

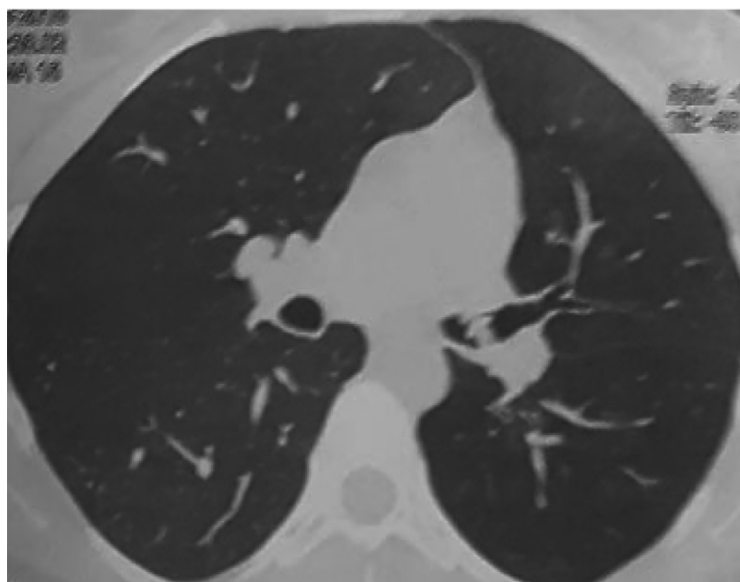
Cuerpo extraño en la vía aérea...12 años después

A Foreign Body in the Airways...12 Years Later

Carreño Saavedra, Ruth¹; Bigot, María de los Ángeles¹; Tummino, Carlos¹

CASO CLÍNICO

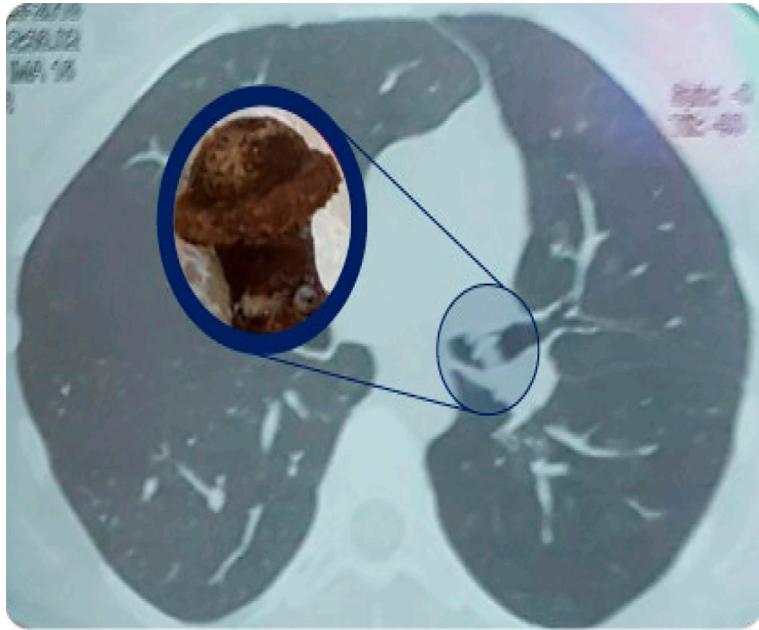
Paciente femenina de 22 años con antecedente de asma bronquial desde la infancia. Fue derivada al servicio de broncoscopia para ser evaluada por sospecha de tumor endoluminal. Trae a la consulta una espirometría normal. En la tomografía de tórax, se observa una lesión endoluminal en el bronquio fuente izquierdo (BFI). Además de disminución volumétrica del campo pulmonar izquierdo con lateralización mediastínica homolateral y herniación del pulmón derecho hacia la izquierda. En el examen físico, se constataron sibilancias generalizadas en el campo pulmonar izquierdo, sin otra alteración.



A. TC de tórax con lesión en BFI y signos indirectos de hipoventilación pulmonar izquierda.

Le realizamos una fibrobroncoscopia, en la que observamos a 4 cm del nacimiento del bronquio fuente izquierdo (BFI), un espolón de división grueso, que, en un primer momento, interpretamos que correspondía al espolón de división del bronquio del lóbulo superior con el lóbulo inferior. Inmediatamente detrás de dicho “espolón” vemos una lesión redondeada, blanquecina, rugosa, móvil. Se asume que la imagen interpretada como espolón podría corresponder a una brida que se localiza en la zona distal

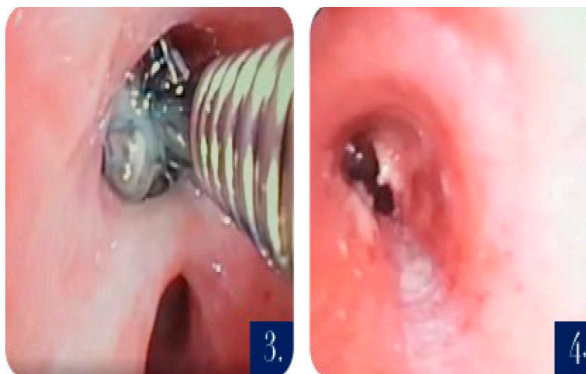
del BFI y no permite acceder a la segmentación bronquial ni retirar la “lesión” móvil que observamos. Realizamos un corte con radiofrecuencia en la parte media de la brida. Al cortarla es posible acceder a la segmentación bronquial habitual y retirar con una pinza de biopsia la formación blanquecina que se encontraba cubierta de fibrina y secreciones mucosas desecadas. Al evaluarla fuera de la paciente y, luego de retirar la capa de secreciones, podemos identificar el tapón trasero de una lapicera.



B. Comparación de dicha «lesión» en tomografía y posbroncoscopia.



1. “Espolón de división” a 4 cm del BFI.
2. Lesión blanquecina a través del espolón.



3. Extracción con pinza.

4. Corte con radiofrecuencia.

La paciente recuerda que, a los 5 años de edad, aspiró el tapón trasero de una lapicera mientras jugaba con este. Nuestra paciente evoluciona favorablemente, deja de requerir tratamiento broncodilatador por mejoría y ausencia de síntomas.

DISCUSIÓN

La aspiración de un cuerpo extraño es una entidad clínica infrecuente en adultos y requiere un alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico, especialmente en aquellos sin antecedentes de aspiración de cuerpo extraño o sin la presencia de alguno de los factores de riesgo, como edad avanzada, uso de sedantes, trastornos neurológicos, neuromusculares, traumatismos, alcoholismo o manejo de cánulas de traqueostomía.¹⁻³

Los cuerpos extraños se pueden clasificar en sustancias orgánicas e inorgánicas, la aspiración de estos últimos es común en niños y jóvenes que se han introducido en la boca como entretenimiento.¹

Se recomienda la realización de una tomografía de tórax para visualizar la ubicación y el tamaño del cuerpo extraño en la vía aérea, ya que es más sensible y específica para el diagnóstico.²⁻⁴

El diagnóstico tardío de la aspiración de un cuerpo extraño en la vía aérea ocasiona síntomas respiratorios crónicos, como sibilancias, disnea e infecciones recurrentes, que dan lugar a confusión con otras patologías respiratorias, como el asma, entre otras. Se indican tratamientos con los que no se obtiene mejoría.^{1-3, 6}

Cuando un cuerpo extraño se aloja por largos períodos de tiempo, produce una reacción inflamatoria localizada en la vía aérea que puede generar la aparición de tejido de granulación por inflamación e hiperplasia de la mucosa bronquial adyacente y está presente cuanto mayor es el tiempo entre el evento de aspiración y la recuperación del cuerpo extraño, que da, además, origen a alteraciones anatómicas que son visibles con la broncoscopia.^{4, 5}

La broncoscopia flexible es segura, permite un estudio más completo de las vías respiratorias y tiene una alta tasa de éxito para la identificación y extracción de cuerpos extraños.¹⁻⁴

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con el contenido de este artículo.

Agradecimientos

Fabrizio Crudo (diseñador gráfico).

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco Ramos M, Botana-Rial M, García-Fontán E, Fernández-Villar A, Gallas Torreira M. Update in the extraction of airway foreign bodies in adults. *J Thorac Dis.* 2016;8:3452-6. <https://doi.org/10.21037/jtd.2016.11.32>
2. Ma W, Hu J, Yang M, Yang Y, Xu M. Application of flexible fiberoptic bronchoscopy in the removal of adult airway foreign bodies. *BMC Surg.* 2020;20:165. <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00825-5>.
3. Sancho-Chust JN, Molina V, Vañes S, Pulido AM, Maestre L, Chiner E. Utility of Flexible Bronchoscopy for Airway Foreign Bodies Removal in Adults. *J Clin Med.* 2020;9:1409. <https://doi.org/10.3390/jcm9051409>.
4. Hewlett JC, Rickman OB, Lentz RJ, Prakash UB, Maldonado F. Foreign body aspiration in adult airways: therapeutic approach. *J Thorac Dis.* 2017;9:3398-409. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.06.137>.
5. Sehgal IS, Dhooria S, Ram B, et al. Foreign Body Inhalation in the Adult Population: Experience of 25,998 Bronchoscopies and Systematic Review of the Literature. *Respir Care.* 2015;60:1438-48. <https://doi.org/10.4187/respcare.03976>.
6. Kann K, Long B, Koyfman A. Clinical Mimics: An Emergency Medicine-Focused Review of Asthma Mimics. *J Emerg Med.* 2017;53:195-201. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.01.005>.