



<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 García<sup>1</sup>, Joan Tosca Cuquerella<sup>1,2</sup>, Teresa García Ballester<sup>1</sup>, Ana Sanahuja Martínez<sup>1</sup>, Ana Sánchez Pardo<sup>3</sup>, Rosana Villagrasa Manzano<sup>1</sup>, Inmaculada Lorca Antón<sup>1</sup>, Marina Brosel Martínez<sup>1</sup>, Pilar Mas Mercader<sup>1</sup>, José Sánchez Serrano<sup>1</sup>, Uxíe Fernández de la Peña Echavarría<sup>1</sup>, Sheila González Padilla<sup>1</sup>, Marta Maia Boscá Watts<sup>1</sup>, Paloma Lluch García<sup>1,2</sup>, Vicente Sánchez Soler<sup>1</sup>, Marta Ponce<sup>1</sup>, Consuelo Gálvez<sup>1</sup>, Belén Herreros Martínez<sup>4</sup>, Andrés Peña Aldea<sup>1</sup>, Miguel Minguez Pérez<sup>1,2</sup> e Isabel Pascual Moreno<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servei de Medicina digestiva, Hospital Clínic Universitari de València. <sup>2</sup>Universitat de València. <sup>3</sup>Servicio de Aparato digestivo, Hospital Santa Bárbara, Puertollano. <sup>4</sup>Hospital 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 Chi<sup>2</sup>

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.