

Cuerpos extraños en las vías respiratorias

A. Labbé

Los cuerpos extraños en las vías respiratorias forman parte de los temidos accidentes domésticos. Pueden ocasionar cuadros dramáticos y en ocasiones fallecimientos rápidos, sobre todo en los niños más pequeños. El diagnóstico es esencialmente clínico y se basa en gran parte en la anamnesis y en el antecedente de un síndrome de asfixia durante la comida o el juego. La radiografía de tórax en inspiración y espiración sigue siendo una exploración obligatoria en caso de duda, al igual que la endoscopia bronquial. La extracción debe plantearse de urgencia en niños muy sintomáticos. La prevención consiste en la información de los progenitores y la vigilancia atenta de los niños pequeños.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Cuerpos extraños; Vías respiratorias; Bronquios; Endoscopia; Asfixia

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología	1
■ Signos clínicos	1
■ Diagnóstico	1
■ Extracción	3
■ Complicaciones	3
■ Conclusión	3

■ Introducción

Los cuerpos extraños (CE) en las vías respiratorias causan, cada año, fallecimientos de niños pequeños tanto en países desarrollados como, sobre todo, en los países en vías de desarrollo. En los países industrializados, las campañas de sensibilización han permitido reducir la frecuencia de esta situación, aunque no ha desaparecido. En la mayoría de los casos, el diagnóstico no plantea problemas, porque los progenitores estaban presentes durante el accidente de aspiración. La situación es más difícil y el diagnóstico suele retrasarse cuando la aspiración se produce sin testigos.

■ Epidemiología

La aspiración de CE se produce sobre todo en niños pequeños. El pico de frecuencia, en la mayoría de las series publicadas [1-5], es inferior a 3 años. En ocasiones se observa un segundo pico hacia los 10-11 años [6]. De forma anecdótica, se han citado casos en el período neonatal [7] y en lactantes pequeños. Se trata siempre, en estos casos, de accidentes provocados por los hermanos. Los fallecimientos no son excepcionales, pues afectan a 1/100.000 niños al año en Europa [8]. Los CE vegetales predominan con gran diferencia y su aspiración corresponde a accidentes «festivos» que se producen durante aperitivos o comidas (cacahuets, nueces). En menos ocasiones, el CE se inhala durante el juego (objetos de

plástico o metálicos). La localización del CE se sitúa esencialmente en los bronquios principales derecho o izquierdo, sin diferencias significativas. En el 10% de los casos, el CE se sitúa en la tráquea. Los más pequeños pueden migrar en sentido distal.

■ Signos clínicos

La migración de un CE a las vías respiratorias es muy sintomática. Provoca un síndrome de «penetración», que se caracteriza por un episodio súbito de asfixia, con cianosis, seguido de un acceso de tos, más o menos espectacular, de disnea y de sibilancias. Según las series publicadas, se observa en el 50-70% de los casos. En la presentación clínica típica, la exploración física tras el accidente muestra una disminución de la movilidad de un hemitórax, asociada a un silencio auscultatorio homolateral y a sibilancias [9]. Sin embargo, las características y la localización del CE en el árbol respiratorio ocasionan síntomas clínicos variables, que van de la dificultad respiratoria a la ausencia de signos evidentes. Por tanto, es comprensible la relevancia de la anamnesis de los progenitores, en busca de este síndrome de penetración.

El síndrome de permanencia corresponde a los síntomas provocados por el CE enclavado en las vías respiratorias. Las manifestaciones más frecuentes son la tos espasmódica difícil de controlar, las neumonías recidivantes en el mismo territorio, un síndrome asmático inusual por su modo de inicio y las dificultades de compensación. En menos ocasiones, el CE causa complicaciones, como un neumotórax o un neumomediastino cuya traducción clínica es un enfisema subcutáneo (Fig. 1). En estas presentaciones, el diagnóstico suele establecerse de forma tardía. Hay que prestar una atención especial al modo de inicio, por lo general en un niño por lo demás sano, y al hecho de que los tratamientos que suelen ser eficaces en condiciones similares son incapaces de modificar la evolución.

■ Diagnóstico

La radiografía simple de tórax permite sospechar el diagnóstico en algunos casos. Puede detectar un CE radiopaco (Fig. 2). Se debe buscar sobre todo un atrapamiento del aire en la



Figura 1. Radiografía de tórax en proyección frontal de un niño de 4 años ingresado en reanimación por accesos disneizantes de tos que no cedían con el tratamiento ambulatorio (broncodilatadores). A nivel cervical (flechas) se observa la presencia de aire, que indica la existencia de un enfisema subcutáneo creado por una ruptura alveolar. La endoscopia permitió observar la presencia de una semilla de girasol enclavada en la tráquea, que explicaba perfectamente los signos clínicos y radiológicos.

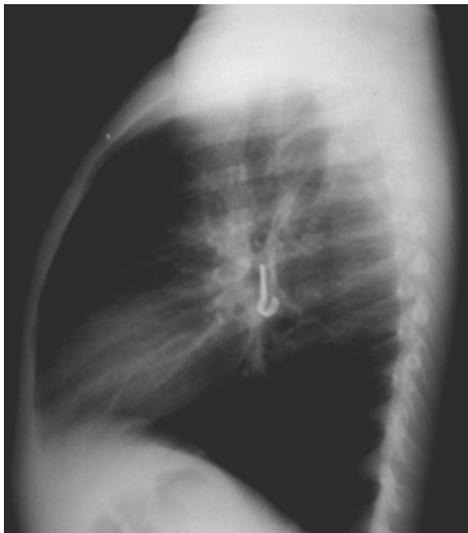


Figura 2. Niño de 12 años. Cuerpo extraño metálico enclavado en el bronquio principal derecho. Radiografía lateral que muestra el gancho en la tráquea. Obsérvese la distensión pulmonar con aumento del espacio transparente retrocardíaco. El diagnóstico se estableció al cabo de 6 meses en este niño que padecía un asma polínica conocida y en tratamiento.

radiografía en espiración, causante de un enfisema unilateral (Fig. 3). Indicaría una obstrucción parcial de los bronquios, que se visualiza sobre todo en espiración. Otras anomalías radiológicas pueden llamar la atención, como una atelectasia (Fig. 4) o la recidiva de una neumopatía en el mismo territorio. Es posible utilizar un amplificador de brillo para mejorar los datos que aporta la exploración radiológica [10]. La demostración de la interrupción de la visibilidad de los bronquios, en caso de atelectasia, sería específica de un CE [10]. El uso de otras exploraciones radiológicas sólo se plantea en caso de duda diagnóstica. La tomografía computarizada (TC), con reconstrucción tridimensional, puede ser útil para demostrar los CE antiguos y distales [11, 12]. Es una exploración que conlleva

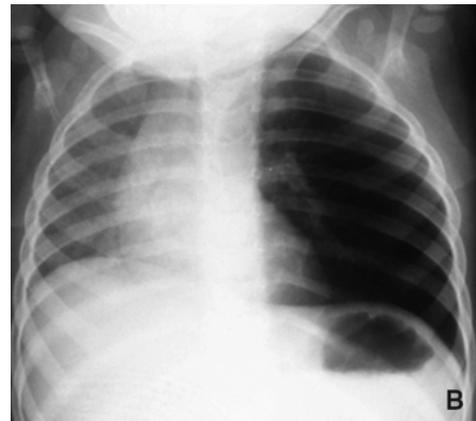
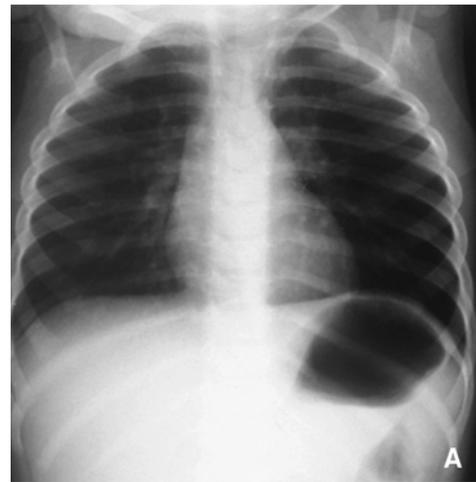


Figura 3.

A. Radiografía de tórax en inspiración en un niño de 2 años que había presentado un síndrome de penetración tras la ingestión de cacahuets. La asimetría de la transparencia de ambos campos pulmonares no es evidente.

B. Radiografía de tórax en espiración en el mismo niño. La asimetría de transparencia es evidente, con enfisema obstructivo del pulmón izquierdo.

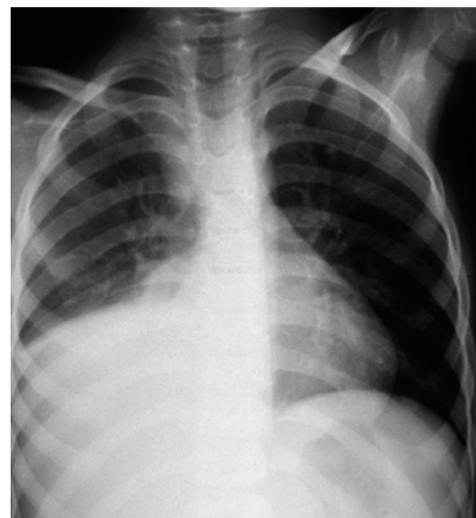


Figura 4. Radiografía de tórax en proyección frontal de un niño de 5 años ingresado por sospecha de neumopatía (recidiva 2 meses después de un primer episodio). Existe una atelectasia de todo el pulmón derecho. La broncoscopia muestra un cuerpo extraño vegetal enclavado en el bronquio intermedio derecho. La extracción y aspiración de las secreciones purulentas permitieron la curación.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4131963>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4131963>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)