

ATELECTASIA MIGRATORIA POR CUERPO EXTRAÑO

Dr. Antonio Lorenzo Rodríguez

Prof. Adj. de Patología Médica. Facultad de Medicina de Cádiz

No es frecuente para el especialista consultor de aparato respiratorio la observación del caso que tenemos el honor de presentar ante ustedes, dado su dilatado curso y la multiplicidad de diagnósticos y terapéuticas a que fue sometida nuestra enferma, todos ellos como es fácil comprender, seguidos a corto plazo del más rotundo de los fracasos tras una efímera mejoría.

Por ello consideramos de interés el traer a esta IX Reunión de la Sección Española de la Asociación Internacional para el estudio de los bronquios, el caso clínico que pasaremos a reseñar, dada su evolución y la naturaleza del cuerpo extraño, presentándolo tal como llegó hasta nosotros, y el motivo, o los motivos que influyeron en su tardío diagnóstico, como asimismo la orientación que sobre el caso nos facilitaron los síntomas que han dado lugar al título de esta comunicación.

Tiene indudablemente un interés variado, porque al lado de una persistencia prolongada en el árbol bronquial, un cuerpo extraño de naturaleza vegetal por su poco peso y bordes lisos se moviliza fácilmente con la tos, dando lugar a las más dispares imágenes radiológicas, motivo de confusión y errores diagnósticos, que nos evidencia y reafirman en la necesidad de prodigar la exploración broncoscópica, medio éste, carente de todo peligro, cuando quien la maneja lo hace bien y con experiencia y que puede ser resolutive como en el caso presente.

Al revisar la literatura médica sobre la materia, nos hemos encontrado sorprendidos, porque si bien no son infrecuentes las referentes de casos de cuerpos extraños de la más variada naturaleza en el árbol bronquial, siempre o casi siempre existe el antecedente de la aspiración de tal cuerpo, lo que obliga a la práctica de la broncoscopia y por tanto a la confirmación del diagnóstico. Se trata pues de procesos de urgencia que son atendidos inmediatamente y no llegan a la consulta del neumólogo, por ello también carecen de los correspondientes estudios clínicos, radiológicos, analíticos, etc.

Sin embargo, es preciso hacer mención de uno de los dos casos presentados por el doctor Angoloti de Cárdenas, en la sesión clínica del 6 de julio de 1961, en el Hospital General de Madrid, y que guarda, no cabe duda, una gran analogía con el nuestro, si bien la evolución fue muchísimo más dilatada (5 años), dándose también el caso curioso de que como en el nuestro, el diagnóstico del doctor Calderin fue puesto muy en duda por el resto de los colegas. En este caso se trataba de un hueso de aceituna pulimentado y abrigado por su tiempo de permanencia en el árbol bronquial y que vagaba libremente por el mismo, consignando el autor literalmente «en ciertas circunstancias producía taponamientos de bronquios con su sintomatología correspondiente».

ANTONIO LORENZO

PULMÓN Y CORAZÓN

CÁDIZ

Benjumeda, 14

Teléfono 13116

Fecha 31 de Diciembre de 1.962

Nombre niña Dolores Martín Sanchez Edad 3 años Profesion-

Domicilio San Marcos nº 136.- SAN FERNANDO (Cádiz)

Antecedentes familiares Sin interés.

Antecedentes personales Difería a los 2 años.-Siempre ha sido una niña de muy buena salud alextremo de llamarle se peditra"la campeona de sus niños".

Enfermedad actual Hace ocho meses y en pleno estado de salud empieza con crisis de asma, con mucha tos, abundante expectoración, a pesar de sus tres años, fiebre alta, conservando buen apetito. Es diagnosticada de Bronconeumonia y tras el tratamiento mejora algo, quedandole siempre muchas secreciones y tos de vez en cuando que a veces se hace agobiante poniendose la niña azul. Al no mejorar es vista por distintos compañeros que la disgnostican de los mas variados procesos, (T.T. ganglionar, infiltración secundaria, neumonia atipica, asma tuberculínica, etc.etc.-No mejora mas que ligeramente a temporadas y sin guardar ningun ritmo. Acuden a mi consulta por que les han recomendado la practica de aerosoles, en la que insiste mucho su peditra. Actualmente y conservando buen apetito está muy demacrada, con tos constante, muchos pitos, abundante expectoración, fiebre intensa sudoración, cefaleas intensas con la tos, que la inmoviliza y le produce gran asfixia y dolor en el pecho. Desde que está mala siempre tienen a la niña muy abrigada.

Regularmente nutrida.-Piel cianotica muy **audorosa**,nariz afilada y fuerte ale-
teo nasal con intensa taquipnea y disnea de tipo espiratorio.Posición inspiro-
ria del torax sin **stracciones**.

Tórax.- *Palpación*

Percusión

Auscultación En base izquierda subcrepitantes finos.-Gran cantidad de esterto-
res bronquiales de grandes y medianas burbujas modificables con la tos con algu-
nos roncus y sibilancias. Resto de **Exploración normal**.Ligera **emmatidez** de base

~~Circulazio.~~ izquierda. *Tonos normales*

en el sub. pulm. hcutax. -

Pulso **gran taquicardia.**

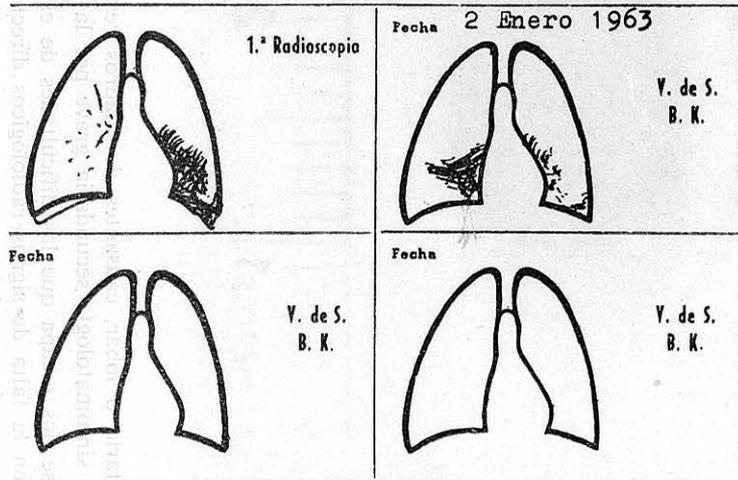
~~Abdomen.-~~

Hígado **no se palpa**

Bazo **no se palpa ni se pércute**

~~Pupitas.-~~

Reflejos **normales**



V. S H 1.ª hora 5 mm.
2.ª hora 12 mm.
ind. 5,5

Pirquet y Mantax repetida-
mente **negativo**

Baciloscofia

Hemáties **4.550,000** por mm³

Leucocitos **13.700**

Cayados	7
Segmentados	69
Eosinófilos	2
Basiófilos	
Linfocitos	19
Monocitos	3

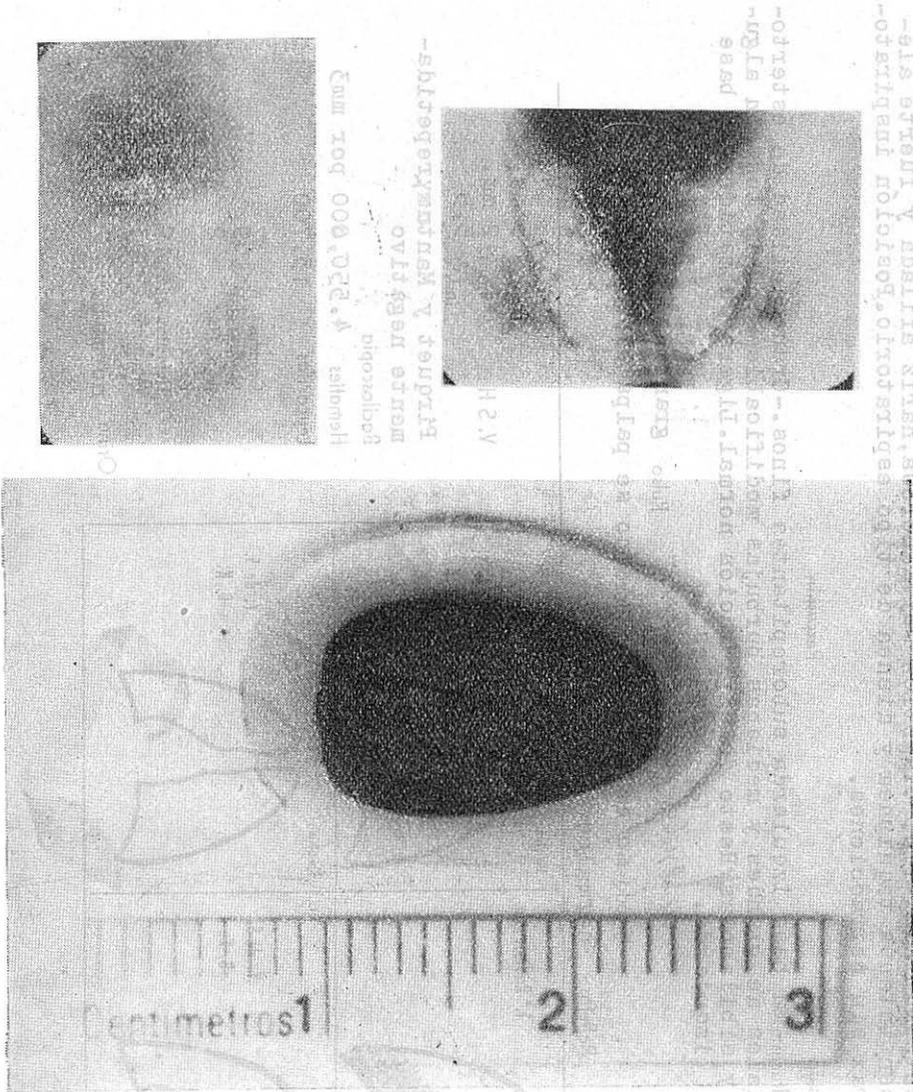
Orina **normal.**

Diagnóstico

Tratamiento

y que luego al salir de su lecho hacía desaparecer toda alteración». Obvio es decir que se trataba de otro caso de atelectasia migratoria.

Por lo que respecta a casos de mayor duración, alguno de ellos vividos por nosotros, fueron seguidos de lobectomía ante la imposibilidad material de diagnóstico y que lo fueron por incrustación de tal cuerpo en un bronquio



segmentario o lobar, causantes de cuadros respiratorios eminentemente crónicos y sintomatología secundaria grave por la oclusión bronquial.

No se nos escapa que las dificultades de estos casos radica fundamentalmente en la falta de signos radiológicos directos del cuerpo extraño, que al ser de naturaleza orgánica los hace transparentes a los rayos X; lo que no sucede con los de naturaleza metálica cuyo descubrimiento llega a ser incluso fortuito.

La historia clínica resumida de nuestro caso, se incluye anteriormente (fig. 1) con las imágenes radioscópicas obtenidas en los primeros momentos.

Algunos datos comentados a las imágenes radioscópicas que se añadimos que quizás nos permitan apreciar mejor las características de esta lesión.

El tumor se localizó en la zona de la articulación de la mandíbula inferior y la última imagen de la radiografía se ha convertido en una radiografía de los productos de la necrosis.

Los por entonces cuando se realizó el diagnóstico de esta lesión, se le atribuyó un origen odontogénico.

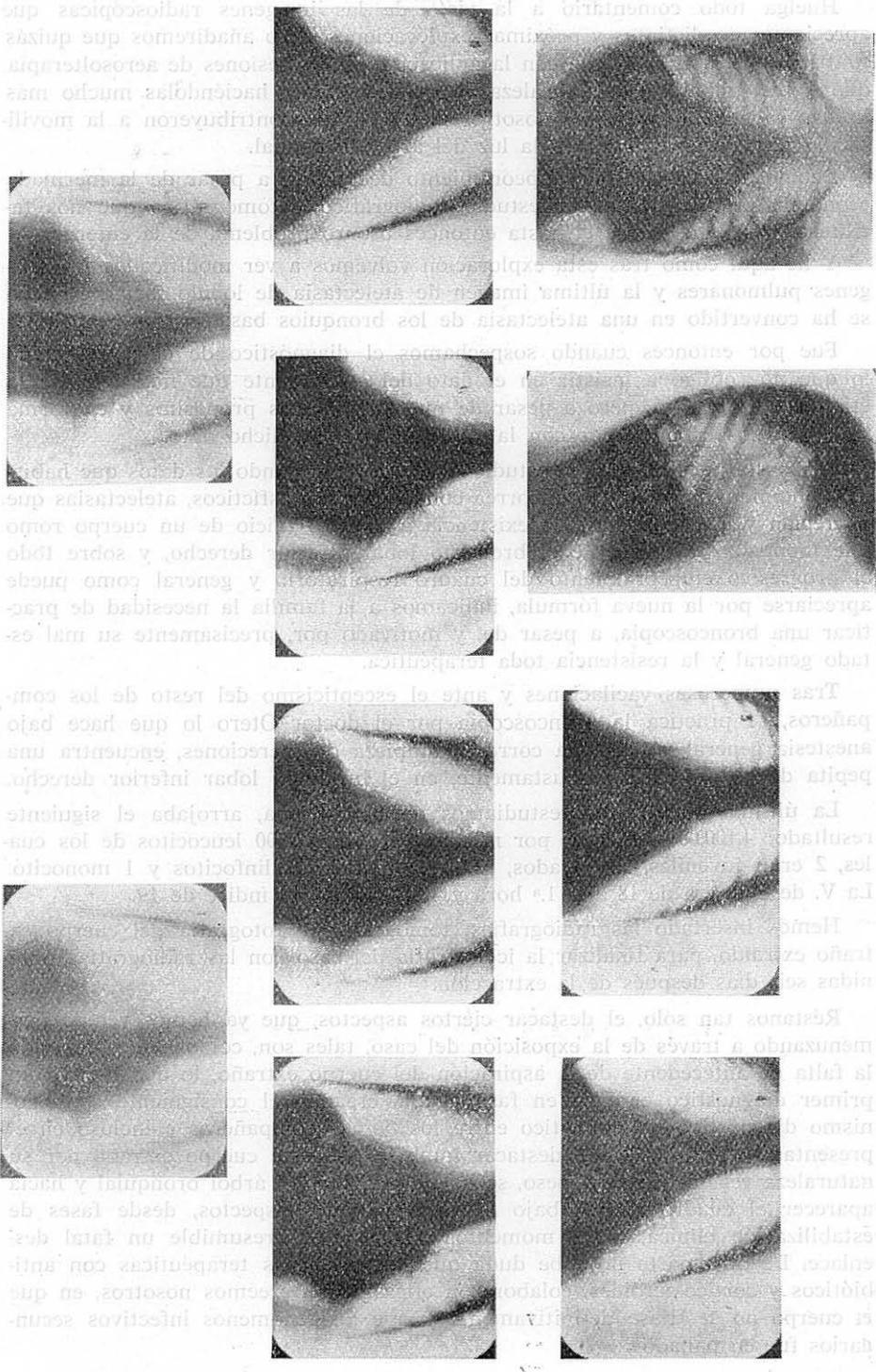
El diagnóstico de esta lesión se basó en la historia clínica, en la radiografía y en la necesidad de practicar una biopsia para confirmar el diagnóstico.

Tras la realización de la biopsia y ante el diagnóstico de esta lesión, se decidió practicar una resección de la lesión y de los tejidos adyacentes.

La V. de la lesión se localizó en la zona de la articulación de la mandíbula inferior y la última imagen de la radiografía se ha convertido en una radiografía de los productos de la necrosis.

Respecto a los datos clínicos, el diagnóstico de esta lesión se basó en la historia clínica, en la radiografía y en la necesidad de practicar una biopsia para confirmar el diagnóstico.

El diagnóstico de esta lesión se basó en la historia clínica, en la radiografía y en la necesidad de practicar una biopsia para confirmar el diagnóstico.



La historia clínica resumida de nuestro caso, se incluye anteriormente (figura 1) con las imágenes radioscópicas obtenidas en los primeros momentos.

Huelga todo comentario a la vista de las imágenes radioscópicas que apreciamos en distintas y próximas exploraciones, pero añadiremos que quizás contribuimos a su aparición con la aplicación de las sesiones de aerosolterapia, que si bien modificó la naturaleza de las secreciones haciéndolas mucho más fluidas y de fácil expulsión, nosotros creemos, que contribuyeron a la movilización del cuerpo extraño en la luz del árbol bronquial.

Debido a su progresivo empeoramiento decidimos, a pesar de la merma económica familiar, practicar estudio radiográfico y tomográfico que nos facilitase más datos sobre el hasta entonces oscuro problema de la enferma.

Y he aquí como tras esta exploración volvemos a ver modificadas las imágenes pulmonares y la última imagen de atelectasia de lóbulo medio derecho se ha convertido en una atelectasia de los bronquios basales.

Fue por entonces cuando sospechamos el diagnóstico de cuerpo extraño lo que nos obligó a insistir en el dato del antecedente que nos aclarase la etiología del cuadro, pero a pesar de nuestros buenos propósitos y en forma reiterada nos encontramos con la carencia total de dicho dato.

A la vista pues de todo el estudio anterior y barajando los datos que habíamos obtenido, de intensa broncorrea con fenómenos asfícticos, atelectasias que aparecían y desaparecían y la existencia a nuestro juicio de un cuerpo como que taponaba parcialmente el bronquio lobar inferior derecho, y sobre todo el progresivo empeoramiento del cuadro respiratorio y general como puede apreciarse por la nueva fórmula, indicamos a la familia la necesidad de practicar una broncoscopia, a pesar de, y motivado por, precisamente su mal estado general y la resistencia toda terapéutica.

Tras numerosas vacilaciones y ante el escepticismo del resto de los compañeros, se practica la broncoscopia por el doctor Otero lo que hace bajo anestesia general y tras una correcta limpieza de secreciones, encuentra una pepita de girasol alojada, justamente, en el bronquio lobar inferior derecho.

La última fórmula que estudiamos de la enferma, arrojaba el siguiente resultado: 4.100.000 hematies por mm. cúbico con 10.500 leucocitos de los cuales, 2 eran juveniles, 15 cayados, 67 segmentados, 15 linfocitos y 1 monocito. La V. de Sed. era de 18 a la 1.^a hora y 40 a la 2.^a, con índice de 19.

Hemos insertado las radiografías, tomografías y fotografía del cuerpo extraño extraído, para finalizar la iconografía del caso con las radiografías obtenidas seis días después de la extracción.

Réstanos tan sólo, el destacar ciertos aspectos, que ya hemos venido desmenuzando a través de la exposición del caso, tales son, como hemos repetido la falta de antecedente de la aspiración del cuerpo extraño, lo que motivó un primer diagnóstico erróneo en fase aguda, creando el consiguiente confusio-nismo diagnóstico y terapéutico entre los demás compañeros e incluso en el presentador. Es interesante destacar también que este cuerpo extraño por su naturaleza vegetal y escaso peso, se hallaba libre en el árbol bronquial y hacía aparecer el cuadro clínico bajo los más variados aspectos, desde fases de estabilización clínica, hasta momentos en que era presumible un fatal desenlace. De otra parte no cabe duda que las modernas terapéuticas con anti-bióticos y corticosteroides, colaboraron eficazmente, creemos nosotros, en que el cuerpo no se fijase definitivamente y que los fenómenos infectivos secundarios fuesen paliados.

