

NECROSIS ESÓFAGO-GÁSTRICA POR INGESTA DE ÁCIDO: CASO SIN CERRAR

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO; Complejo hospitalario universitario de vigo; Rivo Vázquez, Ángel; Cáceres Alvarado, Nieves; Meléndez Villar, Reyes; Díaz Cardamas, Pablo; Pardellas Rivera, Hermelinda; García Lorenzo, Francisco; López Saco, Ángel; Gil Gil, Pedro

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La ingesta de sustancias cáusticas es una causa relativamente frecuente de lesiones en el tracto gastrointestinal. La gravedad del daño y el pronóstico lo determinarán el tipo de cáustico, el tiempo transcurrido desde la ingesta y la intención autolítica pues en estos casos el volumen suele ser muy superior. En general, se puede afirmar que mientras los álcalis dañan la mucosa del esófago proximal, los ácidos afectarán preferentemente a esófago distal y estómago produciendo necrosis por coagulación.

MATERIAL Y MÉTODO: Aportamos el caso de un varón de 33 años intervenido en nuestro Servicio por un cuadro de necrosis gástrica tras intento de autólisis con ingesta de ácidos.

RESULTADOS: Se trata de un paciente que ingresa en nuestro Centro tras ingerir ácido clorhídrico con intención autolítica. En el momento del ingreso presenta mal estado general, con taquicardia, taquipnea y mala perfusión periférica. A la exploración el abdomen presenta defensa generalizada “en tabla” con peritonismo. La esofagoscopia de urgencia muestra severas quemaduras con ulceraciones profundas en orofaringe, epiglotis y esófago que sangran al roce. En la TC toracoabdominal destaca un importante neumoperitoneo con abundante líquido intraperitoneal, así como engrosamiento de la pared esofágica sin datos de mediastinitis.

En la laparotomía realizada de urgencia se aprecia necrosis de esófago distal y gástrica con severa peritonitis química. Se practica gastrectomía total ampliada a esófago distal, esofagostomía distal mediante tubo de drenaje y yeyunostomía de alimentación.

Tras tratamiento en UCI el paciente presenta buena recuperación de la fase aguda persistiendo afonía muy acusada y dificultad para la deglución de saliva. En exploraciones ORL y mediante broncoscopia sucesivas se aprecia inflamación de la mucosa de epiglotis, cuerdas vocales, tráquea y bronquios principales. A los tres meses del ingreso el paciente desarrolla un cuadro de estridor con posterior evolución a disnea progresiva. En la TC de vía aérea se refleja estenosis larga de la tráquea de predominio proximal. El paciente es trasladado al S. de Cirugía Torácica del H. Juan Canalejo donde se le practican dilataciones traqueales sucesivas y en un segundo ingreso implante de endoprótesis traqueal debido a la progresión de la fibrosis.

En el momento actual el paciente recibe soporte nutricional y de humidificación de la vía aérea en régimen domiciliario. Evaluaciones repetidas no evidencian patología psiquiátrica mayor. Completados los estudios pertinentes y consultado el caso con especialistas y centros de referencia en esta patología, por el momento no se encuentran soluciones satisfactorias que permitan remediar la problemática respiratoria y recuperar el tránsito esofágico. Mientras tanto, la progresión de las lesiones continúa.

CONCLUSIONES: Las lesiones por cáusticos suponen en la actualidad un reto terapéutico que precisa de un abordaje multidisciplinar. Son infrecuentes estos casos en los que una vez resuelta la fase aguda no dispongamos en el arsenal terapéutico de otras soluciones que las meramente paliativas frente a unas lesiones graves y en progresión.