



P-187 - TIMING EN EL MANEJO DE LA ESTENOSIS ESOFAGOGÁSTRICA POSTERIOR A LA INGESTIÓN DE ÁCIDO CLORHÍDRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Gil, José Manuel; de La Plaza Llamas, Roberto; Gemio del Rey, Ignacio Antonio; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Picardo Gomendio, María Dolores; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; Sanz Villalobos, Eduardo

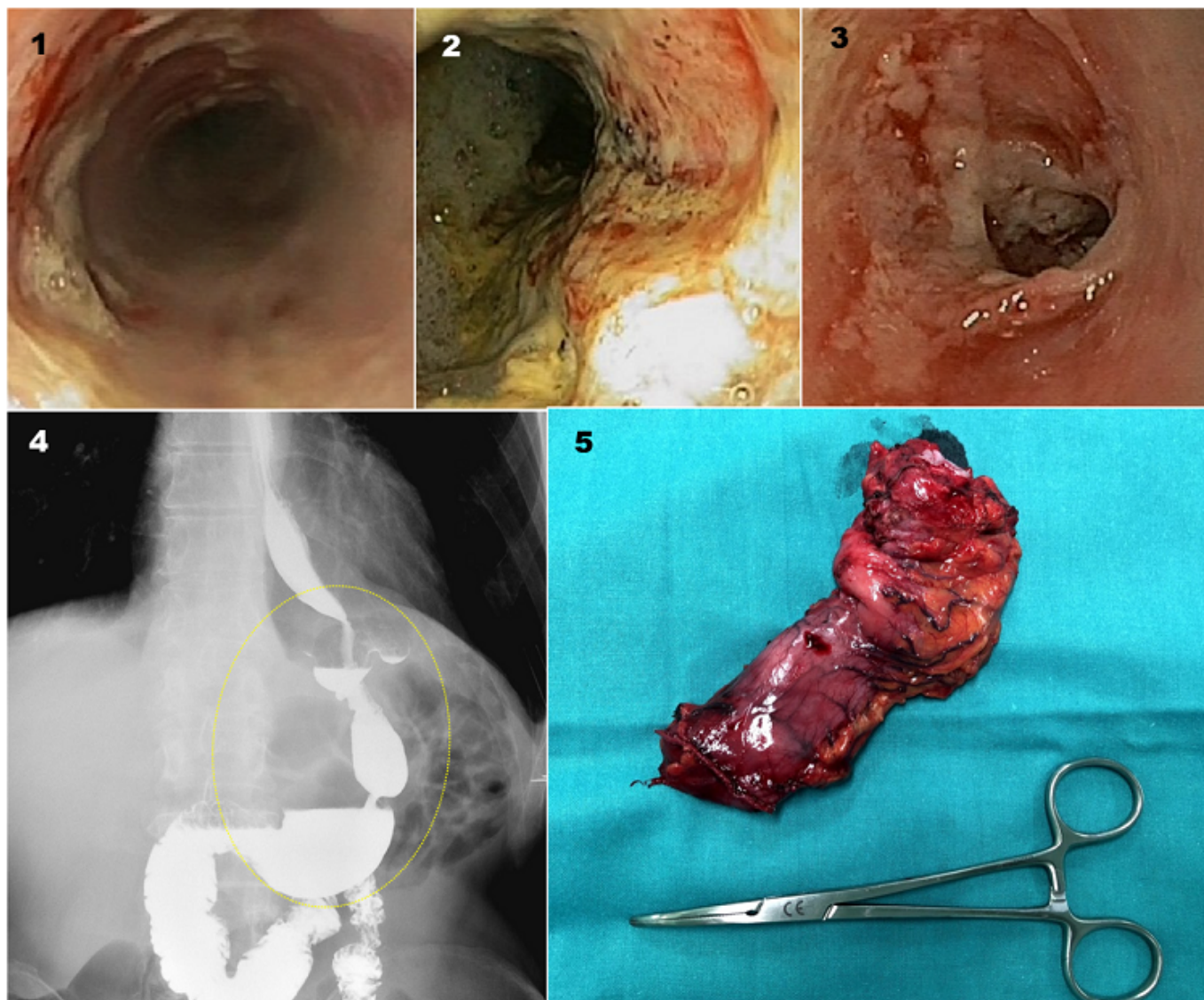
Hospital Universitario Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La ingestión de cáusticos en adultos, típicamente con intención autolítica, provoca lesiones esofagogástricas cuya gravedad depende de factores como la concentración y tipo de agente, pudiendo evolucionar a necrosis y perforación. Los pacientes con signos clínicos y tomográficos de perforación precisarán cirugía urgente. La estenosis fibrótica cicatricial, establecida semanas tras la ingestión, es la complicación más frecuente.

Caso clínico: Varón de 60 años, previamente dado de alta de Unidad de Conductas Adictivas por abuso de alcohol, que presenta dolor epigástrico intenso tras ingerir un sorbo de ácido clorhídrico. En Urgencias presenta TA 135/95 mmHg a 98 lpm, SatO₂ 98% y dolor a la palpación epigástrica sin peritonismo. Analíticamente destacan 13800 leucocitos, PCR 247,7, LDH 364 y láctico 2,2. TAC: engrosamiento esofágico difuso y menor del estómago, sin signos de perforación ni colecciones intraabdominales o mediastínicas. Ingresa con manejo conservador (antibiótico de amplio espectro, dieta absoluta y NPT) y se realiza gastroscopia: desde 25 cm de arcada superior esofagitis con erosiones circunferenciales confluentes (fig. 1) y gastritis ulcerativa difusa grave (fig. 2). Es seguido por Psiquiatría y Nutrición y recibe el alta tolerando adecuadamente purés y suplementos nutricionales. Tres meses después reingresa por regurgitación con la ingesta de sólidos y líquidos y pérdida de 12 kg de peso desde el inicio del proceso. Endoscópicamente se observa desde 37 cm esofagitis cicatricial severa, franqueable con gastroscopio pediátrico solo hasta 45 cm (fig. 3). El EGD informa paso de contraste al estómago con zonas estenóticas a través de unión esofagogástrica también estenosada (fig. 4). Recibe seis sesiones de dilatación endoscópica hasta un diámetro de 14 mm e inyección de corticoesteroides, sin mejoría clínico ponderal. Se inicia nutrición por sonda nasointestinal (6 envases-3.000 cc diarios) y decide cirugía. Preoperatoriamente presenta valores respectivos de prealbúmina y albúmina de 31 y 40,7 y endoscópicamente estenosis a 40 cm franqueable con gastroscopio pediátrico, estómago reducido y deformado. Tratamiento quirúrgico (413 días tras el evento desencadenante): estómago reducido y retraído, con múltiples irregularidades parietales y adherencias circundantes. Liberación de adherencias y esófago abdominal, estimando con sonda Fouchet el nivel de la estenosis esofágica y sección proximal a la misma, observándose mucosa de aspecto normal. Gastrectomía total (5) con reconstrucción en Y de Roux. Al segundo día posoperatorio presenta fiebre de 38,5 °C con pequeña dehiscencia de

anastomosis esofagoyeyunal y neumonía basal derecha en TAC con gastrográfín, inicialmente tratada con antibiótico de amplio espectro, precisando al quinto día posoperatorio la inserción de endoprótesis y su recambio por migración distal cinco días después. Recibe el alta el undécimo día posoperatorio y la prótesis se retira definitivamente a los dos meses, sin evidencia de orificio fístuloso endoscópico ni fuga de contraste. Seis meses tras la cirugía ha ganado 2 kg y tolera líquidos y sólidos blandos. Presenta pirosis retroesternal por reflujo biliar tratada con sucralfato. En última gastroscopia se informa estenosis franqueable a 31 cm y esofagitis por reflujo, ambos leves.



Discusión: Un intervalo prolongado hasta la indicación de la cirugía por estenosis esofagogástrica poscausticación puede limitar la resección y complejidad de la reconstrucción.