

Ingesta accidental de cáustico

María Carnicero Iglesias¹, Roberto Chillón Arce²

¹Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria XAP VIGO. Hospital Meixoeiro CHUVI

²Médico Adjunto Servicio Urgencias Hospital Meixoeiro CHUVI

Cad Aten Primaria
Año 2013
Volume 19
Páx. 135-135

PALABRAS CLAVE

Ingesta, cáusticos, endoscopia digestiva alta, tratamiento

INTRODUCCIÓN

Varón de 26 años que acude al S.Urgencias tras ingesta accidental de tóxico cáustico. No tiene antecedentes de interés ni tratamiento domiciliario. Es fumador de 6-8 cigarrillos al día y consumidor de alcohol los fines de semana.

Refiere haber ingerido una moderada cantidad de lubricante multiusos mientras trabajaba, al confundir envases de diferentes líquidos. En el momento se provocó el vómito en varias ocasiones intentando eliminar el tóxico y únicamente refería sensación de irritación esofágica sin dificultad respiratoria, dolor abdominal o mareos.

A la exploración física sólo se observaba la zona de orofaringe hiperémica sin otro hallazgo destacable.

PREGUNTAS

A ¿CUÁL SERÍA EL MANEJO INICIAL EN LA INGESTA DE CAÚSTICOS?

1. Inducir el vómito para eliminar el tóxico
2. Emplear neutralizantes para minimizar los efectos agresivos sobre la mucosa
3. Estabilizar al paciente, realizar analítica, rx tórax y abdomen y comenzar el tratamiento con protectores gástricos
4. Administrar cortico-antibióterapia para evitar complicaciones tardías
5. Colocación de SNG para aspirar contenido en cavidad gástrica

B ¿CUAL SERÍA NUESTRA ACTITUD A CONTINUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?

1. Observación en el área de urgencias 24 horas
2. Alta con tratamiento con IBP y dieta blanda
3. Solicitar Endoscopia Digestiva Alta
4. Probar tolerancia oral en urgencias para valorar alta
5. 1 y 3 son correctas

Correspondencia

María Carnicero Iglesias
maria.carnicero.iglesias@sergas.es

Si el quiste mantiene conexiones con la lengua o el hioides, se desplazaría con los movimientos de deglución o protusión de la lengua. Presentan un riesgo de malignización global del 1% hacia distintos tipos de carcinomas, principalmente el papilar de tiroides que suele ocurrir en los adultos.

Puede ser de utilidad la realización de una ecografía o una gammagrafía tiroideas, para descartar la ectopia y evitar su extirpación, que generaría un hipotiroidismo permanente. La TAC informa sobre la morfología, tamaño o presencia de calcificaciones.

Se debe considerar el diagnóstico diferencial con las posibles causas de tumoraciones antero cervicales como lipoma, quiste sebáceo, quiste dermoide, adenopatía, quistes de arcos branquiales, patología de glándulas salivales, hipertrofia de ganglios linfáticos, tuberculosis y linfomas.

El tratamiento es la cirugía en todos los casos, con el fin de prevenir las complicaciones. Se utiliza la maniobra de Sistrunk, consistente en la resección completa del quiste y conducto tiroglosos, el segmento central del hueso hioides y ligadura del trayecto.

Con este procedimiento se reducen las recidivas hasta aproximadamente un 5%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santero Ramírez MP, Valenzuela MJ, Córdoba E, Arribas D, Albiach M, Martínez F. Carcinoma papilar sobre quiste de conducto tirogloso. Casos Clínicos Cirugía General. 2011; 3 (2)
2. Burgués Prades PL, Gómez Arenas ME, Royo Cuadra Y, Pueyo Gil C, Sáinz Samitier A, Esteban Ibarz JA et al. Quistes del conducto tirogloso. ¿Influyen los episodios inflamatorios previos en el número de recidivas? An Pediatr (Barc). 1996; 44 (5)
3. Nomdedéu-Guinet J, Martínez-Ramos D, Gilbert-Gerez J, Alfaro-Ferreres L. Extrusión cutánea como manifestación atípica de un quiste del conducto tirogloso. Cir Esp. 2008; 84 (3): 166-75
4. Sánchez Acuña G, Ramírez Melgoza J, Wilde Jordán I. Quistes del conducto tirogloso: diagnóstico y tratamiento. Revista mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2009; 5 (3): 111-117

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO INGESTA ACCIDENTAL DE CÁUSTICO

EXPLICACION FINAL

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

Los cáusticos son sustancias con capacidad de lesionar los tejidos con los que contactan, produciendo lesiones similares a una quemadura. La ingesta es más frecuente en los niños, sobre todo menores de 2 años, aunque en los adultos podemos encontrar ingestas voluntarias con fines autolíticos. La mortalidad descrita en países occidentales está en torno a un 4%, habiendo disminuido en las últimas décadas, principalmente por la mejoría en la seguridad de los productos.

Se pueden diferenciar dos tipos de cáusticos según su pH: ácidos ($\text{pH} < 7$) o alcalis ($\text{pH} > 7$) y están presentes en productos de limpieza, disolventes, pilas, cosméticos...etc.

La principal diferencia entre ambos es que los alcalis producen una necrosis por licuefacción, dando lugar a una rápida penetración tisular mediante una potente acción disolvente, acompañada por una intensa reacción inflamatoria que causa lesiones profundas e incluso perforación, mientras que los ácidos originan una necrosis coagulativa, dando lugar a una escara que normalmente limita la penetración provocando

lesiones menos profundas. Es frecuente que tengan mal sabor, por lo que salvo que la ingesta sea intencionada; suelen ser expulsados rápidamente, favoreciendo de esta manera la lesión de las vías aéreas al estimular el vómito y la tos. Por otro lado las soluciones alcalinas suelen ser insípidas e inodoras, y se pueden deglutir antes de provocar un reflejo protector, ingiriendo así mayores cantidades.

Existen varios factores que determinan la severidad: las características químicas del agente, su concentración, el volumen ingerido y el tiempo de exposición al mismo. Otros factores en menor medida serían el estado físico del cáustico y el grado de repleción gástrica.

CLÍNICA

Los síntomas que podemos encontrarnos son odinofagia, disfagia, edema, eritema, exudados en labios, cavidad oral y faringe, sialorrea, epigastralgia, dolor torácico, vómitos y hematemesis. Puede aparecer disfonía, ronquera o estridor que suelen traducir edema de glotis. Los vómitos espontáneos se asocian con mayor incidencia de lesiones esofágicas graves, siendo la estenosis esofágica la complicación tardía más importante. Numerosos estudios indican que la presencia o ausencia de clínica no se correlaciona con la gravedad y extensión de las lesiones, así como la existencia de lesiones orales o faríngeas no predice la presencia de lesiones en el esófago y el estómago, aunque

sí se ha descrito un mayor riesgo en pacientes con uno o más signos o síntomas y en los que han presentado vómitos.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO INICIAL

Para la correcta valoración es necesaria una buena anamnesis, en la que se debe interrogar sobre tipo y concentración del cáustico, cantidad ingerida y presencia de vómitos, indicando si fueron inducidos o accidentales.

Debemos sospechar perforación esofágica o gástrica ante la presencia de dolor torácico, signos peritoneales, disnea o taquipnea, estridor, enfisema subcutáneo o shock, e identificar los signos de perforación como mediastinitis o peritonitis, que suponen indicación de cirugía urgente.

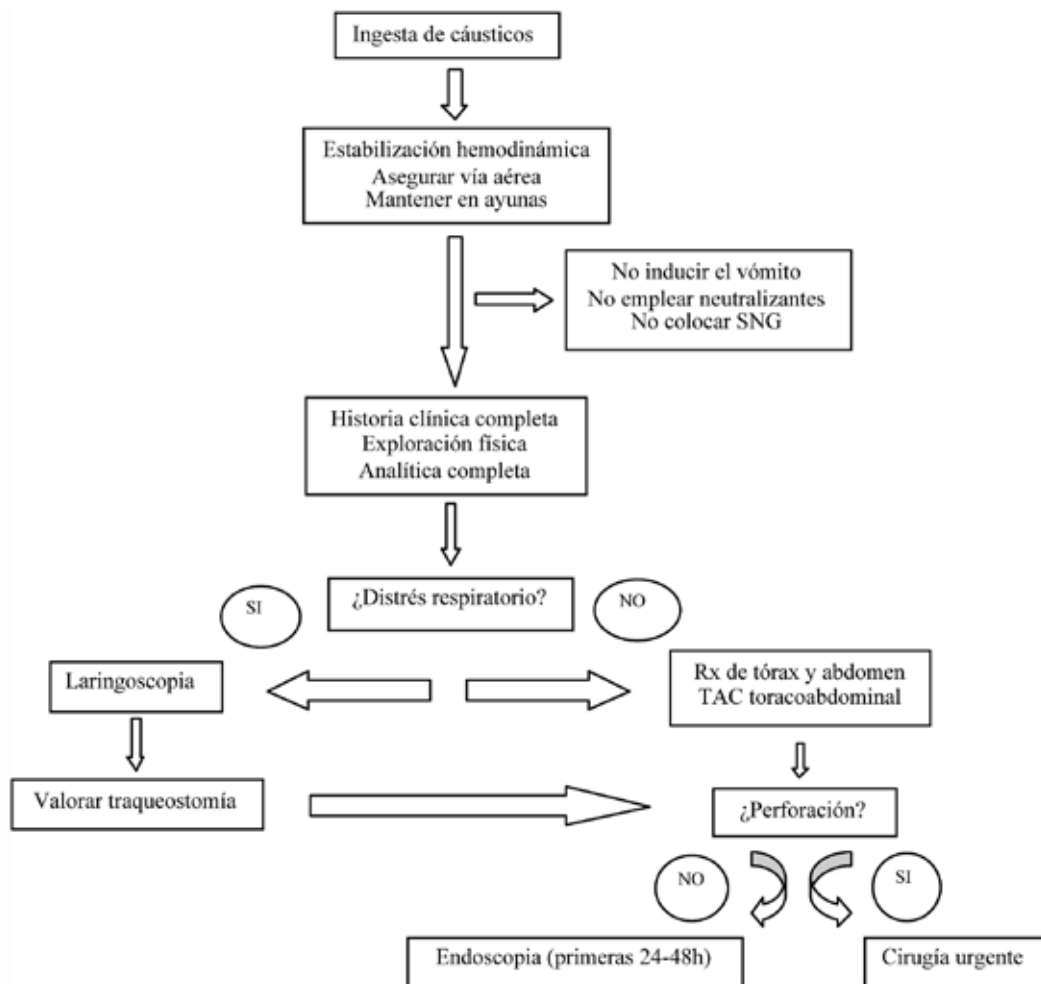
El objetivo primordial es la estabilización hemodinámica y en aquellos casos que se presente distrés respiratorio, realizaremos una laringoscopia para valorar la permeabilidad de la vía aérea por si fuera necesaria una traqueostomía.

La inducción del vómito y el lavado gástrico están contraindicados en estos pacientes, ya que se vuelve a exponer a la mucosa esofágica y orofaríngea al efecto del tóxico, lo que agrava aún más la afectación, al igual que la administración de agentes neutralizantes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Mantendremos en dieta absoluta al paciente en un inicio para estabilizarlo y realizar analítica completa con hemograma, bioquímica y gaseometría, así como radiografías de tórax y abdomen que nos permitan identificar signos de perforación: neumotórax, neumoperitoneo, neumomediastino o ensanchamiento mediastínico, o bien una tomografía axial computarizada toracoabdominal en caso de duda.

El método de elección, cuando no existe perforación, para valorar la presencia, extensión y severidad de las lesiones, es la endoscopia digestiva alta. Se realiza en las primeras 24-48 horas y nos da un valor pronóstico al correlacionar el tipo de lesión con la aparición de complicaciones graves agudas y secuelas tardías. Esto además nos servirá para diferenciar el paciente susceptible de manejo ambulatorio o si existe necesidad de ingreso.



Escala de severidad de las lesiones esofágicas causadas por cáusticos (escala de Zargar)

Grado	Descripción endoscópica	Riesgo de estenosis
0	Ninguna	0%
I	Edema y eritema en la mucosa	0%
IIa	Exudados, erosiones y úlceras superficiales, hemorragias	0%
IIb	Úlceras circunscritas y profundas, úlceras circunferenciales	50-70%
IIIa	Áreas aisladas de necrosis poco extensa	70%
IIIb	Extensas áreas de necrosis	100%

Las esofagitis cáusticas leves (grado 0, I y IIa de Zargar) tienen un pronóstico excelente sin presentar morbilidad significativa y sólo precisarán tratamiento sintomático, pudiendo reiniciar dieta sólida tras 24-48 horas si ha existido buena tolerancia a líquidos. Los casos de causticación severa (grado IIb, IIIa y IIIb) requieren una vigilancia intensiva y deberán ser valorados por cirugía por su alta morbimortalidad asociada a riesgo de perforación. Este tipo de enfermos presenta un estado de estrés catabólico importante, por lo que es importante un correcto soporte nutricional que puede ser administrado por vía nasointestinal o por vía parenteral.

Los primeros días tras la ingestión del cáustico existe un mayor riesgo de perforación debido al proceso inflamatorio, pudiendo persistir la ulceración durante meses. Posteriormente se produce una intensa actividad fibroblástica que puede dar lugar a estenosis, generalmente en las primeras 4-8 semanas.

TRATAMIENTO

El tratamiento con corticoides sigue siendo una medida controvertida, pues no se ha demostrado beneficio en cuanto a la prevención del desarrollo de estenosis y podría enmascarar una perforación. El uso de antibióticos de forma profiláctica también es controvertido, aunque se suele emplear en los casos graves.

La cirugía está indicada en casos de perforación y se recomienda la exploración quirúrgica en casos de alta sospecha clínica, aun cuando no se haya podido demostrar por técnicas de imagen.

La dilatación esofágica precoz para prevenir la formación de estenosis se asocia con un mayor riesgo de perforación. Otras modalidades de tratamiento en investigación son la colocación de endoprótesis esofágicas para tratar y prevenir la estenosis en pacientes con lesiones graves y el uso de agentes inhibidores de la proliferación de los fibroblastos como la mitoticina C tópica en pacientes sometidos a dilatación endoscópica, pues parece que podría disminuir el número de sesiones.

En cuanto a prevención de complicaciones tardías como estenosis esofágica y antroplórica o el riesgo de desarrollar carcinoma epidermoide esofágico; se recomienda una vigilancia endoscópica cada 1-3 años, 15-20 años después del episodio agudo.

Se recomienda también, realizar un estudio baritado tres semanas después de la ingesta en aquellos pacientes con lesiones significativas, ya que las lesiones esofágicas suelen aparecer en los 2 primeros meses.

Respuesta correcta a las preguntas formuladas: Pregunta A (3), pregunta B (5)

BIBLIOGRAFÍA

1. F.J. Montero Pérez, E. Pérez Rodríguez, M. L. Vignote Alguacil, L. Jiménez Murillo y A. Poyato González. Intoxicación aguda por la ingestión de cáusticos. En: Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ªed. Barcelona: Elsevier; año 2010.707-710.
2. M. Sánchez Cazalilla, A.J. Lucendo. Sección de Aparato Digestivo. Hospital General de Tomelloso. Tomelloso. Ciudad Real. Otras esofagitis. Etiología infecciosa y tóxica/cáustica. Esfagitis eosinofílica. Medicine.2012; 11:13-25
3. Caunedo Álvarez, Á. & Herrerías Gutiérrez, J. M. Protocolo de actuación en la ingestión de cáusticos. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 10, 53-56 (2008).