Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

ESOFAGITIS POR INGESTION DE CAUSTICOS ESTUDIO DE 27 CASOS POR INGESTION DE SOSA CAUSTICA.

TESIS DE POST-GRADO

Para obtener el título de:

ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA MEDICA

p r e s e n t a :

DRA. MARIA SILVIA TRUJILLO ISLAS

México, D. F. Enero, 1978

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

ESOFAGITIS POR INGESTION DE CAUSTICOS. ESTUDIO DE 27 CASOS POR INGESTION DE SOSA CAUSTICA.

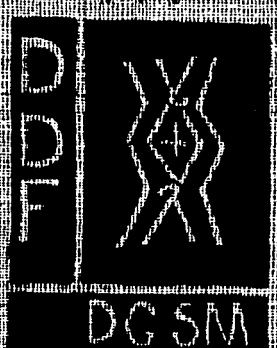
TESIS DE POST-GRADO

Para obtener el título de:

ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA MEDICA

P r e s e n t a :

DRA. MARIA SILVIA TRUJILLO ISLAS



México, D. F. Enero, 1978

XM361 T780 1978

Vo. Bo. EL PROFR. TITULAR
ENCARGADO DEL CURSO.

DR. JUAN DE DIOS BRIONES CARLOS

GRACIAS

A DIOS que me permite seguir siendo instrumento de su infinita bondad.

A MIS PADRES por su apoyo y ser desde siempre los mejores padres.

A MIS HERMANOS por su gran ayuda y cariño

A MI ESPOSO por su amor, paciencia y comprensión

A MI HIJO NAHUM el tesoro más grande que poseo, por que aún sin querer lo he privado --- de mi presencia.

C O N T E N I D O

1.- INTRODUCCION

2.- ETIOLOGIA

3.- FISIOPATOLOGIA

4.- CUADRO CLINICO

5.- DIAGNOSTICO

6.- EVOLUCION Y COMPLICACIONES

7.- TRATAMIENTO

8.- ESTUDIO DE 27 CASOS CON DIAGNOSTICO DE ESOFAGITIS CAUSTICA

9.- CONCLUSIONES

10.- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Uno de los accidentes más frecuentes en Pediatría lo constituyen la ingestión accidental de cáusticos, principalmente - alcalinos (sosa cáustica, permanganato de potasio) y algunos - ácidos fuertes.

Los principales factores que influyen para que un niño -- pueda presentar lesiones esofágicas por ingestión de cáusticos es la falta de orientación e información a nuestra gente, al - no desechar inmediatamente después de usada, alguna substancia cáustica comprada con determinado fin y, por último, la venta indiscriminada de estas substancias sin etiquetar ni envasar - adecuadamente, ya que la mayoría de las veces estas substan--- cias cáusticas son depositadas en envases de refrescos o en recipientes de comestibles, siendo colocados en lugares accesi-- bles para los niños pequeños, que creyendo que se trata de --- substancias ingeribles como "refresco" o dulces que son toma-- dos o llevados a la boca ocasionándoles lesiones a diferentes niveles del tracto digestivo superior.

En escolares y adolescentes esta forma de producción pasa a segundo grado ya que las lesiones esofágicas a esta edad son

son remotamente accidentales.

Es común observar que al no producirse lesiones en la cavidad oral después de haber ingerido una substancia cáustica no se le da mucha importancia por los padres y aún por algunos médicos, dejando sin estudio y tratamiento específico a un niño que pudo haber tenido lesión importante a nivel esofágico, recurriendo posteriormente a la Consulta con datos sugestivos de Estenosis Esofágica.

Muchas veces se agravan las lesiones esofágicas por las medidas empíricas que se emplean inmediatamente después de la ingestión cáustica, tales como: el vómito que hace que la substancia corrosiva que ya se encontraba en estómago vuelva a pasar por un esófago ya previamente lesionado y ocasione daño aún más importante.

Es frecuente observar cuando la ingestión de substancias sólidas (sosa cáustica granulada) siendo las lesiones principales en la mucosa bucal, administrándosele líquidos para remover dicha substancia siendo deglutidas por el niño ocasionándole quemaduras en el esófago.

La causa más común de la mala evolución de un paciente con lesión esofágica de mayor o menor grado por la ingestión de cáusticos es la negligencia de los padres, ya que la mayoría de las veces al encontrar asintomático al niño lo suponen curado suspendiendo el tratamiento y las revisiones periódicas.

E T I O L O G I A

La esofagitis corrosiva aparece como resultado de la ingestión de algún ácido irritante o substancia alcalina. Se observa una mayor incidencia entre los grupos de la clase media y de escasos recursos económicos.

Los agentes más comunes son: sosa cáustica, sosa potásica, fenol, ácido sulfúrico, ácido clorhídrico, ácido nítrico, ácido láctico, amoníaco, potasio, iodo, cloro, etc.

La causa más frecuente de tales alteraciones es la lejía de sosa o de potasio que se utilizan como limpiadores de pintura, quemadores de estufa o destapadores de lavabo. La sosa que es el causante más frecuente es a su vez la más dañina debido a sus propiedades hidrópicas o saponificantes de solventes potentes, llega a producir necrosis con licuefacción que permiten la penetración a las capas más profundas del esófago, mientras que los ácidos pueden producir una necrosis coagulante que da lugar a la formación temprana de la cicatriz.

F I S I O P A T O L O G I A

Las lesiones producidas varían según el agente corrosivo ingerido, su naturaleza, concentración, duración de tiempo de contacto con el tejido. Una solución de sosa cáustica aplicada durante 10 segundos necrosa la mucosa, la submucosa y algunas fibras musculares longitudinales internas, esto a una concentración de 22.5% le necrosis se extiende a través de toda la pared esofágica en el mismo tiempo. La mayoría de los polvos que se utilizan en el aseo doméstico, generalmente tienen una concentración de 8 a 50% de sosa como principal ingrediente.

Las lesiones producidas varían desde la simple congestión de la mucosa, hasta ulceración y esfacelo, acompañada de lesiones graves de la capa muscular que pueden llegar hasta la perforación. El proceso de cicatrización en este último caso es el que condiciona la estenosis. La frecuencia de la estenosis cicatricial varía de 40 a 80%. Las formas menos frecuentes son: irregulares, saculares, limitadas. Las formas más constantes son las difusas y extendidas.

Los sitios más afectados en el Esófago son localizados -

en sus estrechamientos normales. El estrechamiento Cricofaringeo es el más frecuentemente afectado, siguiendo, el debido al cruce del bronquio izquierdo sobre el esófago, y después el del Hiato diafragmático.

Las lesiones producidas en el esófago por substancias corrosivas evolucionan de la siguiente manera: en las primeras 24 hrs. suele haber destrucción del epitelio, edema y congestión de la pared enteral del esófago, durante las primeras 48 hrs. Este infiltrado inflamatorio conduce a una trombosis de los vasos de la submucosa ocasionando necrosis en áreas locales con endurecimiento de las capas superficiales. Puede haber crecimiento bacteriano dando lugar a la formación de abcesos intramurales, recambio inflamatorio (invasión de fibroblastos), como alteración crónica. La reepitelización puede ser incompleta hasta la sexta semana y la formación de estenosis puede presentarse dos semanas más tarde.

Las quemaduras por cáusticos a nivel esofágico se clasifican en:

1.- De primer grado: cuando las quemaduras se limitan a hiperemia de la mucosa.

2.- De segundo grado: cuando las lesiones abarcan la mucosa y submucosa.

3.- De tercer grado: cuando las lesiones incluyen tejido muscular periesofágico que pueden causar como complicación Neumotórax, Mediastinitis o Neumonías.

En algunas ocasiones el vestíbulo laríngeo puede ser lesionado provocando lesiones edematosas que indiquen la necesidad de una traqueotomía.

CUADRO CLINICO

La sintomatología varía y depende de los siguientes factores: a).- de la cantidad de substancia ingerida; b).- de su concentración; c).- del estado físico de la substancia ingerida (solución, polvo, escamas, cristales, etc.); d).- del tiempo transcurrido de la ingestión de cáusticos y el momento de iniciarse el tratamiento; e).- del tipo del tratamiento instituido.

Las quemaduras del esófago evolucionan en tres períodos: el agudo, el intermedio o de latencia y el de cicatrización. En el primer período se observan lesiones de labios, lengua, faringe y paladar que se acompañan de llanto y sialorrea y el lesionado mantiene constantemente la boca abierta, no puede hablar o lo hace mal.

Cuando las quemaduras se extienden a la laringe o al esófago, el cuadro es más dramático ya que existe dolor retroesternal, epigástrico o en la espalda, vómitos sanguinolientos, halitosis, disfonía, estridor laríngeo y polipnea. Este cuadro clínico indica la severidad de la quemadura y posibilidad de una complicación mediastinal, pulmonar o gastrointestinal.

Si no hay shock o necrosis masiva las molestias disminuyen progresivamente, con mejoría del paciente en cuanto a su estado general y se entra en el período intermedio, en esta fase el edema, el dolor y la sialorrea disminuyen hasta desaparecer. Niño con dificultad puede deglutir alimentos líquidos y blandos. Período cicatrizal, cuando las lesiones han sido superficiales, hay restitución íntegra tanto anatómica como funcional, cuando la lesión se ha extendido hasta la capa muscular hay estenosis, por lo consiguiente, hay dificultad para deglutir todo tipo de alimentos, hay pérdida de peso, afectando progresivamente al estado general.

Es conveniente recordar y recalcar que: la ausencia de lesiones en mucosa bucal no excluye la posibilidad de lesiones en el tracto esofágico; de ahí la importancia de efectuar esofagoscopia en todo paciente con sospecha de haber ingerido una substancia corrosiva, exista o no lesión externa evidente.

D I A G N O S T I C O

Para la realización de un diagnóstico por ingestión de cáusticos, cuando un niño ingresa al Servicio de Urgencias, se deberá interrogar intencionadamente a los padres para conocer el tipo y la cantidad del cáustico ingerido, incluso, conocer una muestra de dicha substancia para determinar la clase y la concentración que pueda orientarnos respecto a la intensidad de las lesiones y el pronóstico.

Por lo general, no es posible obtener de los niños pequeños datos sobre la ingestión cáustica, por lo que es indispensable realizar cuidadosamente una exploración física para obtener datos y características de las lesiones para determinar el tratamiento adecuado a cada tipo de lesión.

El estudio endoscópico es un método útil para lograr el diagnóstico más exacto de la lesión esofágica. No hay un criterio definido al mejor momento de verificar la esofagoscopia ya que la ausencia de lesiones en cavidad bucal no es razón para no practicarse la endoscopia, sino más bien debe realizarse este estudio lo más tempranamente posible para advertir oportunamente una lesión en esófago.

El examen clínico general es de gran importancia para valorar el estado general del paciente ya que es frecuente que las lesiones graves por quemadura a nivel esofágico cursen -- con estado de shock siendo ésta una de las causas más fre--- cuentes de muerte en la fase aguda de la esofagitis.

También se deben investigar datos sugestivos de perforación gástrica que ocurren más frecuentemente con la ingestión de ácidos.

La exploración radiológica durante la fase aguda mediante suspensión baritada mediante control fluoroscópico y seriográfico revela las alteraciones a nivel de la mucosa y de la cinética esofágica. Para determinar el grado de estenosis - en la fase de cicatrización se recomienda el uso de papilla - baritada.

Otros estudios radiográficos son indispensables porque - pueden revelar Neumomediastino lo cual indicaría una perforación esofágica y la imagen de aire subdiafragmático una perforación gástrica.

La endoscopia es un estudio útil para lograr el diagnóstico más exacto de la lesión esofágica. El cual debe realizarse cuidadosamente y evitar continuar con dicho estudio al encontrar la primera lesión importante, por el peligro de que el endoscopio perfore la parte afectada ya que presenta un -- punto débil debido a la pérdida de substancia que se presenta en las quemaduras. Este estudio se debe realizar bajo anes-

tesia general y por una persona experimentada.

Es importante vigilar la evolución del padecimiento ya que la disfagia es un síntoma cardinal de la estenosis que - puede ser de carácter progresivo y afectar el estado nutri-- cional del paciente si no es tratado en forma correcta y oportuna.

E V O L U C I O N Y C O M P L I C A C I O N E S

Del grado de lesión y de la terapéutica instalada en el momento preciso dependerá la evolución, es decir, mientras la lesión sea más importante, más desfavorable será la evolución.

En las quemaduras de primer grado la evolución es favorable ya que la disfagia, si es que existió, desaparece en unos cuantos días, al igual que el dolor y la sialorrea sin tener repercusión en el estado general. El estudio radiológico y endoscópico mostrarán un esófago de caracteres normales.

Las lesiones de segundo y tercer grado tienen una evolución relativamente desfavorable. El dolor persiste durante varios días y su intensidad disminuye progresivamente. La disfagia persiste en un lapso de 10 a 15 días como promedio. Las lesiones bucofaríngeas cicatrizan al decimoquinto día, hay descenso ponderal. Durante la segunda y tercera semanas las lesiones bucofaríngeas y esofágicas se recubren de una capa pultacea seudoictérica, resultado de un principio de cicatrización. En esta etapa se recomienda realizar estudios endoscópicos y radiológicos con medio de contraste, periódicos, ya que en ocasiones se puede producir en forma silenciosa una fís

tula traqueal o broncoesofágica o una perforación esofágica.

Con frecuencia a la cuarta o quinta semana aparece la - disfagia, lo que sugiere que la estenosis esofágica ha empezado a presentarse. La Esofagoscopia permite controlar no sólo la existencia de las lesiones esofágicas sino también - el estado evolutivo.

Las estenosis ya establecidas serán objeto de dilataciones periódicas por medio de bujías.

En las quemaduras de segundo y tercer grado mal tratadas se establece una desnutrición rápida, ya que al final de la primera quincena persiste la disfagia y sólo los líquidos son tolerados y en ocasiones parcialmente regurgitados. Es frecuente que exista una febrícula sin que haya patología pulmonar como complicación.

Es indispensable realizar una gastrostomia para la alimentación del paciente.

Las complicaciones precoces o tardías pueden sobrevenir a diferentes niveles del esófago: piso cervical; en las primeras 48 hrs. se instala una disnea laríngea ameritando en ocasiones traqueotomía siendo ésta una eventualidad rara. Piso torácico: en los primeros días se encontrará una bronquitis - difusa sin gravedad.

Segmento de piso abdominal: en ocasiones las lesiones -- gástricas se pueden revelar por un absceso subfrénico de evo-

lución subaguda que se descubre por medio radiológico, en -- otras ocasiones perforaciones y una secuela tardía en ocasiones puede ser una estenosis cicatricial pilórica como resultado de quemadura a ese nivel.

La evolución y las complicaciones pueden agravarse por la instalación de un proceso infeccioso agregado aunado al - tratamiento a base de esteroides, por lo que la terapéutica antimicrobiana debe administrarse oportunamente y en forma - profiláctica.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Esofagitis cáustica debe ser enfocado hacia:

1.- Tratamiento inmediato de la quemadura;

2.- Tratamiento de la fase aguda;

3.- Tratamiento de la fase crónica.

Investigar tipo, concentración y cantidad, etc. de la -- substancia ingerida para identificarla. Si se llega a reconocer el tipo de la substancia ingerida y no han transcurrido -- más de 6 hrs. desde el momento del accidente, se iniciará tratamiento de neutralización de dicho agente causal.

Vigilancia de los signos vitales principalmente en pacientes con tendencia al estado de choque, así como complicaciones tales como perforación esofágica o gástrica con mediastinitis, neumonitis, peritonitis, etc. Balance hidroelectrolítico estricto por 48 o 72 hrs., si hay mejoría de la disfagia, no hay disnea o meteorismo, se iniciará dieta líquida con aumento progresivo de la consistencia de los alimentos, sobre todo en las quemaduras de primer grado.

La administración de antibióticos de mediano o amplio espectro, aunque no hay uniformidad de criterio para los antibióticos de elección.

En caso de dificultad de una ventilación pulmonar adecuada por la disminución de la luz por la quemadura que compromete la laringe, se efectuará traqueostomia de urgencia.

En caso de quemadura muy grave por profundidad, con o sin alteración a órganos subyacentes se deben emplear todas las medidas necesarias para evitar las complicaciones severas y, en ocasiones la muerte, antes de iniciar otro tipo de tratamiento.

Cuando se considera que no es posible emplear la vía oral para alimentación tempranamente por lesión(es) grave(s), se debe efectuar una gastrostomia para alimentación del paciente.

Debe efectuarse estudio de endoscopia en las primeras 24 hrs. del accidente. El control endoscópico se efectuará en el primero, tercero y sexto meses y al año, y cada año en un período de 3 a 5 años dependiendo de la evolución del paciente.

El empleo de esteroides por su acción antiinflamatoria se ha apreciado una reducción considerable en cuanto a las estenosis cicatriciales, observándose que cuando se presentan éstas, se tratan de estenosis blandas y fáciles de dilatar.

Los esteroides deben iniciarse durante las primeras 24hrs. después del accidente a dósis terapéuticas, aceptables y sostenidas por un período de 3 a 6 semanas, en las lesiones de primer

grado y hasta 8 semanas en las de segundo grado y en las de tercer grado prolongarse hasta 12 semanas, teniendo en cuenta las posibles complicaciones producidas por los esteroides, ya que puede haber sangrados y perforaciones gástricas y esofágicas debido a una disminución en la cicatrización, tampoco deben emplearse en pacientes con Tuberculosis activa, con antecedentes de Ulcera Gástrica, ni con complicaciones pulmonares ni cardíacas. No se recomienda la administración de --- HACT, en virtud de estimular la formación de fibroblastos.

Se emplea Hidrocortisona a dósis de 100 mgr. cada 8 hrs. vía parenteral independientemente de la edad y peso, y una -- vez establecida la vía oral se utilizará ésta, debiendo ser - constante, prolongada y con supresión progresiva, incluso empleando algún otro Esteroide.

El paso de sondas al estómago debe evitarse, en virtud - de peligro de perforación, por lo que están proscritas. El - paso de hilos al estómago no es en forma rutinaria, únicamente cuando las lesiones por quemadura son importantes, se planea la gastrotomía simultáneamente a la esofagoscopia con objeto de pasar un hilo "sin fin" para posteriormente efectuar dilataciones. También se puede efectuar dilataciones bajo - visión directa con dilatadores de Hurst.

Cuando hay gran destrucción de las paredes del esófago - se emplearán aspectos quirúrgicos con objetivo de la restitución de este órgano mediante la porción de intestino, principalmente de colon.

En la fase aguda el estudio radiológico también es de - gran utilidad para detectar perforaciones, neumonitis, etc., el Esofagograma debe efectuarse un mes después del accidente para observar estrechamientos y dilataciones supraestenóti-- cas.

Mantener el estado nutricional del paciente es fundamental en el tratamiento integral, utilizando la Gastrostomía en los casos que así se requiera, con intervención psiquiátrica para evitar trastornos de la conducta por la forma de alimentación que reciben.

P R O N O S T I C O

Antes del advenimiento de los Esteroides y Antibióticos, la mortalidad era de un 35 a 40% ocasionada principalmente -- por perforaciones y estados de choque. Actualmente, con la administración de estos medicamentos, la mortalidad y la frecuencia de estenosis han disminuido considerablemente, mejo-- rando el pronóstico, siendo favorecido por los avances de los estudios radiológicos, a la mejor técnica de estudio endoscópico que permiten hacer un diagnóstico temprano y más exacto de la lesión. Se debe tener en cuenta que el pronóstico también depende de la cantidad, del tipo y de la concentración -- del agente causal.

ESTUDIO DE 27 CASOS CON DIAGNOSTICOS DE ESOFAGITIS CAUSTICA

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realiza en 27 casos con diagnóstico de Esofagitis Cáustica, seleccionados de un total de 38 casos que se atendieron durante un año, comprendido desde el mes de mayo de 1976 a mayo de 1977, en el Hospital Infantil de Coyoacán, teniendo como requisito para su estudio:

1.- Haber estado hospitalizado
2.- Con Historia Clínica completa
3.- Con estudio endoscópico y resultados del mismo
4.- Con biometría hemática
5.- Tratamiento y evolución completas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se exponen en los siguientes cuadros:

CUADRO I

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTES POR INGESTION DE CAUSTICOS

Sexo	1 a 2 años	2 a 3 años
FEMENINO	6 casos	3 casos = 9 casos
MASCULINO	10 casos	8 casos = 18 casos
	16 casos	11 casos = 27 casos

Predominó el sexo masculino sobre el femenino en rela-- ción de 2 a 1 y vemos que el accidente se presentó más fre-- cuentemente en lactantes mayores que en los preescolares, -- por iniciar la deambulación y ser la curiosidad caracterísi ca de esta etapa.

CUADRO II

TIEMPO DE EVOLUCION DESDE EL ACCIDENTE HASTA SU INGRESO AL HOSPITAL

Menos de 24 hrs.	de 24 a 48 hrs	Más de 48 hrs.
10 casos	12 casos	5 casos

CUADRO III

SINTOMATOLOGIA ENCONTRADA

Estado del esófago	No. de casos	Síntomas principales
Esófago sano	2 casos	Dolor bucal, hiperemia de labios, mucosa y lengua, sialorrea.
Quemadura de I grado	10 casos	Sialorrea profusa, dolor bucal, náuseas y vómito y los datos anteriores.
Quemaduras de II grado	10 casos	Agregándose a lo anterior dolor retroesternal y abdominal, odinofagia e hipertemia.
Quemaduras de III grado	3 casos	Agregándose mal estado general y en ocasiones estado de shock
Estenosis esofágica	2 casos	Regurgitaciones, disfagia anorexia, astenia y adinamia y pérdida de peso, -- desnutrición.

La sintomatología encontrada en los pacientes suele ser variada, pero son dignos de tomarse en cuenta el dolor retroesternal y la odinofagia como datos que sugieren quemaduras esofágicas de importancia.

CUADRO IV

LESIONES ESOFAGICAS ASOCIADAS CON LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

Estado del esófago	No. de casos	Con lesión	Sin lesión
Esófago Normal	2 casos	1 caso	1 caso
Quemadura I grado	10 casos	8 casos	2 casos
Quemadura II grado	10 casos	9 casos	1 caso
Quemadura III grado	3 casos	3 casos	ninguno
Estenosis esofágica	2 casos	2 casos	ninguno

En el cuadro anterior se demuestra nuevamente que no es necesario encontrar lesiones en cavidad oral para sospechar lesión esofágica.

CUADRO V

RESULTADO DE LA ESOFAGOSCOPIA

Esófago normal	2 casos
Quemaduras de I grado	10 casos
Quemaduras de II grado	10 casos
Quemaduras de III grado	3 casos
Estenosis Esofágica	2 casos

La Esofagoscopia es indispensable y debe realizarse en las primeras horas después del accidente, para clasificar el grado de lesión esofágica y establecer oportuna y adecuadamente el tratamiento.

El tratamiento inmediato antes de efectuar la Esofagoscopia en 17 pacientes fue a base de soluciones parentarales, ayuno, Penicilina procaína, Hidrocortisona 100 mgr. cada 8 hrs. sin importar peso ni edad.

En 8 pacientes se administró dieta líquida, Penicilina Procaína y Prednisolona 1 a 2 mgr./Kg./día, V.O. Los dos casos de Estenosis Esofágica se mantuvieron en observación hasta realizarse la Endoscopia, posteriormente se les efectuó gastrostomia y posteriormente dilataciones esofágicas retrógradas cada 10 a 20 días, en un caso y en el otro cada semana, evolucionando este último muy mal, llegando a Desnutrición de III grado, cuadros diarréicos frecuentes, Deshidratación severa en una ocasión, ameritando hospitalización, presentando alrededor de la gastrostomía erosión de la piel por quemadura. Posteriormente, después de efectuar dilatación esofágica, presentó complicación con Meningoencefalitis Purulenta que lo llevó a la muerte a los 7 meses del accidente.

En general el tratamiento posterior a la Esofagoscopia fue el ya establecido, de acuerdo al grado de lesión, para la Esofagitis de Primer Grado: Penicilina Procaína durante 5 --- días, Prednisona a la dósis ya mencionada, durante 10 días y

dieta normal. Para las Esofagitis de Segundo Grado: Penicilina Procaína durante 10 días y Prednisona a la dosis mencionada, durante 30 y 60 días sin interrupción, con supresión -- progresiva. En las Esofagitis de Tercer Grado: Penicilina - Procaína durante 10 días y Prednisona en igual dósis durante 90 días sin interrupción y con supresión progresiva, independientemente de la evolución de las lesiones.

Es necesario insistir sobre el control posterior de es-- tos pacientes, ya que encontramos que de los 27 estudiados sólo 4 continuaron controlándose y terminaron su tratamiento. Y el resto de los pacientes se supone evolucionaron favorable-- mente. El caso de Estenosis que quedó, aún se encuentra bajo control periódico ya sin Gastrostomia y su estado general es aceptable.

C O N C L U S I O N E S

1.- La Esofagitis por ingestión de cáusticos es relativamente frecuente y predomina en lactantes mayores y preescolares y de acuerdo al presente estudio en cuanto a sexo es más frecuente en el masculino en relación de 2 a 1.

2.- De las substancias cáusticas, la sosa cáustica sigue --- siendo el agente causal de las estenosis esofágicas.

3.- Aún sin lesiones en cavidad oral se deberán descartar lesiones en esófago por medio de estudio endoscópico.

4.- La Endoscopia esofágica debe realizarse en las primeras 24 hrs. en todo paciente con antecedente de ingestión de substancias cáusticas.

5.- En las lesiones importantes de esófago se debe suspender la vía oral y manejarse con soluciones parenterales, vigilancia estrecha de signos vitales y valoración de la - Gastrostomía.

6.- El uso de Esteroides debe administrarse inmediatamente - después del accidente, así como también el uso de anti-- bióticos en forma "profiláctica".

7.- Las endoscopias deben efectuarse periódicamente hasta un lapso de 5 años.

8.- Es necesaria la difusión de información a todos los niveles sociales, sobre el inconveniente de dejar estas substancias en envases de refrescos o comestibles, al alcance de los niños. La cantidad de casos por ingestión de substancias cáusticas que se presentan en todo el D.F. y que son detectados en centros que prestan atención médica (ISSTE, IMSS, SSA, Petróleos Mexicanos, C.F.E. y Servicios Médicos del D.D.F., etc.) no teniendo estadísticas reales de la frecuencia, pero es evidente que son numerosos los casos por lo cual consideramos que debiera existir una campaña intensiva a nivel nacional para envasar estas substancias en forma adecuada y que impidiera este tipo de accidente en los niños, esto sería verdaderamente hacer medicina preventiva.

9.- Es indicativo la información a los padres sobre la revisión periódica en la Consulta Externa y la importancia de no suspender el Tratamiento.

B I B L I O G R A F I A

1. ESOFAGITIS: Tratado de Pediatrfa; Nelson. Pág. 810-811. Tomo 1-61.

2. LESIONES POR INGESTION DE SUBSTANCIAS CAUSTICAS. E. Vidal Colomer, Medicina Clfnica; Tomo XLII. Núm. 5, Pág. 347-356, 1964.

3. ESTENOSIS ADQUIRIDAS DEL ESOFAGO: Bases Biológicas en la Práctica Pediátrica. R.E. Cooke. Pág. 1167, Tomo I. -- 1970.

4. CORROSVE ESOPHAGITIS: Current Management of the acutte - esophageal Lye Burn. Endicott J.N. South Med. J. Pág.64 270, 2 Mar. 71.

5. CORROSIVE ESOPHAGITIS: A review of the Therapy. Richard S. Egan. Northwest Medicine, Pág. 1007-1009, November, 1969.

6. MANAGEMENT OF CHILDREN WITH SUSPECTED ESOPHAGEAL BURNS: Charles S. Giffin. Postgraduate Medicine: Pág. 611-614; June 1964.

7. LA LOCALISATION DES LESIONS DES VOIES DIGESTIVES: D'APRES L'AGENT CORROSIF. D. Savic, S. Pejakovic et B. Minaljevic (Belgrade) Reims, 23. Pág. 333-389, 1971.

8. CAUSTIC OESOPHAGITIS. Proceedings of the VIIIth International Congress of Otorhinolaryngology. Gustavo Vivar Mejía, José Smoler B. and Samuel Levy Pinto. Pág. 703-705, Tokyo. October 1965.

9. ESOPHAGEAL STENOSIS PRODUCED BY INGESTION ON BLEACH: Report of two cases. Ronald J. French, Harold and Lewis J. Tutledge. Southern Medical Journal. Vol. 63 No. 10. - Pág. 1140-1144. October 1970.

10. LES OESOPHAGITES PAR ABSORTION DE CAUSTIQUE. Leur traitement d'urgence et leur évolution; H. Sergent; Cahiers de Medicine Tome 12 No. 5; Pág. 383-389, 1971.

11. TREATMENT OF CAUSTIC BURNS OF THE ESOPHAGUS: Early Esophagoscopy and Adrenolcortical Steroids. William W. Cleve-- land; J. Ryan Chandler and Robert B. Lawson. JAMA; Vol. 186, No. 3, Pág. 262-263. Oct. 1963.

12. ESOFAGITIS CAUSTICA, Urgencias Médicas en Pediatría, Dr. Eduardo Picazo Michel. Urgencias Médicas en Pediatría, 5a. Edición. 1977, págs. 79-80.

Impresiones Lupita
MEDICINA No. 25
FRACC. COPILCO UNIVERSIDAD
CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.
TEL. 548-49-79