

Caso clínico-radiológico pediátrico

IAN NIKLITSCHK L.*** y CRISTIÁN GARCÍA B.***

Historia clínica

Paciente de sexo femenino de 11 meses de edad sin antecedentes mórbidos. Consulta en el Servicio de Urgencia por un cuadro clínico ca-

racterizado por tos, fiebre hasta 38,5°C axilar e inapetencia, de 24 h de evolución. Se solicita Radiografía (Rx) de tórax en proyecciones antero-posterior (AP) y lateral (Figura 1).

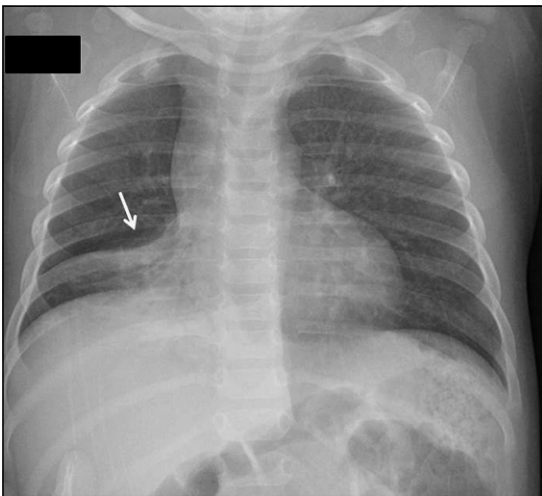


Figura 1a. Rx de tórax en proyección antero-posterior.

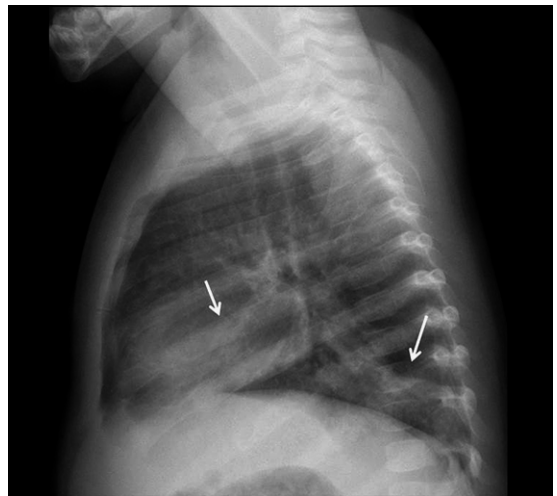


Figura 1b. Rx de tórax en proyección lateral.

¿Cuál es su diagnóstico?

Hallazgos radiológicos

La Figura 1 (a y b) muestra una opacidad de la base pulmonar derecha visible en ambas proyecciones, que borra el contorno cardíaco de ese lado, se asocia a pérdida de volumen, compromete los lóbulos medio e inferior y sugiere fundamentalmente atelectasia (flechas). No se observa un cuerpo extraño (CE) radioopaco. El examen no muestra otras alteraciones.

Considerando los antecedentes clínicos, estos hallazgos deben hacer plantear el diagnóstico de

un CE endobronquial derecho, con obstrucción del bronquio intermedio y atelectasia parcial secundaria de los lóbulos medio e inferior.

Se efectuó fibrobroncoscopia que confirmó el diagnóstico y mostró un maní en el bronquio intermedio derecho, el que fue extraído sin inconvenientes.

Diagnóstico

Cuerpo extraño endobronquial derecho (bronquio intermedio).

* Interno 7° Año Carrera de Medicina.

** Profesor Titular.

***Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Discusión

La aspiración de CE es una patología relevante en la población pediátrica. En EE.UU se le atribuyen más de 150 muertes al año y miles de consultas al servicio de urgencias. Los niños menores cuando comienzan a explorar su ambiente con frecuencia se llevan objetos a la boca y pueden no prestar atención al alimentarse. La tasa de letalidad puede ser relativamente alta, con estudios reportando hasta un 3,4% en pacientes hospitalizados por aspiración de cuerpo extraño¹.

La sospecha clínica de aspiración de CE se basa en la historia clínica y el examen físico. Son síntomas frecuentes tos (80%), disnea (30%) y cianosis (27%)². El antecedente de un episodio de asfixia o ahogo brusco observado por terceros es muy importante, pero no está presente en un 13 a 49% de los pacientes en quienes se confirma el diagnóstico. Al examen físico se puede constatar disminución de los ruidos respiratorios (65%), taquipnea (43%) y fiebre (36%)².

Los estudios de imágenes y en especial la Rx de tórax son fundamentales en el diagnóstico³ y los hallazgos dependerán de la localización, del grado de obstrucción de la vía aérea y de si el CE es o no radioopaco. Según el tamaño, puede quedar atrapado en la vía aérea superior o migrar hacia el tórax, donde a su vez puede quedar alojado en la tráquea, en los bronquios principales o en sus ramificaciones proximales o distales. El diagnóstico se establece con facilidad cuando el objeto es radioopaco, como agujas, huesos, dientes, algunos juguetes, tornillos, piedras, pero esto sólo ocurre en alrededor del 13% de los casos^{2,4}. Más frecuente es la aspiración de objetos radiolúcidos como semillas, nueces, manís, madera y plásticos, en que la visualización directa es inusual³.

Dependiendo de la ubicación, el CE puede causar obstrucción de la vía aérea superior, atelectasia total o parcial de un pulmón (Figura 1) o atrapamiento aéreo o hiperinsuflación focal o difusa del pulmón afectado³. También puede no mostrar alteraciones si se aloja en una de las ramificaciones distales. El atrapamiento aéreo se

produce cuando el CE determina obstrucción parcial de la vía aérea distal al nivel que se encuentra y genera un mecanismo de válvula que permite la entrada de aire en inspiración, pero dificulta la salida en espiración. Esto se manifiesta en la Rx como una zona más radiolúcida en el pulmón afectado, que no se modifica en inspiración y espiración y que puede determinar efecto de masa y desplazamiento del corazón y del mediastino hacia el lado contralateral en especial durante la espiración³. Es por esto que la Rx de tórax debe incluir proyecciones AP en inspiración y espiración y lateral.

Puede desarrollarse una infección distal a la obstrucción, que en la Rx aparece como una opacidad pulmonar que puede confundirse con atelectasia.

En forma más tardía se puede manifestar como infecciones pulmonares repetidas en una misma zona, con desarrollo de absceso o bronquiectasias en aquellos CE con impactación distal, a consecuencia de la obstrucción prolongada de la vía aérea.

Se ha reportado hasta un 42% de pacientes con obstrucción bronquial por cuerpo extraño con radiografía de tórax normal^{3,4}. En consecuencia es importante recordar que una radiografía sin alteraciones no descarta la presencia de un cuerpo extraño en la vía aérea ni la necesidad de estudio con fibrobroncoscopia^{3,4}.

Bibliografía

- 1.- SIDELL D R, KIM I A, COKER T R, MORENO C, SHAPIRO N L. Food choking hazards in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013; 77: 1940-6.
- 2.- LAKS Y, BARZILAY Z. Foreign body aspiration in childhood. *Pediatr Emerg Care* 1988; 4: 102-6.
- 3.- ZERELLA J T, DIMLER M, MCGILL L C, PIPPUS K J. Foreign body aspiration in children: Value of radiography and complications of bronchoscopy. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1651-4.
- 4.- MORTELLARO V E, IQBAL C, FU R, CURTIS H, FIKE F B, ST. PETER S D. Predictors of radiolucent foreign body aspiration. *J Pediatr Surg* 2013; 48: 1867-70.

Correspondencia a:

Dr. Cristián García B.

Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Email: cgarcia@med.puc.cl