

## CUERPOS EXTRAÑOS ENDOBRONQUIALES

Moderador: Dr. J. R. MOZOTA SAGARDÍA (Santander)

**Participantes:** Dres. SAGAZ ZUBELZU (Jaén), VERA (Jaén), LORENZO RODRÍGUEZ (Huelva), VICENTE RAMOS (Sevilla), FERNANDO ABELLÓ (Madrid), GARCÉS (Zaragoza), CARRETERO BÁEZ (Jaén), SACRISTÁN (Logroño), PURSELL MÉNGUEZ (Barcelona), ALTABELLA SANJUÁN (Valencia), REGLI (Sevilla) y otros

Abrió la sesión el Dr. MOZOTA, recordando que el origen de la broncología comenzó cuando KILLIAN, en 1897, extrajo un cuerpo extraño a un anciano, al que pudo salvar la vida empleando un tubo esofagoscópico para extraerlo. La utilización de las radioscopias y radiografías, que ROENTGEN había descubierto en 1895, permitiendo estudiar los cuerpos extraños opacos y los cuadros producidos por obstrucción bronquial, significaron un gran avance.

Pregunta el moderador al Dr. SAGAZ qué experiencia tiene de los cuerpos extraños vegetales en vías respiratorias de los niños. La experiencia nos hace ver que una gran mayoría son: pepitas de girasol, maíz tostado, cacahuete, piñones, etcétera. El niño presenta una tos irritativa, sin otra sintomatología clínica ni analítica, y al hacer una broncoscopia aparece un cuerpo extraño.

Preguntado el Dr. REGLI sobre su experiencia de la tolerancia de los cuerpos extraños en los bronquios de los niños, habla de un caso presentado por él en «Medicamenta», en que, a pesar de los estudios clínicos, analíticos completos, así como a la historia clínica detallada, no hubo posibilidad de obtener unos datos del drama inicial o primera fase de la presencia de un cuerpo extraño en el aparato respiratorio. Sólo la tos pertinaz, la expectoración, la atelectasia obligaron a hacer una broncoscopia, que permitió la extracción de una pepita de girasol del bronquio principal derecho.

El Dr. VERA comenta la ayuda diagnóstica de los rayos X, extrañándose del consejo dado por algunos radiólogos, neumólogos y laringólogos, de hacer radiografías en los niños que presentaron un cuerpo extraño en inspiración y en espiración, técnicas difíciles de realizar en ellos.

El Dr. MOZOTA expone la consecuencia de hacer radiografía inmediatamente a la extracción, aun cuando antes se hayan practicado otras lo que permite ver qué cuerpos no enclavados pueden emigrar por vía canalicular retrógrada, insistiendo el Dr. SAGAZ en la necesidad de la radiografía inmediata anterior.

Pregunta el moderador sobre la conveniencia de practicar traqueotomía en los niños menores de tres años, con el fin de evitar los problemas que pueden plantear los edemas subglóticos, bronco-aspiraciones repetidas, técnicas ventiloterápicas, etc. Señala el Dr. VERA los problemas de las estenosis laríngeas, así como el perfeccionamiento de los aparatos de endoscopia, que han permitido la eliminación de muchos problemas, evitando también algunas asfixias.

Coinciden todos los asistentes que si bien todo cuerpo extraño debe salir por la misma vía que penetró, no obstante las reacciones mucosas, los reflejos visceroviscerales, muy exaltados en los niños menores de tres años, obligan muchas

veces a acudir a la práctica de traqueotomías inmediatamente a la extracción del cuerpo extraño (sobre todo si dichos cuerpos extraños son vegetales y portadores de sustancias irritativas) e incluso acudir a la traqueotomía previa. Esta última necesidad está en relación fundamentalmente con la asfixia inminente, con la asfixia por hipersecreción profusa y con la asfixia por edema subglótico en relación con tentativas anteriores fallidas de extracción. De todas formas, hace falta insistir en la necesidad de que en todo Servicio de Broncoscopia haya personal y material preparados para practicar traqueotomías.

Pregunta el moderador al Dr. ABELLÓ sobre su experiencia en la tolerancia de cuerpos extraños en vías respiratorias, refiriendo el caso de un enfermo diagnosticado de tuberculosis pulmonar, pero con velocidad de sedimentación normal, baciloscopia negativa y con una sombra como una bala hueca en radiografía, en el que se comprobó que se trataba de una contera de latón de lápiz que fue tolerada durante muchos años por el paciente sin sintomatología alguna. Citó otro caso de un enfermo tuberculoso portador de accesos disneicos repetidos y afectación del lóbulo superior izquierdo, en quien la necropsia permitió encontrar un gemelo de cuello engastado en una masa fibrosa densa, y que cuando el enfermo movía la cabeza retenía o permitía vaciar el contenido de la caverna.

El Dr. SAGAZ habló de los cuerpos extraños vivos, en especial de la sanguijuela, citando algunos casos de hemoptisis persistentes no muy intensas que cedieron al expulsar el parásito en una vómica.

Trataron también sobre los cuerpos extraños endógenos, preferentemente restos de dientes, amígdalas, cornetes y tapones de moco en las bronquitis secas, etc.

El Dr. LORENZO expuso su opinión personal en la tercera fase de las complicaciones secundarias o tardías, modificables por la moderna medicación antibiótica y antiinflamatoria, pero siempre graves en la infancia, pudiendo presentarse accidentes precoces de sombrío pronóstico.

La broncografía, como medio de ayuda diagnóstica, es útil en cuerpos transparentes al R. X, siempre que estén situados al lado derecho, ya que la aspiración más intensa del pulmón derecho deforma la imagen del contraste del lado izquierdo por aspiración de la sustancia opaca.

En la terapéutica, salvo la urgencia de los casos de cuerpos extraños traqueales, lo «urgente es esperar» y no trabajar a marchas forzadas por las presiones familiares. En tanto se prepara el material óptico, de extracción, de traqueotomía, se estudia al enfermo clínica y radiológicamente, se trata con oxígeno, ventiloterapia, antibióticos, corticosteroides, vacunas, etc.

La extracción del cuerpo extraño, una vez visto a través del tubo de broncoscopia, debe de practicarse, desenclavándolo, si es preciso; rotándolo, si lo precisa, y, finalmente, practicando su aprehensión de forma apropiada, según su forma e irregularidades, para proceder a su extracción de forma que no lesione las cuerdas vocales y, en general, a la glotis.

Se tomaron como acuerdos pedir que la Junta Rectora de la SEPAR solicite de la Dirección General de Sanidad la realización de una campaña que tienda a:

1.º Prohibición de venta de pepitas de girasol, maíz tostado, etc., a niños menores de seis años que se encuentren solos.

2.º Advertir a padres, familiares, maestros, encargados de niños, etc., de los peligros de que éstos tengan en la boca, y por entretenimiento, objetos que puedan emigrar a vías respiratorias; y

3.º Advertir a modistas, tapiceros, carpinteros, etc., del peligro que entraña tener en la boca tachuelas, clavos, alfileres, etc., que, por movimientos de risa, bostezo, inspiración previa a la tos, estornudos, etc., puedan pasar a vías respiratorias.