



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos



**2° Congreso Argentino
de Medicina Interna Pediátrica**

URGENCIAS ENDOSCÓPICAS CÁUSTICOS Y CUERPOS EXTRAÑOS



Carolina Riga
Gastroenteróloga Pediatra
Hospital de Niños de la Sma. Trinidad de Córdoba

Lesiones por Ingesta de Cáusticos



Toda sustancia álcali o ácida,
que por su Ph y/o concentración
es capaz de producir lesión
al entrar en contacto con tejido orgánico:
Tracto digestivo, respiratorio o cutáneo.

Consenso Nacional de Urgencias Endoscópicas en Pediatría

Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 1:S1-S26 / S1.

Carolina Riga, Jorge Villarruel, Fernando Vinuesa, Lucio González, Jorge Rubin, Inés Ninomiya.

Lesiones por Ingesta de Cáusticos



- En el 90% ingesta accidental, hogar.
- Niños entre 1 y 6 años.
- Productos de limpieza para uso doméstico, al alcance de los niños y almacenados inadecuadamente en recipientes de gaseosa.

Lesiones por Ingesta de Cáusticos

Extensión y severidad de la lesión:

- Naturaleza del agente
- Ph
- Estado físico
- Viscosidad
- Concentración
- Volumen ingerido
- Duración de la exposición y tiempo de tránsito
- Presencia o ausencia de alimentos en estómago
- Presencia o ausencia de RGE
- Características pre mórbidas del tracto gastrointestinal



Sustancias Cáusticas: Clasificación

Características	Álcalis	Ácidos
Físicas	Insípidos, inodoros Deglutidos antes del reflejo protector	Amargos Dolor inmediato Reflejo protector impiden deglución masiva.
Efecto	Licuefacción Efecto solvente sobre el revestimiento lipoprot. Saponificación de la muc. Submuc. y musc.	Necrosis por Coagulación Formación de escaras limitan la penetración Lesión superficial
Sitio de Lesión	Esófago	Pre píloro. Antro
Ph capaz de producir Lesión	> 12	< 2

Etapas evolutivas de la lesión y correlación clínica

Fases de la lesión	Características fisiopatológica	Correlación clínica
Aguda: 1º y 2º días	Necrosis con saponificación, trombosis vascular Reacción inflamatoria intensa Diagnóstico, pronóstico e iniciar las medidas terapéuticas	Lesiones oro faríngeas Vómitos, hematemesis Sialorrea, disfagia, rechazo del alimento Dolor torácico o abdom. Síntomas respiratorios.
Subaguda: 3º al 5º día	Exulceración.	
Reparación: 6º al 14º día	Tejido de granulación. Pared es muy débil y no debe ser manipulada, evitar complicaciones.	Asintomático, duración variable.
Cicatrización: 15º al 30º día	Consolida la cicatrización Se establece la estenosis esofágica.	Disfagia Pérdida de peso

Evaluación y diagnóstico inicial

- Optimización de la vía aérea
- Sostén hemodinámico y del estado ácido base:
Monitoreo de funciones vitales, renal, hepática y coagulac.
- Antiemético. Corticoides (solo en edema laríngeo)
- Retirar de la boca restos solidos del caustico e irrigar con agua fría sin dejar deglutir.
- Detección temprana de perforación
- Según severidad:
 - Alta y control ambulatorio
 - Internación y Endoscopía entre las 6 y 36hs



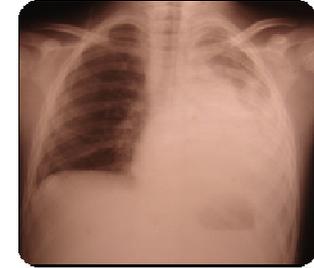
Ingesta de cáusticos:

NO SE DEBE REALIZAR

- Inducción del vómito
- Lavado Gástrico
- Neutralización del agente agresor
- Administración de carbón activado
(no absorbe el cáustico y dificulta la endoscopía)
- Colocación a ciegas la SNG



Lesiones por cáusticos: Evaluación



Estudios complementarios:

- Laboratorio
- Rx de cuello, tórax y abdomen, TAC de tórax
- **Broncoscopía** (compromiso de la vía aérea)

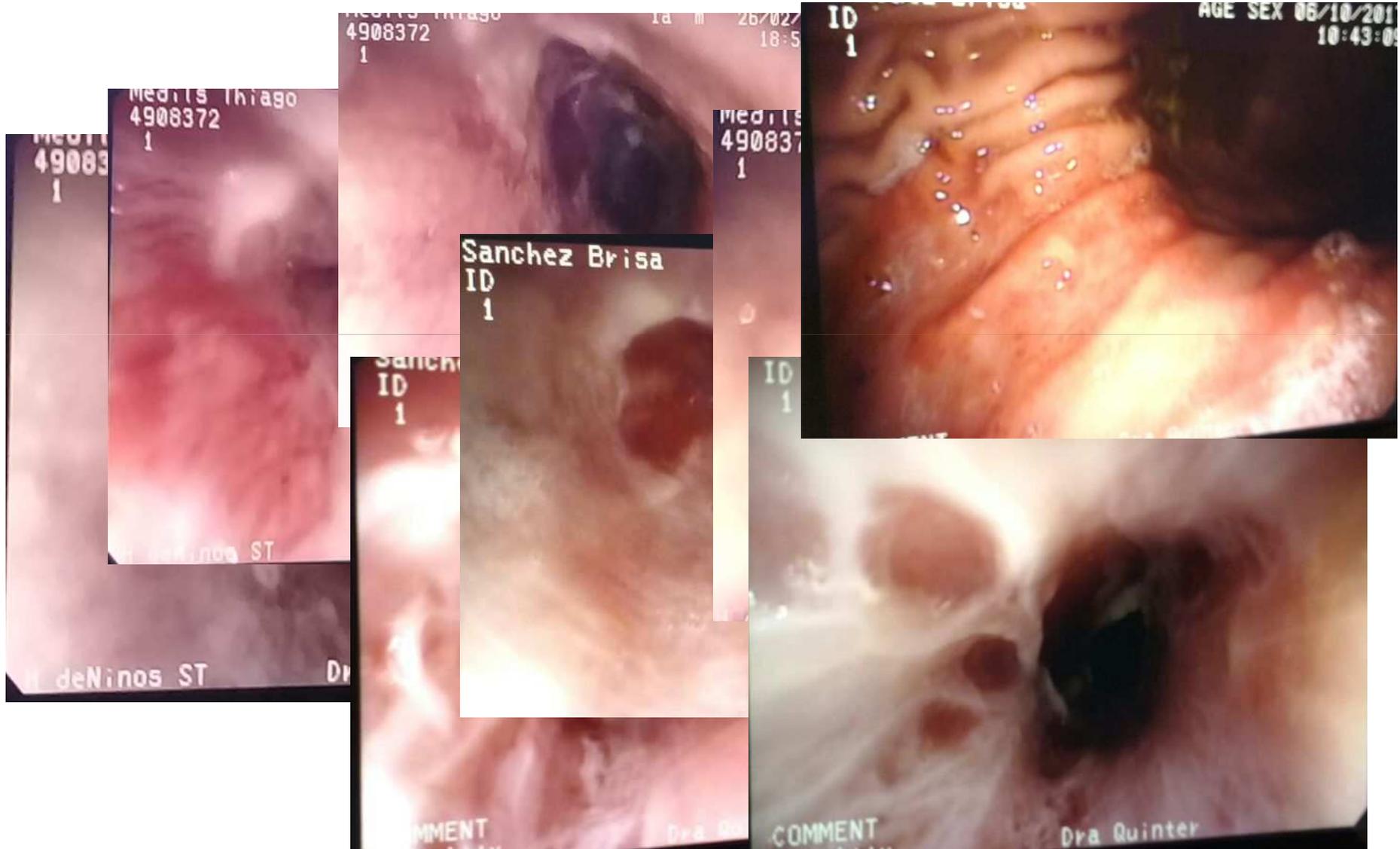
- **Endoscopia digestiva alta:**

- ✓ 12- 24 hs de la ingesta
- ✓ Presencia, extensión y severidad de las lesiones.
- ✓ Los grados de quemadura (Zargar) Importancia pronóstica.

Contraindicaciones:
Signos clínicos de perforación
Inestabilidad hemodinámica
Trastornos respiratorios

- **Esofagograma** (fase crónica)

Esofagitis por cáusticos



Conducta según evaluación:

- **Endoscopia sin lesión:** No se interna
- **Endoscopia con lesión:**
 - **Lesiones grado I y IIa:** Internación en sala, alimentación progresiva, IBP y alta.
 - **Lesiones tipo IIb y III:** Internación en UCI, reposo gástrico, IBP, ATB, control de complicaciones inmediatas y tardías

Terapéutica

- **Antibiótico:** En lesiones Grado III con riesgo de perforación. (Ampicilina-sulbactam o Cefalosporinas de 3°G).
- **Corticoides:** Controversial. Inhiben la fibrogénesis, favorecen la sobreinfección, perforación y peritonitis. No mas de 1 semana.
- **Inhibidores de H2 o IBP:** (Ranitidina, Omeprazol, Lanzoprazol)
- **Sucralfato:** Citoprotector de la mucosa.
- **Soporte Nutricional:** Por estrés catabólico, pérdidas acentuadas de nitrógeno y déficit de zinc. Si es posible utilizar vía nasointestinal. La vía oral se utiliza cuando ya no existe dificultad para deglutir.

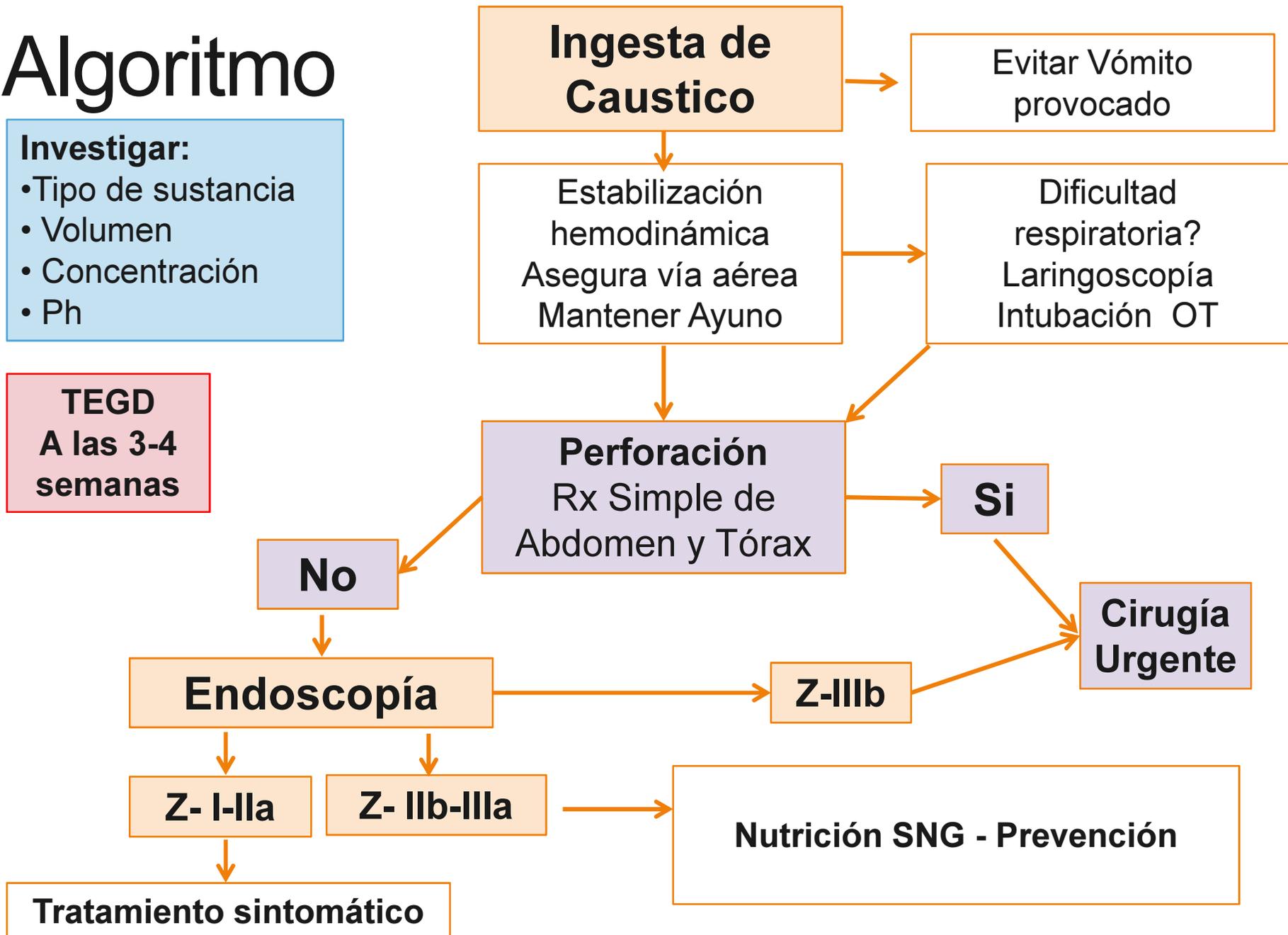
Algoritmo

Investigar:

- Tipo de sustancia
- Volumen
- Concentración
- Ph

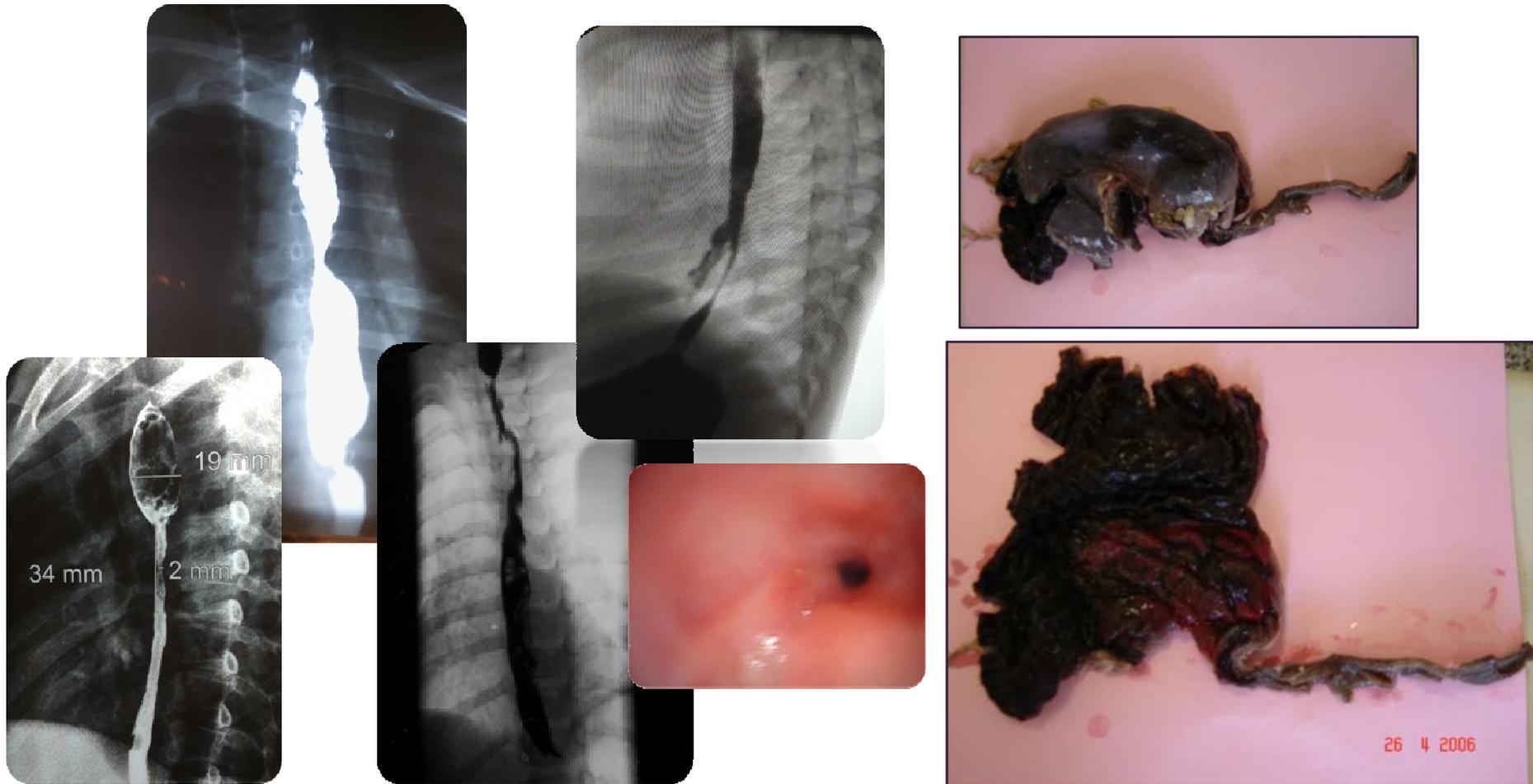
TEGD

A las 3-4
semanas



Ingesta de cáusticos: Complicaciones

Agudas, subagudas y crónicas:



Ingestión de Cuerpo extraño

El ingreso de un objeto al tubo digestivo
Por sus características físicas: tamaño, composición y
forma, o problemas del tracto digestivo,
no pueden continuar el tránsito y quedan impactados
en un sitio específico del mismo.

Consenso Nacional de Urgencias Endoscópicas en Pediatría

Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 1:S1-S26 / S1.

Carolina Riga, Jorge Villarruel, Fernando Vinuesa, Lucio González, Jorge Rubin, Inés Ninomiya.

Ingestión de Cuerpo extraño



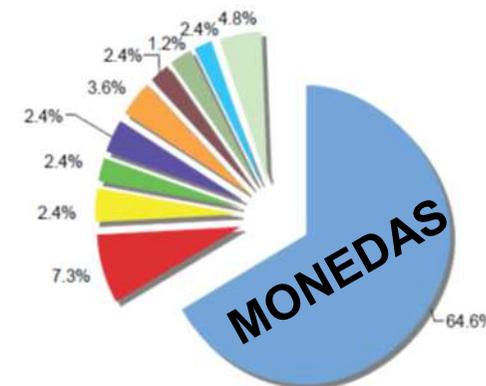
- Emergencia mas frecuente de la guardia.
- Ocurre en niños entre 6m y 3 años.
- 80-90% se eliminan solos sin complicaciones.
- 20% deben ser extraídos endoscópicamente. 1% Cx.

Localización:

Estrecheces anatómicas: Cricofaríngeo, esofagogástrica y válvula Ileoc.

Estenosis patológicas: anillos vasculares, membranas, estenosis cáusticas, quirúrgicas, inflamatorias, etc.

Ingestión de Cuerpo extraño: Clasificación



Cuerpos extraños	Características
Romos	Monedas, medallas, bolo alimenticio, asociado a patología esofágica subyacente 90 %
Punzantes	Espina/cartilago de pescado o pollo, huesos, agujas, alfileres, escarbadiantes.
Cortantes	Vidrios , hojas de afeitar, porciones de latas.
Complejos	Mayor dificultad para su extracción, complicaciones o necesidad de cirugía. Prótesis dentarias, dijes, alambres, utensilios de cocina, paquetes de droga, etc.
Pilas	Daño mucoso, descargas eléctricas y toxico.

Ingestión de cuerpo extraño: Estudios complementarios

- **Laringoscopia:** Síntomas respiratorios
- **Radiografía de cuello, tórax y abdomen**

No realizar estudios contrastados por riesgo de aspiración, contraste dificulta el estudio.

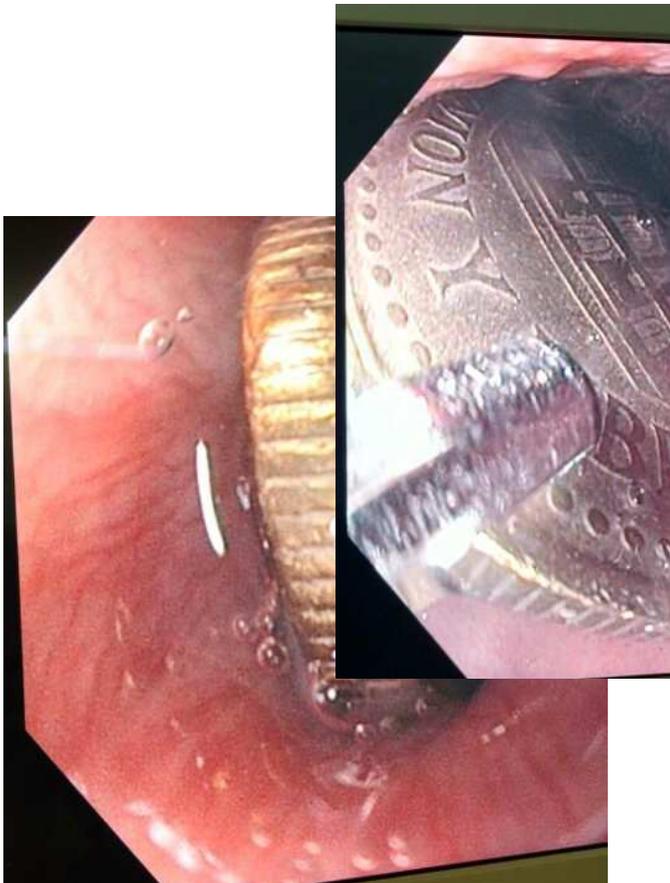
- **TAC y/o RNM:** Ante complicaciones.
- **Endoscopia**



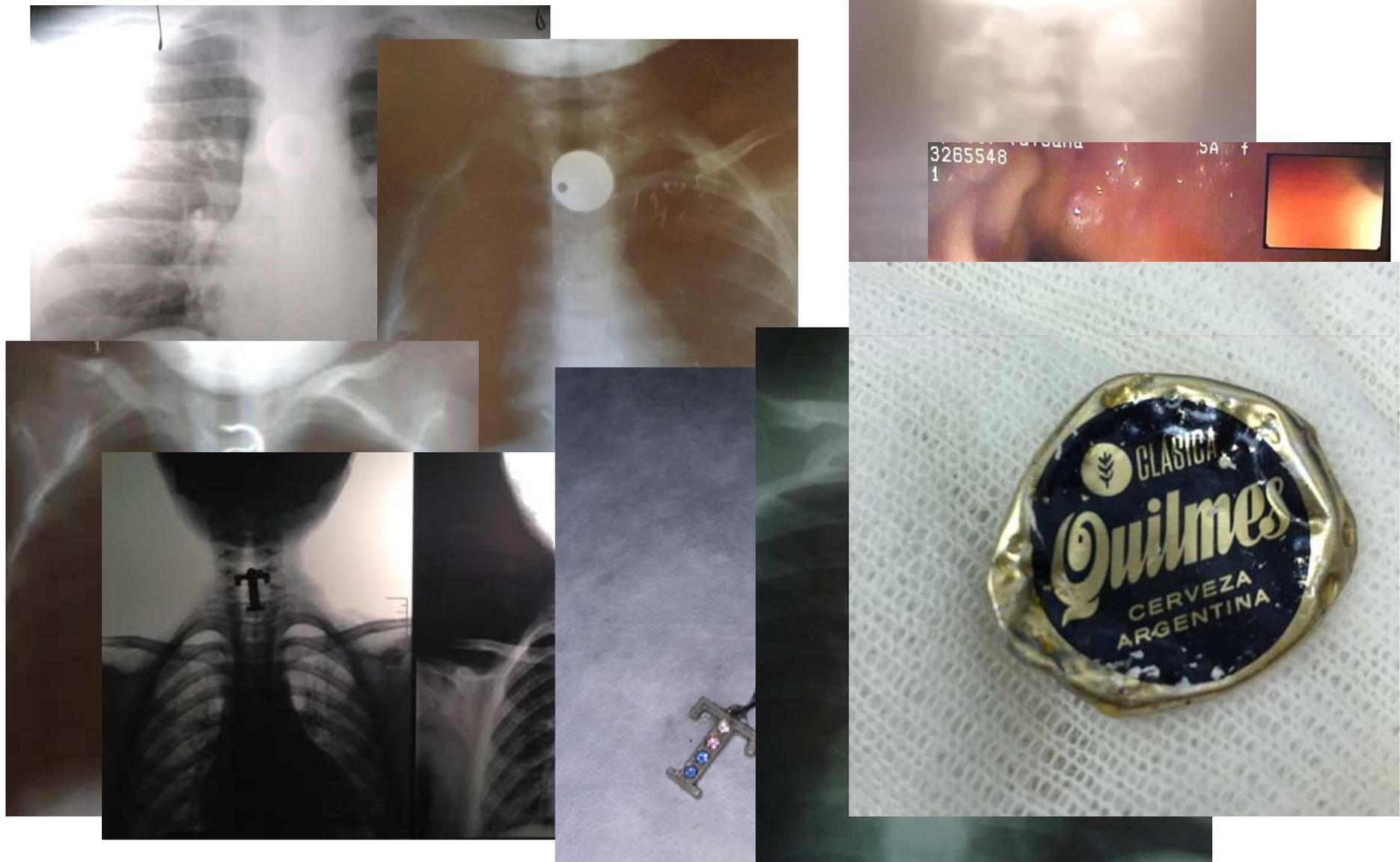
Ingestión de cuerpo extraño: Indicación de extracción endoscópica

Indicaciones de extracción endoscópica de cuerpos extraños		
Esofágicos	Gastroduodenales	Estacionarios
Todos deben ser removidos	Afilados y puntiagudos	Luego de 4 semanas en Estómago
	> de 5 cm de longitud	
	> de 2 cm de ancho	Luego de 1 semana en Duodeno o intestino
	Contienen sustancias Cáusticas: Pila Botón	

Ingesta de cuerpo extraño



Ingesta de cuerpo extraño



Ingesta de cuerpo extraño



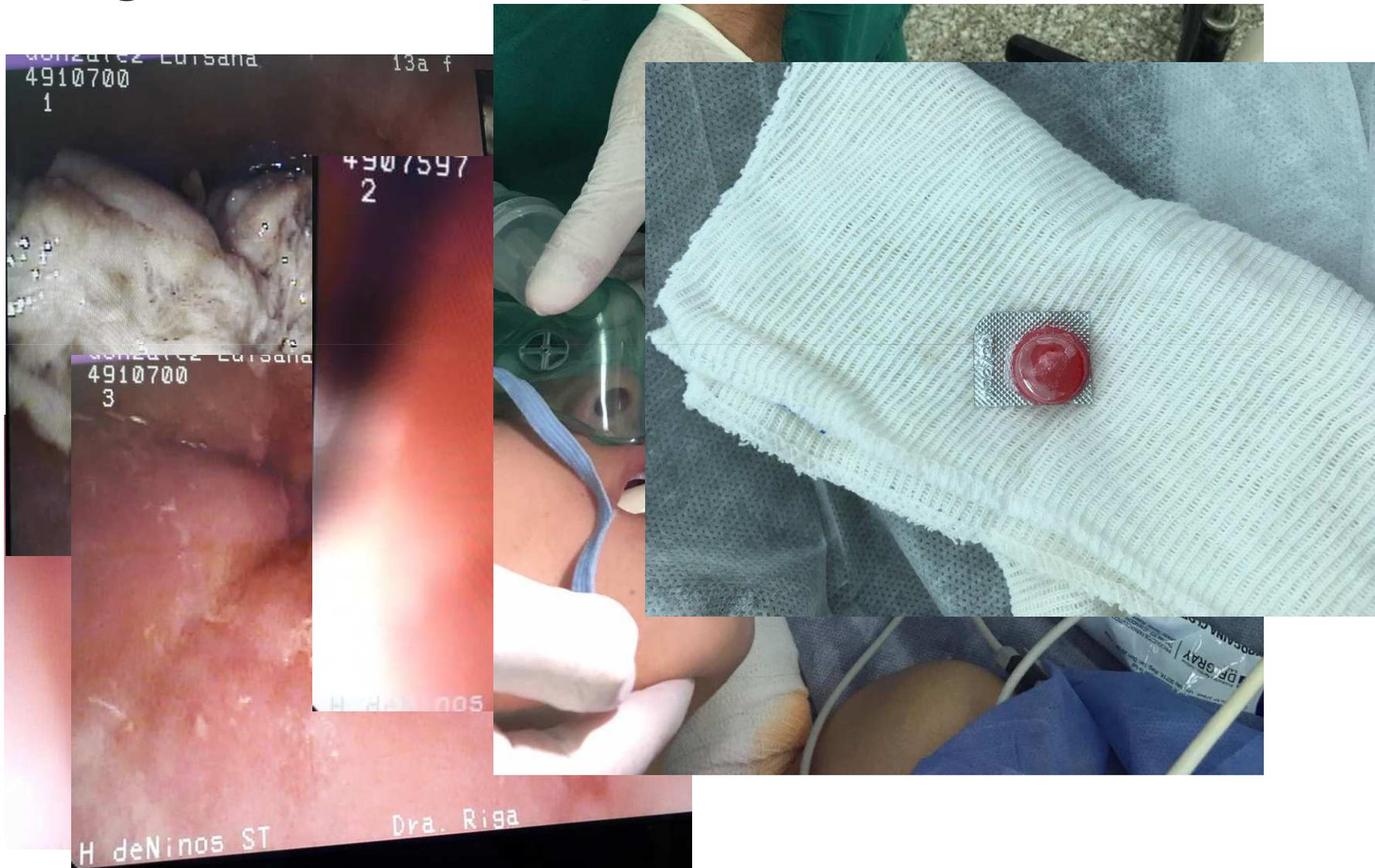
Ingesta de cuerpo extraño



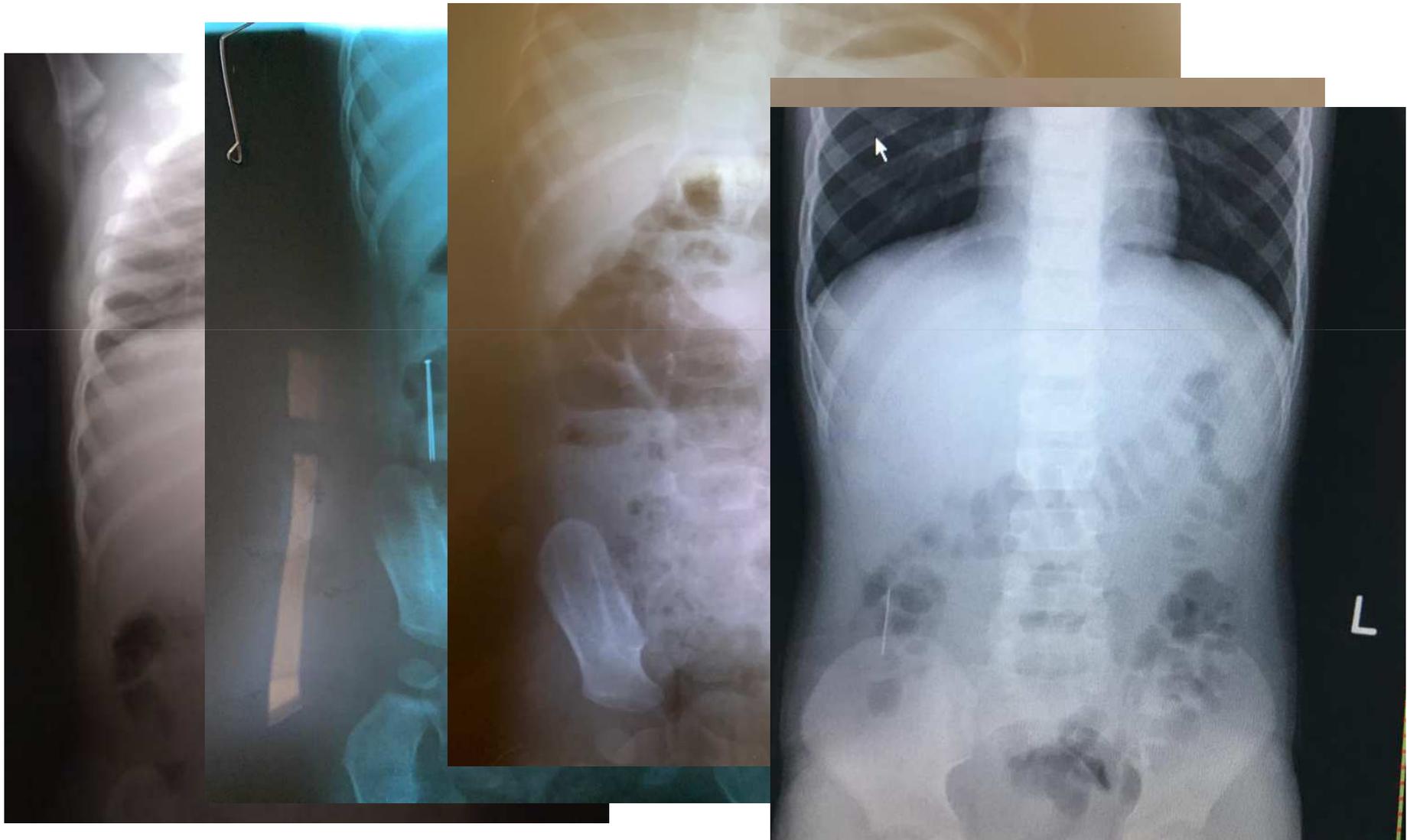
Ingesta de cuerpo extraño



Ingesta de cuerpo extraño



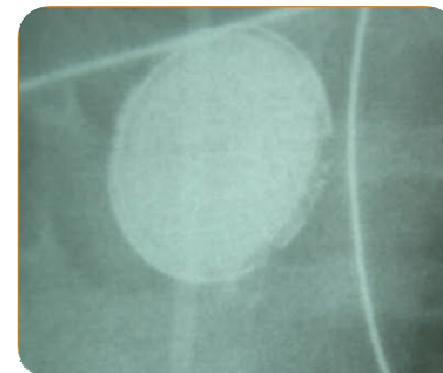
Ingesta de cuerpo extraño



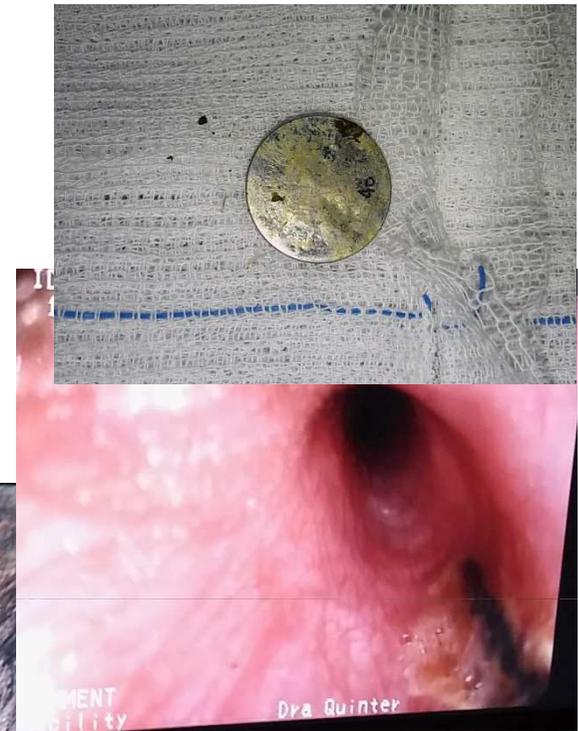
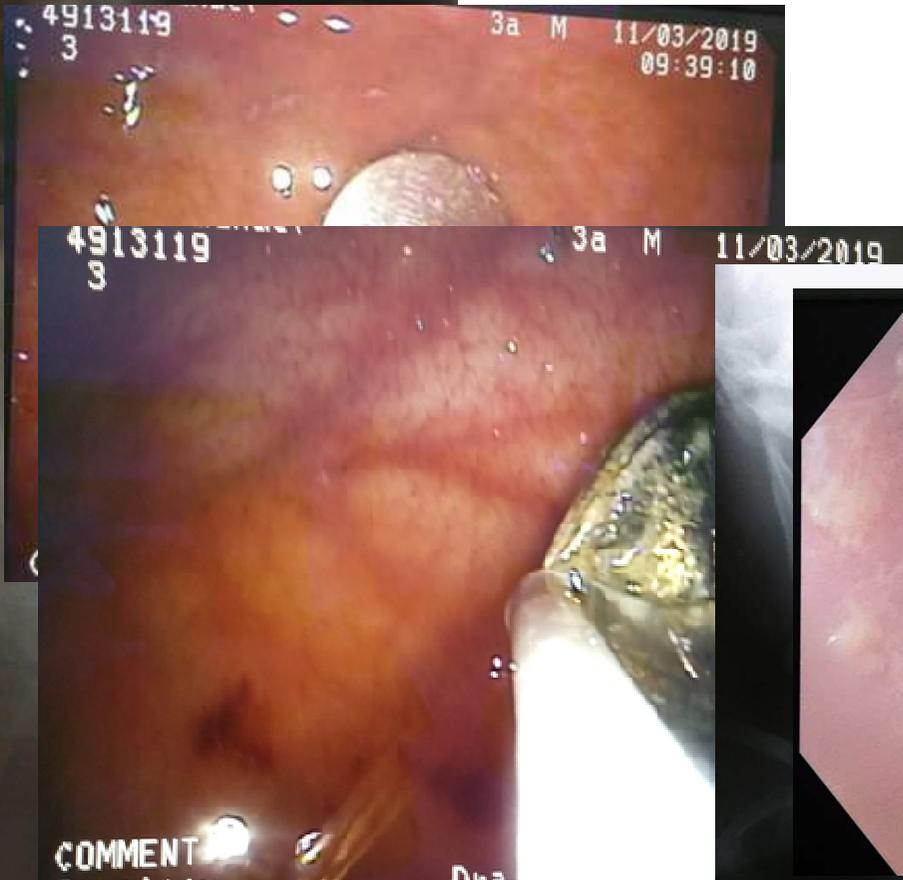
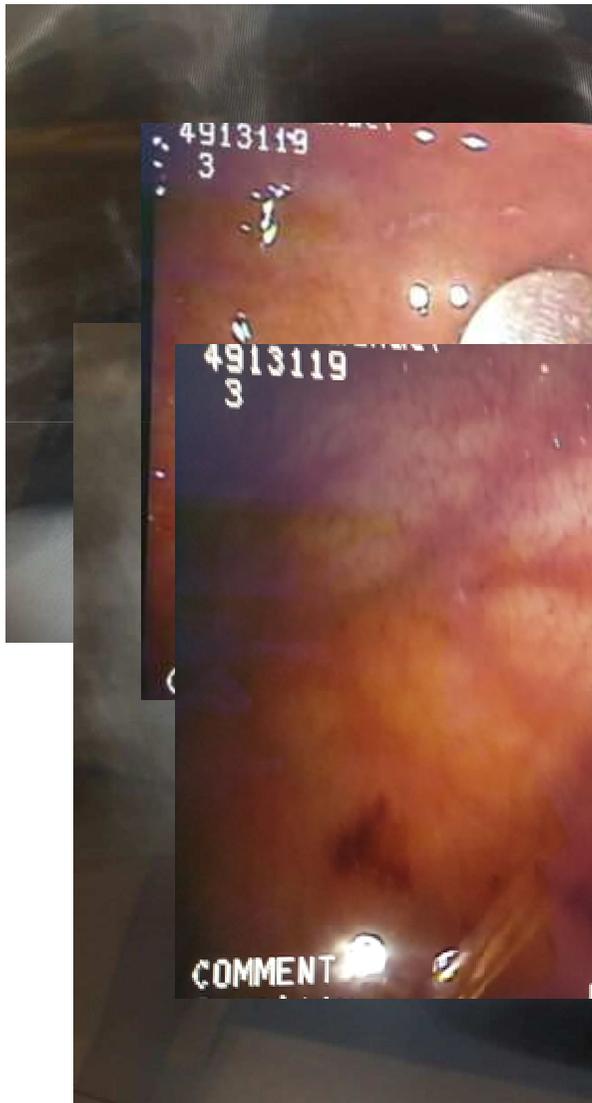
Ingesta de baterías o pilas botón

- ✓ 80 al 90% pasan a través del tracto GI sin complicaciones.
- ✓ Atascan en el cricofaríngeo, nivel del arco aórtico y en EEI.
- ✓ **Diferencia radiográfica con monedas:** Las pilas son bilaminares. Rx lateral, las monedas borde nítido y definido.
- **En menos de 4 hs:** Cambio de color de la mucosa (marrón-negro), edema y adherencia de la pila a la mucosa. Ulceración y perforación.

**Si pasó esófago, esperar y monitorizar con Rx.
Remover, si permanece en el estómago por más de 48 h
Signos de lesión GI.**



Ingesta de Pila Botón



Gracias por su atención!!

