

Causticaci3n g3astrica: problema diagn3stico



Dra. Tatiana Garcia, Dr. Aitor Olmo, Dr. Indalecio Mor3n,
Dr. Luis Marruecos. (HSCSP.Cures Intensives)

CÁUSTICO:

Toda sustancia que, teniendo un comportamiento típicamente lesional en la puerta de entrada, va a **producir destrucción de los tejidos expuestos**, al atacar a las membranas celulares, causando **necrosis**.



Generalidades

Ingesta, contacto ocular, exposición dérmica e inhalación.

Accidental sobre todo en < 5 años.

Fines suicidas en adultos, con agravante de aumentar el riesgo de lesión.

Pertenece a las intoxicaciones no medicamentosas.

Ácidos: pH 0-2 → **Necrosis Coagulativa**

Álcalis: pH 11,5-14 → **Necrosis Colicuativa / licuefactiva**

Sustancias Oxidantes: **Reacciones Redox**

J Clin Gastroenterol, Vol 37, No. 2, 2003

FACTORES INFLUYENTES:

- Volumen
- Concentración
- Viscosidad
- Duración Contacto
- Tiempo Tránsito
- Presencia de comida
- Presencia de reflujo gastroesofágico
- Características premórbida

TABLE 1. Common household corrosives

Product	Contents
Chlorox	Sodium hypochlorite (5.25%)
Peroxide	Hydrogen Peroxide (3%)
Tilex mildew remover	Sodium hypochlorite (5%), sodium hydroxide (1%)
Electrasol dishwasher detergent	Sodium tripolyphosphates (20%–40%)
Cascade dishwasher detergent	Phosphates (25%–50%)
Comet cleanser	Trisodium phosphate (14.5%)
Polident powder	Sodium tripolyphosphate (<15%)
Drano (liquid)	Sodium hydroxide (9.5%)
Drano Professional (liquid)	Sodium hydroxide (32%)
Crystal Drano (granular)	Sodium hydroxide (54%)
Liquid Plumber	Sodium hydroxide (0.5%–2%)
	Sodium hypochlorite (5%–10%)
Dow oven cleaner	Sodium hydroxide (4%)
Mister Plumber	Sulfuric acid (99.5%)
Lysol toilet cleaner	Hydrochloric acid (8.5%)



Manifestaciones Clínicas

10 – 30 % de pacientes sin lesiones orofaríngeas tienen lesiones esofágicas.

70% de los pacientes con lesiones orofaríngeas tienen endoscopia normal.

Sintomatología

Náuseas

Vómito

Sialorrea

Disfagia

Dolor retroesternal

Dolor abdominal

Tos

Dificultad respiratoria

Edema de boca y labios

Ulceraciones

Placas blanquesinas en mucosa

Puede haber quemaduras en piel de cara

Hemorragia

Choque

Muerte

Manifestaciones Clínicas

- Disfonía, estridor laríngeo e insuficiencia respiratoria → **edema de la región glótica**
- Dolor retroesternal intenso + insuficiencia respiratoria + taquicardia + hipotensión → **perforación esofágica**
- Dolor abdominal intenso + Distensión + irritación peritoneal → **perforación gástrica / intestinal.**

DIAGNÓSTICO

Endoscopia:

- pH <2: de forma precoz. Acción máx. primera hora
- pH >12: dentro de 6-12 h

Período crítico pared esofágica:
5º y 12º día tras ingerir alcalis.

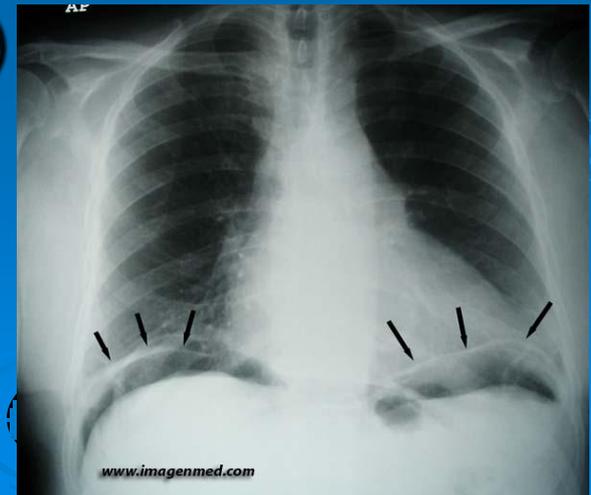
Contraindicada:

- Obstrucción Vía aérea superior
- Signos y síntomas de perforación
- Inestabilidad hemodinámica
- Shock
- Más de 48 h y entre 5-15 días



DIAGNÓSTICO

- Radiografía:
 - Tórax: neumotórax
 - Abdomen: Neumoperitoneo
- Analítica:
 - Acidosis metabólica persistente (perforación esofágica/ gástrica/ intestinal)
 - Electrolitos
 - Función renal
 - Hemograma



Tratamiento

-Asegurar **vía aérea**. Intubación, crico, traqueo...

-Aliviar dolor

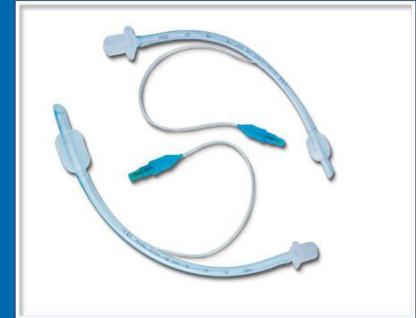
-Fluidos IV

-Dieta Absoluta. No emesis. **Antiemético.**

-AntiH2

-**Alcalis**: Valorar Stent (estenosis)

-ATB: si perforación, broncoaspiración. **No rutinario.**



Caso Clínico

- Mujer 83 años
- Antecedentes:
 - HTA
 - Sd. Ansioso
 - Sd. Vertiginoso
- Medicación habitual: Ameride, Omeprazol, Serc, Diacepam (3cp/d).

Enfermedad actual

- 20/11/2012 (domicilio): por la tarde, los familiares la encuentran postrada en el sofá, con restos de contenido gástrico y refiriendo dolor en la zona púbica.
- Trabajo respiratorio + secreciones.
- Traslado a Urgencias de HSCSP. (21:10 h)

Sin fiebre / Sin signos clínicos de Infección

➤ (Urgencias):

- ✓ Vigil, afebril, Secreciones altas +++
- Posible Ictus??? (Disfagia / disfonía)= TC craneal → NRL de guardia descarta evento vascular. (1ª Exploración)
- ✓ Taquicardia + Desaturación + Mala mecánica respiratoria
- Posible TEP??? = Dímero D >50.000 µg/L. TC torácico descarta evento vascular y proceso infeccioso.

E. Complementarias:

- ❖ Acidosis metabólica persistente (pH 6,94 / pCO₂ 44 mmHg/ pO₂ 56 mmHg/ HCO₃ 6,7 mmol/L/ EB -22)
 - ❖ Leucocitosis 30.000 con desviación izq
 - ❖ Sedimento de orina (+) BGN + piuria (*Citrobacter koseri*)
- ✓ Deterioro neurológico → IOT
(Anestesiología): sin observaciones,
salvo por ligero edema glótico y eritema.
Cormack I. (2^a Exploración)

Medicina Intensiva (2 a.m. 21/03/12)

- Orientación Dx: Sepsis de origen urinario y Broncoaspiración.
 - ✓ Diaforesis, taquicardia, taquipnea, signos de hipoperfusión distal.
 - ✓ Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. (sedoanalgesiada)
 - ✓ Muy inestable hemodinámicamente sin respuesta a resucitación hídrica con soporte de noradrenalina a dosis elevadas. Diuresis conservada.
 - ❖ Ecocardiografía: contractilidad y FEVI disminuídas. VD normal. VCI normal.
 - ❖ Hb 170 g/L. pH 7,06 / pCO₂ 26 mmHg/ pO₂ 99 mmHg/ HCO₃ 8 mmol/L/ EB -21 Láctico 4,4 mmol/L.

➤ Mala evolución:

- Continua muy inestable con dosis elevadas de vasopresores.
- Acidosis metabólica resistente a aportes de bicarbonato con aumento creciente de lactacidemia.

➤ Exploración física: Abdomen Agudo!!!

- ❖ TC abdominal: Discreta cantidad de líquido peritoneal de alta densidad (hemático vs. Contraste???). Diagnóstico diferencial entre hemoperitoneo (isquemia intestinal, otras causas) / Coleperitoneo secundario a colecistitis aguda perforada)

- Traslado a Quirófano

➤ **Hallazgos Intra-Qx:** inicia laparoscópica → Mal aspecto
→ convierten a laparotomía media exploradora.

- Estómago con signos necróticos
- Abundante cantidad de líquido periesplénico
- Salida de abundante cantidad de líquido purulento fétido intestinal.
- Isquemia total de estómago perforado
- Bazo isquémico sin pulso en arteria esplénica
- Hígado con sufrimiento circulatorio
- Peritonitis difusa
- Esófago y segunda porción de duodeno aparentemente bien vascularizados.

➤ Se descarta la posibilidad de cirugía resolutive.

➤ Dado el estado general se decide mantener actitud conservadora con cierre de la cavidad.

➤ Reingreso a UCI:

- Limitación y retirada del esfuerzo terapéutico
 - (Consensuado con familiares)
- Medidas de confort

➤ Exitus (22/03/12 a las 23h desde su ingreso a UCI)

➤ Se solicita Necropsia que se concede.

Autopsia

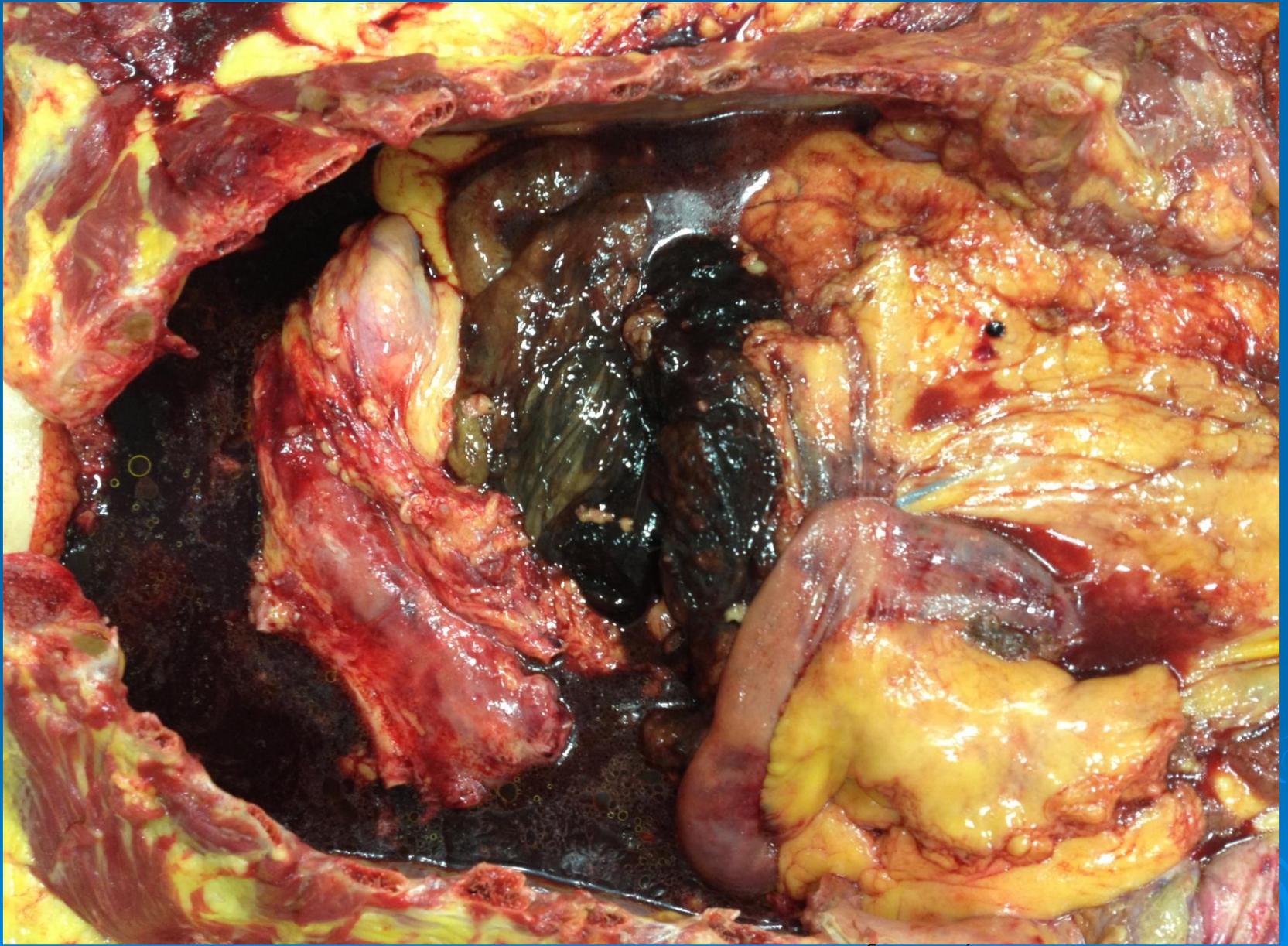
- Necrosis coagulativa masiva esófago-gástrica con lisis de la pared gástrica y afectación por continuidad de órganos adyacentes: hígado, bazo, páncreas, intestino y diafragma con depósitos de fibrina
- Necrosis y hemorragia de cavidad oral, lengua y faringe.
- Aorta abdominal y troncos principales sin alteraciones.











Problemas detectados

➤ Causticación no objetivada por ninguna exploración prequirúrgica y quirúrgica.

➤ ¿¿¿Es posible???

10 – 30 % de pacientes sin lesiones orofaríngeas tienen lesiones esofágicas.

70% de los pacientes con lesiones orofaríngeas tienen endoscopia normal.

Causticados clínica inicial

nº	Do	Si	Di	Da	Dl	P	Vo	Df	Tos	Escopia
1 L	•									I III
2 L		•								II III
3 L	•		•							-
4 C	•									II II
5 L				•	•					II III III
6 C				•	•	•				-
7 C	•			•	•		•			II III
8 C	•			•						-
9 C	•			•		•				III III
10 C	•	•		•				•		III III
11 C			•				•		•	II III II
12 C	•			•	•		•	•		III III nc
13 L	•								•	I II II nc

Do:quemaduras orales, Si:sialorrea, Di:disnea, Da:dolor abdominal,
 Dt:dolor torax, P:peritonismo, Vo:vómitos, Df:disfonia, nc:no cirugía, _

Gracias.

