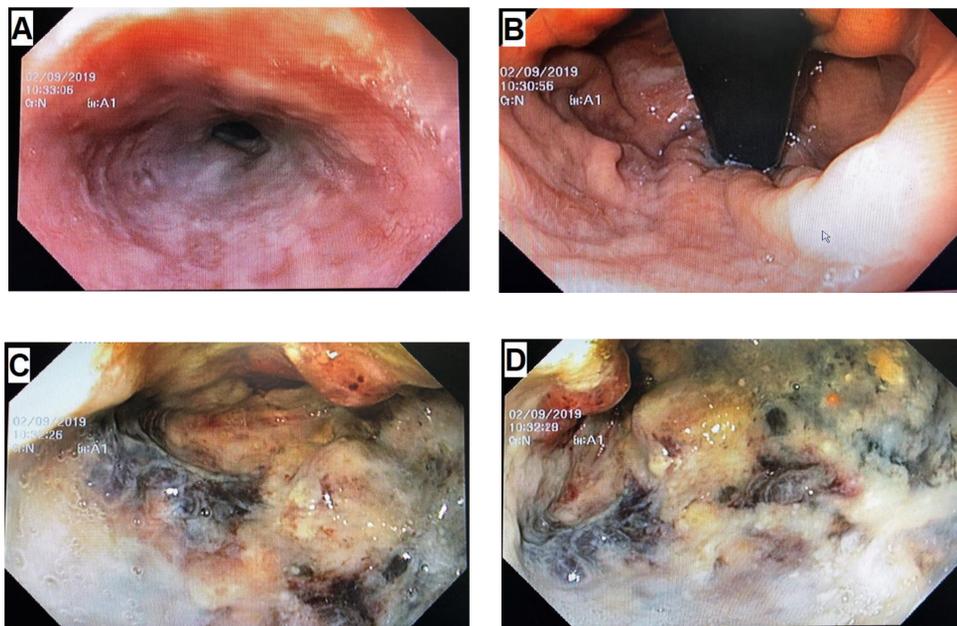


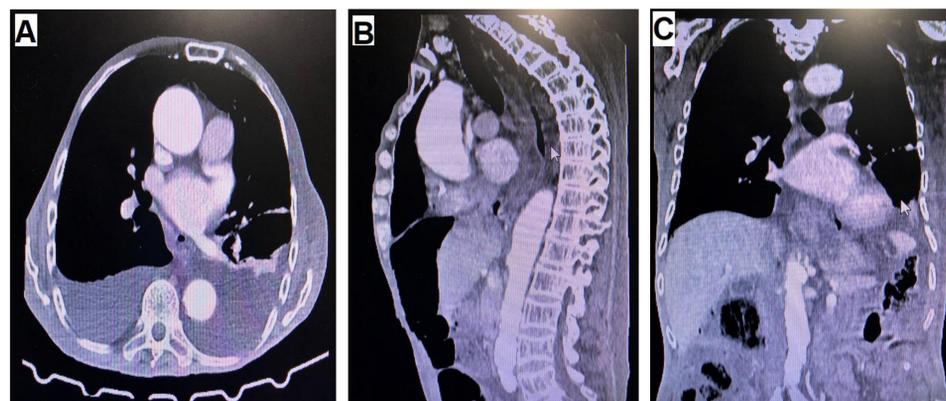
**Introdução:** A esofagite necrotizante aguda, também conhecida como esôfago negro, é uma condição rara, com prevalência de 0,2%. Acomete mais homens, com pico de incidência após os 65 anos de idade. Foi descrita pela primeira vez no ano de 1990, sendo caracterizada por lesões enegrecidas, ulceradas e circunferenciais da mucosa esofágica. Sua etiopatogenia não é muito bem compreendida, mas há uma forte associação com condições que levam ao baixo fluxo sanguíneo, isquemia e necrose da mucosa do esôfago. Hematêmese e melena são os sintomas mais comuns. O esôfago negro é uma doença de difícil manejo com índice de mortalidade variando de 13 a 35%. O presente relato tem por objetivo descrever um caso dessa rara doença, com abordagem diferente da preconizada na literatura atual.

**Relato do caso:** MAL, 75 anos, institucionalizado, deu entrada no Pronto Atendimento do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul com história de dor abdominal e melena, associada a perda ponderal. Apresentava antecedentes de hipertensão, etilismo e tabagismo, mas não soube informar os medicamentos em uso. Apresentava-se em mau estado geral, sarcopênico, descorado 3+/4+, desidratado 2+/4+ e hipotenso (PA: 90 x 60 mmHg). Abdome escavado, doloroso à palpação profunda difusamente, sem massas palpáveis. Toque retal com melena em dedo de luva. Após as medidas iniciais de estabilização clínica procedeu-se à investigação diagnóstica. O hemograma evidenciou Hb: 7,2 mg/dl e Ht: 23,1%. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que mostrou necrose esofágica no terço distal do esôfago (Esôfago Negro), com estômago e o duodeno normais. (Figura 1)



**Figura 1.** EDA. **A:** mucosa esofágica de aspecto habitual; **B:** mucosa gástrica com aspecto normal; **C e D:** mucosa do esôfago enegrecida e necrótica.

Também foram realizadas tomografias de tórax, abdome e pelve, as quais excluíram a presença de neoplasia. (Figura 2)



**Figura 2.** TC Tórax e Abdome. **A:** corte transversal evidenciando derrame pleural bilateral sem lesões sugestivas de neoplasia; **B:** corte sagital evidenciando tórax e abdome livre de massas; **C:** corte coronal, onde é possível evidenciar tórax e abdome livres de lesões sugestivas de neoplasia.

Devido à impossibilidade de alimentação por via oral e do estado crítico do doente, foi indicada uma jejunostomia alimentar. Após o procedimento o paciente foi encaminhado para enfermaria, sendo reintroduzida a dieta no 1º PO pela jejunostomia. Em razão da sua boa evolução clínica recebeu alta no 2º PO para acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** Apesar de ser conhecido desde a década de 90, ainda não há consenso na literatura sobre a patogenia e manejo do esôfago negro. A maioria dos relatos publicados inferem que a gênese da doença está relacionada com as comorbidades do doente, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, desnutrição, etilismo entre outros. Ademais, também é consenso o que o estado de hipofluxo e isquemia corroboram de forma significativa. O manejo dos pacientes acometidos pela esofagite necrotizante é focado no tratamento da doença de base, no aporte hidroeletrólítico adequado e no suporte nutricional. Alguns autores ainda defendem o uso de antibióticos de amplo espectro e que o tratamento cirúrgico ficaria reservado para as complicações, como perfurações e estenose. No presente relato descrevemos um manejo diferente dos descritos na literatura, o qual pode ser uma boa opção para doentes com estado nutricional crítico, acometidos pelo esôfago negro