



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-146 - INGESTA DE CÁUSTICOS: ¿UNA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA?

Pérez Santiago, Leticia; Garcés Albir, Marina; Fernández Moreno, María del Carmen; López Mozos, Fernando; Martí Obiol, Roberto; Ortega Serrano, Joaquín

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: La lesión por ingesta de cáusticos se produce de forma involuntaria, sobre todo en edad pediátrica, o de forma consciente en un intento de suicidio. La anamnesis, las manifestaciones clínicas y la endoscopia son fundamentales para evaluar la gravedad de la ingesta y, por tanto, el tratamiento de la misma.

Objetivos: Analizar las lesiones por ingesta de cáusticos tratadas en un hospital terciario durante un periodo de 5 años.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo sobre una base de datos del servicio de Urgencias de las lesiones por ingesta de cáusticos tratadas en nuestro centro entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, tipo de lesión endoscópica (clasificación de Zargar), complicaciones, tratamiento y morbimortalidad.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 67 pacientes con lesiones por ingesta de cáusticos en el periodo de estudio. La edad media fue de 49 años (rango, 17-84), 46 (68,7%) mujeres y 21 (31,3%) hombres. Se realizó una endoscopia diagnóstica a todos los pacientes menos a cuatro por negarse a la realización del procedimiento. La clasificación endoscópica de las lesiones fue: 50 pacientes Zargar I (74,6%), 4 pacientes Zargar IIA (5,9%), 2 pacientes Zargar IIB (2,9%), 2 pacientes Zargar IIIA (2,9%) y 5 pacientes Zargar IIIB (7,5%). Los pacientes con una clasificación de Zargar I fueron dados de alta con tratamiento conservador y vigilancia domiciliar. De los 13 pacientes con una clasificación de Zargar mayor de II: 7 (53,8%) fueron ingresados en Cuidados Intensivos, 4 (30,7%) en la Unidad de Medicina Digestiva y 2 (15,5%) en la Unidad de Psiquiatría. Los 5 pacientes con el diagnóstico de Zargar IIIB necesitaron una cirugía de emergencia, y 3 (60%) murieron como consecuencia de complicaciones postquirúrgicas en los días o semanas posteriores a la intervención. A los dos pacientes que sobrevivieron a la cirugía de urgencias se les había practicado gastrectomía total con esofagostoma y yeyunostomía de alimentación. Ambos fueron sometidos a una cirugía de reconstrucción en los meses posteriores realizándose una coloplastía utilizando el colon izquierdo. De los 62 pacientes (92,5%) que no requirieron intervención quirúrgica, 5 (7,4%) requirieron varias sesiones de dilataciones esofágicas endoscópicas por estenosis.

Conclusiones: La endoscopia es fundamental en el diagnóstico y manejo inmediato de estos pacientes, así como en el tratamiento posterior de las complicaciones. En todos los casos es necesario realizar una endoscopia diagnóstica, ya que, existe una buena correlación entre los grados

de la clasificación de Zargar y el pronóstico de las lesiones. La mayoría de los pacientes no van a requerir ingreso hospitalario, en cambio, cuando requieren una cirugía emergente la mortalidad se aumenta de manera exponencial.