

El pronóstico es extremadamente malo y la modalidad de tratamiento óptima es difícil de determinar, debido a que la mayor parte de estudios que se han realizado han sido pequeños y retrospectivos y, en muchas ocasiones, incluían diversas pautas concomitantes. En nuestro caso, el empleo de inhibidores de la tirosinasa (ITC) EGFR podría haber tenido un efecto relevante sobre la evolución de la paciente, pues estos fármacos parecen ser particularmente eficaces, y mejoran el estado funcional y la supervivencia de los pacientes con CPNM positivo al EGFR⁴.

El informe ilustra un caso extremadamente raro de CPNM con CM y una manifestación clínica también excepcional, ceguera y sordera simultáneas en ausencia de metástasis en el parénquima cerebral y de cambios en la RM cerebral.

Bibliografía

1. Le Rhun E, Taillibert S, Chamberlain MC. Carcinomatous meningitis: Leptomeningeal metastasis in solid tumors. *Surg Neurol Int.* 2013;4 Suppl 4:S265-88.
2. Chamberlain MC. Neoplastic meningitis. *Oncologist.* 2008;13:967-77.

3. Bruce BB, Tehrani M, Newman NJ, Biousse V. Deafness and blindness as a presentation of colorectal meningeal carcinomatosis. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2010;8:564-6.
4. Yi HG, Kim HJ, Kim YJ, Han SW, Oh DY, Lee SH, et al. Epidermal growth factor receptor (EGFR) tyrosine kinase inhibitors (TKIs) are effective for leptomeningeal metastasis from non-small cell lung cancer patients with sensitive EGFR mutation or other predictive factors of good response for EGFR TKI. *Lung Cancer.* 2009;65:80-4.

Luisa Maria Nascimento*, Ricardo Reis y Ana Fernandes

Servicio de Neumología, Centro Hospitalario de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lu.maria.nascimento@hotmail.com (L.M. Nascimento).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.06.006>

Un cuerpo extraño insólito



An unusual foreign body

Sr. Director:

Un varón no fumador, asmático, de 63 años de edad y trabajador manual de una fábrica de maderas acudió por presentar tos productiva de 3 días de evolución, con expectoración verdosa, sibilancias, disnea y dolor torácico pleurítico en el costado izquierdo. La exploración física indicó fiebre de 38 °C e hipoxia (saturación de oxígeno 87% con aire ambiental). La auscultación mostró sibilancias y crepitantes bilaterales en la base del pulmón izquierdo.

La radiología de tórax reveló un derrame pleural izquierdo de grado moderado. Debido a que el pH del exudado era de 6,8, se insertó un drenaje pleural. La tomografía axial computarizada reveló un cuerpo extraño metálico en el bronquio principal y colapso del lóbulo inferior izquierdo (fig. 1). La broncoscopia confirmó la presencia de un objeto metálico parecido a un *stent* y recubierto de tejido de granulación en el bronquio principal izquierdo. El tejido de granulación estaba tan integrado en el cuerpo

extraño que dificultaba su extracción. Por consiguiente, derivamos al paciente al cirujano torácico para la extracción del cuerpo extraño mediante un broncoscopio rígido y bajo anestesia general. El cuerpo extraño resultó ser una anilla de la pata de una paloma. Al interrogar al paciente más minuciosamente, este no recordaba ningún episodio de asfixia, pero comentó que 20 años atrás era aficionado a la colombofilia.

La aspiración de un cuerpo extraño no es frecuente en personas adultas¹. En un estudio realizado en la clínica Mayo se recuperaron 60 casos de adultos a lo largo de un período de 33 años². En 2 estudios realizados en Taiwán, se notificaron 47 y 43 casos en 13 y 15 años, respectivamente^{3,4}. El tipo de cuerpos extraños inhalados no suele ser el mismo en las diferentes poblaciones. En la población occidental, lo más frecuente es encontrar materia vegetal, mientras que, en las poblaciones de China y Oriente Medio, los hallazgos más frecuentes son huesos y semillas de sandía, respectivamente. Sorprende que la inhalación de un cuerpo extraño raras veces tenga una presentación aguda. Hasta el 80 y el 25% de los casos presentan tos y disnea, respectivamente. Los pacientes no siempre recuerdan haber notado asfixia, por lo que a menudo no se diagnostica. Los cuerpos extraños suelen acabar alojados en



Figura 1. Cuerpo extraño 2.

los bronquios inferiores o el bronquio intermedio del árbol bronquial. En ocasiones, la radiología de tórax muestra un cuerpo opaco o una consolidación, una atelectasia o un derrame en la vía aérea. En la tomografía axial computarizada torácica a menudo se observa la presencia de un objeto radiopaco. La broncoscopia flexible se ha convertido en el procedimiento de elección para el diagnóstico de las aspiraciones de cuerpos extraños en personas adultas. Las complicaciones de la aspiración de un cuerpo extraño comprenden asfixia, hemoptisis, infección y bronquiectasias postobstrucción. En los casos en los que el cuerpo extraño se encuentra recubierto de tejido de granulación voluminoso y quebradizo, los glucocorticoides pueden ser de utilidad. En los casos difíciles, como el que nos ocupa, para lograr una extracción satisfactoria suele ser necesario presentar recurrencias a un broncoscopio rígido, que permite el paso coaxial de varios instrumentos, como unas pinzas dentadas y un catéter de succión. Esta técnica presenta problema técnicos específicos, debidos a que el anestesiólogo y el cirujano comparten un mismo espacio, es decir, la vía aérea, lo que puede dar lugar a complicaciones diversas (hemorragia en el interior de la vía aérea, dificultades de ventilación, etc.)⁵.

Bibliografía

1. Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, Biettlot MP, Rodenstein DO. Tracheobronchial foreign bodies: Presentation and management in children and adults. *Chest*. 1999;115:1357-62.
2. Limper AH, Prakash UB. Tracheobronchial foreign bodies in adults. *Ann Intern Med*. 1990;112:604-9.
3. Lan RS. Non-asphyxiating tracheobronchial foreign bodies in adults. *Eur Respir J*. 1994;7:510-4.
4. Chen CH, Lai CL, Tsai TT, Lee YC, Perng RP. Foreign body aspiration into the lower airway in Chinese adults. *Chest*. 1997;112:129-33.
5. Dincq AS, Gourdin M, Collard E, Ocak S, D'Odémont JP, Dahlqvist C, et al. Anesthesia for adult rigid bronchoscopy. *Acta Anaesthesiol Belg*. 2014;65:95-103.

Minesh Kooblall

Respiratory Department, Tallaght Hospital, Dublin, Irlanda
Correo electrónico: mineshamnch@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.06.008>