

M. Labay Matías, M<sup>a</sup> S. Muñoz Albillos,  
C. de Miguel Pardo, M<sup>a</sup> T. Valero Adán,  
F. Valle Sánchez, E. Navarro Serrano,  
J. Martín-Calama, M<sup>a</sup> T. Solans Bascuas

*An Esp Pediatr* 1999;51:205-206.

*Sr. Director:*

Los cuerpos extraños alojados por atragantamiento en las vías aéreas de los niños son siempre un incidente grave, potencialmente letal<sup>(1,2)</sup>, generando angustia e incertidumbre en los pediatras que les asistimos, sobre todo en hospitales como el nuestro en el que no se dispone de ningún profesional adiestrado y capacitado para realizar broncoscopias en niños pequeños.

Nuestro hospital es centro de referencia para 2.864 niños entre el mes de vida y los cuatro años de edad. En los últimos doce meses hemos diagnosticado cinco niños, menores de cuatro años, de sospecha de cuerpo extraño en la vía aérea, todos ellos como consecuencia de atragantamiento comiendo frutos secos (Tabla I). Dichos alimentos fueron proporcionados en todos los casos por los padres o por familiares muy cercanos. Cuatro de los niños fueron enviados al Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza para confirmación diagnóstica y realizar broncoscopia, practicándose en tres de ellos. La niña que sufrió atragantamiento por almendras, expulsó sus fragmentos tras vómitos repetidos, con golpes de tos y no precisó endoscopia. La niña con atragantamiento comiendo pipas de girasol eliminó sus restos de forma similar en su Centro de Salud y tras comprobar su evolución y normalidad de los estudios radiológicos fue dada de alta de nuestro hospital.

Uno de los niños, antes de ser introducido en la ambulancia medicalizada para iniciar el traslado al hospital de referencia, a pesar de su buen estado general y ausencia de compromiso respiratorio, presentó bruscamente parada cardiorrespiratoria recuperándose con las maniobras habituales, pero presentando como secuela, encefalopatía hipóxico isquémica. De sus bronquios se extrajo un cacahuete.

En el programa de atención al niño sano, implantado en todos los Centros de Salud de nuestra área se recomienda que no se ofrezcan a los niños pequeños frutos secos. Desde hace años disponemos de un protocolo de actuación ante esta urgencia vital, realizado conjuntamente por los Servicios de Otorrinolaringología y Pediatría. Hemos desistido de adquirir un broncoscopio rígido ya que para ser eficaz y experto ante estos casos, hay que realizar habitual y frecuentemente endoscopias<sup>(3)</sup>.

Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel, Obispo Polanco. Teruel.  
Correspondencia: Miguel Labay Matías. Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel, Obispo Polanco. Avda. Ruiz Jarabo, s/n. 44002 Teruel.

### Cuerpos extraños en las vías aéreas de niños pequeños: Accidente evitable, consecuente a inconsciencia o negligencia familiares. Necesidad de una campaña educativa institucional en España

Tabla I Datos principales de los niños diagnosticados de cuerpo extraño en las vías aéreas

Edad	19m	3a	3a/1m	2a/4m	2a/2m
Sexo	V	M	M	V	V
Cuerpo extraño	Cacahuetes	Pipas girasol	Almendras	Castañas	Maíz
Historia sugestiva	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Radiología sugestiva	No	No	No	Sí	Sí
Traslado a hospital regional	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Broncoscopia	Sí	No	No	Sí	Sí
Complicación	Parada C.R.	--	--	--	--

El volumen de enfermos que atendemos lo impide. Otra posibilidad para resolver estos accidentes sería que un médico experto se desplazara urgentemente a los hospitales periféricos para realizar la técnica, pero ello no está en nuestras manos

Como la incidencia de cuerpos extraños en vías aéreas a estas edades nos parece muy elevada (1,9 casos/1.000 niños), deducimos que muchos padres y familiares hacen caso omiso a las recomendaciones que se les proporcionan en sus Centros de Salud, lo que a nuestro juicio implica inconsciencia familiar en todos los casos, e incluso negligencia en el cuidado debido a los niños más pequeños y vulnerables. Opinión que compartimos con otros autores<sup>(3)</sup>.

También queremos advertir que no siempre los familiares refieren en el interrogatorio clínico el atragantamiento sufrido por el niño, ocultando este dato fundamental para el diagnóstico precoz, como en uno de los casos expuestos<sup>(3)</sup>. Si a esto añadimos que en el 25% de los niños afectados la radiología convencional puede ser normal, el diagnóstico puede retrasarse con riesgos muy graves y evidentes para el niño<sup>(2-5)</sup>.

Si existe un accidente fácilmente evitable es éste. Consiste en no proporcionar a los niños frutos secos, o con hueso, alimentos inadecuados o juguetes con riesgo. Desgraciadamente, los profesionales de la salud no tenemos la suficiente autoridad moral ante la población para que ésta acepte y cumpla las

indicaciones que se les hacen. Por ello pensamos que la Asociación Española de Pediatría debe de instar a las autoridades sanitarias que pongan en marcha una campaña de información y prevención sobre esta tema, utilizando medios de comunicación y escuelas. En otros países, se ha comprobado que con esta estrategia la incidencia de cuerpos extraños en las vías aéreas disminuyó en un 35%<sup>(6)</sup>.

## Bibliografía

- 1 Pérez Prado MG, Carballo Castillo I, Sendón Rico F, García Fernández ME, Ramil Fraga C, Quiroga Ordóñez E. Aspiración de cuerpos extraños. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:453-455.
- 2 Valdovinos Mahave MC, Melendo Gimeno J, Ruiz Valero F, Juan Belloc S. Niño de dos años con dificultad respiratoria aguda. *An Esp Pediatr* 1988; **49**:641-642.
- 3 Mu LC, He P, Sun DQ. The causes and complications of late diagnosis of foreign body aspiration in children. Report of 210 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; **117**:876-879.
- 4 Mu LC, Sun DQ, He P. Radiological diagnosis of aspirated foreign body in children: review of 343 cases. *J Laryngol Otol* 1990; **104**:776-782.
- 5 Losek JD. Diagnostic difficulties of foreign body aspiration in children. *Am J Emerg Med* 1990; **8**:348-350.
- 6 Sadan N, Raz A, Wolach B. Impact of community educational programmes on foreign body aspiration in Israel. *Eur J Pediatr* 1995;

P. Sáenz González, A. Gutiérrez Laso,  
I. Güemes Heras, M. Tronchoni Belda,  
F. Morcillo Sopena

*An Esp Pediatr* 1999;51:206-207.

### Sr. Director:

Hemos leído con interés la Nota Clínica "Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar de diagnóstico antenatal. A propósito de dos observaciones" publicada por Tabuenca Guitart y colaboradores<sup>(1)</sup> el pasado diciembre.

Felicitemos a los autores por su análisis del tema, pero quisiéramos matizar tres puntos.

Los autores sustentan sus casos desde el punto de vista del diagnóstico prenatal, pues el relacionar los signos ecográficos prenatales y la evolución a largo plazo ha permitido un enfoque de la conducta obstétrica antenatal menos agresivo<sup>(2)</sup>. Actualmente el pronóstico global es bueno y sin secuelas mayores a largo plazo, pese a la existencia de un cierto grado de hipoplasia pulmonar en todos los casos<sup>(3)</sup>. De ahí que, aunque efectivamente las MAQ tipo III se complican y son subsidiarias de tratamiento intraútero con más frecuencia; una vez en el periodo postnatal no está claro que tengan peor pronóstico<sup>(4)</sup>.

No comentan la posibilidad de malignización de las lesiones asintomáticas<sup>(5)</sup>, no ya a largo plazo, sino incluso en la primera infancia<sup>(6)</sup>. Es por ello que, aunque el tratamiento debe ser individualizado, numerosos autores abogan por una cirugía precoz y radical al diagnóstico<sup>(5-7)</sup>; pero reglada como en los casos presentados.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Servicio Neonatología.  
Hospital Universitario La Fe. Valencia.  
Correspondencia: Pilar Sáenz González. Franco Tormo 17, p<sup>o</sup> 17.  
46007 Valencia.

## Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar: Controversias de tratamiento

Tampoco hacen referencia a la involución espontánea demostrada por los seguimientos ecográficos intraútero<sup>(8)</sup>. La etiología de las MAQ sigue siendo desconocida, pero recientemente se ha demostrado que la MAQ provendría de un defecto embrionario o pulmón fetal que crece anormalmente: con aumento de la proliferación celular y disminución de la apoptosis<sup>(4)</sup>. Esto concuerda con la suposición de que los diferentes tipos de MAQ e incluso los carcinomas broncoalveolares no son, sino una misma entidad en diferentes estadios evolutivos. De ahí, que ante un caso de regresión espontánea, pese a la ausencia de signos clínicos y radiológicos al nacimiento, se recomienda la realización de una TAC para descartar restos<sup>(9)</sup>.

En resumen, para disminuir la morbimortalidad de esta patología, hoy en día se reconsideran tratamientos invasivos intraútero y se aboga por una cirugía radical al diagnóstico

## Bibliografía

- 1 Tabuenca Y, Rite S, Cocolina J et al. Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar de diagnóstico antenatal. A propósito de dos observaciones. *An Esp Pediatr* 1998; **49**:631-634.
- 2 Dommergues M, Louis-Sylvestre C, Mandelbrot L et al. Congenital adenomatoid malformation of the lung: when is active fetal therapy indicated? *Am J Obstet Gynecol* 1997; **177**:953-958.
- 3 Coran AG, Drongowski R. Congenital cystic disease of the tracheobronchial tree in infants and children. *Arch Surg* 1994; **129**:521-527.
- 4 Cass D, Quinn T, Yang E et al. Increase cell proliferation and decreased apoptosis characterize congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. *J Pediatr Surg* 1998; **33**:1043-1047.