

Presentación atípica del síndrome de Gurrivits como causa inusual de hemorragia gastrointestinal: reporte de caso

Atypical Presentation of Gurrivits Syndrome as an Uncommon Cause of Gastrointestinal Bleeding: Case Report

Juan Esteban Quiroz-Álvarez,^{1*} Mariana Muñoz-Ríos.²

ACCESO ABIERTO

Citación:

Quiroz-Álvarez JE, Muñoz-Ríos M. Presentación atípica del síndrome de Gurrivits como causa inusual de hemorragia gastrointestinal: reporte de caso. *Revista Colomb. Gastroenterol.* 2025;40(4):517-520. <https://doi.org/10.22516/25007440.1335>

¹ Médico general, residente de cirugía general. Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

² Médico general. Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia.

*Correspondencia: Juan Esteban Quiroz-Álvarez. jesteban.q15@gmail.com

Fecha recibido: 11/02/2025

Fecha aceptado: 25/03/2025



Resumen

Introducción: el síndrome de Gurrivits, también conocido como *necrosis esofágica aguda*, se caracteriza por la coloración negra circunferencial del esófago; es una entidad infrecuente con una incidencia estimada entre 0,01% y 0,28% en autopsias y series de estudios endoscópicos. Tiene una fisiopatología multifactorial, un cuadro clínico inespecífico y para su confirmación diagnóstica se requiere de una esofagogastroduodenoscopia. Aún no se encuentra descrito un abordaje terapéutico específico; sin embargo, el manejo implica corregir la causa subyacente y prevenir la aparición de complicaciones. **Caso clínico:** se trata de una paciente femenina de 71 años, con antecedente de hipertensión arterial controlada, quien inicialmente se encontraba hospitalizada por un cuadro de dolor lumbar y posteriormente de forma súbita inició con dolor abdominal epigástrico y un único episodio de hematemesis. Se confirmó mediante esofagogastroduodenoscopia la presencia de necrosis esofágica aguda y se determinó de forma conjunta con cirugía general y gastroenterología un manejo conservador con buenos resultados clínicos. **Conclusión:** considerar el síndrome de Gurrivits como causa inusual de sangrado gastrointestinal permite un enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno y, de esta forma, un impacto favorable en los desenlaces clínicos de los pacientes.

Palabras clave

Necrosis, esófago, endoscopia, hemorragia gastrointestinal.

Abstract

Introduction: Gurrivits syndrome, also referred to as *acute esophageal necrosis*, is characterized by circumferential black discoloration of the esophageal mucosa. It is a rare entity, with an estimated incidence ranging from 0.01% to 0.28% in autopsy studies and endoscopic series. Its pathophysiology is multifactorial, the clinical presentation nonspecific, and diagnosis requires esophagogastroduodenoscopy. No standardized therapeutic approach has been established; however, management focuses on addressing the underlying cause and preventing complications. **Case report:** We present the case of a 71-year-old woman with a history of controlled hypertension who was initially hospitalized for lumbar pain. She later developed sudden epigastric pain and a single episode of hematemesis. Esophagogastroduodenoscopy confirmed acute esophageal necrosis. A conservative management strategy—established jointly with the general surgery and gastroenterology teams—resulted in favorable clinical outcomes. **Conclusion:** Recognizing Gurrivits syndrome as an uncommon cause of gastrointestinal bleeding is essential to ensure timely diagnostic and therapeutic intervention, ultimately improving patient outcomes.

Keywords

Necrosis, esophagus, endoscopy, gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gurrivits, también conocido como *necrosis esofágica aguda* o *esófago negro*, es una entidad infrecuente caracterizada por la coloración negra circunferencial en la mucosa del esófago, con incidencias estimadas entre 0,01% y 0,28% en autopsias y series de estudios endoscópicos⁽¹⁾.

Su etiología no está clara, pero se considera que su fisiopatología es multifactorial, interviniendo noxas como eventos isquémicos, lesiones corrosivas por el ácido gástrico y alteraciones intrínsecas de la barrera de la mucosa esofágica⁽²⁾.

La clínica es inespecífica y se requiere de una esofagogastroduodenoscopia (EDS) para su confirmación diagnóstica, en la que se observa compromiso variable del esófago. Con mayor frecuencia, la afectación es en la porción distal debido al menor grado de vascularización con respecto a la porción proximal y media⁽³⁾.

Actualmente no existe un tratamiento específico. Las medidas iniciales buscan restaurar la estabilidad hemodinámica, la corrección de la causa subyacente y la prevención de la aparición de complicaciones⁽⁴⁾.

Se realiza un reporte de caso de una paciente con dolor abdominal epigástrico súbito y un episodio de hematemesis, con EDS que reporta esofagitis necrotizante aguda, manejado de forma conservadora, con buenos desenlaces clínicos y sin el desarrollo de complicaciones, con el objetivo de resaltar el enfoque diagnóstico y terapéutico de una entidad inusual como el síndrome de Gurrivits.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 71 años con único antecedente patológico de hipertensión arterial controlada. Consulta

por cuadro de dos días de evolución de dolor lumbar no irradiado, asociado a náuseas y sin otros síntomas como fiebre, angina, disnea o emesis.

Al ingreso al servicio de urgencias tiene presión arterial de 140/80 milímetros de mercurio (mm Hg), frecuencia cardíaca (FC) de 92 latidos por minuto (lpm), saturación de oxígeno (SatO₂) del 94% al aire ambiente y temperatura de 37 grados centígrados.

Se solicitaron paraclínicos con evidencia de lesión renal aguda, el resto de laboratorios sin alteraciones electrolíticas, anemia, leucocitosis, trombocitopenia ni prolongación en tiempos de coagulación y estudios de orina sin infección. Por las características del dolor, se realizó angiotomografía de aorta toracoabdominal que descartó la emergencia aórtica y otros diferenciales.

El grupo de neurocirugía consideró que se trataba de un dolor lumbar sin signos orientadores de la etiología, por lo que decidieron realizar manejo sintomático.

Durante las siguientes 24 horas, la paciente inició con dolor abdominal súbito epigástrico y un episodio aislado de sangrado digestivo superior no rutilante. Valorado por cirugía general, donde se encuentra con marcado dolor abdominal, pero sin inestabilidad hemodinámica ni signos de irritación peritoneal. Por tanto, se solicitó una tomografía computarizada (TC) de abdomen simple urgente que descartó neumoperitoneo, perforación de víscera hueca y sin evidencia de hallazgos causales del dolor de la paciente. Se consideró de forma inmediata la realización de una EDS, la cual reportó esofagitis necrotizante aguda, sin complicaciones (**Figura 1**).

Se decidió un manejo conservador. Se inició la nutrición parenteral (NPT) y se complementaron estudios de extensión por parte de medicina interna sin encontrar la

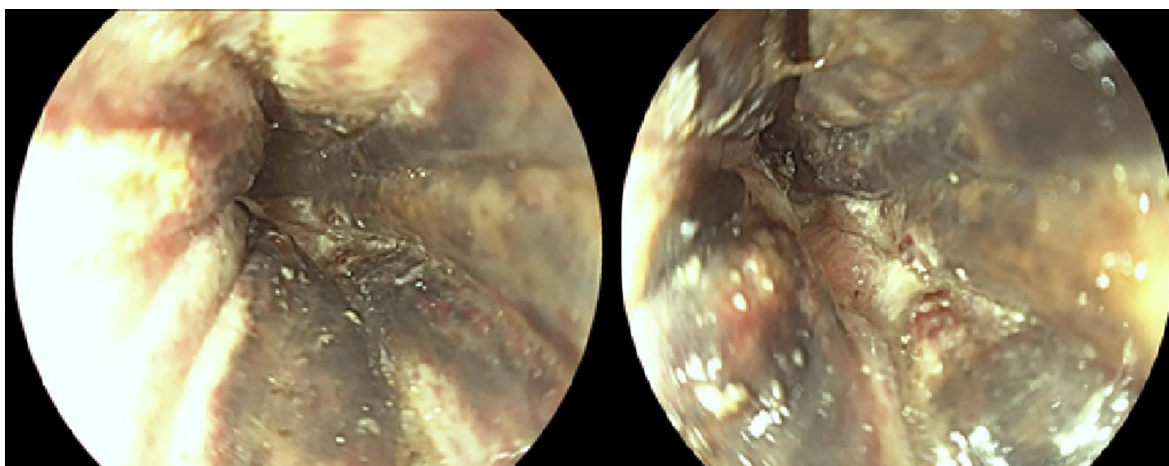


Figura 1. Esofagogastroduodenoscopia donde se observa necrosis esofágica extensa. Imágenes propiedad de los autores.

etiología. Se evaluó por gastroenterología, quien consideró que, luego de descartar diferenciales y ante la presentación clínica, el compromiso esofágico extenso fue secundario a enfermedad por reflujo gastroesofágico.

A las 72 horas, con buena evolución clínica, sin dolor abdominal, sepsis, signos de perforación o mediastinitis, se logró el retiro de la NPT y se avanzó la dieta hasta la tolerancia completa de la vía oral. Al día siguiente, tras una nueva intervención por gastroenterología, se decide dar el alta con inhibidor de la bomba de protones a dosis dual por 12 semanas y nuevo control endoscópico en cuatro semanas. La paciente decide no continuar con el seguimiento.

DISCUSIÓN

El síndrome de Gurrivits es una afección clínica poco común, la cual se caracteriza por la apariencia negra circunferencial de la mucosa esofágica^(3,4). El primer caso fue descrito en 1990 por Goldenberg y colaboradores y, posteriormente, fue clasificada como un síndrome por Gurrivits y colaboradores⁽⁵⁾.

La necrosis esofágica aguda es cuatro veces más común en hombres que en mujeres, siendo más frecuente en la sexta década de la vida, con un promedio de edad de presentación de 71 años. Entre los factores de riesgo más comunes se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, la dislipidemia, la enfermedad renal crónica, la enfermedad arterial periférica, la enfermedad coronaria, la falla cardíaca, el cáncer y la enfermedad cardiovascular⁽⁵⁾.

Como se mencionó anteriormente, a menudo su etiología es multifactorial, dada por la combinación de factores como el compromiso vascular por alteraciones isquémicas, la lesión corrosiva por secreciones masivas en contexto de reflujo gastroesofágico y la disminución de la eficacia de las barreras protectoras de la mucosa⁽⁶⁾.

La presentación clínica es inespecífica, lo que dificulta su sospecha diagnóstica; puede debutar con síntomas en contexto de complicaciones asociadas a su patología de base (cetoacidosis diabética, anemia, faringitis, sepsis de origen urinario o gastrointestinal) y en algunos casos, con hemorragia del tracto digestivo superior (HTDS). Por lo infrecuente de esta entidad y lo heterogéneo en su espectro de presentación, se desconoce la frecuencia real de la HTDS como manifestación clínica inicial en la necrosis esofágica aguda^(7,8).

A su vez, se debe tener en cuenta que la HTDS es una causa común de consulta y hospitalización alrededor del mundo, con una incidencia de 40 a 150 casos por 100.000 habitantes. Pinto y colaboradores realizaron un análisis estadístico de las principales causas de HTDS en una serie de 249 pacientes, encontrando que el 72% era causada por sangrado no variceal. De estos, el 44% correspondía a

úlceras pépticas, 11% a gastropatía o duodenopatía erosiva, 10% a úlcera esofágica, 5% a neoplasia gastrointestinal, 4% a síndrome de Mallory Weiss, 4% a lesión de Dieulafoy, 2% a angiodisplasia, 2% a ectasia vascular gástrica antral y otro 2% a úlcera de Cameron; sin mencionar el síndrome de Gurrivits entre las causas de HTDS en este estudio⁽⁹⁾. Cabe destacar que, en la búsqueda de la literatura realizada, se considera al síndrome de Gurrivits como una causa inusual de sangrado y no se encuentran registros acerca de la incidencia de esta entidad como etiología de la HTDS.

Una particularidad de nuestro caso es que la paciente tenía hipertensión arterial (HTA) controlada como único antecedente patológico, en contraste con los casos reportados, en los que se muestran pacientes con alta carga de comorbilidades y presencia de múltiples factores de riesgo, como el choque hemodinámico, la enfermedad cardiovascular avanzada, la disfunción metabólica y la obstrucción del tracto de salida gástrico secundaria a malignidad o úlcera gastroduodenal⁽⁶⁾.

La EDS es el método diagnóstico de elección, en la cual pueden observarse múltiples hallazgos, entre estos destacan sangrado activo, coágulos, ulceraciones esofágicas, duodenales o gástricas y se caracterizan porque la porción más afectada es el esófago distal debido a su menor vascularización^(5,10). Se ha descrito que el uso de la tomografía computarizada podría emplearse con el fin de descartar complicaciones^(4,11).

El tratamiento suele ser conservador, una revisión sistemática por Bayati y colaboradores reporta que la mayoría de los casos fueron tratados de forma conservadora con buenos resultados y que la tasa de intervención endoscópica con uso de *stent*, aumentó del 9,7% al 30%⁽¹²⁾.

Entre las medidas conservadoras se encuentran suspender la vía oral, iniciar la reanimación hídrica con líquidos endovenosos, la transfusión de hemoderivados en caso de ser necesario, el tratamiento de la causa subyacente o de las condiciones clínicas coexistentes, el uso de inhibidores de la bomba de protones y el uso de antibióticos en caso de infección concomitante o perforación esofágica. Por su parte, las intervenciones quirúrgicas están indicadas en presencia de inestabilidad hemodinámica, signos de irritación peritoneal, falla al manejo médico o complicaciones^(8,13,14).

Con respecto a las complicaciones, ninguna supera una incidencia del 10% de todos los casos, siendo la perforación esofágica la más grave, la cual se debe sospechar en presencia de rápido deterioro clínico o hemodinámico. Otras complicaciones pueden ser mediastinitis, neumomediastino, abscesos, sobreinfección y estenosis⁽¹⁵⁾.

Por lo general, el pronóstico es malo, el cual depende en gran medida de la coexistencia y la descompensación de comorbilidades de base, el estado hemodinámico del

paciente, la enfermedad crítica o la presencia de complicaciones. No se cuenta con datos exactos de mortalidad por los distintos escenarios en los que se puede presentar, pero se estima que la mortalidad específica es de alrededor del 6%⁽¹⁵⁾.

CONCLUSIÓN

Considerar el síndrome de Gurrivits como causa inusual de sangrado gastrointestinal permite un enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno y, de esta forma, un impacto favorable en los desenlaces clínicos de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores del manuscrito declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Monteiro JMC, Castelo LF, Fischer WGG, Felipe-Silva A. Black esophagus. *Autops Case Rep*. 2019;9(1):e2018077. <https://doi.org/10.4322/acr.2018.077>
2. Bong HSS, Soh YSA, Shabbir A, So JBY. Gastrointestinal: Black esophagus. *J Gastroenterol Hepatol*. 2022;37(1):46. <https://doi.org/10.1111/jgh.15542>
3. Thomas M, Sostre Santiago V, Suhail FK, Polanco Serra G, Manocha D. The Black Esophagus. *Cureus*. 2021;13(10):e18655. <https://doi.org/10.7759/cureus.18655>
4. Uyar S, Duman A, Tan A, Akbay Harmandar F, İnal G, Köker G, et al. Black esophagus. *Türk J Gastroenterol*. 2019;30(11):986-7. <https://doi.org/10.5152/tjg.2019.181019>
5. Dias E, Santos-Antunes J, Macedo G. Diagnosis and management of acute esophageal necrosis. *Ann Gastroenterol*. 2019;32(6):529-40. <https://doi.org/10.20524/aog.2019.0418>
6. Chugh P, Tzimas D, Gurrivits GE. A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*. 2013;145(6):e11-2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.07.045>
7. González Díaz I, Moreno-Sánchez M, Zarauza Soto Y, Burgos García A. Black esophagus. *Rev Esp Enferm Dig*. 2023;115(11):646-7. <https://doi.org/10.17235/reed.2022.9217/2022>
8. Rehman O, Jaferi U, Padda I, Khehra N, Atwal H, Parmar M. Epidemiology, Pathogenesis, and Clinical Manifestations of Acute Esophageal Necrosis in Adults. *Cureus*. 2021;13(7):e16618. <https://doi.org/10.7759/cureus.16618>
9. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chil*. 2020;148(3):288-94. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000300288>
10. Chinta S, Jyala A, Ghazanfar H, Makker J. Black Esophagus: A Rare Case of Acute Esophageal Necrosis. *Cureus*. 2024;16(1):e52660. <https://doi.org/10.7759/cureus.52660>
11. Grigore M, Enache I, Chirvase M, Popescu AL, Lonita-Radu F, Jinga M, et al. Acute Esophageal Necrosis in Acute Pancreatitis-Report of a Case and Endoscopic and Clinical Perspective. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(3):562. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13030562>
12. Al Bayati I, Badhiwala V, Al Obaidi S, Didia C, Zuckerman MJ, Elhanafi S. Endoscopic Treatment of Black Esophagus With Fully Covered Metallic Stent. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2022;10:23247096221084540. <https://doi.org/10.1177/23247096221084540>
13. Kitawaki D, Nishida A, Sakai K, Owaki Y, Nishino K, Noda Y, et al. Gurrivits syndrome: a case of acute esophageal necrosis associated with diabetic ketoacidosis. *BMC Gastroenterol*. 2022;22(1):277. <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02349-z>
14. Jaber F, Alsakarneh S, Sripada S, Gaur R, Rajab R, Mohamed I, et al. "Black Esophagus" or Gurrivits Syndrome: A Rare Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding in Diabetic Ketoacidosis. *Cureus*. 2023;15(2):e34989. <https://doi.org/10.7759/cureus.34989>
15. Gurrivits GE. Black esophagus: acute esophageal necrosis syndrome. *World J Gastroenterol*. 2010;16(26):3219-25. <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i26.3219>

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

La presente investigación cumple con la normatividad vigente en investigación bioética. Se solicitó y se obtuvo la autorización del Comité de Investigaciones y Ética en Investigaciones del Hospital Pablo Tobón Uribe para así poder proceder con la publicación. En las imágenes utilizadas no se expone información personal que permita identificar al paciente, se ha preservado totalmente su anonimato.