

## ¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

M.C. Valdovinos Mahave,  
J. Melendo Gimeno, F. Ruiz Valero,  
S. Juan Belloc

*An Esp Pediatr 1998;49:641-642.*

### Caso clínico

Niño de 2 años de edad, previamente sano, que comenzó con un cuadro febril y dificultad respiratoria por lo que acudieron a su pediatra que le diagnosticó una bronquitis e instauró tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Ante la falta de mejoría, a los cuatro días acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital donde se le diagnosticó una neumonía de lóbulo medio derecho y se le prescribió tratamiento con cefixima. Ante el empeoramiento de su estado general, con dificultad respiratoria importante, acude de nuevo a nuestro hospital e ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. En la exploración física presentaba: cianosis central y periférica, aleteo nasal, tiraje subesternal, taquipnea (50 rpm), taquicardia (140 lpm), fiebre de 39,5°C, y tos irritativa. A la auscultación pulmonar se objetivaba una hipoventilación marcada en el hemitórax derecho con normoventilación en el izquierdo. Se observaba una tumefacción laterocervical bilateral crepitante a la palpación. En la radiografía de tórax se veía: neumomediastino, enfisema subcutáneo laterocervical bilateral y un ligero aumento de atrapamiento aéreo en hemitórax derecho (Fig. 1).

### Pregunta

1. ¿Cuál es su diagnóstico?

## Niño de dos años con dificultad respiratoria aguda



**Figura 1.** Neumomediastino y enfisema subcutáneo por aspiración de cuerpo extraño.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Zaragoza.  
Correspondencia: M<sup>a</sup> Concepción Valdovinos Mahave.  
C/ Paseo Cuéllar 15-9<sup>o</sup>B. 50007 Zaragoza.

## Neumomediastino y enfisema subcutáneo por aspiración de cuerpo extraño

Se pensó que podía tratarse de una aspiración de un cuerpo extraño y se reinterrogó a los padres que recordaron que el niño se había atragantado hacía cinco días comiendo almendras. Ante la sospecha de la existencia de un cuerpo extraño intrabronquial se le practicó una fibrobroncoscopia en quirófano bajo anestesia general, extrayéndose dos trozos grandes y dos medianos de almendra del bronquio principal derecho. Tras ello remitió la insuficiencia respiratoria y fue disminuyendo el enfisema subcutáneo. Se le dió de alta a los dos días de su ingreso.

Las complicaciones de la aspiración de un cuerpo extraño se incrementan con el aumento de la demora en el diagnóstico<sup>(1,2)</sup>. Un diagnóstico y tratamiento precoces son vitales, ya que la mortalidad en los niños menores de 4 años puede ser hasta del 7%<sup>(2-4)</sup>.

El neumomediastino y el enfisema subcutáneo son complicaciones poco frecuentes de la aspiración de un cuerpo extraño, se dan aproximadamente en el 1,5% de los casos, pero cuando aparecen hay que pensar en esta etiología dentro del diagnóstico diferencial<sup>(3)</sup>.

El diagnóstico puede resultar difícil, ya que es común que nadie se haya percatado de la aspiración del cuerpo extraño y la sintomatología que aparece (fiebre, tos y sibilancias) es inespecífica, lo que hace pensar que se trate de un proceso más común como asma o bronquiolitis<sup>(1-4)</sup>. Por lo tanto, para el diagnóstico lo más importante es una buena anamnesis y la exploración física<sup>(1,2,4)</sup>. Así pues, ante una exploración que revele la existencia de sibilancias, estertores o hipoventilación en un solo hemitórax se debe hacer el diagnóstico diferencial con una posible as-

piración de un cuerpo extraño e interrogar a los padres sobre el antecedente de un atragantamiento. Además, como en nuestro caso si existe un enfisema subcutáneo, aunque es raro, debe hacer sospechar esta etiología. Los datos de la radiografía de tórax simple suelen ser inespecíficos<sup>(1-4)</sup>. Si el objeto broncoaspirado tuviera una densidad radiopaca confirmaría el diagnóstico. Y si existiese como en nuestro caso un barotrauma por los accesos de tos se objetivaría un neumomediastino y un enfisema subcutáneo. Cuando se sospecha la aspiración de un cuerpo extraño se debe realizar una radiografía en inspiración y espiración, ya que durante la inspiración se ve la desviación del mediastino hacia el lado afectado, y en la espiración hacia el lado contrario. También se puede observar atrapamiento aéreo o atelectasia en caso de obstrucción completa bronquial<sup>(4)</sup>.

## Bibliografía

- 1 Inglis A, Wagner D. Lower complication rates associated with bronchial foreign bodies over the last 20 years. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; **101**:61-66.
- 2 Reilly J, Thompson J, McArthur C, et al. Pediatric aerodigestive foreign body injuries are complications related to timeliness of diagnosis. *Laryngoscope* 1997; **107**:17-20.
- 3 Wolach B, Raz A, Weinberg J, Mikulski Y, Ben Ari J, Sadan N. Aspirated foreign bodies in the respiratory tract of children: eleven years experience with 127 patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1994; **30**:1-10.
- 4 Zuckerberg A, Backofen J, Othman N, Rogers M. Enfermedades de las vías respiratorias superiores. En: Rogers M, Helfaer M, eds. Cuidados intensivos en pediatría. 2ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997: 79-81.