

Extracción de cuerpo extraño en vía aérea en adultos: reporte de dos casos

Extraction of airway foreign body in adults: report of two cases

Saraguro Ramírez, Byron L.¹ ; Jaramillo, Byron¹; Chico, Wendy¹; Menéndez, Denisse²; Rueda, María José³; López, María Fernanda⁴

Recibido: 13/11/2022

Aceptado: 11/02/2023

Correspondencia

Byron Leonel Saraguro Ramírez - Ecuador. Provincia de Pichincha. Cantón Rumiñahui. Parroquia San Pedro de Taboada. Calle Gaspar Lema 159 - E-mail: byronsaraguro@gmail.com

CASO 1

Paciente masculino de 54 años sin antecedentes patológicos personales. Presenta un cuadro de tos de 15 días de evolución, acompañado de hemoptisis y disnea mMRC 2, sin causa aparente. Fue derivado a nuestra unidad por sospecha de derrame pleural derecho. Se solicitó tomografía de tórax en la que se observó una imagen hiperdensa en el bronquio intermedio y atelectasia obstructiva de lóbulo medio y lóbulo inferior derecho. Se realizó extracción de cuerpo extraño (piedra) con broncoscopia rígida (Figura 1).

CASO 2

Paciente femenina de 52 años con antecedentes de síndrome depresivo que presentaba un cuadro de tos de un año y medio de evolución, sin expectoración y, en ocasiones, episodios aislados de hemoptisis. Recibió tratamiento con beta adrenérgicos de acción corta (SABA) por sospecha de asma, pero no se logró alivio de la tos. Por discordancia clínica, solicitamos tomografía de tórax en la que se observó una imagen hiperdensa en el bronquio fuente derecho. Se realizó la extracción de un cuerpo extraño (hueso de pescado) con broncoscopia rígida.

La aspiración de cuerpos extraños es un accidente frecuente en pediatría. El 75 % de casos se producen entre los dos y tres años, y el 15 % en mayores de 6 años.

Es una entidad clínica poco común en adultos y requiere de un alto índice de sospecha. Usualmente se manifiesta como falla respiratoria aguda, con síntomas inespecíficos y se presenta como neumonía crónica, atelectasias, tos crónica o crisis de broncoespasmo sin antecedentes de broncoaspiración.

Se presenta en adultos después de la sexta década de vida, con factores de riesgo, como enfermedades neurodegenerativas o neuromusculares, que desencadenan mecanismos anormales de protección de la vía aérea, alteración en el reflejo de la tos y disfagia.

El cuerpo extraño en la tráquea aparece entre el 4 % y el 13 %, y la localización bronquial entre el 67 % y el 80 %; es más común en el bronquio derecho entre un 52 % y un 56 %.

La exploración física es normal en el 8 % y el 10,4 % de los casos. Los signos y síntomas dependen de la naturaleza, tamaño, localización y tiempo de alojamiento del cuerpo extraño en el árbol bronquial.

1 Hospital General Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS Babahoyo. Babahoyo-Ecuador

2 Hospital General Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS Quevedo. Quevedo-Ecuador

3 Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador

4 Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba-Ecuador.



Figura 1. A. Tomografía computarizada de tórax (corte coronal). Imagen hiperdensa localizada en el bronquio intermedio asociada a atelectasia obstructiva de lóbulos medio e inferior derechos. B. Visión endoscópica de una obstrucción total de bronquio intermedio. C. Cuerpo extraño (piedra) extraído con broncoscopia rígida.



Figura 2. A. Tomografía computarizada de tórax (corte axial). Imagen hiperdensa localizada en el bronquio fuente derecho. B. Visión endoscópica de un cuerpo extraño en el bronquio fuente que provoca la obstrucción parcial de su luz. C. Cuerpo extraño (hueso de pescado) extraído con broncoscopia rígida.

La imagen radiológica suele ser normal entre el 9 % y el 34 % de casos. La TC puede ayudar a demostrar el cuerpo extraño que frecuentemente no se ve en la radiografía de tórax.

La broncoscopia rígida es el mejor método terapéutico para extraer un cuerpo extraño, sin embargo, no constituye el método de referencia. Permite una adecuada protección de la vía aérea y ventilación, así como una mejor visualización del objeto. Posee un canal de trabajo más amplio, que permite el paso de diversos tipos de pinzas y fórceps. Se realiza bajo anestesia general, y puede utilizarse como método de respaldo en caso de que la broncoscopia flexible falle. Es más rápida y segura en pacientes con falla respiratoria; cuando el paciente presenta asfixia, el cuerpo es radiopaco, hay hipoventilación unilateral o enfisema obstructivo.¹

La broncoscopia flexible ha demostrado ser el mejor método diagnóstico al ser más fácil, menos costosa y no requerir de anestesia general. La extracción de cuerpos extraños mediante el uso del fibrobronoscopio se emplea especialmente para los alojados en bronquios de menor calibre y,

aunque no es la técnica ideal, en ocasiones, puede emplearse de forma previa a la broncoscopia rígida para localizar cuerpos extraños no claros. Puede introducirse a través del broncoscopio rígido, como una técnica combinada. Se han reportado series de casos de alta eficacia de la broncoscopia flexible en la remoción de cuerpos extraños, la mayor descrita por Singh et al. en una revisión sistemática durante un período de 35 años con una tasa de éxito del 89,6 %, y, Ma et al., del 73,7 % en 43 pacientes durante un período de trece años.²

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revuelta F, García R, Pina I. Cuerpo extraño en vía aérea. Caso clínico y revisión de literatura. Arch Bronconeumol. 2020;56:395-408. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.12.019>
2. Ma W, Hu J, Yang M. Application of flexible fiberoptic bronchoscopy in the removal of adult airway foreign bodies. BMC Surgery 2020;20:165. <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00825-5>