

ATRAGANTAMIENTO CON RIESGO VITAL EN TERUEL: EL JAMÓN ASESINO

Dra. Irene Coscollar Escartín¹ / Dr. Emilio Carlos López Soler¹ / Dr. Adrián Rodríguez García²

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La aspiración de cuerpos extraños es poco frecuente en la población adulta, pero puede ser un evento amenazante para la vida. Las manifestaciones clínicas varían de acuerdo con el grado de obstrucción de la vía aérea, y en algunos casos el diagnóstico correcto requiere una elevada sospecha clínica junto con una anamnesis y un examen físico detallados.

El tratamiento inicial consiste en la realización de maniobras para la desobstrucción de la vía aérea y medidas de reanimación cardiopulmonar. En un segundo tiempo deberá realizarse la extracción del cuerpo extraño, para lo cual el método utilizado es la fibrobroncoscopia o el broncoscopio rígido.

PALABRAS CLAVE

Asfixia, cuerpo extraño, fibrobroncoscopia.

ABSTRACT

Foreign body aspiration is uncommon in the adult population but can be a life-threatening condition. Clinical manifestations vary according to the degree of airway obstruction, and, in some cases, making the correct diagnosis requires a high level of clinical suspicion combined with a detailed history and exam.

Initial treatment is manoeuvring for unblocking the airway and cardiopulmonary resuscitation measures. In a second step the foreign body must be removed, for which the method used is flexible or rigid bronchoscopy.

KEY WORDS

Asphyxiation, foreign body, bronchoscopy.

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños (CE) endobronquiales son objetos de diversa índole que penetran en el árbol traqueobronquial por distintas circunstancias. Aunque pueden presentarse a cualquier edad, tienen una mayor incidencia en los niños, sobre todo por debajo de los 4 años. En adultos las causas principales se deben a alteraciones neurológicas y motoras, alteraciones en el funcionamiento de la epiglotis y la degeneración del proceso de deglución¹.

En general representan una urgencia respiratoria, cuyo nivel de gravedad depende de su naturaleza y del compromiso ventilatorio que por su situación dentro del árbol bronquial puedan ocasionar².

El espectro clínico puede variar desde un cua-

dro agudo con insuficiencia respiratoria grave hasta un cuadro insidioso en el que predomine la clínica infecciosa.

La radiología suele ser inespecífica a excepción de los CE metálicos. La sospecha clínica se confirma con la broncoscopia que habitualmente permite la visualización del CE y su extracción. La broncoscopia rígida, técnica empleada durante años, hoy día sólo es electiva en el paciente pediátrico, siendo la fibrobroncoscopia el método de primera elección en el adulto.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente varón de 72 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, sin tratamiento farmacológico, pendiente

de inicio de estudio ambulatorio por cuadro de disartria fluctuante y torpeza en la manipulación fina de extremidades superiores. Vivía con su esposa en un pueblo de la provincia de Teruel, independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

El paciente acudió a urgencias del hospital Obispo Polanco traído por su esposa en su coche particular tras experimentar un cuadro de disminución del nivel de conciencia y disnea bruscos mientras merendaba. Durante el trayecto la situación respiratoria fue empeorando progresivamente, y a su llegada a urgencias presentaba respiración agónica, cianosis cutánea, pulso carotídeo presente y pulsos en extremidades inferiores palpables y simétricos. Inmediatamente se procedió a realizar intubación orotraqueal, previa sedoanalgesia, y en consecuencia ventilación mecánica invasiva.

Para el diagnóstico diferencial del cuadro se procedió a la realización de pruebas complementarias. Mientras tanto el paciente presentó hipotensión arterial mantenida, que a duras penas remontaba con la administración de fluido-terapia agresiva. El electrocardiograma reflejaba una taquicardia sinusal con extrasistolia aislada. La radiografía de tórax no mostraba alteraciones de interés, así como la bioquímica y hemograma realizados a su llegada. Las enzimas cardiacas fueron normales, y también el estudio de coagulación, incluido el D-dímero. La gasometría venosa inicial mostraba claros signos de hipoxemia, con pH 6,95 y lactato de 8 mmol/l. En la tomografía computarizada (TC) cerebral se apreciaba una encefalopatía vascular crónica, sin signos de isquemia ni hemorragia agudas. La TC de tórax no presentaba alteraciones parenquimatosas ni pleurales. Se apreciaba una imagen de morfología tubular y densidad cercana al calcio localizada en bronquio principal derecho, enclavada a la salida del bronquio del lóbulo superior derecho y taponando el bronquio intermedio (Fig. 1). También había una imagen cuadrangular de menor densidad pero igualmente hiperdensa, localizada en bronquio principal izquierdo. En la TC abdominal se apreciaban restos alimenticios en estómago de alta densidad, similar a los vistos en los bronquios principales. Los grandes vasos retroperitoneales no presentaban alteraciones significativas.

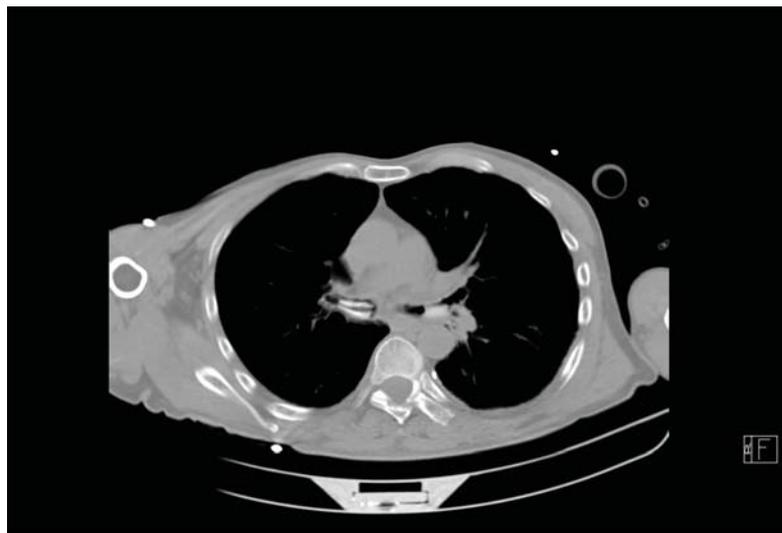


Fig. 1. Corte de la TC torácica, se aprecia imagen hiperdensa.

Tras haber descartado patología aguda cerebral, cardíaca o síndrome aórtico, el diagnóstico de sospecha fue una broncoaspiración de contenido alimenticio que taponó las principales vías respiratorias provocando una situación de hipoxia grave al paciente. Se presentó el caso al intensivista de guardia, que tras valorar al paciente solicitó traslado al Hospital Miguel Servet ante la imposibilidad de realización de broncoscopia urgente en nuestro centro. Tras informar a la familia de la gravedad de la situación y de la posibilidad de daño neurológico irreversible secundario a la hipoxia cerebral mantenida, se procedió al traslado del paciente al centro hospitalario mencionado.

En una primera fibrobroncoscopia (Fig. 2) se extrajo un CE de bronquio principal izquierdo en dos porciones, acompañado de una maniobra de desintubación, quedando permeable el bronquio principal izquierdo. No hubo tanta suerte con el derecho, en el que se aspiró un CE semiblando, quedando otro de consistencia dura recubierto de material viscoso que ocluía la entrada del bronquio de lóbulo superior derecho. En la visión macroscópica los elementos correspondían a fragmentos de jamón (Fig. 3).

Al día siguiente se realizó broncoscopia rígida gracias a la cual se extrajo el CE restante, que correspondía a un fragmento de hueso. Tras dicha maniobra el árbol bronquial derecho quedó también permeable.

Posteriormente y también durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI),



Fig. 2. Fragmento de jamón extraído del bronquio.

ante la sospecha de patología neurológica de evolución crónica, se practicó un electromiograma, que resultó compatible con enfermedad de motoneurona. También se realizó una biopsia del músculo cuádriceps, cuyo resultado se recibió varias semanas después, que fue informado como atrofia neurógena de larga evolución.

Neurológicamente no presentó focalidad motora y llegó a estar perceptivo, aunque era difícil de explorar por la asociación de sedantes. Hasta la realización de la traqueotomía no fue posible avanzar en el destete del respirador por cuadro de agitación. Presentaba gran labilidad hemodinámica en relación con grado de agitación-sedación. Tras lograr cierta estabilidad clínica y a petición de la familia, se autorizó traslado a UCI del hospital de Obispo Polanco de Teruel.

Allí permaneció varios días hasta que se controlaron la hipotensión y la agitación psicomotriz. Posteriormente se trasladó a la planta de Neurología para proseguir el estudio, bajo impresión diagnóstica de enfermedad de primera motoneurona (esclerosis lateral amiotrófica), probable encefalopatía hipóxica o una combinación de ambas. El paciente presentó una leve mejoría del nivel de conciencia los primeros días tras su in-

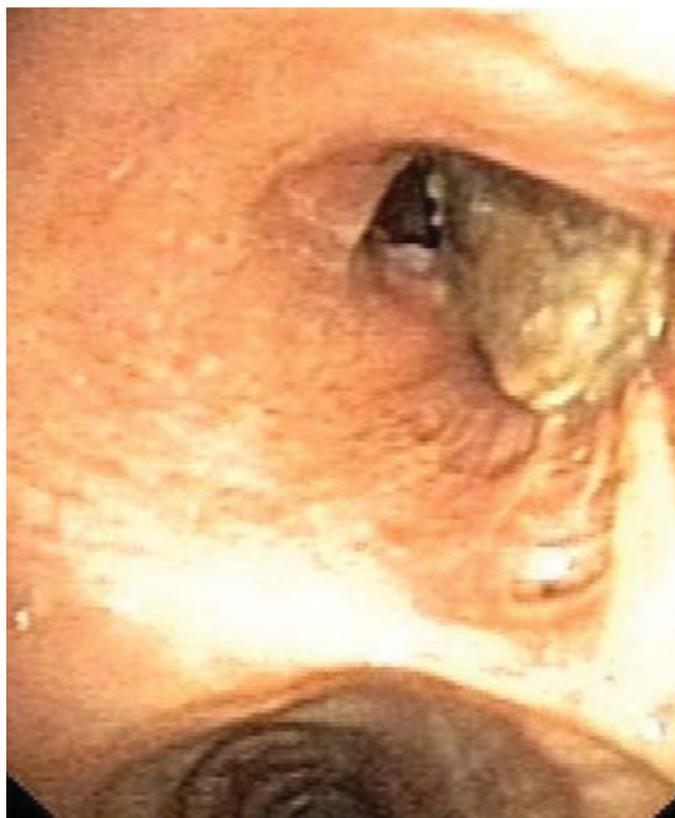


Fig. 3. Imagen de la fibrobroncoscopia con visualización de fragmento de hueso.

greso en planta. Sin embargo, posteriormente la situación empeoró tanto a nivel cognitivo como su estado general, presentando picos febriles que a duras penas se controlaban con antibioterapia. Ante esta situación, la inquietud motora, la incomodidad del paciente y el pronóstico vital de la enfermedad, conjuntamente con la familia se decidió retirar la nutrición enteral y el tratamiento antibiótico e iniciar bomba de sedación en perfusión continua.

En este contexto se trasladó al Hospital San José para continuar los cuidados paliativos, presentando una evolución desfavorable. Finalmente, pasadas seis semanas del episodio que propició su llegada a urgencias, el paciente falleció.

DISCUSIÓN

La broncoaspiración de un CE en adultos es menos frecuente que en niños, y habitualmente se produce en pacientes con factores predisponentes tales como: enfermedades neurológicas (Parkinson, epilepsia, retraso mental, parálisis cerebral, enfermedad cerebrovascular, neoplasia cerebral), procedimientos dentales, abuso de alcohol y sedantes, antecedentes de trauma facial

e intubación orotraqueal y patología broncopulmonar previa³. En el caso que nos compete, se trataba de un paciente con patología neurológica no diagnosticada en el momento del evento, pero que posteriormente demostró ser una enfermedad de primera motoneurona. La aspiración de CE es más frecuente en varones y afecta principalmente al árbol bronquial derecho. Los cuerpos extraños broncoaspirados suelen ser partículas de alimentos (huesos, espinas, semillas), comprimidos, piezas dentarias, etc, pudiendo detectarse en radiología simple y/o TC si son metálicos u óseos⁴.

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño es una causa poco frecuente pero potencialmente tratable de muerte accidental. En caso de obstrucción parcial se debe animar a la víctima a toser puesto que la tos genera presiones de la vía aérea altas y sostenidas y puede expulsar el cuerpo extraño. En el tratamiento de la obstrucción completa de la vía aérea en los adultos conscientes y niños mayores de un año se ha de-

mostrado la eficacia de los golpes en la espalda o palmadas, así como compresiones abdominales y torácicas (maniobra de Heimlich).

Si estas medidas fracasan o no se llevan a cabo en un primer momento, como ocurrió en el caso presentado, se realizarán medidas de soporte vital, procediendo a una extracción posterior del cuerpo extraño bronquial⁵. Actualmente, la broncofibroscopia es el método diagnóstico más eficaz, y además es un procedimiento terapéutico, permitiendo en muchos casos extraer el cuerpo extraño en la misma exploración diagnóstica (o de forma diferida) mediante el uso de pinzas de biopsia, cesta, asa, electroimán, láser, catéteres (Fogarty, Amplatz), etc. En otros casos para la extracción del CE será preciso utilizar broncoscopia rígida o incluso cirugía (segmentectomía o lobectomía pulmonar) por toracoscopia o toracotomía⁶. Entre las complicaciones crónicas de la broncoaspiración de CE están la atelectasia, la neumonía obstructiva, el absceso pulmonar y las bronquiectasias.

BIBLIOGRAFÍA

1. M^a N. Feu Collado, J.C. Bioque Rivera, J.M^a Rubio Sánchez, N. Pascual Martínez, J.M. Vaquero Barrios, L.M. Entrenas Costa, F. Santos Luna, L. Muñoz Cabrera A. Cosano Povedano. Cuerpos extraños endobronquiales. NEUMOSUR 2001; 13, 2: 117-123
2. Entrenas Costa LM, Santos Luna F, Muñoz Cabrera L, Muñoz Alguacil J, Cosano Povedano A. Cuerpos extraños en la vía aérea. Patología infantil. Arch Bronconeumol 1988; 24: 197-99.
3. Wain JC, Mark EJ. Case 33-1997. A 75-Year-Old Man with chest pain, hemoptysis, and pulmonary lesion. N Engl J Med 1997; 337: 1220-6.
4. Muhammad Kashif, Hafiz Rizwan Talib Hashmi, and Misbahuddin Khaja. Case report: Early Recognition of Foreign Body Aspiration as the Cause of Cardiac Arrest. Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Critical Care Volume 2016, Article ID 1329234.
5. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation (2015) Limper AH, Prakash UBS. Tracheobronchial foreign bodies in adults. Ann Intern Med 1990; 112: 604-9.
6. Leal Mursulí Armando, Castellanos González Juan Antonio, Ramos Díaz Nélide, Adefna Pérez Radamés I., Riano Arencibia Miguel A, Gonzalez Alejo Antonio J. Cuerpo extraño intrapulmonar: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Cubana Cir [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Mar 28]; 48(1).