

Aspiración de cuerpos extraños

M^a G. Pérez Prado, I. Carballo Castillo, F. Sendón Rico, M.E. García Fernández, C. Ramil Fraga, E. Quiroga Ordóñez

Resumen. La aspiración de cuerpos extraños es un accidente común en la infancia. Para su diagnóstico se requiere un alto grado de sospecha y una adecuada historia clínica. Constituye una emergencia médica con alta morbi-mortalidad, si no se realiza un diagnóstico y una intervención precoces.

Realizamos en este trabajo un estudio retrospectivo a lo largo de los últimos ocho años de un total de sesenta y cuatro casos de pacientes ingresados en la UCIP con el diagnóstico de sospecha de cuerpo extraño en las vías aéreas. Se analizan datos clínicos y epidemiológicos, así como los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados.

La mitad de los pacientes fueron menores de dos años. La tos fue un hallazgo constante en todos los casos. Radiológicamente se encontró atrapamiento aéreo en la mayoría, siendo necesaria la realización de broncoscopia en casi todos para su extracción. El material aspirado con mayor frecuencia fue alimenticio y se localizó principalmente en el bronquio principal derecho.

Como conclusión, destacamos la importancia de la prevención para evitar este problema, no dejando en lugares fácilmente accesibles al niño frutos secos, ni otros objetos que él pueda fácilmente, por su tamaño, introducir en la boca.

An esp Pediatr 1996;44:453-455.

Palabras clave: Broncoscopia; Cuerpo extraño; Vía aérea; Infancia.

ASPIRATION OF FOREIGN BODIES

Abstract. Aspiration of foreign bodies is a common accident during childhood. In its diagnosis, both an accurate clinical history and a high degree of suspicion must be taken into account. Without an early diagnosis and its correct treatment, it remains a major cause of morbidity and mortality in children.

The objective was to analyze the incidence, diagnosis and therapy of foreign bodies in the airways in pediatric patients.

We have conducted a retrospective study of sixty-four patients admitted to our Pediatric Intensive Care Unit during the last eight years with a suspected diagnosis of a foreign body in the airways.

Accordingly, we have evaluated the clinical and epidemiological data, as well as the diagnostic and therapeutic methods used.

Half of the patients were under two years of age. Cough was a constant finding in all cases. Most of the cases showed air-trapping in chest X-rays, and in almost all cases a bronchoscopy was needed to remove the foreign body. The aspirated material found was mostly frequently found was a piece of food and it was most commonly placed in the main right bronchus.

We underline the importance of prevention to avoid this problem by leaving out of the child's reach dry fruits and other small objects that can be easily introduced into their mouths.

Key words: Bronchoscopy; Foreign body; Airway; Child.

UCIP Hospital Materno-Infantil "Teresa Herrera". La Coruña

Correspondencia: Dr. Quiroga Ordóñez; UCIP Hospital Materno-Infantil "Teresa Herrera". Las Jubias, s/n; 15006 La Coruña.

Recibido: Enero 1995

Aceptado: Octubre 1995

Introducción

La aspiración de cuerpos extraños constituye una emergencia médica que requiere un diagnóstico precoz y una actitud terapéutica urgente. Tanto el hecho de la aspiración como el manejo terapéutico de la misma, suponen una morbilidad elevada y pueden ser potencialmente mortales. La máxima incidencia se sitúa en menores de cuatro años, afectándose los niños con una frecuencia dos veces superior a la de las niñas. El material más comúnmente aspirado son los frutos secos, alojándose sobre todo en el bronquio principal derecho y en menor porcentaje en el izquierdo, laringe, tráquea y ambos bronquios. La localización, forma y tamaño, así como la edad del niño, condicionan la presentación clínica, siendo la tríada clásica de presentación la tos, la respiración sibilante y la disminución de ventilación en el lado afecto⁽¹⁾.

El diagnóstico puede demorarse días, meses, o incluso años en ausencia de una historia clara. La extracción completa del cuerpo extraño antes de las 24 horas comporta escasas secuelas⁽¹⁾. Transcurrido este tiempo, los cambios en la mucosa, agravados si hay impactación, conducen a atelectasia, neumonía y secundariamente a lesiones pulmonares crónicas. Los métodos radiográficos son útiles para la confirmación y localización del material aspirado, pero representan esencialmente una medida preliminar a la broncoscopia, que no debe ser omitida ante la sospecha clínica de aspiración.

Material y métodos

Se realiza en este trabajo un estudio retrospectivo de los niños ingresados en UCIP con el diagnóstico de sospecha de cuerpo extraño en vías aéreas en un periodo de ocho años, comprendido entre enero de 1986 y diciembre de 1993.

Para llegar al diagnóstico se llevaron a cabo una cuidadosa anamnesis⁽²⁾ y exploración física. En la mayoría de los pacientes se realizó una exploración radiológica (con proyecciones en inspiración y espiración forzada y en decúbitos laterales).

La broncoscopia se efectuó en todos los casos con broncoscopio rígido y bajo anestesia general.

Resultados

Ingresaron un total de 64 niños, con una incidencia media de 8 por año. La mayor incidencia correspondió al año 1989 y la menor al año 1992. Se evidenció predominio del sexo masculino (relación 1,5/1).

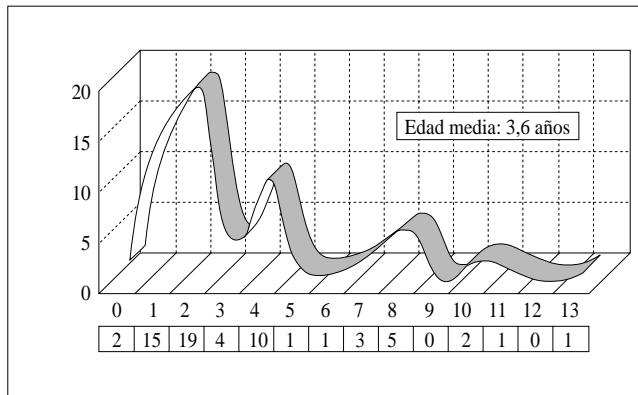


Figura 1. Edad de los pacientes en el momento del diagnóstico.

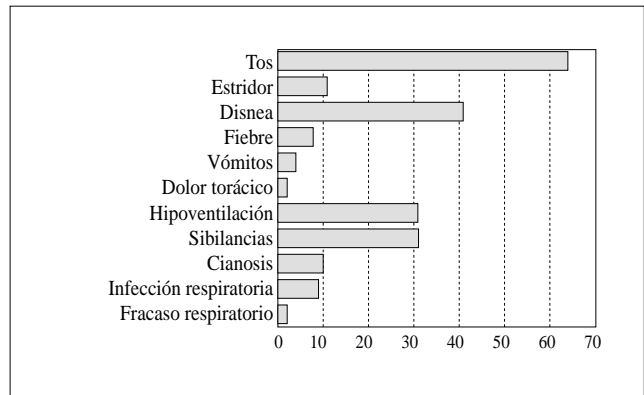


Figura 2. Principales signos y síntomas.

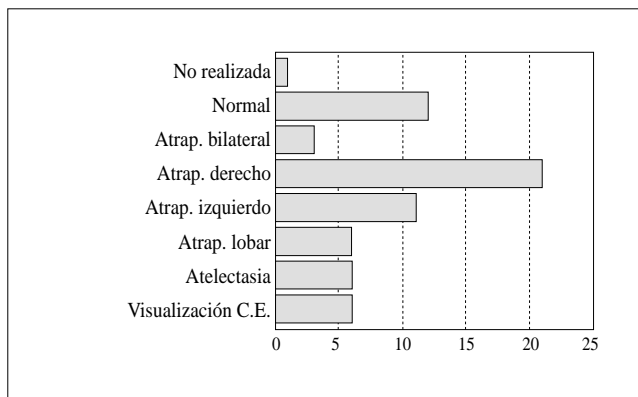


Figura 3. Hallazgos presentes en la radiografía de tórax.

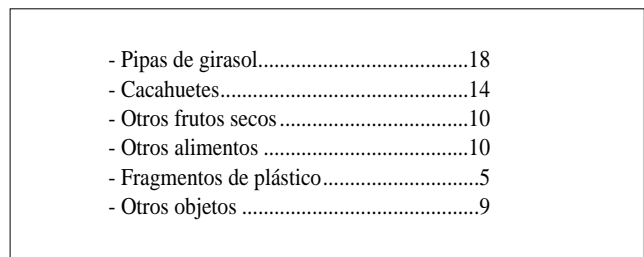


Figura 4. Naturaleza del material aspirado.

El 50% de los pacientes fueron menores de dos años (Fig. 1)⁽⁴⁾. La sintomatología varió extremadamente, desde niños que se encontraban prácticamente asintomáticos hasta otros con severa disnea. De entre todos los síntomas, la tos fue un hallazgo constante, presente en el 100% de los casos⁽⁵⁾. El segundo lugar por orden de frecuencia lo ocupó la disnea. Otros síntomas mucho menos frecuentes fueron: estridor, fiebre, vómitos y dolor torácico. Dentro de los signos encontrados en la exploración cabe destacar la hipoventilación y las sibilancias (presentes en casi la mitad de los casos). Un menor número de pacientes presentaban cianosis (Fig. 2).

Radiológicamente se encontró atrapamiento aéreo en la mayoría (principalmente derecho), en el 18% de los niños no se evidenció alteración. Otros hallazgos fueron atelectasia y visualización del cuerpo extraño (aunque la mayoría de los cuerpos extraños fueron radiolucentes) (Fig. 3)^(5,6).

En un 8% de los casos no se realizó broncoscopia, por haberse expulsado previamente los cuerpos extraños de forma espontánea. El material aspirado con mayor frecuencia fue alimenticio (76,5%), principalmente frutos secos y semillas (Fig. 4)^(2,5). La mayoría se localizó en el bronquio principal derecho⁽⁶⁾. El tiempo transcurrido hasta su extracción, mediante broncos-

copio rígido fue menor de 24 horas en un 72% de los pacientes, realizándose en más de la mitad de los casos dentro de las primeras 6 horas.

Se aplicaron además otras medidas coadyuvantes como esteroides (70%), fisioterapia respiratoria (64%), antibióticos (58%) y broncodilatadores (37,5%). Uno de los pacientes precisó soporte ventilatorio. No hubo ningún éxitus ni otras complicaciones reseñables.

Discusión

Resaltamos la importancia de una anamnesis cuidadosa, teniendo siempre presente la posibilidad la existencia de un cuerpo extraño aspirado ante todo cuadro de tos y dificultad respiratoria de brusca instauración, fundamentalmente en el grupo de edad de mayor riesgo.

En aquellos casos en los que exista una sospecha clínica evidente (bien por la historia o por los hallazgos clínicos), no se debe demorar la broncoscopia, aunque la radiografía sea normal^(6,7). Una demora en el diagnóstico puede conllevar dificultad respiratoria progresiva en el niño (desde respiración sibilante crónica o neumonías recurrentes hasta abscesos pulmonares u obstrucción respiratoria severa)^(2,3,4,6). Para realizar la broncoscopia debe remitirse al niño al centro más próximo que disponga de los medios técnicos y humanos adecuados^(5,6). La extracción mediante broncoscopio rígido bajo anestesia general es el procedimiento indicado en la mayoría de los casos, ya que el endosco-

pio fibroóptico flexible presenta inconvenientes, sobre todo en niños pequeños⁽³⁻⁵⁾.

Las nuevas técnicas de imagen radiológica (isótopos, tomografía computerizada, etc.) no han mejorado, hoy por hoy, la seguridad diagnóstica⁽⁵⁾, con la excepción de la RNM, que ha resultado de gran utilidad en algún caso⁽⁸⁾.

En ocasiones los cuerpos extraños se alojan en bronquios de muy pequeño tamaño, siendo necesario para su extracción realizar una toracotomía y broncotomía⁽⁶⁾ (lo cual no sucedió en ninguno de los casos de nuestra serie).

El drenaje postural y la percusión son técnicas que sólo deben ser usadas después de la broncoscopia con extracción completa del cuerpo extraño, para movilizar secreciones de los lóbulos afectados⁽⁹⁾.

La prevención es sin duda el arma principal en la lucha contra este problema. Los niños, especialmente los de corta edad, tienden a llevarse a la boca todos los objetos que se ponen a su alcance, sobre todo aquellos que son atractivos para él, o que son consumidos de forma habitual por las personas de su entorno (pipas de girasol, cacahuetes, etc.)⁽⁶⁾.

Sería recomendable no dejar en lugares accesibles al niño frutos secos ni objetos que, por su tamaño, puedan fácilmente introducirse en la boca.

Bibliografía

1. Inglis AF, Wagner DV. Lower complication rates associated with bronchial foreign bodies over the last 20 years. *Ann Otol Rhinol Laringol*, 1992;**101**:61-66.
2. Kassels. Foreign body aspiration. *AJDC*, 1993;**147**:310.
3. Rothman BF, Boeckman CR. Foreign bodies in the larynx and tracheobronchial tree in children, a review of 225 cases. *Ann Otol*, 1980;**89**:434-436.
4. Linegar AG, Von Oppell VO, Hegemann S, De Groot M, Odell JA. Tracheobronchial foreign bodies, experience at Red Cross Children's Hospital, 1985-1990. *SAMJ*, 1992;**82**:164-167.
5. Puhakka H, Svedström E, Kero P, Valli P, Iisalo E. Tracheobronchial foreign bodies, a persistent problem in Pediatric Patients. *AJDC*, 1989;**143**:543-545.
6. Jiménez A, Varela A, González R, Medina D, Serrano A, Manzano JL. Extracción de cuerpo extraño de vía aérea en la infancia. *An. C. Intensivos*, 1990;**5**:65-68.
7. Laks Y, Barzilay Z. Foreign body aspiration in childhood. *Pediatr. Emerg. Care*, 1988;**4**:102-106.
8. Kitanaka S, Mikami I, Tokumaru A, O'Uchi T. Diagnosis of peanut inhalation by MRI. *Pediatric Radiology*, 1992;**22**:300-301.
9. Kosloske AM. Tracheobronchial foreign bodies in children: back to the bronchoscope and a balloon. *Pediatrics*, 1980;**66**:321-323.