



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-631 - INGESTA ACCIDENTAL DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO: ¿QUÉ DEBEMOS SABER?

Llorach-Perucho, Núria; Pascua-Solé, Mireia; Juárez-Pomés, Miquel; Peig-Font, Anna; Gómez-Torres, Irene; González-Costa, Anna; Cidoncha-Secilla, Ariadna; Navarro-Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: El peróxido de hidrógeno es un agente incoloro, inodoro y oxidante que se presenta en concentraciones entre 3-90%. Su intoxicación es poco frecuente y generalmente presenta un buen pronóstico. Las complicaciones y los desenlaces fatales acostumbra a presentarse en pacientes pediátricos y en ingestas de altas concentraciones (> 35%). La mortalidad de estos pacientes se relaciona con el embolismo gaseoso arterial cerebral. La oxigenoterapia hiperbárica se ha propuesto como terapia y normalmente implica la resolución de la sintomatología.

Caso clínico: Presentamos nuestra experiencia frente a un paciente que acudió a nuestras urgencias por ingesta accidental de peróxido de hidrogeno a alta concentración. A su llegada presentaba náuseas, vómitos y eritema bucal, y, aunque no se evidenciaban alteraciones analíticas ni en la gastroscopia, en la tomografía axial computarizada se describía neumatosis esofágica, gástrica y portal con neumomediastino; hallazgos que resolvieron tras 3 horas de oxigenoterapia hiperbárica. En su seguimiento ambulatorio, el paciente persistió asintomático y sin complicaciones.



Discusión: Los principales mecanismos de toxicidad del peróxido de hidrógeno incluyen la lesión directa del cáustico (acción corrosiva) y la formación de grandes cantidades de oxígeno (responsable del embolismo gaseoso y la distensión y perforación de vísceras). La clínica del paciente (digestiva, respiratoria y neurológica) no se correlaciona con la extensión de las lesiones evidenciadas en pruebas complementarias. El manejo incluye monitorización, analítica, gasometría arterial y radiografía de tórax y abdomen. La gastroscopia tiene que ser considerada cuando el paciente presenta clínica digestiva. La tomografía axial computarizada (TAC) es la prueba más sensible para identificar aire portal; también es útil para valorar perforaciones. El tratamiento se basa en el soporte hemodinámico y en el abordaje de las complicaciones. No se recomienda el lavado gástrico ni el uso de carbón activo. La oxigenoterapia hiperbárica está indicada en presencia de sintomatología neurológica; pero no hay evidencia de su utilidad contra el gas portal. El pronóstico se relaciona con la patología causada y no con la presencia o ausencia de gas portal.