

Hospital de enfermedades del tórax  
«Victoria Eugenia». Madrid

## CUERPO EXTRAÑO ENDOBRONQUIAL. PATOLOGÍA DEL ADULTO

A. García de Cabo y F. Guerra Sanz.

### Introducción

El cuerpo extraño endobronquial en el adulto, no es frecuente pero tampoco es una rareza en la clínica habitual. La aspiración de un cuerpo extraño produce, en el mismo momento de la aspiración, una sintomatología típica caracterizada por tos irritativa y sensación de ahogo, que permite el diagnóstico de sospecha con posterior confirmación mediante broncoscopia. Cuando por cualquier circunstancia el tiempo transcurrido desde la aspiración del cuerpo extraño a la consulta es prolongado, a veces incluso de años, el enfermo no relaciona su sintomatología actual con el accidente aspirativo. En estos casos, cuando el enfermo es un niño, el cuerpo extraño endobronquial es uno de los primeros diagnósticos que se trata de descartar en el interrogatorio, pero cuando se trata de un adulto, raramente se piensa en esta posibilidad. Así, nos ocurrió con 3 enfermos en los 2 últimos años, cuya descripción y comentario son el motivo de este trabajo.

### Casos clínicos

*Caso 1.* Varón de 64 años. Agricultor. Fumador de 10 cigarrillos al día hasta hace 15 años. Historia de frecuentes catarros, con tos, expectoración purulenta muy abundante, en ocasiones hemoptoica, y disnea que en la actualidad es de pequeños esfuerzos. Consulta por agudización de su sintomatología habitual. De la exploración física

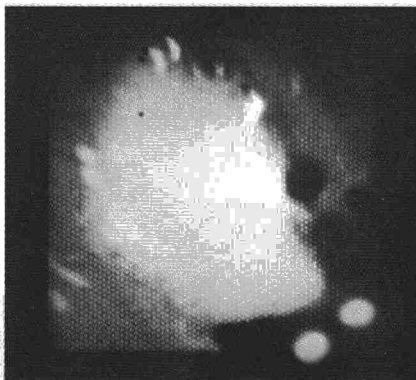


Figura 1

Figura 2



destacaba la auscultación pulmonar con crepitanes diseminados; hematomalgia de 2 traveses dolorosa a la palpación; acropaquias; pulso: 80 lat/min. T.A.: 120/80. VSG de 30 mm.; resto de analítica normal. Bacteriología del esputo negativa. Espirometría: síndrome obstructivo y restrictivo severo. E.C.G.: crecimiento ventricular derecho y trastorno difuso de la repolarización.

Estudio radiográfico de tórax: infiltrado alveolar localizado en lóbulo medio e inferior derecho, con descenso de la arteria pulmonar del mismo lado. *Broncofibroscopia*: formaciones de aspecto granulomatoso en bronquio intermediario y en el inferior; abundantes secreciones purulentas que fluyen porpóos basales; cuerpo extraño anclado en los granulomas del bronquio inferior (fig. 1). *Biopsia bronquial*: inflamación crónica inespecífica.

Interrogado de nuevo el enfermo recordó que hacía 15 años sufrió una crisis asfíctica, por aspiración en el curso de una comida. Repetido el estudio tomográfico de tórax centrado en la zona del cuerpo extraño, se interpretó una imagen lineal de densidad calcio en bronquio inferior derecho como el cuerpo extraño, imagen que en el estudio anterior se había interpretado como calcificación de cartílagos bronquiales (fig. 2). Se practicó broncoscopia con anestesia general para la extracción del cuerpo extraño, que resultó ser un hueso posiblemente de cordero, según recordó el enfermo (fig. 3).

*Caso 2.* Mujer de 77 años. Sus labores. Paludismo a los 28 años. Desde hacía 7 años, catarros bronquiales que curan en pocos días sin tratamientos. Tres meses antes de su ingreso comenzó con tos, expectoración blanca, dolor pleural en región interescapular y disnea de pequeños esfuerzos; ingreso por presentar hemoptisis de pequeña cuantía que se siguió de expectoración hemoptoica. De la exploración física destacaba la auscultación pulmonar con disminución del murmullo vesicular en base de hemitórax izquierdo. Análisis de sangre y orina normales. Bacteriología del esputo negativa. Espirometría: síndrome restrictivo puro severo. E.C.G. normal. Estudio radiográfico de tórax: opacidad en forma de cuña en base izquierda junto con descenso de la arteria pulmonar de este lado (fig. 4). A las 48 horas de su ingreso expulsó con la tos un trozo de hueso. Interrogada la enferma

Recibido el día 5 de noviembre de 1978.

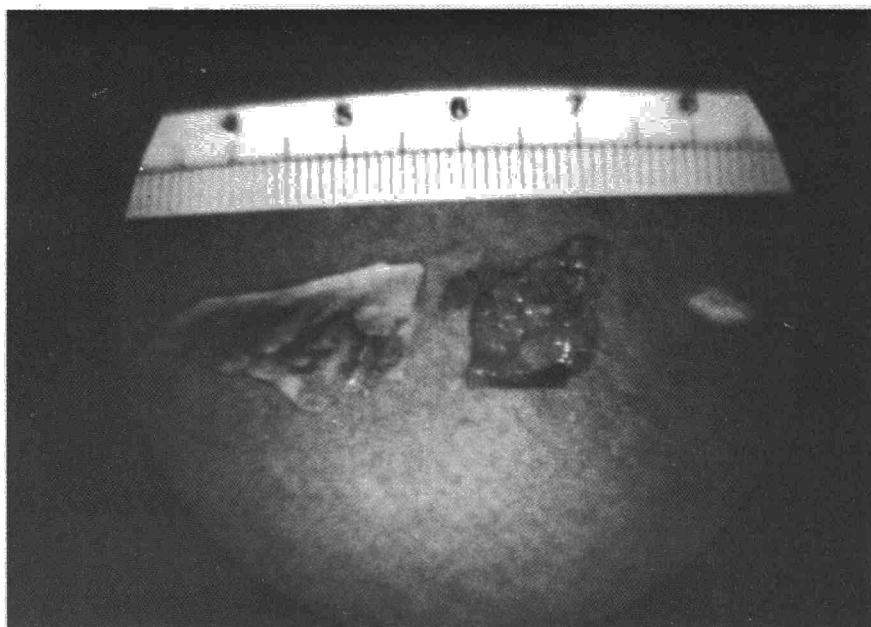


Figura 3



Figura 4

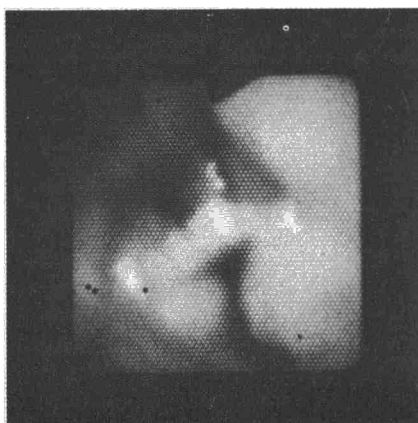


Figura 5

en este sentido, recordó el accidente aspirativo 6 meses antes de su ingreso, que se siguió de tos intensa que fue cediendo para continuarse con la sintomatología descrita anteriormente. *Broncofibroscopia*: inflamación difusa de la mucosa. *Broncografía izquierda*: disminución del volumen del lóbulo inferior izquierdo sin alteraciones ectásicas.

*Caso 3.* Varón de 48 años de edad. Portero. Fumador de 20 cigarrillos al día. Diagnosticado de hernia de hiato. Frecuentes catarros con tos y expectoración purulenta abundante, que se hizo hemoptoica en el último catarro. De la exploración física, destacaba la auscultación pulmonar con roncus en base de hemitórax derecho. Sistemático de sangre y orina normales, excepto V.S.G. de 26 mm. Bacteriología del esputo negativa, incluyendo B.A.A.R. Espirometría: síndrome obstructivo puro leve. E.C.G. y V.C.G.: predominio ventricular derecho. Estudio radiográfico de tórax: descenso de arteria pulmonar derecha.

*Broncofibroscopia*: pólipo en cuerda derecha; múltiples formaciones granulomatosas en bronquio inferior derecho, junto con una formación blanquecina de forma irregular compatible con cuerpo extraño, el cual se consiguió extraer con la pinza de biopsia de broncofibroscopio por vía nasal, resultando ser un hueso (fig. 5). Biopsia y BAS: metaplasia escamosa superficial. Interro-

gado de nuevo el enfermo recordó el accidente aspirativo que había tenido lugar hacía 3 años como consecuencia de su costumbre de comer huesos triturados de conejo.

### Discusión

La aspiración de un cuerpo extraño endobronquial produce instantáneamente tos irritativa, sensación de ahogo y estridor, este último dependiendo de la localización del cuerpo extraño y de su tamaño. Posteriormente aparecerán los síntomas consecuentes a la infección bronquial, principalmente expectoración purulenta, y, expectoración hemoptoica como expresión de la irritación crónica de la pared bronquial o de la afectación periférica a la obstrucción de la luz bronquial<sup>1,2</sup>. El estudio radiográfico del tórax pro-

porciona el diagnóstico cuando el cuerpo extraño es radio-opaco y su tamaño o forma, permiten su distinción del resto de las estructuras anatómicas del tórax.

En el adulto, el diagnóstico del cuerpo extraño endobronquial puede estar dificultado, cuando el enfermo no concedió importancia al accidente aspirativo, mezclándose posteriormente la sintomatología propia del cuerpo extraño, con la correspondiente a la EPOC preexistente en el enfermo. De esta forma el cuerpo extraño pasa desapercibido para el médico y para el enfermo, hasta que los síntomas se hacen lo suficientemente llamativos para motivar un estudio más detenido. Este período de tiempo será tanto más prolongado, cuanto más se retrase la aparición de expectoración hemoptoica, que desgraciadamente es el único síntoma temido, tanto por el enfermo como por el médico. Así ocurrió en nuestros 3 enfermos, en los que su motivo de consulta no fue su sintomatología catarral con la que estaban acostumbrados a convivir, sino la aparición de expectoración hemoptoica reiterada.

Ni la historia clínica, ni el estudio radiográfico de tórax, proporcionaron un diagnóstico de sospecha en ninguno de los 3 enfermos, a pesar de que los 3 recordaban perfectamente el accidente aspirativo. Esto nos hace pensar en la conveniencia de incluir en el interrogatorio, la investigación sobre accidentes aspirativos.

El diagnóstico se hizo en un enfermo por expulsión espontánea con la tos, y en los otros dos por broncofibroscopia. En los 3 casos el motivo del ingreso fue expectoración hemoptoica en la que el estudio broncológico es obligado; de no haber sido así, tal vez, el cuerpo extraño hubiera pasado desapercibido. Este es otro argumento más para la extensión de las indicaciones de la broncofibroscopia, a enfermos con radiografía de tórax sin alteraciones significativas, dada su buena tolerancia<sup>3</sup>.

La broncofibroscopia permite el diagnóstico de cuerpo extraño endobronquial, pero presenta limitaciones en cuanto a su extracción debido al tamaño y capacidad de presión de la pinza de biopsia. Existen pinzas especiales para extracción de cuerpos extraños con broncofibroscopio<sup>4</sup>, y hay actualmente descritos numerosos casos de extracción con broncofibroscopio<sup>5,6</sup>. En uno de nuestros enfermos fue posible la extracción con la pinza de biopsia del broncofibroscopio, por las reducidas dimensiones del cuerpo extraño. En este sentido no cabe duda



que el perfeccionamiento de diferentes pinzas, limitará la indicación del broncoscopio a su utilización en niños.

### Resumen

Se revisan las dificultades diagnósticas del cuerpo extraño endobronquial en el adulto, cuando el enfermo no relaciona el accidente aspirativo con su sintomatología broncopulmonar. Así ocurrió en 3 enfermos ingresados en nuestro Servicio en los 2 últimos años. En los 3 casos el diagnóstico fue causal, en 2 de ellos por broncofibroscopia realizada por presentar expectoración hemoptoica, y en el tercero por expulsión espontánea con la tos.

Ninguno de los enfermos había olvidado el accidente aspirativo, pero no lo relacionaron con su patología actual. La extracción se realizó en uno de los casos con la pinza de biopsia del broncofibroscopio, en otro se realizó broncoscopia con anestesia general, y en el último espontáneamente con la tos. Se resalta que el broncofibroscopio, ha

comenzado a desplazar al broncoscopio de la última de sus indicaciones, en el adulto hasta hoy incuestionable.

### Summary

#### ENDOBRONCHIAL FOREIGN BODY: PATHOLOGY OF AN ADULT.

The authors review the diagnostic difficulties for and endobronchial foreign body in the adult when the patient does not relate the aspirative accident with his bronchopulmonary symptomatology. This is what happened to three patients admitted to the authors' department during the last two years. In the three cases the diagnosis was casual; in two bases by bronchofibroscopy carried out due to the presence of hemoptysic expectoration, and in the third by spontaneous expulsion with the cough. None of the patients had forgotten the aspirative accident, but did not relate it to their current pathology. In one of the cases extraction was made with the

biopsy clamp of the bronchofibroscopy; one case required bronchoscopy with general anesthesia; and the third was spontaneous with the cough. The authors emphasize the fact that bronchofibroscopy has begun to displace bronchoscopy from the last of its indications in the adult, which had been unquestionable until now.

### BIBLIOGRAFIA

1. FRASER, R. G., y PARE, J. A.: Diagnosis of diseases of the chest. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1970.
2. HOLINGER, P. H., y HOLINGER, L. D.: Use of the open tuber bronchoscope in the extraction of foreign bodies. *Chest*, 73: 5, 1978.
3. HOWARD, A.: Editorial. *Chest*, 73: 685, 1978.
4. ZAVALA, D. C., y RHODES, M. L.: Experimental removal of foreign bodies by fiberoptic bronchoscopy. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 110: 357, 1974.
5. FRESCHAMN, J. F.; ZAVALA, D., y KEIM, L. W.: Removal of foreign bodies by fiberoptic bronchoscopy. *Chest*, 72: 241, 1977.
6. CUNANAN, O. S.: The flexible fiberoptic bronchoscope in foreign body removal. Experience in 300 cases. *Chest*, 73: 5, 1978.