

Niña de 19 meses con neumonías de repetición

G. Barrientos Fernández, J.A. Matute Cárdenas, R. Romero Ruiz, M. García Casillas, R. Sánchez Martín, J. de Agustín Asensio y J. Vázquez Estévez

Unidad de Cirugía. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 383-384)

CASO CLÍNICO

Lactante de 19 meses que ingresó por un cuadro de tos, dificultad respiratoria y fiebre de 48 h de evolución. Antecedentes personales y familiares sin interés. En la exploración física destacaba un intenso tiraje subcostal, intercostal y en *yugulum* y cianosis perioral con el llanto. Presentaba taquipnea a 80 resp/min y saturación de oxígeno del 88% con una FiO_2 del 21%. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con disminución importante del murmullo vesicular en hemitórax derecho, espiración alargada y roncus y crepitantes diseminados. Hemograma: Hb: 11g/dl, hematocrito: 34%, leucocitos: 16.200 (14% L, 77% G, 7% M), plaquetas: 688.000, PCR: 2,50 mg/dl. Bioquímica sanguínea y orina dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se objetivó condensación paracardíaca derecha (fig. 1).

La paciente recibió tratamiento con oxigenoterapia, aerosolterapia y antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico. Durante su ingreso se realizaron hemocultivos, test del sudor, PPD, serología a CMV, *Mycoplasma* y *Chlamydia*, los cuales fueron todos negativos. El virus sincitial respiratorio fue negativo al ingreso, positivizándose posteriormente. La niña mejoraba progresivamente siendo dada de alta a las 3 semanas de su ingreso afebril y con resolución de la condensación radiológica, de forma ambulatoria se realizó gammagrafía pulmonar de perfusión que mostraba anulación funcional de la perfusión del campo pulmonar derecho. La paciente reingresó de nuevo a las 2 semanas por cuadro de fiebre, tos y dificultad respiratoria de 24 h de evolución. En la radiografía de tórax se observaba una condensación y atelectasia en lóbulo inferior derecho. Se

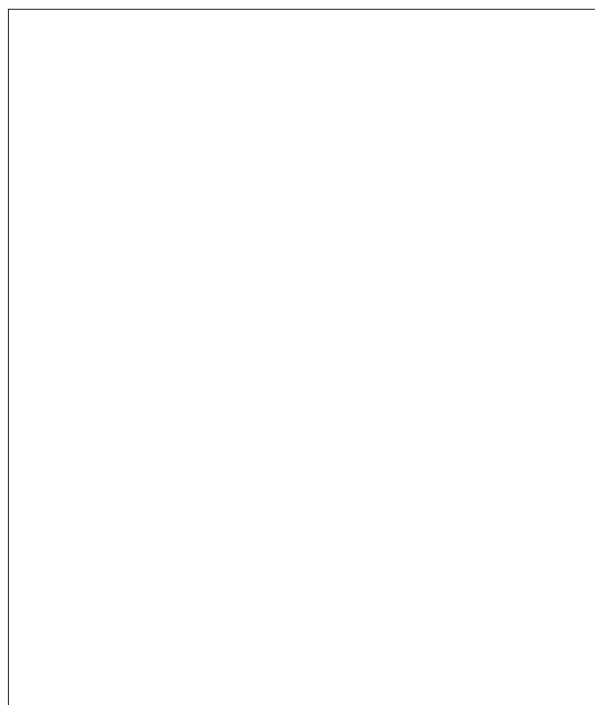


Figura 1. Imagen radiológica de la paciente a su ingreso. Se observa condensación y atelectasia en el lóbulo inferior derecho, con enfisema compensador de lóbulo superior derecho.

realizó TC torácica que revelaba bronquiectasias en la parte apical del lóbulo superior derecho pulmonar.

Pregunta

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dr. J.A. Matute. Unidad de Cirugía Cardiorácica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Dr. Castelo, 49. 28009 Madrid.

Recibido en octubre de 1999.

Aceptado para su publicación en noviembre de 1999.

CUERPO EXTRAÑO BRONQUIAL

En este segundo ingreso en el proceso de rehistoria del paciente, tras consultar con el servicio de cirugía, la familia refería que 2 días antes de comenzar con fiebre por primera vez, tuvo un episodio de atragantamiento seguido de tos emetizante de 2 h de evolución coincidiendo con la ingesta de frutos secos. Ante la sospecha de cuerpo extraño en la vía aérea se realiza bajo anestesia general broncoscopia con broncoscopio rígido, visualizándose un fragmento de semilla de girasol en bronquio principal derecho que se extrajo mediante fórceps. La paciente presentaba franca mejoría de su sintomatología respiratoria, desapareciendo la hipoventilación y mejorando la imagen radiológica. Dada la evolución de la paciente es dada de alta. El control ambulatorio a las 2 semanas demostró normalización radiológica. Tras 9 meses de evolución, la paciente se encontraba libre de síntomas y con una exploración dentro de la normalidad.

Los cuerpos extraños en la vía aérea constituyen una importante problemática en la edad pediátrica con un pico de incidencia entre los 9 meses y los 2 años, aunque el riesgo permanece elevado hasta los 6 años¹. La mayoría de estos episodios acontecen en el hogar y afectan más a los varones. La clínica de presentación inicial es la de un acceso de tos o sofocación casi en el 100% de los casos seguido de disnea, fiebre, vómitos, dolor torácico, etc. Si no se diagnostica el cuerpo extraño, la clínica progresa enfermando invariablemente el niño con cuadros de infección respiratoria de repetición. En cuanto a la auscultación destaca la hipoventilación, sibilancias, estridor e incremento del tiempo espiratorio². Junto con la clínica, es de capital importancia la realización de una adecuada anamnesis; no siempre está claro el episodio de aspiración, nadie lo presenció o simplemente los padres no lo consideran significativo. Un paciente con una historia de sofocación mientras come o tiene objetos en su boca y con una exploración clínica típica no precisa otra exploración que la broncoscopia³. Si el cuadro clínico o la exploración es dudosa se realizará radiografía de tórax en inspiración y espiración (sólo el 80% presentan alteraciones). El resto de

pruebas radiológicas no mejoran sino que retrasan el diagnóstico³. La broncoscopia es el medio diagnóstico de elección, así como el tratamiento en la aspiración de un cuerpo extraño, permitiendo la extracción exitosa en más del 80% de los casos^{4,5}. Éste es un procedimiento seguro en manos experimentadas (5% de complicaciones), pero que puede producir lesiones importantes en la vía aérea; por todo ello, estos pacientes deben ser referidos a centros con personal cualificado.

Lo habitual es el alta del paciente tras control clínico y radiológico a las 24 h del procedimiento, sin que estén indicadas otras pruebas diagnósticas. En cuanto al coste, se hubieran ahorrado unas 400.000 pesetas si desde el principio se hubiera planteado el diagnóstico de cuerpo extraño bronquial y se hubiese realizado la broncoscopia. Además, tanto la TC torácica como la broncoscopia en una niño de esta edad precisan anestesia general, con lo cual los riesgos de ambos procedimientos se equiparan.

Por tanto, ante la sospecha de un posible cuadro de aspiración de cuerpo extraño es seguro, rápido y con menor coste realizar al paciente una broncoscopia.

La prevención será otro punto tan importante como todos los previos, evitando ofrecer a niños menores de 7 años frutos secos o similares, no dejando pequeños objetos a su alcance potencialmente aspirables y concienciando a los fabricantes para que los objetos que manipulan los niños tengan unas dimensiones mínimas establecidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reilly J, Cook S, Stool D, Rider G. Prevention and management of aerodigestive foreign body injuries in childhood. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 1403-1411.
2. Pérez M, Carballo I, García M, Ramil C, Quiroga E. Aspiración de cuerpos extraños. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 453-455.
3. Messner A. Pitfalls in the diagnosis of aerodigestive tract foreign bodies. *Clin Pediatr* 1998; 37: 359-366.
4. Black R, Johnson D, Matlak M. Bronchoscopic removal of aspirated foreign bodies in children. *J Ped Surg* 1994; 29: 682-684.
5. Wood R. Pitfalls in the use of the flexible bronchoscope in pediatric patients. *Chest* 1990; 97: 199-203.