros<sup>1</sup>. Entre os diversos fatores encontrados no caso relatado, destaca-se o abuso de álcool como principal fator associado ao quadro em pacientes jovens<sup>3</sup>. NEA manifesta-se como HDA em pacientes com eventos cardiovasculares ou choque de qualquer etiologia<sup>3</sup>. O diagnóstico é realizado via EDA, com mucosa esofágica de aspecto negro, mais comum em esôfago distal<sup>3</sup>. A biópsia é feita se possível para análise de diagnósticos diferenciais, porém dispensável para o diagnóstico<sup>1</sup>. Há tratamento cirúrgico em casos graves, associados a perfuração esofágica, nos demais recomenda-se manejo das doenças subjacentes, medidas de suporte e bloqueio da secreção ácida gástrica<sup>2</sup>. Assim, são necessários estudos para melhorar o desfecho, reduzindo a alta mortalidade desta condição.