

M. Chouza, J. Guibert, J. Rodríguez Soriano

An Esp Pediatr 1996;45:653-654.

Caso clínico

Un varón de 2 años de edad presenta desde hace 5 días un cuadro clínico de dificultad respiratoria, tos irritativa y rinorrea acuosa al que se añade fiebre tras 24 horas de evolución. El niño acude al Servicio de Urgencias ante la persistencia del cuadro clínico a pesar de recibir tratamiento ambulatorio con prednisona y salbutamol, ambos administrados por vía oral. Entre los antecedentes personales se constata haber presentado bronquiolitis a los 6 meses de edad. En los últimos meses ha presentado crisis asmáticas leves que han cedido con medicación broncodilatadora oral, sin precisar ingresos hospitalarios. Otros antecedentes personales son de escaso interés. Ha sido correctamente vacunado. La historia familiar es, asimismo, irrelevante. Tiene tres hermanos de mayor edad, todos aparentemente sanos.

El examen físico muestra: peso 12 kg (P 50); talla 86 cm (P 50); temperatura axilar 39,3°C. Buen estado general. La exploración por aparatos es normal, con la excepción de hiperemia orofaríngea, con otoscopia normal, e hipoventilación acusada, sin sibilancias ni estertores acompañantes, en hemitórax izquierdo. Saturación de O₂ (pulsioximetría) 97%.

Los exámenes complementarios muestran en sangre: hematócrito 34%, hemoglobina 11,2 g/dl, leucocitos 13.200/mm³ (segmentados 73%, linfocitos 26%, monocitos 1%), plaquetas 463.000/mm³. Proteína C reactiva 6,4 mg/dl. Existe moderada hiponatremia (132 mEq/L). El resto del perfil bioquímico, incluyendo concentración de otros electrolitos, urea y creatinina, es completamente normal. El equilibrio ácido-básico es asi-

Un niño de 2 años con un proceso pulmonar agudo



Figura 1. Radiografía de tórax al ingreso.

mismo normal.

Una radiografía de tórax muestra una condensación alveolar retrocardiaca, en lóbulo inferior izquierdo, compatible con el diagnóstico de neumonía (Fig.1). Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico por vía oral y terbutalina inhalada. Sin embargo, un interrogatorio más profundo de la madre y nuevos estudios de imagen condujeron a un diagnóstico y tratamiento más precisos.

Preguntas

1. ¿Cuál es este diagnóstico?

Departamento de Pediatría, Hospital de Cruces y Universidad del País Vasco, Vizcaya

Correspondencia: Dr. M. Chouza

Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces. Plaza de Cruces, s/n. 48903 Baracaldo (Vizcaya).

2. ¿Cuál es este tratamiento?

Neumonía aguda asociada a aspiración de cuerpo extraño

El diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño fue sospechado por el cuadro de hipoventilación en hemitórax izquierdo, no acompañado de sibilancias, y fue inmediatamente confirmado por la imagen obtenida en la radiografía de tórax en espiración que, además de la imagen condensativa en lóbulo inferior izquierdo, mostró un marcado atrapamiento aéreo en lóbulo superior izquierdo (Fig. 2). Un interrogatorio más concienzudo de la madre reveló que aproximadamente tres meses antes el niño había presentado un episodio de atragantamiento que había cedido espontáneamente. En base a estos nuevos datos se realizó de manera inmediata una traqueobroncoscopia que permitió localizar un fragmento de cacahuete en bronquio principal izquierdo. Tras la extracción del cuerpo extraño se produjo una rápida mejoría de la hipoventilación en hemitórax izquierdo, aunque la persistencia de la fiebre y la auscultación de estertores subcrepitantes en base pulmonar izquierda, indicaban la coexistencia del proceso neumónico, como se confirmó en la radiografía de tórax practicada al día siguiente, que seguía mostrando una imagen retrocardíaca de condensación-atelectasia. Al tratamiento antibiótico mencionado se asoció fisioterapia pulmonar, cediendo la fiebre tras 48 horas. El niño fue dado de alta al 5º día del ingreso, con buena ventilación pulmonar, para completar la pauta antibiótica en su domicilio.

La aspiración de un cuerpo extraño en el árbol respiratorio es un fenómeno relativamente frecuente en niños menores de 4 años de edad. Se trata casi siempre de una semilla o fragmento de fruto seco y se localiza con igual frecuencia en bronquios principales izquierdo y derecho. Tras la aspiración, el niño puede presentar un clínica aguda de tos, dificultad respiratoria y respiración sibilante. Sin embargo, este cuadro agudo puede ser muy breve o no constatarse, dando posteriormente origen a síntomas crónicos de dificultad respiratoria progresiva, neumonías



Figura 2. Radiografía de tórax al ingreso en espiración.

as recurrentes, abscesos pulmonares, etc. que pueden plantear un diagnóstico diferencial difícil con condiciones tales como asma bronquial, laringotraqueobronquitis o fibrosis quística. El pediatra debe siempre sospechar la presencia de un cuerpo extraño intrabronquial en un niño en edad de riesgo que presenta clínica pulmonar recurrente o crónica. La demostración radiológica del atrapamiento aéreo permite confirmar la sospecha diagnóstica en más del 80% de casos.

Bibliografía

1. Puhakka H, Svedström E, Kero, P, et al. Tracheobronchial foreign bodies, a persistent problem in pediatric patients. *Am J Dis Child* 1989;**143**:543-545.
2. Jiménez A, Varela A, González R, et al. Extracción de cuerpo extraño de vía aérea en la infancia. *An Cuid Intensivos* 1990;**5**:65-68.
3. Mok Q, Piesowicz AT. Foreign body aspiration mimicking asthma. *Intensive Care Med* 1993;**19**:240-241.
4. Pérez Prado M^{PG}, Carballo Castillo I, Sendón Rico F, et al. Aspiración de cuerpos extraños. *An Esp Pediatr* 1996;**44**:453-455.