

Hallazgo incidental de cuerpo extraño en vía aérea

Autores: Churín Lisandro, Quadrelli Silvia, Hernández Marcos, Aranda Celestino

Sanatorio Güemes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Caso clínico

Paciente de 71 años ingresa por traumatismo de tórax secundario a una caída de propia altura.

Antecedentes personales: Ex fumador. Tiene diagnóstico de EPOC, GOLD grado 3, en tratamiento con fluticasona 1000 mcg/día y salmeterol 100 mcg/día, no adherente a glicopirronio. Cirrosis hepática por alcohol con várices esofágicas y requerimiento de *banding*.

Examen físico: tórax inestable con requerimiento de intubación orotraqueal (IOT) y asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Exámenes complementarios: La tomografía computada (TC) de tórax al ingreso, previa a la IOT, evidencia fracturas costales múltiples con herniación de parénquima pulmonar y derrame pleural izquierdo. Vía aérea sin alteraciones de relevancia (**Figura 1**).

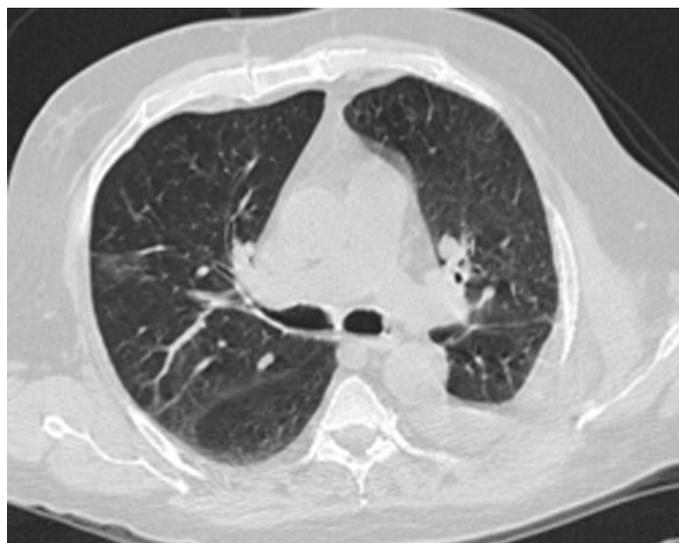


Figura 1. TC tórax al ingreso: vía aérea sin hallazgos de relevancia

Evolución y Tratamiento

Se realiza plástica diafragmática con puntos en U y se reinserta el segmento anterior del diafragma que estaba abierto por fractura de el gran cartílago costal, osteosíntesis costal y colocación de tubo de avenamiento pleural.

El paciente desarrolla neumonía asociada al ventilador tratada con antibióticos.

Una nueva TC tórax de control revela disminución del derrame pleural. Se observa de forma incidental una imagen redondeada en bronquio fuente derecho (BFD) que mide en longitud 10 cm por estimación de cortes tomográficos y aproximadamente 3 mm de diámetro, la lesión no se evidenciaba en la TC previa (**Figura 2**).



Figura 2. TC control muestra cuerpo extraño en bronquio fuente derecho (flecha)

Se realiza fibrobroncoscopia (FBC) y se extrae cuerpo extraño de BFD con forma de “sorbete” de 13 cm de largo \times 0.4 mm de diámetro (**Figura 3**). Se interpretó como probable aspiración por parte del paciente, previa al ingreso al sanatorio que llamativamente no se pudo visualizar en la TC inicial, ya que se realizó comparación con elementos de uso habitual en los servicios de urgencia de la institución (sonda de aspiración, sonda nasogástrica, etc) y no hubo coincidencia en morfología ni textura con el material hallado en la vía aérea.

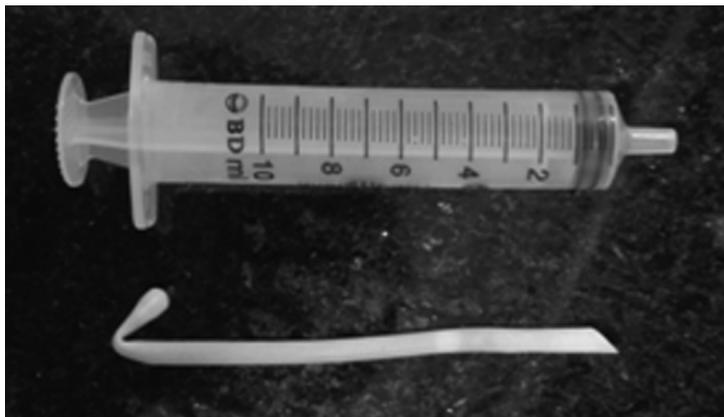


Figura 3. Cuerpo extraño extraído con fibrobroncoscopia de bronquio fuente derecho con jeringa utilizada a modo de comparación

Discusión

La aspiración de cuerpo extraño dentro del árbol traqueobronquial es más frecuente de lo que se diagnostica. La mayoría de los pacientes son niños menores de 4 años¹ (75% de los casos)² y la mayoría de las muertes por este mecanismo también se da en este rango etario¹. Puede originar la muerte de manera inmediata o ser causa de lesiones cerebrales graves debidas a la hipoxia. También puede producir enfermedad respiratoria crónica (atelectasias, neumonías, bronquiectasias)³. La aspiración de cuerpo extraño es una entidad poco común en la población adulta⁴; en este grupo la prevalencia aumenta con la edad comenzando en la sexta década².

Los cuerpos extraños pueden ser orgánicos (arvejas, porotos, maní) o inorgánicos (tapas de plástico, alfileres, uñas, dientes)⁴.

La presentación clínica es más sombría en la población de edad avanzada que en otros adultos debido, probablemente, a sintomatología no característica, historia poco clara de aspiración de cuerpo extraño o retraso en la realización de la FBC². Clínicamente puede manifestarse como insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de intervención urgente o con síntomas respiratorios como disnea, sibilancias, tos y expectoración⁴.

Debido a que el bronquio fuente derecho se encuentra más recto respecto del izquierdo, hay mayor predisposición a la aspiración en el pulmón derecho, pero también a causa de esta ubicación la posibilidad de expulsar con la tos un cuerpo extraño del lado derecho es mayor; de ello resulta que en muchos estudios la prevalencia es casi igual en ambos pulmones¹.

En la radiología se puede visualizar directamente el cuerpo extraño en caso que sea radioopaco o puede sospecharse a través de signos indirectos⁴. En algunos casos el aire entra durante la inhalación pero durante la exhalación no puede salir por edema de mucosa y reducción del diámetro de la vía aérea causando enfisema obstructivo. En otros casos, debido a la obstrucción total, el aire no entra ni sale generando absorción del aire distal provocando atelectasia¹.

La TC puede evidenciar un cuerpo extraño no sospechado. El hallazgo de mayor confianza es la demostración de un cuerpo extraño en la luz del árbol traqueobronquial. Otros hallazgos indirectos y no específicos son atelectasias, bronquiectasias, consolidación lobar, árbol en brote, derrame pleural y adenomegalias homolaterales².

Durante la FBC el cuerpo extraño se puede visualizar directamente o en su defecto puede observarse tejido de granulación, estenosis endobronquial o edema, todas éstas características de reacción tisular a la aspiración de cuerpo extraño⁴.

Conclusión

La presencia de cuerpo extraño en la vía aérea puede poner en peligro la vida del paciente. El diagnóstico es sencillo en los casos en que el antecedente de aspiración es claro pero, en niños o ancianos, se requiere de un alto índice de sospecha. Para su eliminación, en algunos caso alcanza con el simple reflejo tusígeno pero en ocasiones es necesario implementar maniobras invasivas como la FBC para su extracción.

Bibliografía

1. Samarei R. Survey of foreign body aspiration in airways and lungs. *Glob J Health Sci.* 2014; 6 (7): 130-135.
2. Lin L, Lv L, Wang Y, Zha X, Tang F, Liu X. The clinical features of foreign body aspiration into the lower airway in geriatric patients. *Clin Interv Aging.* 2014; 9: 1613-1618.
3. Rodríguez H, Cuestas G, Gregori D, et al. Recommendations for the prevention of organic foreign bodies aspiration. *Arch Argent Pediatr.* 2017; 115 (5): 512-516.
4. Sehgal IS, Dhooira S, Ram B. Foreign Body Inhalation in the Adult Population: Experience of 25,998 Bronchoscopies and Systematic Review of the Literature. *Respir Care.* 2015; 60 (10): 1438-1448.