

Absceso por necesidad secundario a cuerpo extraño en la vía aérea

Carlos Celedón L¹, Diego Ocaranza D², Fernando Vargas G², Guillermo Zepeda F².

Abscess by necessity secondary to alien body in the airway

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 3 años de edad, sin antecedentes mórbidos, quien 9 días antes de su ingreso presentó un cuadro respiratorio caracterizado por tos seca, fiebre (38,3° axilar), asociado a astenia y rechazo alimentario. A los 2 días de iniciado este cuadro consultó en servicio de urgencia, donde se diagnosticó bronquitis aguda bacteriana prescribiéndose tratamiento con Amoxicilina. Al 5° día las manifestaciones del cuadro respiratorio habían cedido; sin embargo, el paciente presentaba dolor subescapular derecho; estaba afebril, con decaimiento y sin dificultad respiratoria. Al 8° día su

madre notó aumento de volumen en región subescapular derecha por lo que decidió consultar. El 11 de septiembre de 2001 el paciente ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital Roberto del Río.

Al examen físico se observaba un niño no comprometido, de buen ánimo pero con intenso dolor subescapular derecho, normotenso, afebril (37°), eupneico, con una saturación de 95% con oxígeno ambiental y con taquicardia (140 por minuto).

Al examen segmentario destacaba en el tórax un aumento de volumen subescapular derecho de 4 x 5 centímetros, sin bordes claros, con leve enrojecimiento periregional, no fluctuante e intensamente doloroso (Figuras 1 y 2). A la ausculta-



FIGURAS 1 y 2. Fotografías que muestran aumento de volumen subescapular derecho al ingreso de paciente, duro, doloroso y no fluctuante.

¹ Médico Servicio de Otorrinolaringología Hospital Clínico U. de Chile

² Interno de Medicina, Facultad de Medicina Norte, Universidad de Chile

ción se pesquisó ausencia del murmullo vesicular y presencia de algunos crépitos en el tercio inferior del hemitórax derecho.

Ante este cuadro clínico se decidió realizar una radiografía de tórax antero-posterior y lateral (AP-L), la que evidenció una imagen interpretada como velamiento del seno costofrénico derecho con presencia de una banda atelectásica en el lóbulo inferior derecho, asociada a una evidente reacción pleural del mismo lado. Se le practicó un hemograma que mostró la presencia de 12.000 glóbulos blancos con 7% de baciliformes y una VHS de 20mm.

La hipótesis diagnóstica de ingreso fue 1) Pleuroneumonía, 2) Complicación paraneumónica: Obs. Empiema, 3) Aumento de volumen hemitórax derecho en estudio.

Durante el turno de residencia, sin disponer de ecografía de partes blandas para precisar diagnóstico, se realizó una punción pleural de hemitórax derecho a nivel subescapular, que resultó negativa.

Debido a la estabilidad del paciente se decidió continuar su estudio al día siguiente con ecografía de partes blandas, la que mostró un engrosamiento pleural derecho que alcanzaba un máximo de 5 mm. En la pared torácica, a nivel subescapular se apreció un aumento de volumen por debajo del plano muscular de 3,3 x 1 cm, hipoecogénico, conteniendo en su interior una imagen hiperecogénica alargada de aproximadamente 2,25 x 0,36 cm, que proyectaba sombra sónica a planos profundos, impresionando pudiese corresponder a un cuerpo extraño vegetal (Figura 3).

Un día después de la hospitalización y debido al informe ecográfico, se interroga nuevamente a la madre ante la posibilidad de que haya aspirado un cuerpo extraño. La madre relató que 10 días antes del inicio de su cuadro el niño mientras comía una manzana picada sufrió un episodio de "atoro" y comenzó a toser; llevado a un servicio de urgencia, se le practicó maniobra de Heimlich, no observándose expulsión de cuerpo extraño de la vía aérea.

Tres días después de su ingreso, y con el diagnóstico probable de absceso por necesidad, ingresa a pabellón; se realiza toracotomía, salien-

do abundante contenido purulento por debajo del plano muscular y extrayéndose de la cavidad una espiga vegetal (*Hordeum murinum*) (Figuras 4 y 5); el paciente cumple un post operatorio adecuado quedando con cobertura antibiótica y es dado de alta.

Diez días después es controlado en policlínico comparándose radiografías de tórax pre y post operatoria, encontrándose que esta última está dentro de límites normales, es decir, en diez días hubo una favorable evolución de la reacción pleural (Figuras 6 y 7).

COMENTARIO

La aspiración de cuerpos extraños dentro de la vía aérea constituye una emergencia médico quirúrgica frecuente, especialmente en los niños y en sus primeros años de vida.

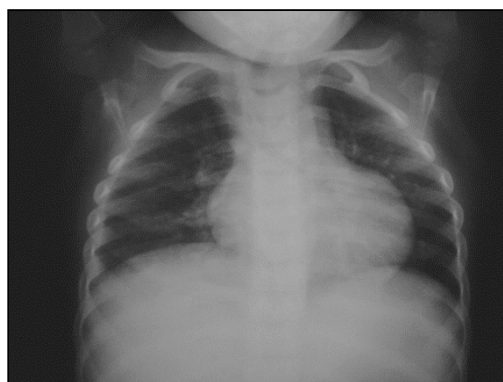
Una de las posibles evoluciones de la aspiración de un cuerpo extraño, ya descrita en 1980 por Valenzuela y cols¹, es hacia la formación de un absceso por necesidad. El cuerpo extraño, luego de ser aspirado, dadas las particulares condiciones de éste, migra hasta que el cuerpo lo intenta eliminar aislándolo en una cavidad que suele estar infectada y donde se genera la formación de un absceso.



FIGURA 3. Ecografía de partes blandas que corresponde a región subescapular derecha. Se observa imagen hiperecogénica de 2,25 x 0,36 cm, que sugirió que se trataba de un cuerpo extraño.



FIGURAS 4 y 5. En el momento de la cirugía, se observa pieza quirúrgica extrayéndose de la cavidad luego de drenar contenido purulento de absceso en región subescapular. Se trata de una espiga vegetal (*Hordeum murinum*).



FIGURAS 6 y 7. Radiografías pre y post operatoria. Se observa luego de 10 días de operado la evolución de la reacción pleural que tiende a la mejoría casi total con favorable correlación clínica.

En el ámbito pediátrico el diagnóstico de cuerpo extraño (CE) suele ser difícil. La sintomatología con que se presenta esta entidad clínica, dependiendo de su ubicación, puede ser muy variable. Tos espasmódica con períodos de calma, sibilancias audibles incluso sin estetoscopio, disnea, dificultad respiratoria y asfixia son las manifestaciones más frecuentes en el caso de CE en la vía tráqueo-bronquial. En otras ocasiones, si el CE se encuentra alojado en el parénquima pulmonar, puede manifestarse con atelectasias, neumonitis a repetición, hemoptisis, bronquiectasias o absceso pulmonar²⁻⁴.

Bordagaray⁵, en 1988 publicó una casuística nacional sobre CE en la vía aérea inferior analizando 90 casos en pacientes menores de 12 años. Se concluye de sus resultados que esta patología es más frecuente en hombres (70%), en menores de 4 años (76%), siendo el árbol bronquial el sitio más frecuentemente afectado (60% del total de ubicaciones) y siendo el bronquio derecho el más comprometido (70%). Respecto al tipo de CE, el mismo autor señala que el 50% de los CE eran vegetales, siendo radiolúcidos el 88% del total de estos.

Lo particular de este caso clínico es la etiología del aumento de volumen y el hecho que la anamnesis constituye un elemento esencial para el diagnóstico. En las primeras aproximaciones, de manera anecdótica, se puede mencionar que la madre refirió que le había dado a comer una manzana, lo que en un principio hizo pensar que el cuerpo extraño pudiese corresponder al tallo, o en su defecto, a la coronta de ésta, siendo imposible obtener el dato de la relación con la espiga. Se debe recalcar que se trata de un paciente de 3 años de edad y que es muy infrecuente que nos aporte con la historia clínica, por lo que la relación de su entorno cobra mucha importancia. En este caso el paciente habita una casa con patio donde existen espigas vegetales y, por lo demás, se trata de una época del año en la cual es frecuente su presencia.

En 1972, Aguilera y cols² analizaron una casuística de 213 pacientes que consultaron al servicio de urgencia del Hospital Roberto del Río, cuyos resultados coinciden con los de Bordagaray, respecto a la edad en que más frecuentemente ocurren estos accidentes; 92,7% tenía menos de 5 años de edad; sin embargo, respecto a la ubicación del CE, encontraron que en el 74% de los casos éste se ubicaba en la fosa nasal.

La inhalación y/o aspiración de cuerpos extraños de origen vegetal, más específicamente, espigas vegetales (especie *Hordeum murinum* L.O. comúnmente llamada "cola de ratón" o "flechilla") es de rara ocurrencia, siendo escasos los trabajos publicados respecto a esta entidad nosológica⁶⁻¹⁰.

La "flechilla", debido a sus peculiares características morfológicas, puede avanzar por la vía aérea alojándose en el parénquima pulmonar, dando sintomatología inespecífica, como neumonitis a repetición, bronquiectasias, etc. siendo su diagnóstico difícil y no sospechado en algunas ocasiones¹², ya que por su característica orgánica es poco evidente a la radiografía de tórax.

A veces, este CE vegetal puede, incluso, atravesar la pleura y la piel presentándose clínicamente

como un absceso cutáneo o como empiema por necesidad, que es lo que ocurrió en este caso⁷⁻¹².

Hay publicados en la literatura numerosos trabajos que hablan sobre las complicaciones que pueden presentarse en el curso y evolución de esta patología. Destacan casos de hemoptisis a repetición^{3,13}, neumotórax a tensión¹⁴, bronquiectasias¹⁵, estenosis bronquial¹⁶, ruptura bronquial¹⁷ y neumopatía crónica¹⁸. Se reportan, además, casos anecdóticos como parotiditis aguda secundaria a la obstrucción del conducto de la glándula parótida¹⁹.

Si no existe el dato anamnésico de la aspiración del CE aportado por el paciente o sus familiares, el diagnóstico se ve dificultado a menos que se le sospeche en casos de neumopatías a repetición y/o arrastradas, sobre todo si afectan siempre al mismo lóbulo o segmento pulmonar^{16,20}.

En los casos de aspiración de espiga vegetal, como se señaló previamente, ésta tiende a penetrar profundamente en el parénquima pulmonar ayudado por su particular morfología que le impide retroceder. Esta migración, al cabo de aproximadamente 6 semanas, tenderá a la eliminación espontánea por medio de un absceso de necesidad¹. Este proceso es frecuentemente más efectivo que la intervención quirúrgica; por lo tanto, es preferible esperar a que éste se establezca y sólo drenar cuando se produzca una zona fluctuante en la piel, de manera de poder recuperar íntegramente el cuerpo extraño¹.

CONCLUSIÓN

Es necesario recalcar que el dato anamnésico de aspiración de un CE, sea éste vegetal o de otra naturaleza, es fundamental para el correcto y oportuno diagnóstico; además, la radiografía de tórax normal no descarta la posibilidad de un CE en la vía aérea³.

BIBLIOGRAFÍA

1. VALENZUELA P, SAMITH S, PALAZUELOS H, ALDUNATE G, GUERRA M, LEIVA C. Cuerpo extraño vegetal de la vía aérea. *Rev Chil Pediatr* 1980; 51: 136-40.
2. AGUILERA C, AGUIRRE J. Cuerpos extraños en las vías respiratorias. *Rev Chil Pediatr* 1972; 43: 21-5.
3. ZÚÑIGA S, DE MANANA M, MONGE M Y COLS. Cuerpo extraño vegetal en la vía aérea: una causa poco frecuente de hemoptisis en la niñez. Caso clínico. *Rev Chil Pediatr* 2000; 128: 323-9.
4. OTTE J, GIRARDI G, CONTADOR A. Errores en el diagnóstico y manejo del cuerpo extraño en la vía aérea. *Rev otorrinolaringol cir cab cue* 1995; 55: 13-24.
5. BORDAGARAY P. Cuerpos extraños de la vía aérea inferior. *Rev otorrinolaring* 1988; 48: 61-4.
6. HILMAN BC, KURZEWEG FT, MCCOOK WW, LILES AE. Foreign body aspiration of a grass inflorescences as a cause of hemoptysis. *Chest*, 1980; 78: 306.
7. STEELE NB, HAGUE JR. Migration of inflorescence: complication of a grass head aspiration. *Am J Dis Child* 1980; 134: 704-6.
8. GODFREY RC. The behaviour of inhaled grass inflorescences. *Lancet* 1957; 2: 273-4.
9. DUDGEON D, PARKER F, FRITELLI G, RABUZZI D. Bronchiectasis in the pediatric patients resulting from aspirated grass inflorescence. *Arch Surg* 1980; 115: 979-83.
10. MAAYAN CH, AVITAL A, ELPELEG O, SPRINGER C, KATZ S, GODFREY S. Complications following oat head aspiration. *Ped Pulmonol* 1993; 15: 52-4.
11. DATAU G. Pneumopleurocutaneous fistula after inhalation of an ear of barley (*Hordeum murinum*). *Annales de Pediatrie* 1990; 37: 367-70.
12. BAETHGE BA, EGGERSTEDT JM, OLASH FA. Group F streptococcal empyema from aspiration of a grass inflorescence. *Annals Thorc Surg* 1990; 49: 319-20.
13. ABELLAN MC, MENDEZ P, SANCHEZ F, HERNANDEZ J, RUIZ FJ. Hemoptisis a repetición por aspiración bronquial de un cuerpo extraño: presentación de un caso y revisión en la literatura. *Anales de Med Int*, 2000; 17: 652-4.
14. NEWSON TP, PARSHURAM CS, BERKOWITZ RG, AULDIST AW, ROBINSON PJ. Tension pneumothorax secondary to grass head aspiration. *Ped Emerg Care* 1998; 14: 287-9.
15. BASOK O, YALDIZ S, KILINCER L. Bronchiectasis resulting from aspirated grass inflorescences. *Scan Cardiovasc J* 1997; 31: 157-9.
16. BUNKER P. Unrecognized foreign bodies in the air and food passages. *G P* 1964; 29: 78.
17. INVERNIZZI E, DEPALMA D, CANO E. Aspiración de cuerpo extraño: ruptura bronquial. *Rev Hosp Niños B Aires*, 1996; 28: 209-10.
18. KARAM J, BLANCO RODRÍGUEZ G, TREVIÑO J, ALDANA R. Cuerpo extraño en vías aéreas como causa de neuropatía crónica. *Bol Méd Hosp Infant Méx* 1999; 56: 265-8.
19. SCHAWER K. Grass seed kernel in the efferent duct as a rare cause of acute parotitis. *Laryngo-rhino-otologie* 1995; 74: 248.
20. CLERY A, ELLIS H, SCHMIDT H. Problems associated with aspiration of a grass heads inflorescences. *JAMA* 1959; 171: 151.

Dirección: Dr. Carlos Celedón L.
Luis Thayer Ojeda Norte 0115 Of 705.
Santiago - Chile