

Intento autolítico por ingestión de cáusticos

L. Márquez de la Plata Alonso, M. Santos, C. Iglesias, L. Huber, J.L. Morales, O. Sánchez, C. Sánchez
Departamento de Digestivo. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

Las lesiones por ingestión de cáusticos suelen ser leves debido a que la toma del producto es escasa. Sin embargo, los intentos autolíticos conllevan graves daños esofágicos con más frecuencia.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 14 años, con antecedentes depresivos, que acude a urgencias tras haber ingerido un producto decapante de pinturas, el cual resultó ser un potente álcali (pH >12).

Palabras clave

Ingestión de cáusticos, autólisis, gastritis por agentes corrosivos

Abstract

Title: Caustic ingestion in a suicide attempt

The lesions produced by caustic substances are usually mild because the amount ingested is small. However, in a suicide attempt, serious damage to the esophagus is more common.

We report the case of a 14-year-old patient with a previous diagnosis of depression, who was brought to the emergency service after drinking a caustic alkali.

Keywords

Caustic ingestion, suicide, caustic-induced gastritis

Introducción

La ingestión de cáusticos supone el 5% de los accidentes domésticos y el 2,5-4,5% de las urgencias pediátricas. En el 30% de los casos se producen lesiones esofágicas, de las cuales la mitad es causa de estenosis¹. La forma más frecuente de ingestión por cáusticos suele ser, en general, accidental, con productos de limpieza. La composición de éstos suelen corresponder generalmente a álcalis, y producen en la mucosa esofágica una licuefacción con retención de líquido, lo que favorece la extensión de la lesión y la perforación. El efecto lesivo de los ácidos radica en el estómago, al no ser neutralizados por el ácido clorhídrico, a diferencia de los álcalis¹.

La esofagitis por cáusticos no suele ser habitual debido a la utilización de lejías domésticas muy rebajadas y a que normalmente sucede en el domicilio, en niños menores de 5 años, por lo cual la ingestión es escasa y con ello las lesiones son raras. Sin embargo, en los adolescentes los intentos autolíticos con dichas sustancias son más frecuentes –hay que destacar la incidencia de ingestión de productos cáusticos en esta población como intentos autolíticos–, por lo que hay que sospechar un mayor daño sobre la mucosa esofágica, básicamente por la mayor cantidad de cáustico ingerida.

En estos pacientes, es fundamental el manejo en la urgencia, su estabilización y una actuación rápida al respecto, ya que los primeros 3 días son vitales para el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

Caso clínico

Varón de 14 años de edad, que ingresó por haber ingerido de forma voluntaria un vaso de un producto decapante de pinturas hacía 45 minutos (álcali potente con pH de 12,5). Había vomitado, y como único síntoma presentaba una odinofagia postingestión.

En la exploración física estaba afebril, con una presión arterial de 114/64 mmHg, una frecuencia cardiaca de 81 lat/min y una frecuencia respiratoria de 12 resp/min. En la exploración orofaríngea no se visualizaban lesiones y la auscultación cardiopulmonar era normal. El resto de la exploración no revestía mayor interés.

El paciente presentaba los siguientes parámetros analíticos: pH 7,40, PCO₂ 45 mmHg, HCO₃ 28,1 mmol/L (venoso), hemoglobina 15,5 g/dL, hematocrito 46,2%, leucocitos 10.200/μL, con un 64% de granulocitos y un 25,4% de linfocitos, plaquetas 264.000/μL, y una bioquímica e iones sin alteraciones. La radiología de tórax no presentaba alteraciones destacables.

Según el protocolo de la Sociedad Española de Pediatría, se inició fluidoterapia intravenosa. Se administró al paciente un antiemético (ondasetrón) y protectores de la mucosa gástrica. A las 24 horas del ingreso se realizó una esofagogastropia (hasta el bulbo duodenal), en la que se objetivaron lesiones lineales no circunferenciales de grado II-III, con restos fibrinosos en la superficie que afectaban al tercio medio y proximal de la mucosa esofágica; en la cámara gástrica se visualizaron

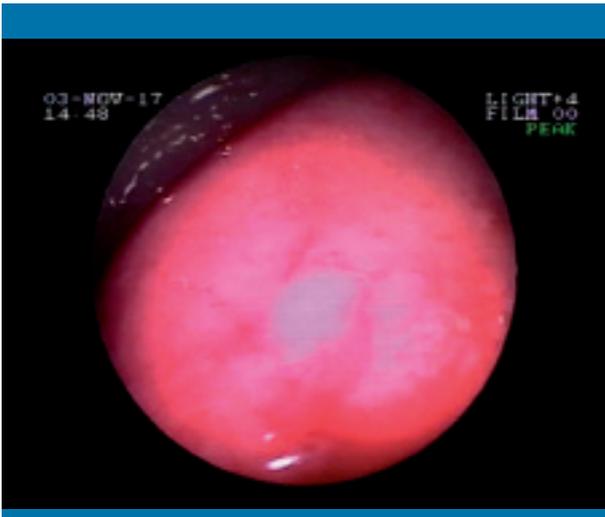


Figura 1. Gastritis erosiva



Figura 2. Gastritis erosiva

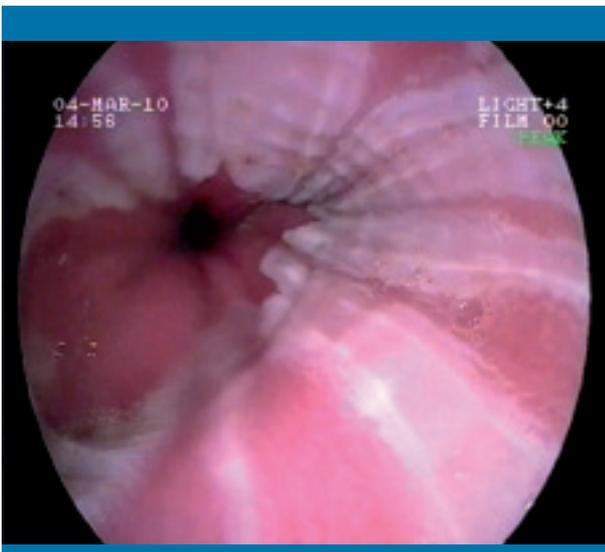


Figura 3. Esofagitis grado III

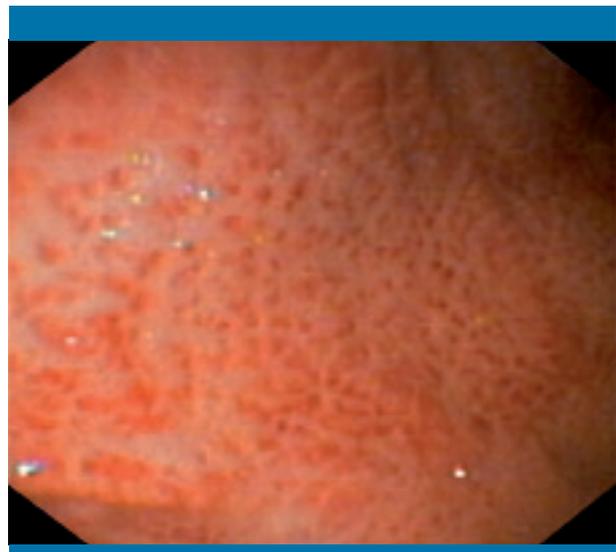


Figura 4. Gastritis cicatricial

pliegues hiperémicos sin lesiones ulcerativas (gastritis de grado II) (figuras 1-3). El paciente permaneció con sueroterapia durante 36 horas, iniciando tolerancia oral a las 48 horas.

Dado el antecedente de intento autolítico se realizó una intervención por parte del servicio de psiquiatría, en donde se evaluó una serie de factores estresantes en el ámbito familiar, catalogándolo como reacción adaptativa depresiva.

Al alta, el paciente continuó con un protector gástrico (Sucralfato®) y dieta blanda. Se realizó una endoscopia de control a los 10 días, en la que se observó una mucosa esofágica normal con gastritis cicatricial (figura 4).

Discusión

La ingestión de cáusticos se produce en un 70% de los casos en niños menores de 5 años de edad (en especial, en menores de 3 años), de predominio en varones, por lo que es de suponer que la intoxicación voluntaria en niños es muy rara². Sin embargo, cabe subrayar un estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, entre los años 1971 y 1989, en el que se revisaron los casos de 90 pacientes que habían ingerido agentes corrosivos (la mitad eran menores de 20 años y la mayoría mujeres). Destacaba que casi el 80% de los casos eran intentos autolíticos³. En el Hospital de Ankara se investigaron

diferentes intoxicaciones en 489 pacientes (la ingestión de cáusticos se produjo en un 16,8% de los casos), analizando la frecuencia según el sexo, la edad y si la causa era voluntaria o accidental. Se comprobó que la mayoría de los casos eran accidentales (78,1%) y se producían en edades inferiores a 5 años; sin embargo, los intentos autolíticos (67,3%) correspondían sobre todo a mayores de 10 años⁴. En nuestro hospital en los años 2004-2005 se registraron 32 intentos autolíticos, de los cuales 26 correspondieron a mujeres con una media de edad próxima a los 15 años (rango, 13-16), la mayoría fue por causas medicamentosas, uno por medios físicos (precipitación) y 4 por ingestión de cáusticos (un 50% en mujeres), como lejía, decapante de pinturas, antiverrugas y aguarrás.

En el Hospital de Pereira Rossell de Montevideo se realizó un estudio similar al anterior entre junio de 1998 y mayo de 1999⁵. La edad de los pacientes era de 1-13 años. De los 50 niños, 18 presentaban lesiones en el tubo digestivo (15 en el esófago, de predominio en el tercio superior, 7 en el estómago y 1 con úlcera duodenal). En otro estudio⁶, realizado en el Hospital Universitario de Cirugía Pediátrica en Bulgaria, se analizaron, durante un periodo de 12 años, la incidencia de lesiones digestivas tras la ingestión de agentes corrosivos: 21 de los pacientes presentaban lesiones combinadas (esofágicas y gástricas), y 19 de ellos precisaron cirugía (Nissen, piloroplastia, transposición esofagocólica).

La ingestión de cáusticos ocasiona sintomatología en el 25% de los casos estudiados, sobre todo odinofagia, disfagia, vómitos, edema de labios y mucosa oral. No obstante, dado el porcentaje de ausencia de síntomas, es importante recordar que la ausencia de lesiones orofaríngeas no excluye el daño esofágico⁷.

Las manifestaciones clínicas son fundamentales para el diagnóstico de las posibles complicaciones en la evolución de dichos pacientes. Como complicaciones precoces, si aparece disnea y estridor (sobre todo si el cáustico es volátil o tras un vómito), hay que sospechar una neumonitis química, por lo que se realizará una radiografía de tórax entre 6 y 8 horas postingestión. Si el paciente presenta dolor retrosternal, con enfisema subcutáneo, hay que pensar en la perforación esofágica. Los síntomas de fiebre, abdomen agudo, taquicardia y leucocitosis intensa, pueden indicar la presencia de una mediastinitis y/o peritonitis química⁷.

Dentro de las complicaciones tardías, las más frecuentes son la estenosis esofágica poscicatrical y el reflujo gastroesofágico, asociado a alteraciones de la motilidad⁷. En un estudio realizado en el Hospital de Sao Paulo (Brasil), se observó que antes de los 10 años, un 50% de los pacientes presentaba estenosis esofágica, mientras que el porcentaje se elevaba hasta cerca del 90% en los pacientes entre 11 y 20 años, lo que sugiere que la ingestión podría haber sido mayor por un incremento en los intentos autolíticos en ese grupo de edad.

La primera actuación es la estabilización hemodinámica, con fluidoterapia intravenosa, analgesia y antieméticos, y la exploración laríngea. Luego se procede a realizar una anamnesis deta-

llada. Ante una clínica compatible con perforación, se debe realizar una radiografía de tórax y/o abdomen. En nuestro caso se realizó dicha prueba porque la ingestión fue significativa, y se suponía la presencia de lesiones graves. Dentro de las primeras 12-48 horas está indicada una endoscopia —no antes de las 6 horas, porque infravaloraríamos las lesiones y precipitaríamos el vómito, y tampoco después de las 72 horas, ya que el esófago es más friable por estar en fase de cicatrización y podríamos favorecer la perforación—. En nuestro caso nos encontramos con una gastritis de grado II, lesión inusual por ser la ingestión de un álcali, cuando éste puede ser neutralizado por el ácido clorhídrico del estómago, de ahí la rareza de este caso. La endoscopia es clave en el diagnóstico y el tratamiento. Un ejemplo de ello es el del Hospital de Montevideo, en el que se realizó una fibroendoscopia esofagogastroduodenal en 41 pacientes, apreciándose lesiones en casi la mitad de ellos. Al alta, en lesiones de grado IIb y III, es preciso realizar a las 2-3 semanas una esofagoscopia o tránsito esofagogastroduodenal⁵. En nuestro caso, se realizó la endoscopia a los 10 días, y el paciente presentó una gran mejoría clínica. En el Hospital de Montevideo se realizaron 5 endoscopias de control a las 2 semanas, persistiendo las lesiones de grado III en el 0,5% de los pacientes.

Ante lesiones de grado 0, I y IIa, el paciente debe permanecer con dieta líquida durante 2-3 días, para pasar después a una dieta blanda durante 7-10 días⁵, como se hizo en el presente caso.

Posteriormente, se realizará una endoscopia de control a las 2-3 semanas¹ para descartar complicaciones tardías, como la estenosis esofágica. La evolución final del paciente de este estudio fue buena, a pesar de haber tenido lesiones esofágicas de grado IIb con una frecuencia de estenosis cicatricial del 50%, y de lesiones gástricas de grado IIa. Por tanto, a la hora de realizar la endoscopia para descartar quemaduras digestivas, no sólo se debe visualizar el esófago, sino también el estómago, pues se han descrito casos de gastritis por cáusticos, incluso con álcalis. ■

Bibliografía

1. Bautista A, Argüelles Martín F. Ingesta de cáusticos. Asociación Española de Pediatría. 2005; 15: 141-142.
2. Ayala J, Humayor J, Rementería J. Intoxicaciones no farmacológicas. Asociación Española de Pediatría. 2005; 19: 249-250.
3. Téllez J. Agentes cáusticos y corrosivos. Universidad Nacional de Colombia. Guías de Urgencias/Intoxicaciones. 2005; 15: 1.247-1.254.
4. Andiran N, Sarikayalar F. Pattern of acute poisonings in childhood in Ankara: what has changed in twenty years? Turkish J Pediatrics. 2004; 46(2): 147-152.
5. Lembo H, Chavarría O. Ingesta de cáusticos: un real problema de nuestra sociedad. Servicio de Cirugía Pediátrica. Facultad de Medicina. Ministerio de Salud Pública. Hospital «Pereira Rossell». Montevideo, Uruguay. Sitio Médico. 2000.
6. Brankov O. Severe combined corrosions of esophagus and stomach—diagnostic and treatment. Khirurgiia (Sofia). 2003; 59(5): 7-10.
7. Solís F. Gastroenterología, endoscopia digestiva y enfermedades del hígado. V Congreso Regional y II Reunión Zona Norte de Salud Pública. 2004.