

Uso de corticoides sistémicos en esofagitis caustica. Reporte de dos casos

Use of corticosteroids in esophagitis caustic ingestion. Report of two cases

Alexis José Ormeño Julca^{1a}

¹ Área de Hospitalización, Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Lambayeque. Lambayeque, Perú.

^a Médico Gastroenterólogo Pediatra.

Recibido: 15-08-2015

Aprobado: 22-12-2015

RESUMEN

La exposición a sustancias potencialmente tóxicas representa un 0,3% de las visitas anuales a un servicio de urgencias pediátricas, siendo una situación susceptible de ser prevenida y que genera una morbimortalidad no despreciable. La vía de exposición más frecuente es la oral y los medicamentos son los productos más frecuentemente involucrados. La esofagitis cáustica por ingestión de sustancias corrosivas en la infancia constituye actualmente un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. Las manifestaciones clínicas varían desde ausencia de lesiones hasta compromiso grave con alto riesgo de muerte, observándose con mayor frecuencia en pacientes entre uno a tres años de edad. Además de la perforación, la complicación más severa de la esofagitis cáustica es la formación de estenosis, la cual ocurre con una frecuencia del 5% hasta el 47% en los casos más graves. El papel de los corticoides sistémicos en la prevención de estenosis esofágica cáustica es aun considerada controversial, a pesar de los múltiples reportes publicados que demuestran su beneficio. Se presentan dos casos de pacientes pediátricos con esofagitis caustica Zargar IIB que recibieron corticoides sistémicos con evolución favorable.

Palabras clave: Corticoides; Estenosis esofágica; Cáusticos; Niño (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Exposure to potentially toxic substances represents 0.3% of annual visits to a pediatric emergency department, being a situation likely to be prevented and that generates a non-negligible morbidity and mortality. The most common route of exposure is the oral and drugs are the products most frequently involved. Esophagitis caustic ingestion of corrosive substances in childhood is now a public health problem in developing countries. Clinical manifestations vary from no injuries serious commitment to high risk of death observed more frequently in patients between one and three years old. In addition to drilling, the most severe complication of esophagitis is caustic stricture formation, which occurs at a frequency of 5% to 47% in severe cases. The role of systemic corticosteroids in preventing caustic esophageal stenosis is still considered controversial, despite the many published reports showing your benefit. We report two cases of pediatric patients with caustic esophagitis IIB Zargar who received systemic corticosteroids with favorable evolution.

Keywords: Adrenal cortex hormones; Esophageal stenosis; Caustics; Child (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La exposición a sustancias potencialmente tóxicas representa un 0,3% de las visitas anuales a un servicio de urgencias pediátricas ⁽¹⁾. Es, por tanto, un motivo de consulta poco frecuente cuya importancia radica en el hecho de que se trata de situaciones susceptibles de ser prevenidas y que generan una morbimortalidad no despreciable. La vía de exposición más frecuente es la oral y los medicamentos son los productos más frecuentemente involucrados. La ingesta de productos domésticos constituye la segunda causa de intoxicación y entre éstos destacan los productos potencialmente cáusticos ⁽²⁾.

La esofagitis cáustica por ingestión de sustancias corrosivas en la infancia constituye un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. La ingesta de cáusticos puede provocar manifestaciones clínicas que varían desde ausencia de lesiones hasta incluso la muerte. Se observa con mayor frecuencia en

niños pequeños entre uno y tres años de edad siendo más frecuente en varones en el 50 a 62% de casos ⁽³⁾.

Además de la perforación, la complicación más severa de la esofagitis cáustica es la formación de estenosis. La frecuencia de estenosis esofágica en la esofagitis cáustica es del 5%, aumentando hasta el 47% en los casos más graves ⁽⁴⁾.

El papel de los corticoides en la prevención de la estenosis esofágica por cáusticos es controversial ⁽⁵⁾. Los esteroides han demostrado de forma significativa reducir la incidencia de estenosis en modelos animales. Sin embargo, a pesar que los esteroides han sido ampliamente usados en diferentes dosis en seres humanos desde 1950, los resultados han sido variables y a menudo decepcionantes ⁽⁶⁾.

Se reportan dos casos de pacientes pediátricos con esofagitis cáustica Zargar IIB, tratados con corticoides sistémicos, en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Lambayeque.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1:

Paciente varón de 2 años que acude al servicio de emergencia con antecedente de ingesta, 13 horas antes del ingreso, de sustancia cáustica (ácido sulfúrico), presentando vómitos frecuentes y disfagia. Al examen físico se encuentran lesiones blanquecinas y eritema en mucosa oral. Los exámenes auxiliares mostraron leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis. Se realiza endoscopía digestiva alta observándose en el tercio superior del esófago lesiones ulceradas que comprometen el 75% de la circunferencia y en los dos tercios inferiores úlceras difusas en toda la circunferencia esofágica (esofagitis cáustica Zargar IIB). En el fondo gástrico se encontró lesiones erosivas aisladas. Se colocó sonda nasogástrica bajo visión endoscópica y se decidió su hospitalización.

Se indicó ceftriaxona 100 mg/kg/día por 10 días, omeprazol 1 mg/kg/d y dexametasona 1 mg/kg/d por tres días y posteriormente se disminuyó gradualmente hasta completar 10 días de tratamiento. Se indicó sucralfato vía oral desde las 24 horas pos endoscopía y se administró dieta licuada por la sonda nasogástrica.

A los diez días se probó tolerancia vía oral y luego se retiró la sonda nasogástrica, dándose de alta manteniéndose omeprazol 1 mg/kg/d por 2 semanas.

El estudio esofágico contrastado (realizado 22 días después de la ingesta), mostró un adecuado pasaje del contraste al estómago. Figura 1.

La evolución ha sido favorable con buena tolerancia vía oral hasta la actualidad, 10 meses después.

Caso 2:

Paciente varón de 2 años que acude al servicio de emergencia con el antecedente de ingesta de sustancia



Figura 1. Esofagograma contrastado que muestra un adecuado pasaje de la sustancia de contraste a través del esófago al estómago.

cáustica (limpiador industrial alcalino para limpieza de equipo para ordeñar) 1 hora antes del ingreso. Presenta sialorrea y vómitos frecuentes. Al examen físico en boca se observa lesiones difusas blanquecinas con zonas de eritema a predominio de paladar duro. Los exámenes auxiliares mostraron leucocitosis marcada con neutrofilia. A las 30 horas de la ingesta se realizó endoscopía digestiva alta observándose en el tercio inferior del esófago presencia de múltiples lesiones ulceradas que comprometían la totalidad de la circunferencia esofágica (esofagitis cáustica Zargar IIB). Figura 2. Se colocó sonda nasogástrica bajo visión endoscópica.

Se indicó ceftriaxona 100 mg/kg/día por 10 días, omeprazol 1 mg/kg/d y dexametasona 1 mg/kg/d por tres días y posteriormente se disminuyó gradualmente hasta completar 10 días de tratamiento. Se indicó sucralfato vía oral desde las 24 horas post endoscopía y se administró dieta licuada por la sonda nasogástrica.

A los diez días se probó tolerancia vía oral y se realizó un estudio esofágico contrastado observándose una disminución leve de la luz esofágica en la región distal pero que permitía el pasaje de sustancia de contraste al estómago. Figura 3.

Teniendo en cuenta la adecuada tolerancia, se retiró la sonda nasogástrica y se dio el alta manteniendo omeprazol 1 mg/kg/d por 2 semanas.

La evolución ha sido favorable tolerando adecuadamente dieta completa hasta la actualidad, 6 meses después.

DISCUSIÓN

Si bien es cierto, la perforación esofágica es una de las complicaciones que puede presentarse en forma temprana con la consiguiente mediastinitis, la complicación tardía con mayor relevancia es la estenosis esofágica, causada por bandas de tejido fibroso que crecen hacia la luz y subsecuentemente impiden el paso de alimentos desde la boca hacia el estómago⁽⁷⁾. A pesar de todos los esfuerzos para su prevención, entre el 7 y 15% de los niños que ingieren algún cáustico, desarrollan estenosis esofágica y se observa en más de 40% de niños con esofagitis cáustica grado II o III, en especial por quemaduras con sustancias tipo álcalis. Esta estenosis puede formarse entre la tercera y octava semanas después de la ingesta⁽⁸⁾.

El uso de corticoides sistémicos en el manejo de ingestión de cáusticos en pediatría es controversial. En los casos de esofagitis cáustica, se han utilizado diferentes corticoides (prednisona, dexametasona, metilprednisolona), a diferentes dosis y por diferentes vías de administración (oral y endovenosa) en esquemas



Figura 2. Video endoscopia que muestra lesiones ulceradas difusas en tercio inferior de esófago que compromete toda la circunferencia esofágica. Esofagitis cáustica Zargar IIB.



Figura 3. Esofagograma contrastado que muestra leve disminución de la luz esofágica en la región distal con pasaje de sustancia de contraste al estómago.

desde 7 días hasta 4 a 6 semanas de duración ^(6,9,10). Asimismo, De Jong et al. ⁽¹¹⁾ y Mamede y de Mello Filho ⁽¹²⁾, demostraron la efectividad del uso de corticoides, no solamente en la reducción de la extensión de la estenosis, sino también en la reducción de la necesidad de tratamiento endoscópico, esto debido a que estos medicamentos, reducen la formación de tejido de granulación y la proliferación de tejido fibrótico ⁽¹³⁾.

En cuanto al tipo de corticoide, existen varios estudios que han demostrado que dexametasona (1 mg/kg/día), mostro ser más efectiva que prednisona (2 mg/kg/día) para reducir el grado de estenosis e incluso se reporta que la máxima eficacia es lograda cuando el tratamiento es iniciado dentro de las primeras 8 horas y se sugiere en caso de lesiones de III grado usar dexametasona 1 mg/kg/día por 3 días y gradualmente ir disminuyendo la dosis hasta el décimo día ⁽¹⁴⁾. Este esquema fue utilizado en nuestros dos pacientes, con una buena tolerancia y sin mayores complicaciones.

A pesar que en el segundo caso se produjo una leve estenosis esofágica, sin embargo, esta no fue lo suficientemente importante como para dificultar la alimentación vía oral en el paciente. Es muy probable que la diferencia en la evolución de ambos casos se deba al diferente tipo de cáustico ingerido, ya que la mayor incidencia de estenosis se presenta luego de la ingesta de cáusticos de tipo alcalino ⁽⁸⁾.

Más recientemente Usta y colaboradores han reportado que altas dosis de metilprednisolona (1g/1,73m²/día por 3 días) usados en el manejo de la esofagitis cáustica grado IIB, pueden reducir la tasa de formación de estenosis esofágica y sin mayores efectos adversos ⁽¹⁰⁾.

Además de los corticoides sistémicos, en las lesiones de grado II y III, la administración de

inhibidores de bomba de protones (0,7-3,5 mg/kg/día), antibioticoterapia por 10 días con ampicilina (50-100 mg/kg/día) ^(12,15) o ceftriaxona (100 mg/kg/día) ⁽¹⁰⁾ y una dieta líquida por al menos 78 horas parecen tener un efecto positivo ⁽¹³⁾.

Asimismo, la colocación de una sonda nasogástrica bajo visión endoscópica puede ser útil en los casos con lesiones extensas circunferenciales (grados IIB o 3) para evitar la formación de adherencias entre las paredes del esófago y de esa manera prevenir la estenosis ⁽⁹⁾.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Mintegi S, Fernández A, Alustiza J, Canduela V, Mongil I, Caubet I, et al. [Emergency visits for childhood poisoning: a 2-year prospective multicenter survey in Spain](#). *Pediatr Emerg Care*. 2006;2(5)2:334-8.
- Mintegui Raso S, Benito Fernández J, Vázquez Ronco MA, Fernández Landaluce A, Gortázar Arias P, Grau Bolado G. [Intoxicaciones en urgencias: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años](#). *An Pediatr*. 2002;56:23-9.
- Moazam F, Talbert JL, Miller D, Mollitt DL. Caustic ingestion and its sequelae in children. *South Med J*. 1987;80(2):187-90.
- Bautista Casanovas A, Estevez Martinez E, Varela Cives R, Villanueva Jeremias A, Tojo Sierra R, Cadranel S. [A retrospective analysis of ingestion of caustic substances by children. Ten-year statistics in Galicia](#). *Eur J Pediatr*. 1997;156(5):410-4.
- Pelclová D, Navrátil T. [Do corticosteroids prevent oesophageal stricture after corrosive ingestion?](#) *Toxicol Rev*. 2005;24(2):125-9.
- Cadranel S, Scaillon M, Goyens P, Rodesch P. [Treatment of esophageal caustic injuries: experience with high-dose dexamethasone](#). *Pediatr Surg Int*. 1993;8(2):97-102.
- Genc A, Mutaf O. [Esophageal motility changes in acute and late periods of caustic esophageal burns and their relation to prognosis in children](#). *J. Pediatr Surg*. 2002;37(11):1526-8.
- Fournier MFJ, González ARA, Robles DI, Noble LA, Cedillo LI, Mora LG, et al. [Inyección intralesional de esteroides en](#)

- [el manejo endoscópico de estenosis esofágicas benignas no resueltas con dilatación convencional](#). An Med Asoc Med Hosp ABC. 2002;47(3):142-5.
9. Bautista A, Varela R, Villanueva A, Estevez E, Tojo R, Cadranet S. [Effects of prednisolone and dexamethasone in children with alkali burns of the oesophagus](#). Eur J Pediatr Surg. 1996;6(4):198-203.
 10. Usta M, Erkan T, Cullu Cokugras F, Urganci N, Onal Z, Gulcan M, et al. [High doses of methylprednisolone in the management of caustic esophageal burns](#). Pediatrics. 2014;133(6):e1518-24.
 11. de Jong AL, Macdonald R, Ein S, Forte V, Turner A. [Corrosive esophagitis in children: a 30-year review](#). Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2001;57(3):203-11.
 12. Mamede RC, de Mello Filho FV. [Treatment of caustic ingestion: an analysis of 239 cases](#). Dis Esophagus. 2002;15(3):210-3.
 13. Doğan Y, Erkan T, Cokuğraş FC, Kutlu T. [Caustic gastroesophageal lesions in childhood: analysis of 473 cases](#). Clin Pediatr (Phila). 2006;45(5):435-8.
 14. Betalli P, Rossi A, Bini M, Bacis G, Borrelli O, Cutrone C, et al. [Update on management of caustic and foreign body ingestion in children](#). Diagnostic and Therapeutic Endoscopy. 2009;ID 969868, 8 pages. doi:10.1155/2009/969868.
 15. Baskin D, Urganci N, Abbasoğlu L, Alkim C, Yalçın M, Karadağ C, et al. [A standardized protocol for the acute management of corrosive ingestion in children](#). Pediatr Surg Int. 2004;20(11-12):824-8.

Correspondencia:

Alexis José Ormeño Julca.

Calle Ulises Ulloa 165 2do piso. Urbanización La Primavera III Etapa, Chiclayo. Lambayeque, Perú.

E-mail: alexisjulca@yahoo.es; alexisjulca@gmail.com