



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

RELATO DE CASO

Aspiración de cuerpo extraño en niño: aspectos clínicos y radiológicos

Glória Valéria de Sousa Bandeira de Melo¹, Amanda Soeiro Fonteles², Carmem Ulisses Peixoto Esmeraldo³, Maria Eliana Pierre Martins³, Jose Marcílio Nicodemos da Cruz⁴

Palabras-clave:

diagnóstico clínico,
diagnóstico por imagen,
migración de
cuerpo extraño,
niño,
pediatría.

Resumen

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y los aspectos radiológicos frecuentes en los casos de aspiración de cuerpo extraño en niños. **Descripción:** Niño, siete años, sexo masculino, enviado al servicio de pediatría debido a cuadro de tos seca persistente, cansancio y fiebre, asociado a la aspiración de cuerpo extraño. Se sometió el paciente a la investigación clínica y radiológica. El examen de imagen presentó opacificación del hemitórax izquierdo con desvío mediastinal, caracterizando atelectasia pulmonar; pulmón derecho normal y hiperinsuflado. Se indicó broncoscopia, en la intervención, se encontró un silbato de aproximadamente 2,5 cm con formato cilíndrico en el bronquio fuente izquierdo. Después de intervención media se solicitó radiografía torácica de control, que evidenció acentuada mejora de la atelectasia e infiltrado neumónico paracardíaco a la izquierda; pulmón derecho sin alteraciones. El paciente evolucionó con mejora de la sintomatología, permaneciendo internado para tratamiento de la neumonía ocasionada por complicaciones de la presencia del cuerpo extraño.

Comentarios: Las vías aéreas de los niños son frecuentemente ocupadas por cuerpos extraños. Las señales y síntomas presentados por el paciente, bien como las posibles complicaciones dependen del tipo, de la ubicación y del grado de obstrucción causada por el cuerpo extraño. Un cuerpo extraño grande puede ser capaz de ocluir completamente la vía aérea superior poniendo el niño en una situación de riesgo, mientras objetos menores suelen producir síntomas más crónicos y menos graves.

¹ Médica Residente en Pediatría - Universidad Federal del Ceará - Médica.

² Graduanda en Medicina - Universidad Federal del Ceará - Académica De Medicina.

³ Maestro en Salud del Niño Y del Adolescente - UECE - Profesora Asistente de la Facultad De Medicina de la UFC.

⁴ Residencia en Radiología por el Hospital dos Servidores del Estado del Rio de Janeiro - Jefe del Departamento de Imagenología del Hospital Y Maternidad São Francisco de Assis.

Dirección:

Glória Valéria de Sousa Bandeira de Melo.

Hospital y Maternidad São Francisco de Assis. Rua Coronel Antônio Luiz, nº 1028, Pimenta, Crato, Ceará, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Accidentes en la infancia son importante causa de morbimortalidad en el mundo, correspondiendo a aproximadamente 53% de los daños a la salud de niños y jóvenes¹. En Brasil, entre los accidentes que resultan en daños a la salud de los niños se destaca la aspiración de cuerpo extraño (ACE) de la vía aérea, que está asociada a elevadas tasas de morbilidad^{2,3}. Es fundamental la identificación precoz de la ACE, pues un diagnóstico tarde puede causar secuelas bronquiales causadas por mayor tiempo de permanencia del cuerpo extraño y/o daño fatal.

La sintomatología depende del tipo, del tamaño, de la ubicación y del grado de obstrucción causado por el cuerpo extraño e incluye: tos persistente, disminución de la entrada y/o salida de aire, dificultad respiratoria, sibilancias. Sin embargo, algunos pacientes se presentan asintomáticos y sin alteraciones al examen físico.

El procedimiento de elección para remoción del cuerpo extraño es la broncoscopia, siendo realizada endoscopia y retirada del cuerpo extraño con el broncoscopio de tubo abierto rígido bajo visualización directa. La mayoría de los pacientes diagnosticados en tiempo hábil tiene recuperación completa después de la remoción del cuerpo extraño. Las complicaciones más comunes son neumonía por aspiración y traumatismos de las vías aéreas, siendo más frecuentes cuando el diagnóstico no se realiza temprano.

DESCRIPCIÓN DE CASO

A.Y.M.S., 7 años, masculino, presentando tos seca persistente y cansancio hace aproximadamente 25 días, asociado a la aspiración de cuerpo extraño (segundo genitora). Durante ese período, evolucionó con fiebre diaria intermitente, que mejoraba parcialmente al uso de antitérmicos. Paciente en uso de oxacilina 200 mg/kg/día, prescrito en la admisión, fue sometido a la investigación clínica y radiológica. La radiografía torácica evidenció opacificación del hemitórax izquierdo con desvío mediastinal, caracterizando atelectasia en el pulmón izquierdo; pulmón derecho hiperinsuflado (Figura 1). La sintomatología del paciente y las imágenes radiológicas confirmaron la hipótesis clínica de ACE. Fue indicada broncoscopia. En la intervención médica se encontró un silbato de aproximadamente 2,5 cm de formato cilíndrico en el bronquio fuente izquierdo, la radiografía torácica de control mostró acentuada mejora de la atelectasia e infiltrado neumónico paracardíaco a la izquierda; pulmón derecho sin alteraciones (Figura 2). El paciente evolucionó con mejora de la sintomatología, permaneciendo internado para tratamiento de la neumonía por aspiración del cuerpo extraño.

DISCUSIÓN

La aspiración de cuerpo extraño es un accidente de alta incidencia en el grupo etario pediátrica y está asociada a altas tasas de morbilidad, principalmente, en menores de tres años⁴. A pesar

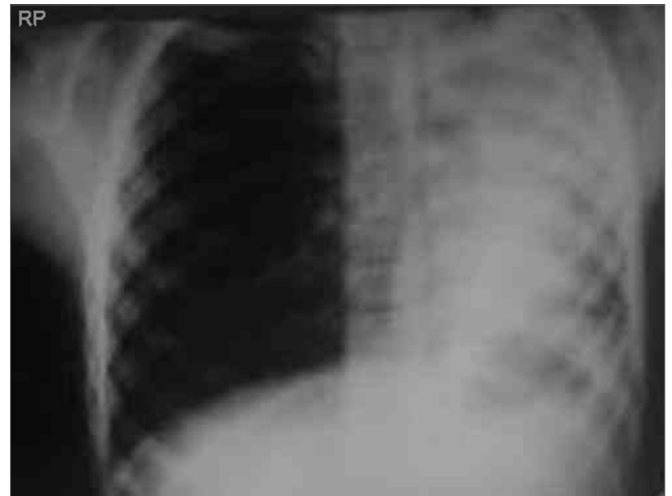


Figura 1. El examen muestra atelectasia pulmonar obstructiva del pulmón izquierdo, causada por cuerpo extraño en bronquio fuente izquierdo. Observamos opacificación del hemitórax izquierdo con aspiración mediastinal. Pulmón derecho hiperinsuflado.

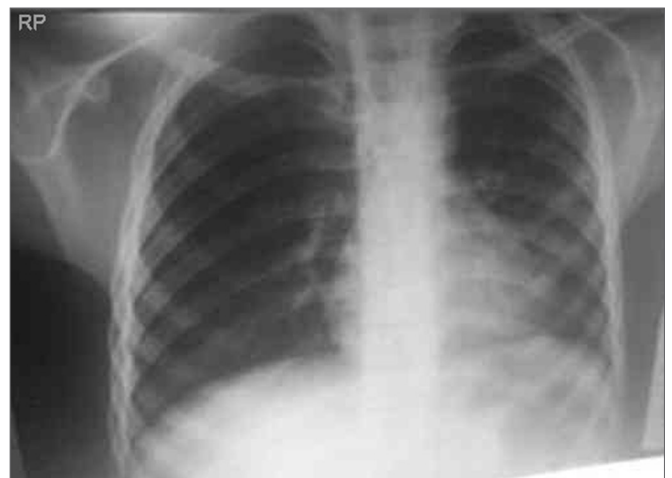


Figura 2. Radiografía de Tórax en PA. Pulmón izquierdo con infiltrado neumónico paracardíaco. Pulmón derecho sin alteraciones.

de tratarse de una situación evitable, muchos casos además son evidenciados. Ese hecho muestra la necesidad de orientación a los padres cuanto a los hábitos que predisponen a esos accidentes en cada grupo etario pediátrico, bien como la enseñanza de las técnicas básicas de desobstrucción de las vías aéreas altas.

Las manifestaciones clínicas de la aspiración de objetos por las vías aéreas siguen, generalmente, tres etapas de síntomas: el evento inicial agudo, el intervalo asintomático y las complicaciones. El evento inicial se caracteriza por la aspiración accidental de un cuerpo extraño y la manifestación clínica clásica es la presencia de tos intensa, sibilancia, vómito, palidez, cianosis. Estudios recientes relatan la presencia de cianosis en el 10 al 15% de los casos^{5,6}. Dependiendo de la edad del paciente, del tipo de cuerpo extraño y de su ubicación en las vías aéreas, puede ocurrir obstrucción total o parcial de las vías aéreas. Después de los síntomas iniciales, hay un intervalo asintomático

u oligosintomático, que varía de pocas horas a días o mismo semanas, hasta la reaparición de los síntomas. El paciente puede ser asintomático, con radiografía de tórax normal en el 40% de los casos, por lo tanto, una historia positiva nunca debe ser ignorada⁷.

Los cuerpos extraños aspirados pueden alojarse en la laringe, tráquea y bronquios. Un cuerpo extraño laríngeo puede llevar a síntomas de hemoptisis y disnea con sibilancia y cianosis. La obstrucción resultante de la ACE laríngeo puede ser fatal caso no se haga un diagnóstico precoz y se instituya tratamiento apropiado. El tratamiento de elección en esos casos es la laringoscopia directa con un endoscopio rígido de tubo abierto, cuando hay una disnea grave puede ser necesaria la realización de traqueotomía antes de la laringoscopia.

Las señales típicas de la presencia de cuerpo extraño traqueal son las sibilancias y el golpe audible y palpable producido por la impacción espiratoria a nivel subglótico. Ese cuadro también es potencialmente fatal y su diagnóstico se hace a partir de las señales y síntomas clínicos y de la radiografía de tórax, siendo muchas veces confirmado por la broncoscopia.

Las manifestaciones clínicas iniciales de un cuerpo extraño en el árbol bronquial son semejantes a las presentadas por cuerpos extraños en la laringe y tráquea. El paciente presenta tos y sibilancias, que generalmente son unilaterales, disminución de los ruidos respiratorios ubicados y disnea de intensidad variable a cianosis también puede estar asociada. Un cuerpo extraño no obstructivo y no irritante puede producir pocos síntomas, aunque después de un período de tiempo prolongado; mientras un cuerpo extraño obstructivo produce señales y síntomas rápidamente. Se observa en el cuadro clínico de ACE en árbol bronquial desde sibilancias, hiperinsuflación hasta atelectasias.

En la ACE, en general, tenemos un episodio inicial de engasgo y tos paroxística, que puede llevar al paciente a procurar el servicio de salud. Caso no se perciba el episodio agudo, ocurrirá un período latente que dura de días a meses, presentando en ese período tos eventual y sibilancia leve. Posteriormente, el paciente abre un cuadro de neumonía lobar o "asma" intratable asociada a episodios de "estado de mal asmático".

El estudio radiológico es bastante empleado en los casos de ACE, confirmando muchas veces la hipótesis diagnóstica. A pesar de eso, podemos tener casos de cuerpo extraño en vía aérea con radiografía normal, por lo tanto, una investigación endoscópica está siempre justificada delante de una historia y de alteraciones en el examen físico sugestivo de ACE.

Los resultados radiológicos más frecuentes son: hiperinsuflación, atelectasias, infiltrados y consolidaciones^{2,3}. Esas alteraciones generalmente son ubicadas y están directamente relacionadas al período de permanencia del cuerpo extraño en las vías aéreas bien como el grado de obstrucción provocado por el mismo.

Una vez confirmada la presencia de un cuerpo extraño en las vías aéreas, se debe proceder a la retirada del mismo. El procedimiento de elección para retirada del cuerpo extraño es la broncoscopia con broncoscopio de tubo abierto rígido bajo visualización directa. Una demora en la realización de la endoscopia aumenta la morbilidad del cuadro, debido a la inflamación local al rededor del cuerpo extraño.

Después de la retirada del cuerpo extraño es importante el tratamiento de las complicaciones para obtenerse remisión completa del cuadro clínico del paciente. El tratamiento es individualizado y se deben tratar las infecciones secundarias con antibióticos adecuados.

La elevada incidencia de ese accidente en niños muestra la necesidad de enfatizar el alto grado de sospecha de ACE y la importancia del estudio radiológico en todo paciente con historia clínica sugestiva. Es importante también llevar en consideración el riesgo de secuelas en aquellos pacientes con mayor tiempo de aspiración y consecuente retardo en la retirada.

REFERENCIAS

1. Paes CE, Gaspar VL. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(Supl 5):S146-S54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700004>
2. Cassol V, Pereira AM, Zorzela LM, Becker MM, Barreto SS. Corpo estranho na via aérea de crianças. *J Pneumol*. 2003;29(3):139-44.
3. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson. Tratado de Pediatría. Corpos estranhos nas vias aéreas. 18a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009:1775-6.
4. Freire LMS. Diagnóstico diferencial em pediatria. Tosse Crônica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2008. p.133-6.
5. Incidência de aspiração de corpo estranho por crianças atendidas na emergência do Hospital Infantil Ismélia da Silveira. *Acta Sci Med*. 2009;2(2):76-84.
6. Chiu CY, Wong KS, Lai SH, Hsia SH, Wu CT. Factors predicting early diagnosis of foreign body aspiration in children. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21(3):161-4.
7. Tang FL, Chen MZ, Du ZL, Zou CC, Zhao YZ. Fibrobronchoscopic treatment of foreign body aspiration in children: an experience of 5 years in Hangzhou City, China. *J Pediatr Surg*. 2006;41(1):e1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2005.10.064>