

QUEMADURA DE ESÓFAGO POR CÁUSTICOS

Ingesta de elementos, quemantes o corrosivos destructores del tejido vivo, tales elementos pueden ser;

- Álcalis >> necrosis por licuefacción (60% por sosa cáustica)
 - bases fuertes pH 11-14
 - Hidróxido de sodio, potasio, amonio (sosa cáustica)
- Ácidos >> necrosis por coagulación
 - ácidos fuertes pH 0-3
 - Clorhídrico
 - Muriático

5-18 mil casos por años

80% Accidental, 20% suicidas

ENARM 2023



Epidemiología

Predomina en niños < 6 años (pilas de botón de hidróxido de sodio), alcoholícos y adultos con intento suicida (conflictos de pareja).

E

Las sustancias Causticas mas comúnmente ingeridas son los álcalis, como hidróxido de Sodio, Hidróxido de potasio, carbonato de Sodio, Hidróxido de Amonio, permanganato de Potasio, usados para la limpieza de cocinas.

Sospecha clínica: Antecedente de ingesta, dolor abdominal, náuseas, vómitos, dolor bucal, disfagia o daño en orofaringe.

CLÍNICA

- Antecedente de ingesta de sustancias cáusticas
- Dolor abdominal 68%
- Náusea 48%
- Vómito 48%



Diagnóstico

- En primer nivel: Exploración de orofaringe con laringoscopia directa + radiografía de tórax y abdomen.
- **Gold standard:** Endoscopía después de primeras 6 horas y clasificar con Zargar.

E

La endoscopía es el método más eficiente para evaluar la mucosa del tubo digestivo superior, no mas allá de las 48 hrs por el riesgo de perforación, ni tampoco en las primeras 6 hrs ya que los cambios aun no han sido instaurados.

Contraindicación de endoscopia

- Obstrucción de vía aérea
- Perforación de víscera hueca
- Inestabilidad hemodinámica
- Choque
- > 48 post exposición

CLASIFICACIÓN DE ZARGAR

Estadio	Hallazgos endoscópicos	Pronóstico	
0	Mucosa normal o sin lesiones.	Bueno	
I	Edema e hiperemia o eritema.	Sin morbilidad significativa, ni secuelas tardías	EDEMA
IIa	Exudados, erosiones, <u>ulceras superficiales</u> , y hemorragias, lesiones no circunferenciales o pseudomembranosa.	Sin morbilidad significativa ni secuelas tardías	ÚLCERAS
IIb	<u>Ulceras profundas</u> o circunferenciales y/o necrosis.	Riesgo de estenosis esofágica del 70 al 100%	NECROSIS
IIIa	Pequeñas áreas <u>aisladas de necrosis</u> , lesiones circunferenciales o pseudomembranosa.	Riesgo de estenosis esofágica del 70 al 100%	
IIIb	<u>Extensas</u> áreas de ulceración y/o necrosis.	Alta morbilidad ≥65%	

Doctor RE

EDEMA

ÚLCERAS

NECROSIS



Tratamiento

ENARM 2023

- Inicial: Protección de vía aérea (ABCD).
- Líquidos, analgésicos, ayuno y metilprednisona IV.
- En caso de ingerir pila de botón debe extraerse de manera urgente ya que hay alto riesgo de perforación.
- Antibióticos (Cefalosporinas 3era) a partir de Zagar IIb.



Complicaciones

- Estenosis esofágica (frecuente en el esófago medio), tratamiento son con dilataciones neumáticas.
- Riesgo a largo plazo de **carcinoma epidermoide**: seguimiento endoscópico cada año por 15 años.
- **Riesgo de perforación** (riesgo en primeras 6 semanas).

Abordaje quirúrgico de urgencia (**esofagectomía**) en caso de perforación esofágica, mediastinitis o peritonitis.

COMPLICACIONES

Sistémicas 20%

- *Neumonías por aspiración*
- Insuficiencia hepática

Gastrointestinales 27%

- *Estenosis esofágica 15%*
- *Carcinoma escamoso de esófago 84%*

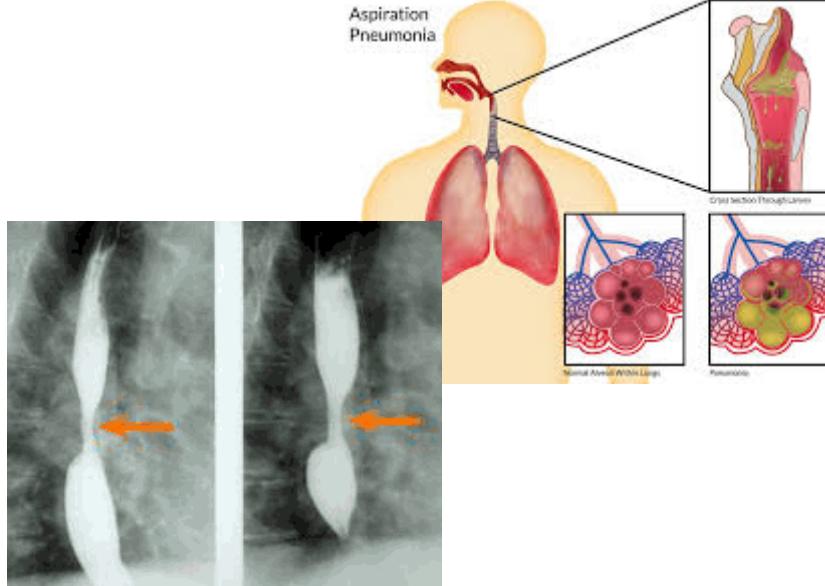
Muerte 15% por estenosis o perforación

TRATAMIENTO

Zargar I

Observación y tolerancia a líquidos

- Alta con dieta normal a las 24-48 hrs
- Revalorar a los 2-3 meses con rx



Zargar II y III - px con sospecha de perforación o inestabilidad, solicitar consulta a UCI

- Ayuno, fluidoterapia
- Endoscopia y pruebas de laboratorio y gabinete
- Omeprazol
- Antibiótico
 - Cefalosporina, amoxicilina, ampicilina
- Corticoides (metilprednisolona, dexametasona)
- Valoración por MI, Cx tórax, Gastro

Criterios para cirugía

- Perforación esofágica, gástrica, mediastinitis, peritonitis
- Estenosis esofágica

SEGUIMIENTO

Zargar I y II >> endoscopia en 7-10 días

Zargar III >> endoscopia en 3-4 semanas