



Bronquiectasia por cuerpo extraño intrabronquial

Sr. Director: La aspiración de cuerpo extraño es una patología que se observa, predominantemente, en el grupo de edad pediátrica (1-3 años), no siendo habitual entre los adultos^{1,2}. En muchas ocasiones tal suceso origina una sintomatología aguda. Sin embargo, tanto en la población infantil como en la adulta, puede suceder que la aspiración no sea clínicamente manifiesta en el mismo momento, dando lugar a complicaciones tardías que, en el adulto, consisten en bronquiectasias, «síndrome del lóbulo medio», etc³⁻⁵. Tales complicaciones tardías pueden ser, incluso, asintomáticas como sucede en el caso que presentamos.

Se trata de un varón de 65 años que consulta por dolor abdominal. No se evidencia fiebre ni clínica pulmonar, así como tampoco síndrome general. La analítica era normal. En el estudio radiológico de rutina aparecía una formación aparentemente nodular, de densidad heterogénea, con probables imágenes de cavitación en su interior (fig. 1A). Para catalogar adecuadamente dicha imagen se practica tomografía, demostrándose que dicha imagen estaba compuesta de varias formaciones tubulares, «varicosas», saculares y esféricas (algunas de ellas orientadas hacia el hilio pulmonar), con moteado aéreo en su interior (fig. 1B). En uno de los barridos tomográficos, se aprecia una imagen intrabronquial, de densidad calcio, que recuerda una pieza dentaria (fig. 1C).

Ante tales hallazgos se emite el diagnóstico de probables bronquiectasias, con impactaciones mucoides, secundarias a obstrucción por cuerpo extraño (pieza dentaria), lo cual se confirmó mediante broncoscopia con extracción del citado cuerpo extraño. El seguimiento posterior demostró la paulatina desaparición de las impactaciones mucoides.

Las manifestaciones radiológicas derivadas de la aspiración de cuerpo extraño son diversas, cabiendo citar atelecta-

sia, atrapamiento aéreo, neumotórax, neumomediastino, bronquiectasias, impactación mucoides, absceso y visualización ocasional del cuerpo extraño en el interior del árbol bronquial^{1-4,6,7}. Sin embargo, el estudio radiológico rutinario puede ser normal¹⁻³. En nuestro caso, además de bronquiectasias y de la visualización del cuerpo extraño, se observa una imagen de «burbujeo» en el interior de la lesión. Tal hallazgo fue descrito por Felson, quien aplicó la teoría de Culiner para justificarlo (hiperaireación de los segmentos bronquiectásicos)^{4,6}.

En cuanto al diagnóstico diferencial, la imagen visualizada en el estudio tomográfico no suele plantear dificultades. En cambio, es importante conocer la naturaleza del obstáculo bronquial, por lo que, dada la frecuencia con que el estudio rutinario es normal, se han aplicado otros métodos de diagnóstico por imagen, tales como la tomografía axial computarizada y el estudio isotópico de perfusión pulmonar, aunque el uso de estos elaborados métodos no se ha generalizado, dado que la broncoscopia tiene un valor diagnóstico y terapéutico determinante^{8,9}.

A modo de resumen podríamos enunciar que, ante un grupo de bronquiectasias localizadas, en el adulto, debemos indagar causas subagudas o crónicas de obstrucción bronquial, algunas de las cuales son más frecuentes que la que motivó nuestro caso^{4,6,10}: neoplasias broncogénicas benignas, neoplasias broncogénicas malignas, infecciones (TBC, sobre todo), broncolitiasis, anomalías congénitas (atresia bronquial, secuestro intralobar, quiste broncogénico intrapulmonar), bronquio fracturado y cuerpo extraño intrabronquial.

La tomografía puede jugar un papel práctico, y a veces fundamental, como en nuestro caso, para identificar naturaleza y nivel del obstáculo.

**J.A. López Ruiz, A. Martínez Álvarez,
J.A. Rodríguez Arzadun
y J.M. Senosain Gascue**

Servicio Radiodiagnóstico/Servicio Medicina Interna.
Hospital de Galdácano. Vizcaya.

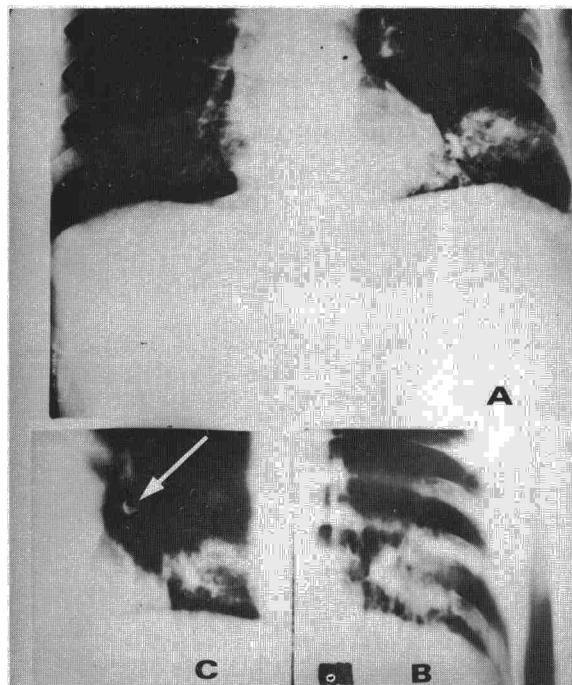


Fig. 1. A) Imagen localizada del estudio radiológico simple. B) Corte tomográfico que muestra el área de bronquiectasias. C) Corte tomográfico mostrando el cuerpo extraño intrabronquial (flecha).

BIBLIOGRAFIA

1. Aytac A, Yurdakul Y, Ikizler C, Olga R, Saylam A. Inhalation of foreign bodies in children. Report of 50 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1977; 74:145-151.
2. Abdulmajid OA, Ebeid AM, Motaewh MM, Kleibo IS. Aspirated foreign bodies in the tracheobronchial tree: report of 250 cases. *Thorax* 1976; 31:635-640.
3. Newman GE, Effman EL, Putman CE. Pulmonary aspiration complexes in adults. *Current Problems in Diagnostic Radiology* 1982; 11:14-22.
4. Felson B. Vías aéreas pulmonares. En: *Radiología Torácica*. 1.ª ed esp. Barcelona, Ed Científico-Médica 1977; 273-285.
5. Fraser RG, Pare JA. Enfermedades de las vías respiratorias. En: *Diagnóstico de las Enfermedades del Tórax*. 2.ª ed. Barcelona Ed Salvat 1982; 1.677-1.688.
6. Felson B. Mucoïd impaction (inspissated secretions) in segmental bronchial obstruction. *Radiology* 1979; 132:23-25.
7. Berdon WE, Dee JG, Abramson SJ, Altman RP, Wung JT. Localized pneumothorax adjacent to a collapsed lobe: sign of bronchial obstruction. *Radiology* 1984; 150:691-694.
8. Berger PE, Kuhn JP, Kuhn JP, Kuhns LR. Computed tomography and the occult tracheobronchial foreign body. *Radiology* 1980; 134:133-135.
9. Kassner EG, Solomon NA, Steiner P, Rao M, Klotz DH. Persisting perfusion defects after bronchoscopic removal or spontaneous expulsion of aspirated foreign objects. *Radiology* 1976; 121:139-142.
10. Aronberg DG, Sagel SS, Jost RG, Levitt RG. Oat cell carcinoma manifesting as a bronchocele. *AJR* 1979; 132:23-25.