



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-118 - CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN LA INGESTA DE CÁUSTICOS A LO LARGO DE LAS TRES ÚLTIMAS DÉCADAS

Paloma Poyatos García¹, Joan Tosca Cuquerella^{1,2}, Teresa García Ballester¹, Ana Sanahuja Martínez¹, Ana Sánchez Pardo³, Rosana Villagrasa Manzano¹, Inmaculada Lorca Antón¹, Marina Brosel Martínez¹, Pilar Mas Mercader¹, José Sánchez Serrano¹, Uxíe Fernández de la Peña Echavarría¹, Sheila González Padilla¹, Marta Maia Boscá Watts¹, Paloma Lluch García^{1,2}, Vicente Sánchez Soler¹, Marta Ponce¹, Consuelo Gálvez¹, Belén Herreros Martínez⁴, Andrés Peña Aldea¹, Miguel Minguez Pérez^{1,2} e Isabel Pascual Moreno^{1,2}

¹Servei de Medicina digestiva, Hospital Clínic Universitari de València. ²Universitat de València. ³Servicio de Aparato digestivo, Hospital Santa Bárbara, Puertollano. ⁴Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: La incidencia de la ingesta de cáusticos se ha mantenido estable debido a su difícil prevención y a los escasos cambios en su manejo. El objetivo del estudio es conocer los cambios epidemiológicos y clínicos en las últimas tres décadas e identificar grupos de riesgo para dirigir medidas preventivas.

Métodos: Estudio observacional longitudinal que recoge de forma prospectiva las ingestas de cáustico de nuestro centro entre 1995 y 2024, e incluye a pacientes adultos cuyo episodio agudo fue valorado en urgencias. Se analizaron variables epidemiológicas y del tipo de ingesta, los factores de riesgo de evolución grave y los desenlaces clínicos más relevantes, como el ingreso en UCI, la cirugía urgente, el fallecimiento y la formación de estenosis, y se compararon los resultados entre las tres décadas sucesivas.

Resultados: Se incluyeron 606 episodios de ingesta de cáustico, 161 en la primera década, 280 en la segunda y 165 en la última. Aunque algunas características epidemiológicas y clínicas variaron a lo largo de las tres décadas, no se identificó ninguna tendencia mantenida en el tiempo ni tampoco difirieron los desenlaces clínicos graves a corto ni a medio plazo (tabla). Los principales grupos de riesgo de ingestas graves fueron los mayores de 45 años (OR 4,2; IC95% 2,3-7,5) y con enfermedad psiquiátrica (OR 5,1; IC95% 2,9-8,7), sobre todo, depresión (OR 7,1; IC95% 4,2-12,1). Las ingestas recurrentes fueron más frecuentes en hombres (OR 1,9; IC95% 1,0-3,5) y en patología psiquiátrica (OR 7,5; IC95% 3,4-16,3), fundamentalmente en el trastorno de personalidad (OR 10,8; IC95% 5,5-21,2).

| | 1995 - 2004 | 2005 - 2014 | 2015 - 2024 | p |
|--|-------------|-------------|-------------|---------|
| Mujeres | 88 (54,7) | 122 (43,6) | 99 (60,0) | 0,002 |
| Edad (años) | 50,5 (29) | 45 (30) | 50 (31) | 0,205 |
| Tiempo para acudir a urgencias (horas) | 1 (2,5) | 2 (4) | 3 (7) | 0,002 |
| Ingesta voluntaria | 92 (57,1) | 118 (42,1) | 74 (45,4) | 0,009 |
| Ingesta de múltiples cáusticos | 11 (6,8) | 16 (5,7) | 20 (12,2) | 0,042 |
| pH del cáustico | | | | |
| Ácido fuerte | 36 (22,5) | 29 (10,7) | 31 (19,1) | |
| Ácido débil | 3 (1,9) | 22 (8,1) | 22 (13,6) | <0,001 |
| Álcali débil | 110 (68,8) | 214 (79,3) | 103 (63,6) | |
| Álcali fuerte | 11 (6,9) | 5 (1,9) | 6 (3,7) | |
| Volumen ingerido (mL) | 50 (170) | 40 (85) | 50 (105) | <0,001 |
| Ingesta de cáustico diluido | 29 (25,9) | 58 (21,2) | 42 (26,4) | 0,383 |
| Ingesta de otro tóxico | 21 (13,1) | 37 (13,5) | 16 (9,8) | 0,500 |
| Dilución post-ingesta | 19 (11,9) | 30 (10,7) | 21 (12,8) | 0,795 |
| Neutralización post-ingesta | 54 (33,8) | 65 (23,2) | 38 (23,2) | 0,033 |
| Enfermedad psiquiátrica | | | | |
| Síndrome depresivo | 89 (55,3) | 120 (42,9) | 74 (44,8) | 0,036 |
| Trastorno bipolar | 65 (40,4) | 81 (28,9) | 49 (29,7) | 0,034 |
| Trastorno de personalidad | 4 (2,5) | 6 (2,1) | 6 (3,6) | 0,631 |
| Trastorno psicótico | 19 (11,8) | 19 (6,8) | 12 (7,3) | 0,159 |
| 10 (6,2) | 11 (3,9) | 9 (5,5) | 0,534 | |
| Consumo de alcohol u otros tóxicos | 12 (7,5) | 18 (6,4) | 26 (15,8) | 0,003 |
| Ingesta recurrente | 17 (10,6) | 17 (6,1) | 15 (9,1) | 0,215 |
| Síntomas | 134 (83,8) | 200 (72,7) | 141 (86,5) | < 0,001 |
| Lesión faríngea o laringea | 105 (66,0) | 107 (39,5) | 64 (41,0) | < 0,001 |
| Neutrofilia relativa (PMN≥75%) | 49 (31,8) | 69 (31,8) | 58 (39,2) | 0,276 |
| Acidosis metabólica | 19 (12,8) | 47 (23,6) | 36 (23,5) | 0,023 |
| Lesión endoscópica (clasificación de Zargar) | | | | |
| 0 | 29 (18,4) | 77 (33,3) | 25 (29,4) | |
| I | 37 (23,4) | 67 (29,0) | 15 (17,6) | |
| IIa | 29 (18,4) | 39 (16,9) | 17 (20,0) | < 0,001 |
| IIb | 31 (19,6) | 14 (6,1) | 6 (7,1) | |
| III | 24 (15,2) | 27 (11,7) | 19 (22,4) | |
| Endoscopia contraindicada | 8 (5,1) | 7 (3,0) | 3 (3,5) | |
| Necrosis transmural en TAC | 1 (50,0) | 7 (70,0) | 14 (48,3) | 0,637 |
| Ingreso en UCI | 29 (18,1) | 24 (8,6) | 18 (10,9) | 0,010 |
| Cirugía urgente | 5 (3,1) | 7 (2,5) | 8 (4,8) | 0,404 |
| Fallecimiento | 12 (7,5) | 11 (3,9) | 13 (7,9) | 0,150 |
| Estenosis | 9 (7,3) | 6 (2,8) | 6 (5,5) | 0,148 |

Variables cualitativas: valor absoluto (relativo), prueba de Chi²

Variables cuantitativas: media (desviación estándar) / mediana (rango intercuartil), prueba de análisis de varianza / prueba H de Kruskal-Wallis. La tabla no recoge los resultados de las comparaciones múltiples.

Conclusiones: Los cambios epidemiológicos y clínicos de la ingesta de cáusticos han fluctuado en el tiempo, pero no han alterado los desenlaces clínicos a lo largo de las últimas décadas. El grupo de riesgo más indicado para la prevención secundaria sería el de los pacientes con enfermedad psiquiátrica, en los que un adecuado control podría teóricamente evitar la ingesta recurrente.