

### 37 NECROSE ESOFÁGICA AGUDA: UM CASO DE “BLACK ESOPHAGUS”

Gravito-Soares M., Gravito-Soares E., Lopes S., Mendes S., Figueiredo P., Sofia C.

**Introdução:** A necrose gastrointestinal aguda resulta de uma multiplicidade de fatores sistémicos e locais, cuja incidência reportada é 0,008-0,2%. A afeção esofágica preferencial ainda permanece por esclarecer, dado o rico suprimento sanguíneo. Os autores reportam um caso de “black esophagus” com sobreinfecção fúngica, associado a múltiplas úlceras necrotizantes duodenais em contexto de hipoperfusão por colite isquémica em doente imunocompetente.

**Caso clínico:** Mulher de 86 anos. Sem história de ingestão de cáusticos. Trazida ao serviço de urgência por quadro de hemorragia digestiva baixa (hematoquezias) e hipotensão. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e hipocaliémia. Realizou endoscopia alta com hérnia do hiato. Radiografia e ecografia abdominais sem alterações. Efetuada retossigmoidoscopia, com mucosa do cólon descendente proximal congestiva, friável, com áreas vinosas e extenso exsudato esbranquiçado aderente, cujas biopsias revelaram colite isquémica, tendo sido medicada com ciprofloxacina e metronidazol empíricos, com boa evolução. Durante o internamento, desenvolve quadro de vômitos pós-prandiais frequentes, tendo sido efetuada endoscopia alta com esofagite necrotizante circunferencial nos 2/3 distais, com exsudato esbranquiçado, que termina abruptamente na junção esófago-gástrica. Hérnia do hiato com 6cm de extensão. Na transição bolbo-DII visualizadas 6 úlceras de fundo necrotizante, com 8-25mm, sem estigmas de hemorragia. As biopsias esofágicas revelaram mucosa com ulceração e necrose fibrinóide extensas e estruturas sugestivas de infeção fúngica – necrose esofágica aguda estadio 1 (Gurvitz et al.). Efetuada terapêutica com inibidor bomba-protões 2id 12 semanas e fluconazol 14 dias, com resolução completa das lesões. Estudo etiológico infeccioso e angio-TAC abdominal negativo.

**Conclusão:** A necrose esofágica aguda é uma condição rara, associada a úlceras duodenais em 1/3 dos casos. Esta associação favorece um mecanismo de parésica e refluxo gastro-esofágico, facilitado pela volumosa hérnia, com alteração do fluxo sanguíneo esofágico. Esta condição deve ser interpretada como um fator prognóstico adverso, subjacente à condição clínica de base. Apresentam-se iconografia endoscópica e histológica.

Serviço Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário Coimbra, E.P.E.