



EVOLUCION PROLONGADA DE CUERPO EXTRAÑO INTRABRONQUIAL EN ADULTO

F. MARCOS SANCHEZ, L.C. VICENTE CATALAN, J.L. TURABIAN FERNANDEZ, J.L. MOREIRAS JIMENEZ, A. PEREZ NEVADO y A. DURAN PEREZ-NAVARRO

Servicios de Medicina Interna y de Radiodiagnóstico de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina (Toledo)

Se presenta el caso de un paciente que inhaló un cuerpo extraño; escasamente sintomático este episodio; sólo pudo realizarse el diagnóstico 8 años más tarde, tras múltiples infecciones pulmonares en ese período. Por medio del broncoscopio se consigue extraer dicho cuerpo extraño y presenta una mejoría inicial notable, pero meses más tarde se aprecia realizar una lobectomía para conseguir mejoría definitiva.

Se recuerdan aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos; recalándose la importancia del fibrobroncoscopio como medio terapéutico y en ocasiones diagnóstico.

Prolonged course of intrabronchial foreign body in adult

The case of a patient who inhaled a foreign body is presented; this event barely symptomatic; the diagnosis could be established only eight years later after multiple pulmonary infections during this period. We are able to extract the foreign body with the bronchoscope and has a marked improvement, but months later it is estimated to perform a lobectomy to achieve permanent improvement.

Clinical, diagnostic, and therapeutical aspects are recalled; the importance of the fibrobronchoscope as a therapeutical and sometimes diagnostic approach is emphasized.

Introducción

La aspiración de cuerpos extraños sólidos al árbol tráqueo-bronquial, es una eventualidad que se presenta principalmente en niños menores de 4 años^{1,2}. Las sustancias aspiradas son variadas, predominando en los adultos, espinas o fragmentos de hueso inhalados en las comidas, o cuerpos extraños metálicos en aquellos trabajadores que tienen el hábito de sostener piezas metálicas entre los dientes². Los niños suelen aspirar vegetales, del tipo de cacahuets, pipas, etc. Los pacientes disminuidos física-psíquicamente inhalan cuerpos extraños con mayor frecuencia⁴.

En términos generales, la inhalación de un cuerpo extraño sólido en un adulto es sumamente infrecuente².

Presentamos el caso clínico de un paciente que inhaló un cuerpo extraño metálico; en él concurre la rara circunstancia de efectuarse el diagnóstico definitivo a los 8 años del episodio aspirativo.

Caso clínico

M.L.L. hembra de 70 años de edad. Consulta por presentar desde hace 3 días fiebre de 39°, tos con expectoración espesa, amarillenta e incluso herrumbrosa, acompañado de aumento de su disnea habitual. Entre sus antecedentes destacan la presentación de catarros muy frecuentes, que cumplen criterios de EPOC, desde hace 7 años.

A la exploración, sólo destaca una disminución del murmullo vesicular en la base derecha, algunos estertores crepitantes en

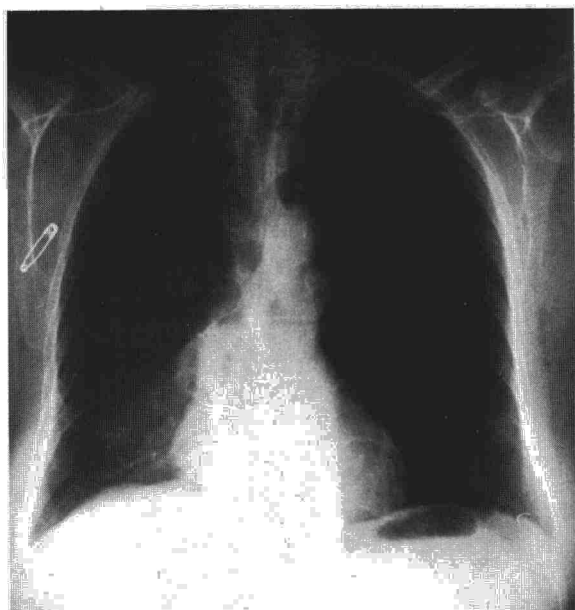


Fig. 1

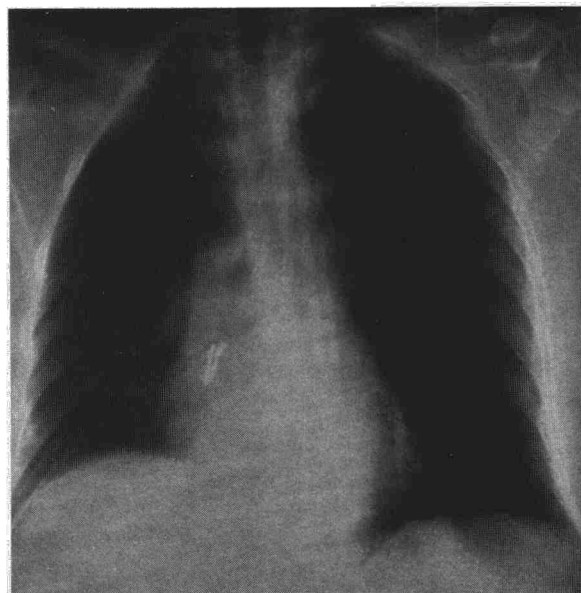


Fig. 2

dicha base, así como la auscultación de un soplo bronquial. A. cardíaca y abdomen, sin alteraciones.

Analítica: Leucocitosis: 19.200 (con 8 cayados). BK en esputo, negativo; 5 U. de P.P.D.: 8 mm de induración. Cultivo esputo: neumococo. Citología esputo: Papanicolau grado II. ECG: normal. Las radiografías de tórax, realizadas en Urgencias (fig. 1), muestran un cuerpo extraño metálico, en forma de U, con sus ramas dirigidas en sentido cefálico, localizado a nivel del bronquio del lóbulo inferior derecho. Asimismo existe una condensación posterobasal medial que borra el tercio posterior del hemidiafragma, asociada a descenso de la cisura horizontal, descenso del hilio y ligera desviación mediastínica hacia la derecha.

Al establecer el diagnóstico de atelectasia del lóbulo inferior derecho, por cuerpo extraño, se realiza interrogatorio dirigido,

refiriendo entonces la paciente, la aspiración 8 años antes de una grapa que sostenía entre los dientes. Entonces sufrió escasas molestias respiratorias. El estudio tomográfico, confirmó los hallazgos (fig. 2), descritos anteriormente.

Se practica broncoscopia rígida, con finalidad terapéutica, visualizándose una disminución del calibre del bronquio lobar inferior derecho, de un 50 %, se aprecia el cuerpo extraño y consigue extraerse, así como abundante secreción purulenta. Se observan granulaciones y adherencias en los orificios segmentarios basales.

La paciente fue tratada con antibióticos de amplio espectro, durante 3 semanas, presentando mejoría clínica y radiológica, apreciándose en ésta la permeabilización de los bronquios segmentarios, así como del lobar, pero sin evidencia de reexpansión del lóbulo inferior.

La paciente fue dada de alta afebril, pero presenta con posterioridad varios episodios infecciosos pulmonares, por lo que finalmente se debe practicar lobectomía, que tras el estudio anatómopatológico no es informada de atelectasia pulmonar congestiva con enfisema periférico compensador.

Con posterioridad la paciente mejoró de forma definitiva.

Discusión

Habitualmente el episodio inhalatorio es llamativo, consistiendo en un síndrome asfíctico y túsígeno^{2,3}, acompañado de estridor en ocasiones. En los casos de estenosis incompletas, podemos auscultar roncus y sibilancias zonales. En la mayor parte de las ocasiones el diagnóstico es precoz; pero ocasionalmente el episodio aspirativo inicial no es tan llamativo y que incluso puede pasar desapercibido, retrasándose de este modo el diagnóstico. En estos casos, se presentan con frecuencia episodios de broncoespasmo, catalogados de «asma», muy rebeldes al tratamiento broncodilatador habitual. Son frecuentes las infecciones bronquiales crónicas, originadas por retención de secreciones. Por ello, en estos casos de diagnóstico tardío, son frecuentes las bronquiectasias, atelectasias y neumonías obstructivas^{2,5}. Destaquemos aquí, que nuestra paciente presentaba cuadros catarrales muy frecuentes catalogados de EPOC con infecciones pulmonares.

El cuerpo extraño es radiopaco únicamente en el 10 % de los casos^{2,3}. Las tomografías y las xerografías pueden poner de manifiesto, cuerpos extraños no visibles en la radiografía simple^{2,6,7}. Otras imágenes que se aprecian en las radiografías de tórax, son el colapso pulmonar, la hiperinsuflación por mecanismo valvular y las condensaciones, hallazgos éstos que aparecen en el 25-50 % de los casos.

Casi en el 50 % de los casos, la radiografía de tórax es normal. En nuestro caso, dado el prolongado tiempo pasado desde el episodio aspirativo —8 años—, presentaba atelectasia y neumonía obstructiva.

Para el tratamiento, sólo en raras ocasiones resulta eficaz la compresión brusca subdiafragmática o maniobra de Hemlich; precisándose en la mayoría de las ocasiones la realización de broncoscopia, utilizando habitualmente el fibrobronoscopio en los mayores de 8 años. La exploración se realiza



tras unos días de tratamiento antibiótico y anti-inflamatorio². Dada la excelente tolerancia de la fibrobroncoscopia, estará indicada ésta, incluso en las sospechas de aspiración³. La fibrobroncoscopia es efectiva en el 80-90 % de los casos²; siendo más difícil la extracción del cuerpo extraño si éste lleva mucho tiempo en el árbol tráqueo-bronquial. En estos pacientes estará indicada la realización de broncografías posteriores para apreciar posibles alteraciones bronquiales distales a la obstrucción y poder así, valorar la cirugía de exéresis².

Nuestra paciente mejoró inicialmente de modo espectacular, pero posteriormente la repetición de infecciones pulmonares, obligaron a realizar la lobectomía; procedimiento éste habitual, en los casos en que el cuerpo extraño ha estado mucho tiempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández Hazañas M, Domínguez Palacios JM: Evolución atípica de cuerpo extraño intrabronquial. Arch Bronconeumol 1976; 12: 131-133.
2. Puzo MC, Castella J: Cuerpos extraños tráqueo-bronquiales. Arch Bronconeumol 1982; 18: 282-290.
3. García de Cabo A, Guerra Sanz F: Cuerpo extraño endobronquial. Patología del adulto. Arch Bronconeumol 1979; 15: 129-131.
4. Cunanan DS: The flexible fiberoptic bronchoscope in foreign body removal. Experience in 300 cases. Chest (suppl) 1978; 725-726.
5. Franco Granado A: Bronquiectasias por cuerpo extraño. Arch Fac Med Madrid 1978; 34: 371-380.
6. Doust BD: Detection of aspirated foreign bodies with xerotomography. Radiology 1974; 111: 725-729.
7. Fraser RG, Paré JAP: Enfermedades por inhalación no relacionados con polvos o vapores. Aspiración por cuerpos extraños sólidos. En Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Barcelona, Salvat, Ed. 1979; 911-913.



**VII Congreso Nacional de la Asociación Española de Cirugía Cardiovascular
Valencia del 6 al 9 de junio 1984**

Secretaría e Información
Inter-Congres
Gran Vía, 646, 4.º 4.ª
Tel. (93) 301 25 77 - Barcelona

Temas principales:
Complicaciones y Controversias en Cirugía Valvular, Cirugía Pediátrica, Cirugía Coronaria

**International Symposium Pulmonary Circulation in Acute Respiratory Failure
Barcelona, 19 a 22 de junio 1984**

Secretaría Técnica:
Inter Congres
Gran Vía, 646, 4.º 4.ª
Tel. (93) 301 25 77 - Barcelona

Temas principales:
Patogenesis y cambios biológicos del distress, Circulación capilar y contenido hídrico del pulmón, Permeabilidad capilar pulmonar, Fisiología de la circulación pulmonar, Hemodinámica, Función pulmonar, Aspectos terapéuticos del distress.

**Curso de Endoscopia Respiratoria (XXIII Curso teórico-Práctico de Broncología).
Curso Nacional S.E.P.A.R.**

Barcelona, del 22 al 26 de Octubre de 1984
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Servicio A. Respiratorio - Dr. R. Cornudella
Organizado por la Sección de Broncología (Dres.: J. Castilla y M.C. Puzo) y la Unidad de Cirugía Torácica (Dres.: C. León, G. Estrada y G. Gómez).

El Curso está orientado a los neumólogos con experiencia en Endoscopia Respiratoria que deseen perfeccionar su técnica y ampliar sus conocimientos teóricos. El número de alumnos se limita a ocho, para asegurar una participación activa en las sesiones prácticas y en la discusión de los temas teóricos.

A la solicitud de inscripción debe adjuntarse un resumen de la experiencia personal en Neumología y Endoscopia respiratoria.

El precio de la matrícula es de 18.000.- Ptas. socios SEPAR y 23.000.- Ptas. no socios.

Para la inscripción o mayor información dirigirse a: Dra. M.C. Puzo, Sección Broncología, Servicio A. Respiratorio, Hospital de la Sta. Creu i St. Pau, Av. Padre Claret, 167. Barcelona-25. Teléfonos 348 12 18/347 31 33/348 11 44. Ext. 179.