

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende"
Hospital Neumológico Benéfico Jurídico

Cuerpo Extraño Endobronquial. Presentación de un caso

Foreign body in airway. Case presentation

Yhasnaiby Calvo Álvarez^I, Yoandra Hernández Vila^{II}, Sergio Fernández García^{III}, Manuel Sarduy Paneque^{IV}, Eugenio Julio Córdova Rozas^V

^I Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Neumología. *Master* en Enfermedades Infecciosas. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La Habana. Cuba. E.mail: yhasnaiby@infomed.sld.cu

^{II} Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Neumología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La Habana. Cuba. E.mail: miguelangelmf@moron.cav.sld.cu

^{III} Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista Segundo Grado de Neumología. Asistente. *Master* en Enfermedades Infecciosas. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La Habana. E.mail: sergiofdez@infomed.sld.cu

^{IV} Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Neumología. *Master* en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La Habana. E.mail: manuelsarduy@infomed.sld.cu

^V Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Departamento Hospitales. Dirección Provincial de Salud. La Habana. Cuba. E.mail: ecordova@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los cuerpos extraños bronquiales en pacientes adultos constituyen una entidad clínica poco frecuente. La localización más habitual para un cuerpo extraño de vías respiratorias es el bronquio principal derecho.

Objetivo: reflejar lo difícil que resulta en ocasiones diagnosticar un cuerpo extraño como causa de tos y disnea en un paciente adulto.

Presentación del Caso: paciente de 72 años de edad, sin clínica respiratoria previa. Relata la enferma que 5 meses antes de acudir a nuestro Centro se

encontraba tomando sopa, cuando nota como si hubiese "broncoaspirado algo", inicialmente comienza con "tos seca y sensación de ahogo", que cede espontáneamente pero no desaparece. Acude a nuestro hospital y se realiza fibrobroncoscopia observándose la presencia de un cuerpo extraño (hueso de pollo) a nivel de bronquio del lóbulo superior izquierdo procediéndose a su extracción.

Conclusiones: en presencia de un paciente con tos y disnea después de un cuadro de broncoaspiración se debe tener en cuenta el diagnóstico de aspiración de un cuerpo extraño y la extracción de este resulta la solución definitiva.

Palabras clave: broncoaspiración, cuerpo extraño, vías respiratorias, hueso de pollo, fibrobroncoscopia.

ABSTRACT

Introduction: the bronchial strange bodies in adult patient constitute a clinic entity a little frequent. The more frequent location for strange body of respiratory tract is the right main bronchial.

Objective: to show the difficulty to diagnose a foreign body as cause of cough and dyspnea in an adult patient.

Case presentation: a patient of 72 years old is presented, without a previous respiratory clinic. The sick patient report that 5 month before going to our center, she was having soup, when she notes as if she had bronchoaspired something, first she started with a dry cough and a sensation of shortness of breath, which cedes spontaneously but didn't disappear. She came up to our hospital we made a fibrobronchoscopy to her, we could observe the presence of strange body (chicken bone) to the left upper lobule of the bronchial level; therefore we proceeded with the extraction of it.

Conclusions: in the case of a patient presenting with cough and dyspnea after bronchoaspired something it is essential to take into account the diagnosis of the foreign body and the remove of strange body is the definitive solution.

Key words: bronchoaspiration, strange body, respiratory tract, chicken bone, fibrobronchoscopy.

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños bronquiales en pacientes adultos constituyen una entidad clínica poco frecuente a diferencia de la edad pediátrica.¹ La aspiración inicial suele manifestarse por crisis de tos, disnea, asfixia y/o cianosis aunque en ocasiones la clínica no es tan llamativa y puede pasar inadvertida o ser confundida con otras patologías como bronquitis, bronquiectasias y neumonías.² En la población adulta los grupos de riesgo suelen ser ancianos, disminuidos psíquicos o individuos con alteraciones en la deglución por diferentes causas. Al igual que en niños, la localización más frecuente para un cuerpo extraño de vías respiratorias es el bronquio principal derecho debido a sus características anatómicas, siendo el mismo más ancho, corto y vertical que el izquierdo. En orden de frecuencia le siguen el bronquio principal izquierdo y la tráquea (incluida subglotis). En función de su naturaleza podrán producir mayor o menor irritación de la mucosa bronquial y secundariamente formación de granulomas y edema que dificulten su extracción o

agraven el problema ventilatorio.³ Para el tratamiento contamos con varias posibilidades, siendo las principales la fibrobroncoscopia flexible y la broncoscopia rígida.

Nuestro trabajo tiene como **objetivo** reflejar lo difícil que resulta en ocasiones diagnosticar un cuerpo extraño como causa de tos y disnea en un paciente adulto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente, JMR, de 72 años de edad, raza blanca, no fumadora, sin clínica respiratoria previa. Relata la enferma que 5 meses antes de acudir a nuestro Centro se encontraba tomando sopa, cuando nota como si hubiese "broncoaspirado algo", inicialmente comienza con "tos seca y sensación de ahogo", que disminuye espontáneamente pero no desaparece y se mantiene durante 5 meses con "tos pertinaz no productiva, ligera disnea y en ocasiones sensación de silbidos en hemitórax izquierdo". Con esta sintomatología acude en varias ocasiones al facultativo y se le indica tratamiento con antihistamínicos y antibióticos, pero sin mejoría clínica, por lo que es remitida a nuestro Centro.

Al llegar al hospital se realiza interrogatorio donde se obtiene como dato importante que esta sintomatología surgió de forma aguda, después de la ingestión de sopa de pollo.

Examen físico

Los datos positivos fueron: Aparato respiratorio revela a la auscultación murmullo vesicular muy aumentado en hemotórax izquierdo, con aumento de la sonoridad a la percusión de este hemotórax.

El examen físico de los demás sistemas y aparatos fue normal.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina-133g/l; hematocrito-0.40; leucograma- 8.6×10^9 ; P-0.63; L-0.35; E-0.02; Conteo global de eosinófilos: 0.02; Coagulograma: normal

En la radiografía de tórax frontal y lateral izquierda (Figura 1) se evidencia aumento del índice cardiotorácico, con redistribución vascular.

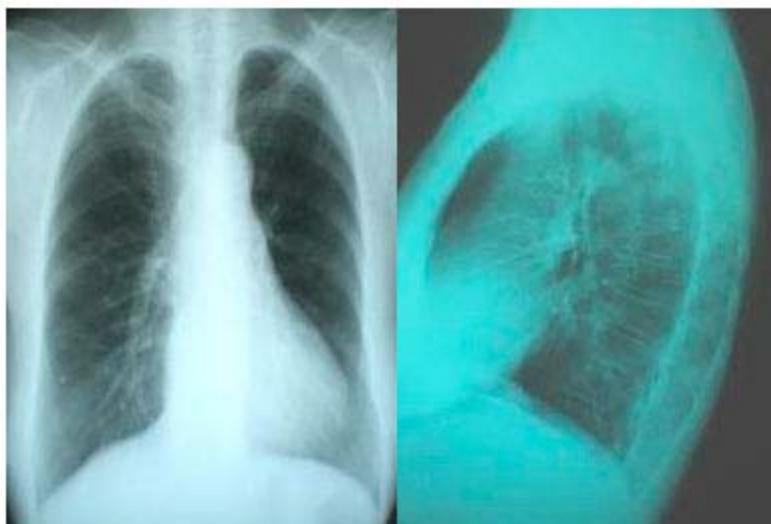


Figura 1. Radiografía de tórax frontal y lateral izquierda.

Se realiza fibrobroncoscopia videoasistida con equipo Olympus y se observa: Cuerdas Vocales, Tráquea, Carina, Árbol bronquial derecho sin alteraciones; Árbol bronquial izquierdo: se detecta masa blanquecina que ocluye la luz del bronquio del lóbulo superior izquierdo, correspondiente con un cuerpo extraño (hueso de pollo), se extrae y se hace broncoaspirado.

A la semana de realizada la videobroncoscopia, se cita a la paciente a consulta externa y se comprueba la desaparición de la sintomatología respiratoria que le motivó acudir a nuestro Centro.

Examen físico del aparato respiratorio: A la auscultación respiratoria se demuestra murmullo vesicular sin alteraciones en ambos campos pulmonares y sonoridad respiratoria normal.

Radiografía de tórax frontal semejante a la radiografía anterior.

Resultados de la fibrobroncoscopia.

Lavado bronquial buscando bacilos ácido alcohol resistente (BAAR): Codificación: 0

Lavado bronquial bacteriológico: Microbiota normal.

Lavado bronquial citológico: Elementos inflamatorios crónicos con abundante linfocitos y macrófagos.

Fibrobroncoscopia (Figura 2).



Figura 2. Cuerpo extraño extraído durante la Fibrobroncoscopia.

Estudio Macroscópico: Hueso de pollo.

Estudio Microscópico: Muestra muy disgregada donde se observan linfocitos, macrófagos y celular epiteliales sueltas.

La paciente evolucionó de manera satisfactoria: fue dada de alta por neumología.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños bronquiales constituyen una patología poco frecuente y ocasional en la población adulta a diferencia de la infantil. En el clásico estudio de Holinger, de 1978, sólo 6 % de todos los cuerpos extraños de vías respiratorias se producen en pacientes con edad superior a los 14 años.^{4, 5}

La sintomatología de presentación puede ser variable pero inicialmente suele existir una crisis de sofocación tras la aspiración que cursa con episodios de tos y diverso grado de disnea, como ocurrió en nuestro caso. En el adulto, a diferencia del niño, la obstrucción no es completa, por lo que su hallazgo resulta de exploraciones en pacientes que refieren tos crónica o infección respiratoria y no recuerdan haberlo aspirado.^{4, 6, 7}

Se han descrito a los ancianos, disminuidos psíquicos y enfermos con alteraciones de la deglución como población de riesgo adulta. En una revisión de 1 061 casos de aspiración de cuerpos extraños realizada por Holinger y colaboradores, se encontró que en 20% de los casos el cuerpo extraño era un hueso; en 14%, semillas; 14%, monedas; otro 11% era representado por ganchos, alfileres.⁴

Respecto a la localización en la vía aérea, la mayoría de las series publicadas señala por orden decreciente de frecuencia las siguientes ubicaciones: Bronquio principal derecho (60-65%), bronquio principal izquierdo (25-30%) y subglotis-tráquea (9-12%). Se trata de una distribución semejante a la hallada en la edad pediátrica.^{4, 8} Aunque la localización del cuerpo extraño de nuestra paciente fue menos frecuente (bronquio del lóbulo superior izquierdo).

La radiografía de tórax puede ser normal o poco significativa, como en nuestro caso. En ocasiones podemos encontrar signos de atelectasia pulmonar y/o hiperinsuflación.

Algunas veces la clínica producida por el cuerpo extraño impactado se revela como procesos neumónicos de repetición, bronquitis, bronquiectasias y abscesos pulmonares.^{4, 9}

Todo cuerpo extraño bronquial no diagnosticado cursará inexorablemente a este período que a su vez transcurre por varios estados (Figura 3).

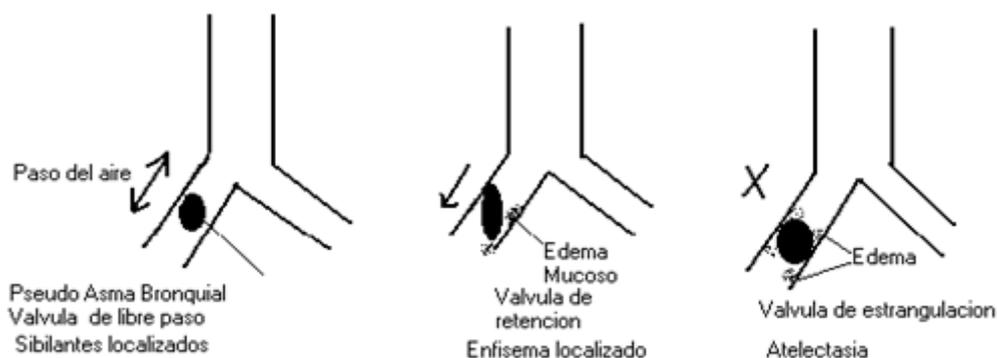


Figura 3. Tres fases o etapas clásicas de las complicaciones de los cuerpos extraños bronquiales.

- El cuerpo extraño se comporta como un *by-pass* o válvula de libre paso (pseudoasma bronquial).

- El cuerpo extraño se comporta como una válvula de paso en un solo sentido (admisión del aire)
- El cuerpo extraño se comporta como una válvula de cierre total o estrangulación de flujo aéreo.

Ante la sospecha la fibrobroncoscopía constituye la última prueba diagnóstica y primera terapéutica.^{10, 11} Los modernos equipos de fibroscopía flexible para adultos permiten en muchos casos evitar una broncoscopía rígida con anestesia general e incluso la toracoscopía, como sucedió en el caso que se presenta que a través de la videobroncoscopía se pudo visualizar el cuerpo extraño y proceder sin complicaciones a su extracción.

CONCLUSIONES

En presencia de un paciente con tos y disnea después de un cuadro de broncoaspiración se debe tener en cuenta el diagnóstico de aspiración de un cuerpo extraño. La extracción del cuerpo extraño resulta la solución definitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louie MC, Bradin S. Foreign body ingestion and aspiration. *Pediatr Rev.* 2009; 30:295-301.
2. Palmer-Becerra JD, Vania MC, Madriñán-Rivas JE. Extracción broncoscópica de cuerpos extraños en la vía aérea. Diez años de experiencia. *Acta Pediatr Mex.* 2010; 31(3):102-107.
3. Gómez-Leyva E, Chávez-Enríquez EP, Domínguez-Cadena A, Alvarado-León U, Victoria-Zúñiga JD. Cuerpos extraños intratorácicos. Presentación de cinco casos. *Arch Inv Mat Inf.* 2009; 1: (1):14-7.
4. Fernández Vega DM. Urgencias en Otorrinolaringología. Ponencia Oficial de la S.E.O.R.L. Madrid: Ed. Garsi S.A.; 1991, p. 60-4.
5. Limper AH, Prakash UB. Tracheobronchial foreign bodies in adults. *Ann Intern Med.* 1990; 112:604-9.
6. Lai YF, Wong SL, Chao TY, *et al.* Bronchial foreign bodies in adults. *J Formos Med Assoc.* 1996; 95:213-7.
7. Preisler B, Uschmann K. Aspired foreign body in adulthood. *Z Erkr Atmungsorgane.* 1986; 167:180-4.
8. Baharloo F, Veyckemans F, *et al.* Tracheobronchial foreign bodies: Presentation and management in children and adults. *Chest.* 1999; 115:1357-62.
9. Mc Guirt WF, Holmes KD. Tracheobronchial foreign bodies. *Laryngoscope.* 1988; 98: 615-8.

10 Alvarado-León U, Palacios-Acosta JM, León-Hernández A. Cuerpos extraños alojados en las vías aérea y digestiva. Diagnóstico y Tratamiento. Acta Pediatr Mex. 2011; 32(2):93-100.

11 Musa AK Al Ali, Basheer K, Firas A. Utility of Fiberoptic Bronchoscopy for retrieval of aspirated headscarf pins. Respiration. 2007; 74: 309-13.

Recibido: 6 de Junio de 2013

Aprobado: 4 de Julio de 2013