

Hospital de Enfermedades del Tórax
El Tomillar. Sevilla
(Dir.: Dr. E. Regli Fernández)

EVOLUCION ATIPICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRABRONQUIAL

M. Hernández Hazañas y J.M. Domínguez Palacios

Introducción

La aspiración de cuerpos extraños sólidos al interior del árbol tráqueo-bronquial es un proceso, cuya incidencia aparece principalmente en niños pequeños. Más del 50 % en algunas series tenían menos de 3 años^{1,3}. Más del 85 % de los cuerpos extraños (C.E.) eran de origen vegetal (cacahuets, pipas de girasol, etc.) y el resto de la más diversa naturaleza.

Cuando no se produce obstrucción bronquial, tras un corto período de disnea y tos irritativa, los síntomas pueden regresar por completo, a veces durante meses e incluso años^{4,7}.

Los episodios bronconeumónicos de repetición y las bronquiectasias de diversos grados, son secuela de la presencia del C.E. en el interior del árbol bronquial⁸.

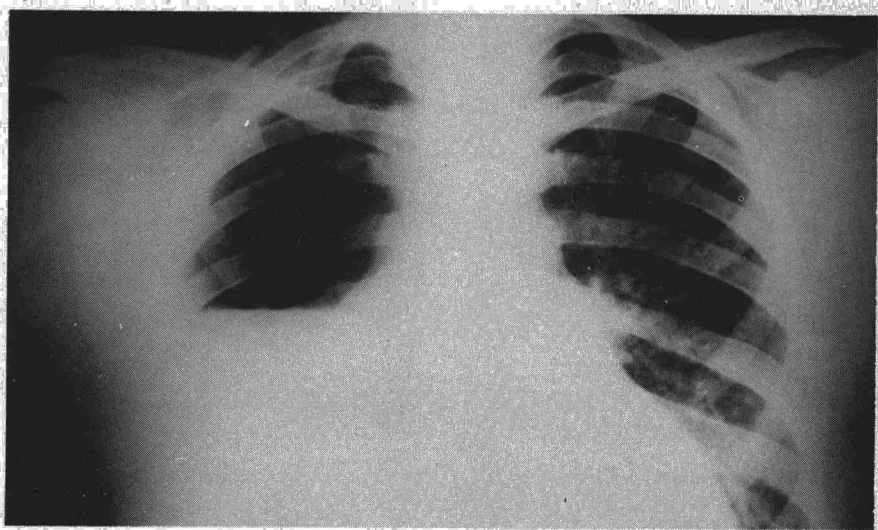
Hemos tenidos ocasión de estudiar a un enfermo que ingresó con el diagnóstico de gran caverna en el lóbulo inferior derecho y empiema. En la intervención quirúrgica que se le practicó, tuvo lugar el hallazgo de un C.E. en el bronquio intermediario.

Observación clínica

R.G.E., varón de 27 años, que ingresó en este Hospital por presentar un cuadro de intensa hemoptisis, con fiebre, disnea, tos y expectoración maloliente.
Antecedentes familiares: sin interés.

Personales: Profesión, administrativo. Propenso desde la niñez a catarros bronquiales. Tratado a los 8 años de Tbc pulmonar con: SM, INH y PAS durante 2 meses. A los 15 años le vuelven a tratar de este mismo proceso por presentar episodios de hemoptisis. Toseedor habitual y fumador de 3 paquetes diarios.

Figura 1



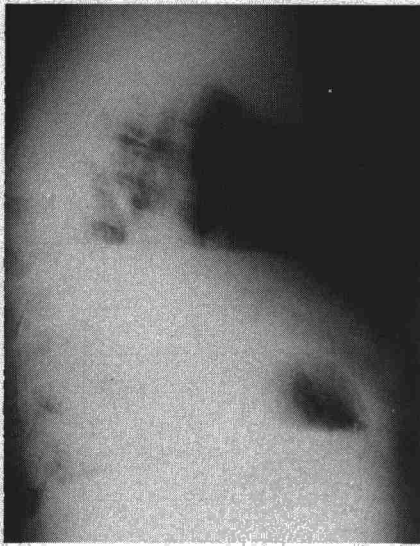
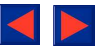


Figura 2



Figura 4

Enfermedad actual

Presenta desde hace 3 meses un proceso con fiebre, tox y expectoración oscura verdosa, que se trató con antibióticos sin llegar a curar, persistiendo anorexia, cansancio, tos, expectoración y febrícula vespertina. Ultimamente le aparecen molestias en costado derecho y tiene varias hemoptisis.

Exploración física

Pícnico, con piel y mucosas pálidas, boca séptica, lengua saburral. Tórax simétrico con movilidad disminuida, roncus y sibilancias

en hemitórax izquierdo, hipofonesis en hemitórax derecho con abolición de las vibraciones vocales.

T.A. 120/70 mm de Hg, pulso rítmico a 120. Resto de la exploración normal.

Datos analíticos

Hto. 46 %, Hb 93 %, H. 4.860.000, L 14.000, C-5, S-77, L-17, M-1, V.S.G. 118-125. Glucemia: 130 mgr %.

Orina: Indicios de albúmina. Curva de glucemia tras sobrecarga, normal. Examen de esputo: abundantes leucocitos y picocitos. Escasa flora compuesta por micrococos. No se ven B.K.

Reacción de Casoni a los 30' de 20 mm

Radiología de tórax

Se aprecia un derrame pleural con un nivel horizontal, que ocupa la mitad inferior del hemitórax derecho. La mitad superior está ocupada por aire, quedando el parénquima pulmonar colapsado junto al hilio derecho. En la proyección lateral se aprecia una imagen cavitaria con un nivel hidroaéreo de localización anterior (figs. 1 y 2).

Examen del líquido pleural

En la primera toracentesis, se extrae un líquido de aspecto achocolatado, turbio y muy fétido. Con una PCO₂ mayor de 90, PO₂ menor de 10, pH menor de 6,8.

Leucocitos 800.000, L-62 %, S-38 %, hemáticas 2.200 mm³, Alb. 20 grs %. Proteínas 2 gr %. Reacción de Rivalta positiva. Glucosa 13 mgr. %. Bilirrubina directa 0,30 mgrs % y total 1 mgr %. Con abundante flora compuesta por cocos y algunas células epiteliales aisladas. Se efectuaron cultivos de líquido pleural para bacilos de Koch que fueron negativos.

El diagnóstico clínico fue de empiema por anaerobios y se pensó en la posibilidad, de que fuera secundario a la perforación de un quiste hidatídico. Se trató con drenaje de Bülow y aspiración suave continua. Penicilina en venoclisis y antiinflamatorios. Posteriormente se pasaron a otros antibióticos de amplio espectro tras el resultado del cultivo y antibiograma.

Evolución

Tras la desaparición del líquido pleural, ocurrió la reexpansión paulatina del parénquima pulmonar, quedando una imagen densa en la región inferior con obliteración de los senos costo y cardiofrénicos derechos, que podría corresponder al lóbulo inferior colapsado.

El paciente rápidamente experimentó una gran mejoría subjetiva y clínica. En las tomografías al mes de tratamiento se apreciaba con dificultad el árbol bronquial, existiendo un engrosamiento pleural a lo largo del borde costal derecho con obliteración del seno costodiafragmático y persistiendo la imagen densa paracardíaca que se apreciaba en la radiografía.

Figura 3

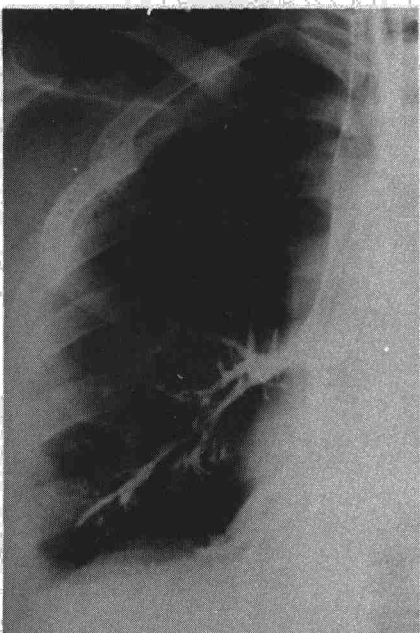
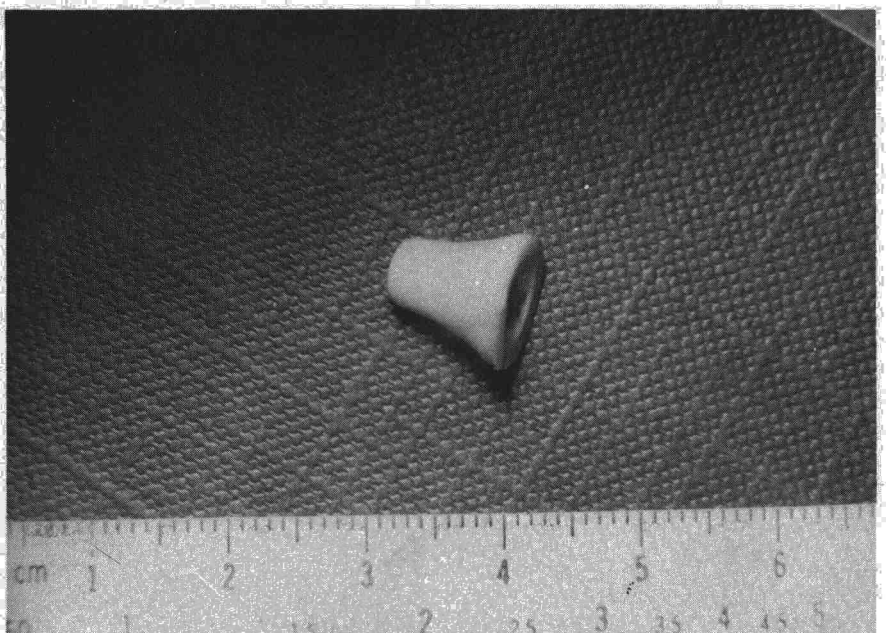


Figura 5



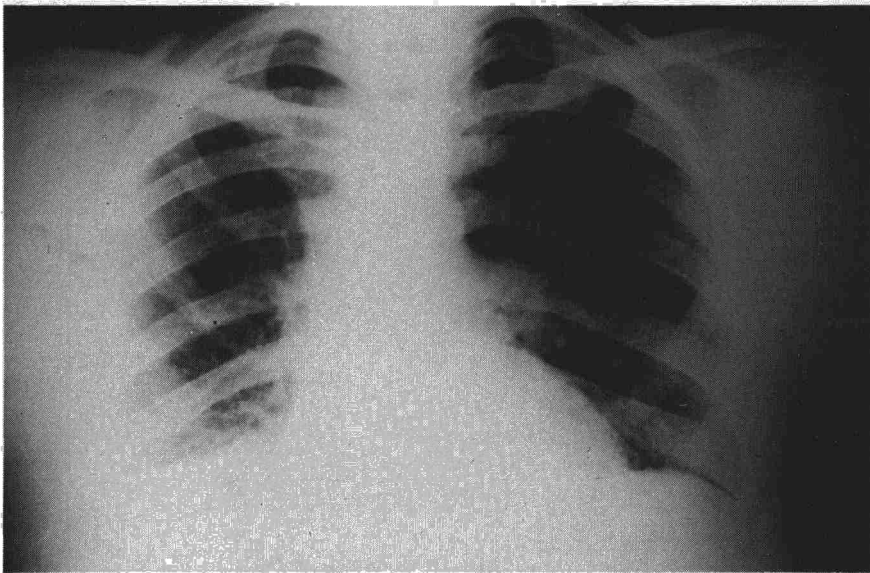


Figura 6

Broncoscopia

El bronquio lobar superior sale hacia abajo, con carina gruesa redondeada y enrojecida. Inmediatamente por debajo en la entrada del intermediario hay una estenosis de aspecto fibroso muy intensa que no permite pasar el broncoscopio. El intermediario tiene secreciones purulentas grisáceas de mal olor. Se ve en el basal una formación blanquecina que podría ser un cuerpo extraño. Se consigue extraer y da la impresión de ser un trozo de membrana hidatídica.

Broncografía

El bronquio lobar superior presenta una posición más baja a la habitual, de salida casi horizontal y arborizándose por todo el hemitórax. Los bronquios del lóbulo medio e inferior aparecen bronquiectásicos y recogidos junto a la línea media. Los lóbulos medio e inferior aparecen colapsados. Hay que señalar, que en el curso de esta exploración, se apreció una resistencia importante al inyectar el medio de contraste en la porción terminal del intermediario (figs. 3 y 4).

Intervención quirúrgica:

Se le practicó a los 3 meses, una decorticación más una bilobectomía media e inferior, con la extracción de un cuerpo extraño, el cual se encontró enclavado en la porción distal del intermediario tras una zona estenótica. El cuerpo extraño es de naturaleza plástica, radiotransparente de 1cm. y de forma tronco-cónica, perforado en su eje longitudinal identificándose como el terminal del tirador de determinadas lámparas eléctricas (fig. 5). La fig. 6, muestra la radiografía del tórax después de la intervención quirúrgica.

Comentario

Las características particulares del presente caso, ante la sorpresa diagnóstica tras la intervención quirúrgica ante el hallazgo de un C.E., es lo que nos lleva a comentarlo con detenimiento.

Tanto su profesión como la historia clínica relativamente reciente, los datos analíticos y radiográficos, así como la extracción en la broncoscopia de un tejido con aspecto de membrana hidatídica, nos orientaban, al diagnóstico de un quiste hidatídico perforado, a pesar de que no se encontraron restos de escólex ni eosinofilia.

Viendo de forma retrospectiva la sucesión de los hechos, teniendo presente la forma especial del C.E. descrito y que el paciente no lo recuerda, tenemos que pensar que el accidente se remonta a su niñez. La historia clínica recoge, procesos bronquiales frecuentes desde su infancia. En dos ocasiones le llegan a tratar como Tbc pulmonar y sus familiares refieren, que desde pequeño ha presentado siempre episodios con tos irritativa.

En vista de los hechos podemos interpretar, que el cuerpo extraño en determinadas ocasiones ha dado lugar a fenómenos inflamatorios, obstructivos, atelectásicos, movilizándose con la tos y lesionando las paredes bronquiales, explicándose de esta forma, las esporádicas hemoptisis que tuvo.

Otro dato favorable a esta interpretación, en el marcado desarrollo alcanzado por el lóbulo superior derecho, que llega a ocupar prácticamente el correspondiente hemitórax.

Como vemos esto último, reafirma la hipótesis de la aspiración del C.E. en su infancia, el cual quedó enclavado en la porción terminal del intermediario, dando origen a una

estenosis artificial a ese nivel, originando unas bronquiectasias de los bronquios de los lóbulos medio e inferior, favoreciendo los procesos inflamatorios obstructivos y microbianos, el colapso progresivo de dichos lóbulos y que a la larga originaron un absceso y un empiema en el pulmón derecho.

Creemos que esta evolución tan larga y en cierto modo insidiosa, se ha debido fundamentalmente a la forma tan peculiar del cuerpo extraño, que permitía aunque en poca cuantía el paso del aire, no determinando por tanto una atelectasia brusca y completa, así como también a una especial hiposensibilidad del paciente.

Resumen

Se presenta un caso de C.E. que debido a su naturaleza y morfología peculiar, pasó desapercibido durante años, siendo por fin un hallazgo durante el acto quirúrgico. Tras la presentación de la historia clínica y su evolución, se hace un comentario retrospectivo sobre la posible sucesión de los hechos.

Summary

ATYPICAL EVOLUTION OF AN
INTRABRONCHIAL FOREIGN BODY

The authors present the case of a F.B. that due to its nature and peculiar morphology was ignored during years, and was finally found during surgery. After the presentation of the case history and its evolution, a retrospective commentary is made on how this possibly occurred.

BIBLIOGRAFIA

1. BROCK, R.C.: Lung Abscess, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1952.
2. DAVIS, L. y CONSTANCE, M.: Inhaled foreign bodies in children. An analysis of 40 cases. *Arch. Dis. Chil.*, 41: 402, 1966.
3. FANCONI, A. y WALLGREN, M.: Tratado de Pediatría. Ed. Morato S.A. 1973.
4. CROFTON, J. DOUGLAS, A.: Enfermedades Respiratorias. Ed. Marin S.A. 1971.
5. FRASER, R.G. y PARE, J.A.P.: Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Ed. Salvat Sociedad Anónima, 1974.
6. LEMON, W.: Aspiration. A.M.A. *Arch. Surg.*, 12: 187, 1926.
7. MILLER, G.A., GIANTURCO, C. a y NEUCKS, H.G.: The asymptomatic period in retained foreign bodies of the bronchus. *Am. J. Dis. Child.*, 95: 282, 1958.
8. TAUNENBERG, J. y PINNER, M.: Atelectasis and bronchiectasis, an experimental study concerning their relationship. *J. Thorac. Surg.* 11: 571, 1942.