



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Complicaciones por cuerpo extraño intrabronquial de larga evolución



Complications due to longstanding intrabronchial foreign body

Irene Sancho Marquina^{a,*}, Elena Aranda Conchello^b,
Inés Loreto Gallán Farina^b y Carlos Martín de Vicente^{b,c}

^a Servicio Pediatría, Hospital de Nens, Barcelona, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^c Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Disponible en Internet el 20 de diciembre de 2024

Caso 1. Varón de 8 años, sin antecedentes de interés, que presenta tos productiva de un año de evolución con atelectasia crónica del lóbulo inferior izquierdo (LII) en radiografías (RX) de tórax y bronquiectasias con engrosamiento mural y contenido mucoso en tomografía computarizada (TC) pulmonar (fig. 1). Se realiza broncoscopia flexible visualizando cuerpo extraño (CE) intrabronquial en LII que se extrae en el mismo procedimiento (fig. 2, vídeo), resultando ser una cáscara de pipa.

Caso 2. Varón de 2 años, previamente sano, con súbita hemoptisis mientras saltaba en una cama elástica. En RX de tórax presenta infiltrado paracardíaco izquierdo y en TC pulmonar lesión «mal definida» en bronquio principal izquierdo con atelectasia de llingula y bronquiectasias (fig. 1). En broncoscopia flexible se visualiza CE con importante edema e inflamación de mucosa adyacente, imposibilitando su extracción (fig. 2). Tras corticoterapia y antibioterapia intravenosa, se extrae mediante broncoscopia rígida, hallando una rama vegetal.

En ninguno se sospechó aspiración de CE por ausencia de episodio asfíctico, produciendo el retraso diagnóstico y la aparición de bronquiectasias, aún presentes 5 años después (fig. 3).

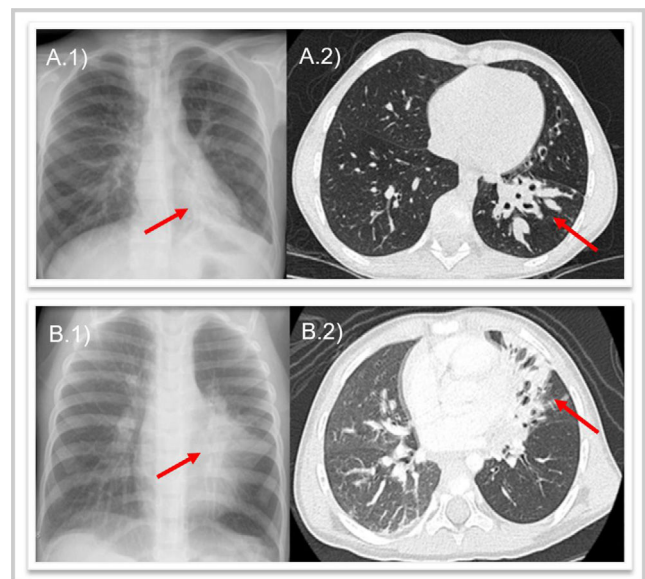


Figura 1 A.1) Caso 1. Radiografía de tórax con atelectasia de lóbulo inferior izquierdo (flecha roja). A.2) Caso 1. Tomografía computarizada con bronquiectasias en lóbulo inferior izquierdo (flecha roja). B.1) Caso 2. Radiografía de tórax con infiltrado paracardíaco izquierdo (flecha roja). B.2) Caso 2. Tomografía computarizada con atelectasia de llingula y bronquiectasias (flecha roja).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isancho@empleado.hmhospitales.com
(I. Sancho Marquina).

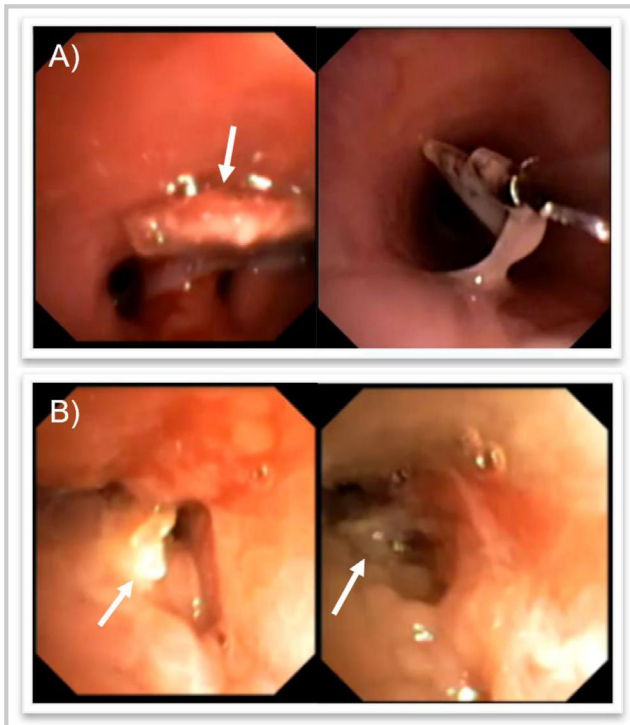


Figura 2 Broncoscopia flexible. A) Caso 1. Cuerpo extraño en segmentos basales de pulmón izquierdo (flecha blanca) y extracción con pinzas. B) Caso 2. Cuerpo extraño en bronquio principal izquierdo (flecha blanca) con importante edema e inflamación de mucosa adyacente.

Los CE orgánicos presentes en la vía aérea durante largo tiempo asocian mayor reacción inflamatoria, obstrucción bronquial y complicaciones posteriores como neumonías o bronquiectasias¹⁻³.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.503738>.

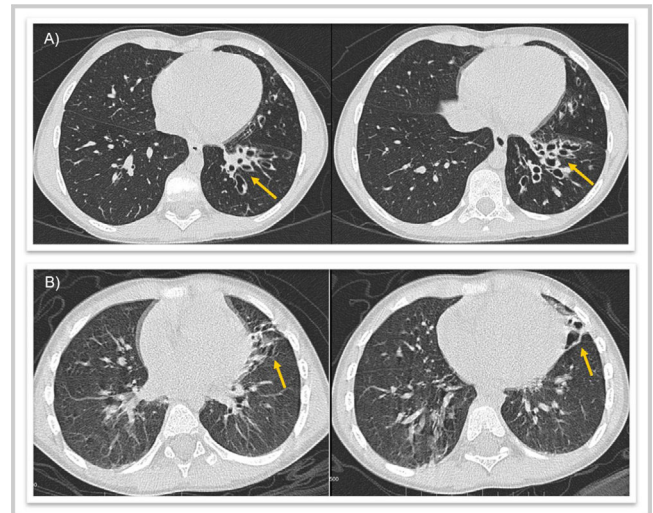


Figura 3 Tomografía computarizada pulmonar de control 5 años después. A) Caso 1. Bronquiectasias quísticas en lóbulo inferior izquierdo (flecha amarilla). B) Caso 2. Atelectasia en lóbulo con bronquiectasias quísticas en su interior (flecha amarilla).

Bibliografía

1. Wu Y, Dai J, Wang G, Li Y, Li H, Wu C, et al. Delayed diagnosis and surgical treatment of bronchial foreign body in children. *J Pediatr Surg.* 2020;55:1860–5.
2. Rance A, Mittaine M, Michelet M, Martin Blondel A, Labouret G. Delayed diagnosis of foreign body aspiration in children. *Arch Pediatr.* 2022;29:424–8.
3. Bajaj D, Sachdeva A, Deepak D. Foreign body aspiration. *J Thorac Dis.* 2021;13:5159–75.