

Inhalación de una aguja hipodérmica en un drogadicto

Sr. Director: La aspiración de cuerpos extraños es un hecho relativamente frecuente en niños, pero mucho menos en adultos. Cuando además el cuerpo extraño de que se trata es una aguja hipodérmica, el hecho puede producir perplejidad.

Mujer de 23 años, adicta a la heroína, que acudió al Servicio de Urgencias porque una hora antes de su ingreso sufrió aspiración accidental de una aguja hipodérmica. La exploración física era normal, a excepción de la tos que aquejaba de forma continua y que contribuía a crearle un estado de gran excitación. La radiografía de tórax (fig. 1) reveló la presencia de una opacidad lineal de densidad metálica, que se proyectaba sobre la columna aérea de la tráquea en la zona paracarinal.

Dada la poca colaboración que ofrecía la paciente, se decidió realizar una sedación superficial antes de proceder a realizar una fibrobroncoscopia. Un aparato Olympus BF-B3, se introdujo por vía oral e inmediatamente después de atravesar las cuerdas vocales, permitió visualizar la aguja hipodérmica cuya punta penetraba ligeramente en la pared posterior del bronquio principal derecho junto a carina.

Los intentos de extracción mediante los fórceps habituales de biopsia (Olympus BF-14C) fracasaron, al no poder hacer presa en la aguja; sin embargo, la introducción de una pinza de cuerpos extraños en forma de W (Olympus FG-4I) (fig. 2) permitió retirarla con toda facilidad.

El interés de este caso es doble. Por una parte refiere la inhalación de una aguja hipodérmica por

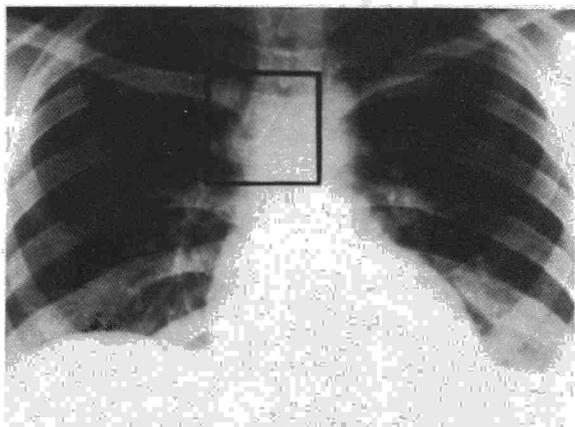


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. En el recuadro se observa la aguja situada a la entrada del bronquio principal derecho.

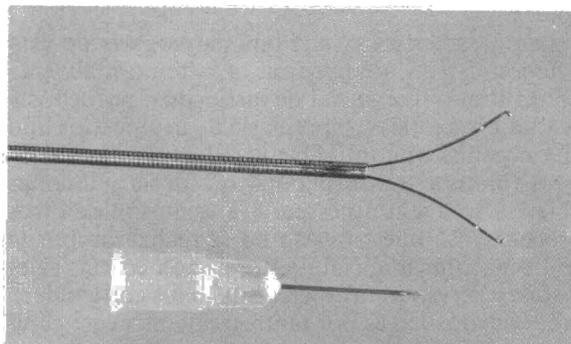


Fig. 2. Aguja de extracción de cuerpos extraños (Olympus FB-14C). Junto a ella la aguja hipodérmica extraída.

una paciente adicta a la heroína, que, según relataba, la estaba sosteniendo con los labios mientras preparaba la solución a inyectarse (al parecer esta técnica es bastante habitual entre algunos drogadictos), lo que puede explicar el que sea relativamente fácil la aspiración de la misma a poco que coincidan un acceso de tos y una leve depresión de su nivel de conciencia. Por otra parte es de interés resaltar la facilidad de su extracción mediante una fibrobroncoscopia si se dispone de alguna de estas pinzas en forma de cesto, de W, de triple garfio, etc¹⁻³, con lo que se hace innecesaria la utilización del broncoscopio rígido. Esto es importante por el hecho de que cada vez es más frecuente encontrar en nuestros hospitales a neumólogos capaces de realizar muy correctamente una fibrobroncoscopia y solventar la urgencia, mientras que por haber tenido menos ocasiones, durante su período de formación de habituarse al uso de broncoscopio rígido, pueden tener dificultades si se ven obligados a utilizar dicho instrumento.

A. Marín*, J.M.^a Gimferrer** y A. Xaubet*

Servicio de Neumología*.
Servicio de Cirugía Torácica**.
Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. Zabala DC, Rhodes ML. Experimental removal of foreign bodies in fiberoptic bronchoscopy. *Am Rev Respir Dis* 1974; 110:357-360.
2. Lee M, Fernández N, Berger H, Givre H. Wire basket removal of a tack via flexible fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1982; 82:515.
3. Cunanan DS. The flexible fiberoptic bronchoscope in foreign body removal. Experience in 300 cases. *Chest* 1978; 73:725-726.