

Síndrome pilórico por ingestión de cáusticos. Informe de un caso

Lorien Rodríguez-Sánchez¹ , Mónica de la Caridad Reyes-Tápanes¹ , Jonathan Lázaro Díaz-Ojeda¹ , José Antonio Santana-Santana² 

1Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr. Juan Guiteras Gener". Matanzas, Cuba.

2Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Pediátrico Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La ingestión de sustancias cáusticas causa alrededor del 5 % de los accidentes domésticos ocasionando esofagitis cáustica que puede evolucionar a una estenosis esofágica y más raramente a una estenosis pilórica. Aunque infrecuente esta última es una entidad grave caracterizada por un estrechamiento del canal pilórico que impide el vaciamiento gástrico, de tal manera que se requiere de un abordaje oportuno para preservar la vida del paciente. Se reportó el caso de una paciente de 15 años de edad que tras la ingesta accidental de ácido sulfúrico, utilizado para la limpieza del hogar, refirió lesiones gastroesofágicas que evolucionaron a un síndrome pilórico por lesión cicatrizal oclusiva de la región antro-pilórica y requirió gastroyeyunostomía como tratamiento definitivo. El manejo oportuno de este tipo de lesiones debe concebirse tanto en fase aguda como crónica, aunque se considera que el mejor abordaje lo constituye la prevención sobre todo en las edades pediátricas.

Palabras clave: Cáusticos; Estenosis pilórica; Quemaduras químicas.

A nivel mundial alrededor de un 5 % de todos los accidentes domésticos se producen por la ingestión de sustancias cáusticas (IC). Los niños menores de 16 años, los pacientes con enfermedades psiquiátricas y los adultos que consumen bebidas alcohólicas habitualmente constituyen la población más vulnerable^{1,2}.

En un 30 % de estos pacientes aparecen quemaduras esófago-gástricas, aproximadamente la mitad de ellos desarrollan estenosis esofágicas, y en algunos casos menos comunes puede aparecer un síndrome pilórico como resultado de la estenosis de la región antro-pilórica^{1,2}.

Se reporta una incidencia de accidentes por IC de 38,7 casos por 100 000 habitantes, con una mortalidad del 1 al 4 % en los países occidentales³. En Cuba

no se han publicado datos actuales sobre su incidencia, prevalencia o mortalidad.

Los accidentes por IC constituyen una causa frecuente de atención médica en urgencias, representando un grave problema de salud mundial por las importantes secuelas que a corto y a largo plazo pueden generar. Precisamente por esto es importante que los profesionales de la salud, así como los estudiantes de Medicina conozcan la gravedad de las lesiones esofágicas y gástricas producto a la IC, y la importancia de realizar un examen detallado del paciente apoyado en los estudios endoscópicos para su abordaje, así como la necesidad de desarrollar actividades de prevención en salud en torno a esta problemática.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 15 años de edad, procedente de área urbana, con antecedentes patológicos personales de asma bronquial para lo cual lleva tratamiento regular, que en el mes de octubre del año 2018, fue recibida en el servicio de cuerpo de guardia de Cirugía en el Hospital Provincial Pediátrico Docente "Dr. Eliseo Noel Caamaño" de Matanzas por ingestión accidental de un limpiador industrial compuesto por ácido sulfúrico. La paciente presentaba odinofagia, dolor retroesternal y vómitos escasos, sanguinolentos, precedidos de náuseas.

Al examen físico se constató mucosas húmedas y ligeramente hipocoloreadas; paladar blando y orofaringe con lesiones por quemaduras; abdomen plano, suave,

 OPEN ACCESS

Correspondencia a: Lorien Rodríguez-Sánchez
Correo electrónico: lorienrs.est@infomed.sld.cu

Publicado: 16/10/2021

Recibido: 17/10/2020; **Aceptado:** 12/01/2021

Citar como:

Rodríguez-Sánchez L, Reyes-Tápanes MC, Díaz-Ojeda JL, Santana-Santana JA. Síndrome pilórico por ingestión de cáusticos. Informe de un caso. 16 de Abril [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 60 (282): e1053. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1053

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda sin otra alteración.

Se orientó la realización de una endoscopia, observándose hipofaringe con mucosa de aspecto normal, lesiones longitudinales blanco nacaradas hacia el tercio distal del esófago medio con áreas de hemorragia leve.

En el estómago se observó abundante líquido hemático, mucosa de pliegues y antro con edema, erosiones y áreas de mucosas hiperémicas con sangrado no activo. Píloro permeable, bulboduodenal con mucosa eritematosa, luz duodenal con líquido hemático y mucosa con discreto eritema. Como resultado del examen se emitió la impresión diagnóstica de esofagitis grado II (G-II) y pangastritis erosiva secundaria a ingestión de cáustico.

Con los datos recogidos en el interrogatorio, el examen físico y los complementarios, se planteó un síndrome de sangramiento digestivo alto debido a la ingestión de ácido sulfúrico. Ante este cuadro clínico se decidió su ingreso en la Unidad de Cuidados Progresivos Sección-B, con tratamiento con inhibidores de la bomba de hidrogeniones, vía oral suspendida e hidratación parenteral.

En la evolución clínica inicial las náuseas desaparecieron, no presentó signos de sangramiento ni dificultad respiratoria y la gasometría evolutiva estuvo dentro de los parámetros normales. Se trasladó a la sala de cirugía para su seguimiento donde presentaba buen estado general y comenzó a ingerir líquidos, egresando a los 10 días.

Luego de 21 días de evolución sin tratamiento específico, la paciente reingresó en el servicio de pediatría. Presentó dos picos febriles de 38,5 y 39 °C, anorexia, dolor postprandial en epigastrio y vómitos postprandiales copiosos con contenido de alimentos no digeridos.

El estudio endoscópico realizado mostró el esófago normal, el cuerpo y el fundus del estómago sin alteraciones, pero al llegar al antro y región prepilórica no progresó el endoscopio debido a que la región estaba edematosa y sin posibilidad de visualizar el píloro. Se decidió realizar estudio radiológico contrastado de esófago, estómago y duodeno. (Figura 1).



Figura 1. Estudio radiológico contrastado de esófago, estómago y duodeno. Se observa el canal

pilórico de aspecto filiforme, elongado y eréctil, el estómago dilatado con retardo en el vaciamiento gástrico (observado mediante estudio por fluoroscopia durante cinco horas) y el contraste permanece en estómago.

Se evaluó conjuntamente por el personal de cuidados progresivos, gastroenterología, radiología y cirugía, plateándose un síndrome pilórico como complicación tardía a la ingestión de sustancias cáusticas y se decidió suspender la vía oral, colocar sonda nasogástrica para descompresión gástrica y comenzar con nutrición parenteral.

Tras una semana de evolución sin mejoría clínica y con la necesidad de una adecuada alimentación de la paciente, se realizó una rediscusión en colectivo y se consideró a la paciente con criterio de tratamiento quirúrgico. Se efectuó entonces una gastroyeyunostomía en Y de Roux, con anastomosis gastroentérica latero-lateral, y anastomosis enteroentérica termino-lateral.

Durante el postoperatorio se mantuvo sin complicaciones, con tolerancia de la vía oral a las 72 horas de la intervención, sin vómitos, buena recuperación nutricional, con pronóstico y evolución favorables.

DISCUSIÓN

El objetivo del tratamiento de un paciente tras ingesta de sustancias cáusticas es prevenir la perforación, así como evitar la progresión a la fibrosis y estenosis del esófago o el estómago. Actualmente existe consenso de actuación terapéutica durante la estabilización inicial, que incluye garantizar la vía aérea y la estabilidad hemodinámica, manejar eficazmente el dolor y asegurar el soporte nutricional óptimo^{1,4}.

Los pacientes que ingieren sustancias cáusticas pueden presentar desde mínimas molestias orofaríngeas hasta el shock y la perforación temprana. Los cáusticos suelen dar lugar a un dolor local inmediato y odinofagia. Con frecuencia hay episodios periódicos de vómitos en forma de proyectil o náuseas inmediatas a la ingestión, unido a la lesión de la epiglotis, hipofaringe y faringe, ya sea directamente o por aspiración^{1,5,6}.

Aspectos importantes aún en discusión son la realización de la endoscopia digestiva alta urgente y el uso de antibioterapia y corticoides¹.

Los niños con lesiones cáusticas severas no siempre presentan síntomas, tal es el caso del realizado por Lamireau et al⁶ con 85 niños entre 11 meses y 14 años de edad con IC accidental en el hogar principalmente (94 % de los casos), donde el 57 % de los pacientes de la muestra fueron asintomáticos. Este autor agrega que la endoscopia no es recomendada para niños asintomáticos que viven en países

desarrollados, sin embargo si lo es para los menores de países en desarrollo donde las sustancias cáusticas pueden estar al alcance de estos y las lesiones severas ocurren con mayor frecuencia.

Los autores se unen al criterio de que la endoscopia digestiva (EVD) tiene un valor diagnóstico y pronóstico a corto y largo plazo. Es el único método que informa tempranamente de la extensión y profundidad de la afectación, posibilita conocer si se enfrenta a una esofagitis cáustica aislada, una lesión gástrica, o una forma mixta, lo que permite seguir una actitud terapéutica correcta^{5,7}.

La intensidad de los síntomas no predice con exactitud la presencia de una lesión o el desarrollo de la estenosis. Esta depende de la cantidad, las propiedades físicas y la concentración del producto ingerido, así como del tiempo que el agente químico permanece en contacto con la superficie mucosa⁵.

La endoscopia digestiva debe realizarse antes de las primeras 48 horas de evolución, independientemente de la clínica; permite agrupar las lesiones por cáusticos en tres grados según la clasificación de ZARGAR y a su vez posibilita ofrecer un pronóstico^{2,7,8}.

La valoración del estado del píloro es decisiva para la elección de la ruta nutricional^{5,7}. En este sentido se conciben dos etapas: la aguda, caracterizada por la incapacidad de alimentarse por vía oral producto de las lesiones inmediatas de cavidad oral, esófago y estómago, así como de sus complicaciones (mediastinitis y/o peritonitis); y la etapa crónica, dependiente de las secuelas estenóticas de esófago y/o estómago¹.

Para los pacientes con lesiones de grado II y grado III donde se describen úlceras, exudados, hemorragias y erosiones de la mucosa de distinta gravedad, se orienta tratamiento con antibióticos e inhibidores de la bomba de hidrogeniones y se instaura dieta absoluta durante la primera semana con alimentación parenteral. Después de la primera semana, si toleran el agua, se va incrementando la ingesta oral. Siempre que el estado del paciente lo permita y pasada la primera semana, se utilizará la alimentación enteral, bien por vía oral o por gastrostomía. La nutrición parenteral también es fundamental para conseguir un adecuado estado nutricional, si el paciente va a ser intervenido quirúrgicamente^{1,2}.

Dentro de las complicaciones tardías de la ingesta de corrosivos, la más frecuente es el desarrollo de estenosis. Las secuelas en el estómago se aprecian en el 44 % de los pacientes y tienen que ver con el desarrollo de estenosis antral posterior a la ingesta de sustancias ácidas, puesto que son potentes disecan-

tes productores de necrosis por coagulación y deshidratación de los tejidos^{9,10,11}.

Los síntomas de obstrucción gástrica se inician sobre la quinta y sexta semana, pero pueden aparecer después de años. Las estenosis antropilóricas si son cortas pueden ser tributarias de dilatación con balón o bujías, aunque mayormente requerirán cirugía (piloro-plastia, gastroenterostomías o resección gástrica distal)^{9,12}.

En cuanto a este aspecto, la literatura existente describe las diversas complicaciones que derivan de la IC, ya sean álcalis o ácidos, pero aún son pocos los trabajos publicados que abordan la necesidad de contemplar en el diagnóstico diferencial de estos pacientes el síndrome pilórico, siendo este tan complejo de tratar como los diferentes grados de lesiones esofágicas.

Para este caso de obstrucción el manejo debe ser siempre quirúrgico, de ahí la necesidad de la búsqueda sistemática de posibles estenosis en caso de ingestión de cáusticos, ya que estas suelen presentarse más tardíamente a la esofagitis cáustica.

En las edades pediátricas la prevención de estos accidentes es fundamental, teniendo en cuenta que estos suelen acarrear secuelas que dañan la integridad física del niño para toda la vida y en desafortunadas ocasiones dan al traste con la misma

CONCLUSIONES

La hospitalización temprana asociada a la rápida evaluación clínica-endoscópica y la cirugía reducen la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con lesiones por agentes cáusticos. Su manejo debe concebirse tanto en fase aguda como crónica, aunque se considera que el mejor abordaje lo constituye la prevención, especialmente la dirigida a la edad pediátrica.

AUTORÍA

LRS: conceptualización, metodología, recursos, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.
MCRT y JLDO: conceptualización, metodología, recursos, supervisión, redacción – revisión y edición.
JASS: redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Losada M, Rubio MC, Blanca JA, Pérez C. Ingestión de cáusticos en niños, experiencia de 3 años. Rev. chil. Pediatr. [Internet]. 2015 [citado 20/06/2020]; 86(3):189-193. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.004>
2. Rodríguez Vargas BO, Monge Salgado E, Montes Teves P, Salazar Ventura S, Guzmán Calde-

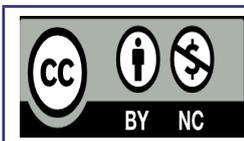
- rón E. Lesiones por cáusticos del tracto digestivo superior: características clínicas y endoscópicas. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2016 Abr [citado 20/06/2020]; 36(2):135-142. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200006&lng=es
3. Pierre R, Neri S, Contreras M, Vázquez R, Ramírez LC, Riveros JP. Guía de práctica clínica Ibero-Latinoamericana sobre la esofagitis cáustica en Pediatría: Fisiopatología y diagnóstico clínico-endoscópico (1ª Parte). *Rev chil Pediatr.* [Internet]. 2020 [citado 20/06/2020]; 91(1):149-157. Disponible en: <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i1.1288>
4. Zurita Camacho PS. Determinación de factores de riesgo en intoxicaciones presentadas en niños menores de 5 años atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital General San Francisco en los meses de enero a diciembre del año 2015. [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador [Internet]. 2019 [citado 20/06/2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17237/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Elías Pollina J. Patología quirúrgica digestiva prevalente: aspectos prácticos para el pediatra. Madrid: Ediciones 3.0; 2017, p. 79-87.
6. Lamireau T, Rebouissoux L, Denis D, Lancelin F, Vergnes P, Fayon M. Accidental caustic ingestion in children: is endoscopy always mandatory? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* [Internet]. 2001 Jul [citado 03/07/2020]; 33(1):81-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00005176-200107000-00014>
7. Soria López E, Moreno García AM, García Gavilán MC. Lesiones por ingesta de cáusticos. *RAPD* [Internet]. 2016 [citado 05/07/2020]; 39(6):482-487. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2016/39/6/01>
8. Barrón Balderas A, Robledo Aceves M, Coello Ramírez P, García Rodríguez E, Barriga Martín JA. Hallazgos endoscópicos en el tubo digestivo secundarios a la ingesta de cáusticos en niños atendidos en el Departamento de Urgencias. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 03/07/2020]; 116(6):409-414. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.409>
9. Kukuc G, Gollu G, Ates U, Cakmak Z, Kologlu M, Yagmurlu A, et al. Evaluación de lesiones esofágicas secundarias a la ingesta de sustancias cáusticas no rotuladas: Serie de casos pediátricos. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 20/06/2020]; 115(2):e85-e88. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.e85>
10. Garrido Márquez I, García Pérez PV, Olmedo Sánchez E. Esofagitis, gastritis y duodenitis tras ingestión de cáusticos. A propósito de un caso. *RAPD* [Internet]. 2020 [citado 20/06/2020]; 43(4):168-169. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2020/43/4/09>
11. Navarro Aponte D, Figueroa F. Pautas para la esofagitis cáustica. *Revista GEN* [Internet]. 2019 [citado 30/08/2020]; 73(3): 81-89. Disponible en: http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_gen/article/view/17213
12. Obando Lazo FJ. Intoxicaciones accidentales en pacientes atendidos en el servicio de pediatría en Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, del 01 de Agosto 2018-01 de Agosto 2019. [Tesis]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua [Internet]. 2020 [citado 20/06/2020]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/14855/8/14855.pdf>

Pyloric syndrome due to caustic ingestion. A Case report

ABSTRACT

The ingestion of caustic substances causes about 5 % of domestic accidents causing caustic esophagitis that can evolve to esophageal stenosis and more rarely to pyloric stenosis. Although infrequent, the latter is a serious entity characterized by a narrowing of the pyloric canal that prevents gastric emptying, in such a way that a timely approach is required to preserve the life of the patient. The case of a 15-year-old patient was reported who, after accidentally ingesting sulfuric acid, used to clean the home, referred gastroesophageal lesions that evolved into a pyloric syndrome due to an occlusive scar lesion of the antro-pyloric region and required a gastrojejunostomy as definitive treatment. The timely management of this type of injury should be conceived in both the acute and chronic phases, although prevention is considered to be the best approach, especially in pediatric ages.

Keywords: Caustics; Pyloric stenosis; Burns, Chemical.



Este artículo de *Revista 16 de Abril* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista 16 de Abril*.