

**Aspiración de cuerpo extraño:
una etiología no tan infrecuente**

Sr. Director: La aspiración de cuerpos extraños en el árbol traqueobronquial puede ser fácilmente deducible cuando el paciente recuerda el episodio. Pero la mayoría de las veces el diagnóstico es realizado tras el hallazgo broncoscópico del cuerpo aspirado, y sólo reinterrogando al paciente obtenemos dicho antecedente¹.

Presentamos 2 casos clínicamente diferentes, pero la etiología fue en ambos la aspiración de un cuerpo extraño.

Caso 1. Varón de 65 años, ex fumador, con criterios de bronquitis crónica, que presentaba dolor torácico atípico de 2 semanas de evolución sin otra sintomatología acompañante. En la exploración general destacaba leve disminución del murmullo vesicular en base izquierda. El hemograma, bioquímica sanguínea y la gasometría arterial eran normales. Las citologías de esputo fueron negativas. La exploración funcional objetivaba obstrucción leve. En la radiografía de tórax se observaba atelectasia de lóbulo inferior izquierdo (LII). La TAC torácica mostraba la presencia de una imagen cálcica sugerente de broncolitiasis y/o cuerpo extraño (fig. 1). La primera fibrobroncoscopia mostró importante inflamación crónica, con obstrucción casi total del bronquio del LII. Todas las muestras obtenidas fueron negativas para proceso neoplasia. Tras una segunda broncoscopia se realizó extracción del cuerpo extraño, siendo éste un hueso de pollo.

Caso 2. Varón de 73 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, que presentaba cuadro agudo de 3 días de evolución con fiebre de 39 °C, malestar general y tos seca persistente. En la exploración física destacaban crepitantes y sibilancias de predominio en región superior de hemitórax derecho. La analítica fue normal, excepto por la detección de leucocitosis con neutrofilia. Las citologías y la tinción Ziehl de esputo fueron negativas. La gasometría arterial mostraba

insuficiencia respiratoria parcial leve y en la espirometría se objetivaba obstrucción y restricción leve. La radiografía de tórax (fig. 2) y la TAC torácica revelaban un infiltrado alveolar localizado en lóbulo medio y superior derecho (LSD). La endoscopia respiratoria extrajo un cuerpo extraño intrabronquial de aspecto vegetal encastrado en bronquio del LSD compatible con fruto seco (almendra).

Al existir normalmente un intervalo asintomático de duración variable entre el episodio de aspiración del cuerpo extraño y la aparición de la sintomatología, sólo la sospecha y la realización de una anamnesis orientada puede llevarnos al diagnóstico. De nuestros pacientes sólo el primero recordaba el episodio asfíctico en el reinterrogatorio, el cual había sucedido 2 semanas antes del inicio de los síntomas. Los cuerpos extraños más frecuentemente aislados son los de origen vegetal, estando localizados habitualmente en los lóbulos inferiores, con predominio del lado derecho^{2,3}. Sin embargo, en los niños, en el lado izquierdo es donde más frecuentemente se depositan los cuerpos aspirados⁴.

Así mismo, la aspiración de estas sustancias originan cuadros clínicos diferentes. Si la obstrucción es proximal la asfixia puede originar la muerte. Sin embargo, cuando los cuerpos aspirados son de pequeño tamaño y atraviesan la laringe, los cuadros respiratorios que originan son diversos, como la atelectasia lobar y la neumonitis obstructiva de nuestros pacientes.

Las múltiples presentaciones radiológicas de la aspiración de cuerpos extraños, en pacientes con factores de riesgo para neoplasia pulmonar, obliga a descartar el proceso neoplasia, y en muchos casos la presencia del cuerpo extraño resulta un hallazgo casual.

La fibrobroncoscopia es de importante valor diagnóstico y terapéutico, ya que además de confirmar la etiología permite la obtención de muestras para descartar neoplasia. Dado que en más de dos tercios de los casos de aspiración el episodio pasa desapercibido, si la endoscopia respiratoria se realiza precozmente, se pueden evitar las complicaciones tardías (abscesos, bronquiectasias, etc.)⁵.

Pero el primer requisito es tener la sospecha de que el paciente puede tener un cuerpo aspirado en su árbol traqueobronquial.

J. Ortiz de Saracho, J. García Leaniz y E. Pérez Rodríguez
Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. De Casimiro Calabuig E, Loret Pérez T, Lluch Mota T. Tos crónica del adulto. Arch Bronconeumol 1990; 26: 76-77.
2. Kim IG, Brummit WM, Humphry A, Siomra SN, Wallace WB. Foreign body in the airway: a review of 202 cases. Laryngoscope 1973; 83: 347-354.
3. Abdulmajid OA, Ebeid AM, Motaweh MM, Kleibo IS. Aspirated foreign bodies in the tracheobronchial tree: report of 250 cases. Thorax 1976; 31: 635-640.
4. Cleveland RH. Symmetry of bronchial angles in children. Radiology 1979; 133: 89.
5. Inhaled foreign bodies. Br Med J 1981; 282: 1.649-1.650.

Somnolencia severa por isoniacida

Sr. Director: La quimioprofilaxis secundaria con isoniacida representa un tratamiento bien establecido en determinados casos de infección tuberculosa, para reducir el riesgo de tuberculosis futura¹. Por lo general, presenta pocos efectos secundarios, entre los que destacan la toxicidad hepática y la neuropatía periférica². Las alteraciones del sistema nervioso central constituyen un efecto secundario poco habitual en este tipo de tratamiento, de forma que es excepcional que su intensidad obligue a la suspensión del fármaco³.

Por su rareza presentamos el caso de una mujer joven que desarrolló una marcada somnolencia en relación con el tratamiento preventivo con isoniacida, lo que determinó su retirada.

Se trata de una mujer de 34 años, residente en área con alta prevalencia de tuberculosis, que consultó por un cuadro catarral de evo-

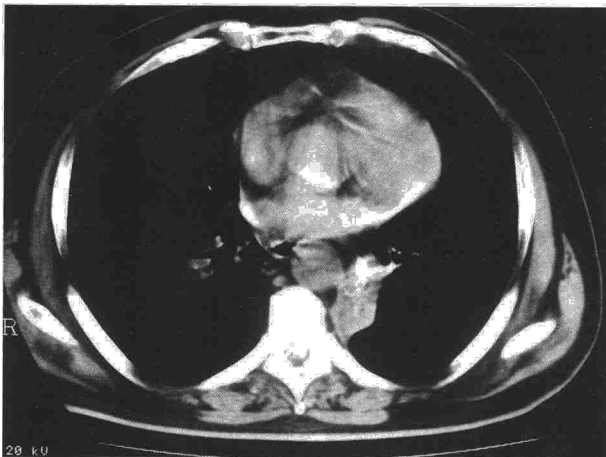


Fig. 1. TAC torácica: atelectasia global de LII. Calcificación en zona teórica de salida de bronquio de LII.

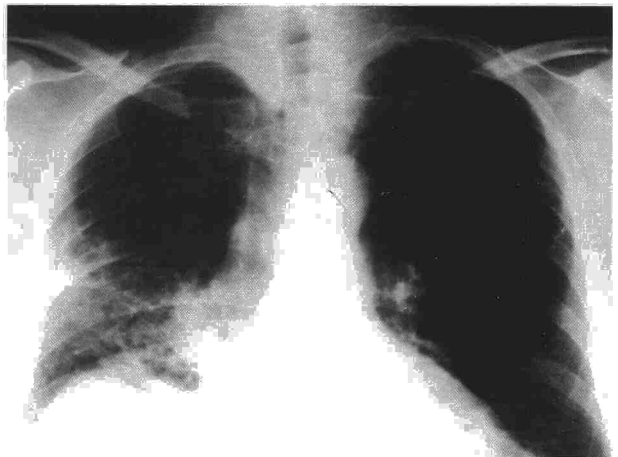


Fig. 2. Radiografía posteroanterior de tórax: infiltrado alveolar afectando a lóbulos medio y superior derecho.