

Caso	(048) Esofagitis gástrica secundaria a cáusticos: intento autolítico con sulfamán.
Autores	Miguel Costa Lorente, Pilar Guiral Foz, Jorge Romero Martínez, Elena Díaz Fernández, Laura Sesé Lacámara, Juan Ramón Y Cajal Calvo
Centro	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 77 años que acude a Urgencias por intento autolítico tras ingesta voluntaria de cáusticos (sulfumán), que cursa con vómitos con hebras de sangre, voz ronca y dolor a nivel de orofaringe y epigastrio.

Se practica una gastroscopia urgente que visualiza restos hemáticos y leve eritema sobre los senos piriformes, y que cuando avanzan por esófago tienen que detener la exploración pues el paciente comienza con un episodio de desaturación, intuyendo zonas de exudados, erosiones y úlceras en esófago antes de su extracción. Se alerta un importante edema de epiglotis, aritenoides y bandas laríngeas con disminución del espacio glótico mediante fibrolaringoscopia, por lo que se decide realizar traqueotomía de urgencia en primer anillo traqueal para asegurar la vía respiratoria.

Se recomienda tomografía computerizada para estadiaje de la lesión gastroesofágica debido a la exploración incompleta, confirmando los cambios inflamatorios transmurales con edema y afectación de tejido adiposo adyacente a nivel esofágico y gástrico con ausencia de realce parietal en este último, pero sin identificar gas ectópico, clasificándose como lesiones tipo 2.

El paciente ingresa en UCI donde a los pocos días desarrolla un hematoma secundario a anticoagulantes a nivel de psoas que termina causando su defunción.

DISCUSIÓN

La ingestión de sustancias corrosivas se trata de una emergencia toxicológica que requiere del estudio exhaustivo por gastroscopia para determinar un tratamiento adecuado en las primeras 12 horas tras la ingestión, ya que las lesiones identificadas tendrán correlación con las complicaciones tanto agudas como a largo plazo.

Debe evaluarse la vía aérea considerando la intubación de forma temprana para evitar su obstrucción progresiva, realizar terapia de perfusión con volumen intravenoso y vaciado gástrico evitando el carbón activado y la neutralización.

La radiografía simple tiene una sensibilidad limitada, sin embargo, la TC es útil en los casos en los que no se puede completar la endoscopia ya que además de tener la ventaja de ser menos invasiva y más rápida, es muy sensible para evaluar el tracto gastrointestinal superior, incluyendo las lesiones de la pared y no solo mucosa, descartando signos de perforación como gas extraluminal mediastínico o peritoneal y aportando información adicional sobre las posibles lesiones pulmonares. En contra, subestima la gravedad de las lesiones y tiene una menor

sensibilidad y especificidad para el pronóstico de las complicaciones en fase aguda por lo que no debe ser la única base para la toma de decisiones quirúrgicas en el momento inicial.

Se ha desarrollado una clasificación en la que se estadifican las lesiones como:

Grado 0: cuando el tracto gastrointestinal muestra una apariencia normal.

Grado 1: presenta un engrosamiento parietal edematoso.

Grado 2: se asocia con una infiltración de los tejidos blandos adyacentes.

Grado 3: aparece una colección líquida adyacente, burbujas de gas en la pared (neumatosis) o aire libre peritoneal o mediastínico.

CONCLUSIÓN

La TC tiende a subestimar la gravedad de las lesiones por sustancias corrosivas y tiene menor sensibilidad en comparación con la endoscopia para predecir complicaciones graves durante la fase aguda, por lo que se sugiere que no debe ser la única base para la toma de decisiones quirúrgicas en la fase inicial pero que, sin embargo, puede complementar la información endoscópica o ayudar en los casos en los que no se puede completar la endoscopia proporcionando, además, información sobre la afectación pulmonar.

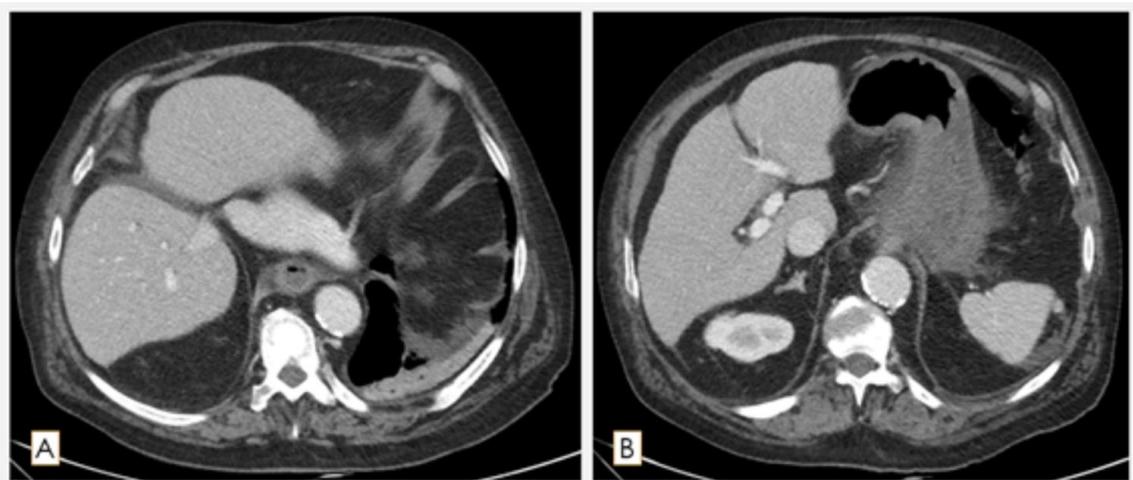


Figura: A y B) cortes axiales de TC donde se visualiza un engrosamiento transmural concéntrico esofágico con discreta cantidad de líquido adyacente y engrosamiento y ausencia de realce parietal gástrico con estriación del tejido graso adyacente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang JO, Choi JW, Hwang Y. A case of severe corrosive esophagitis, gastritis, and liver necrosis caused by ingestion of methyl ethyl ketone peroxide. Clin Exp Emerg Med. 2016; 3(4):256-261. DOI: 10.15441/ceem.15.055.
2. Lurie Y, Slotky M, Fischer D. The role of chest and abdominal computed tomography in assessing the severity of acute corrosive ingestion. Clin Toxicol (Phila). 2013; 51(9):834-7. DOI: 10.3109/15563650.2013.837171.