

Molar aspirado al árbol traqueobronquial*

JUAN CAMILO OSPINA GARCÍA¹, TATIANA BARRETO PINZÓN²

Resumen

Se reporta el caso de una niña de 11 años con neumonías a repetición focalizadas en el mismo segmento pulmonar. Refería antecedente de exodoncia con aspiración del molar dos años antes, que coincidía con el inicio de las infecciones pulmonares. En el último episodio se sospecha y comprueba la presencia de un molar en lóbulo medio, que se extrae por broncoscopia rígida, sin complicaciones.

Palabras clave: cuerpo extraño, bronquial, complicaciones, broncoscopia.

Title

Molar aspired to the tracheobronchial tree

* Se presentó como póster en el XXXV Congreso Nacional de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. 26 al 29 de mayo de 2010, Barranquilla, Colombia.

¹ Médico otorrinolaringólogo pediatra; jefe, Unidad de Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario San Ignacio, profesor Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

² Médica, residente II, Unidad de Otorrinolaringología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Recibido: 04-10-2010

Revisado: 16-12-2010

Aceptado: 11-01-2011

Abstract

Reported a case of a 11 year old girl with pneumonia to repeat the same pulmonary segment-focused. She related background of exodontia with aspiration of molar two years before, which coincided with the beginning of the lung infections. In the last episode is suspected and documents molar middle lobe, which is extracted by rigid bronchoscopy without complications.

Key words: Foreign body, bronchial, complications, bronchoscopy.

Introducción

La aspiración de cuerpos extraños hacia el árbol traqueobronquial es una causa frecuente de morbimortalidad en la población pediátrica. Los cuerpos extraños de larga evolución en la vía aérea inferior se manifiestan de forma variable y presentan un alto riesgo de secuelas y complicaciones tardías[1, 2].

El presente es el reporte del caso de una niña de 11 años a quien se le extrajo un molar del lóbulo medio derecho, que había sido aspirado dos años atrás, durante una exodoncia.

Los pacientes con neumonías a repetición en el mismo segmento pulmonar, o *croup* atípico o de duración prolongada, obligan a considerar un cuerpo extraño como diagnóstico diferencial[3-5].

Los factores que favorecen un diagnóstico tardío incluyen: estrato socioeconómico bajo, falta de acceso

a servicios de salud con personal entrenado, ausencia de síntomas respiratorios agudos asociados, presentación del evento sin testigos o desestimación de un claro evento de aspiración por el personal de salud, además de hallazgos normales en la radiografía de tórax, que se cuantifican en 15,7% de los casos[2, 5].

Las secuelas de un cuerpo extraño alojado en el árbol traqueobronquial aumentan en gravedad en forma proporcional al lapso entre la aspiración y la extracción, siendo más significativas luego de tres meses[5]. Las principales secuelas son consolidación, enfisema, neumotórax, bronquiectasias y fibrosis pulmonar; las dos últimas son irreversibles en 18% de los casos[3, 4, 6].

La broncoscopia rígida es el método de referencia para el diagnóstico y la extracción de cuerpos extraños en el árbol traqueobronquial[1, 2, 4, 7].

La extracción del cuerpo extraño en salas de cirugía, bajo anestesia general, debe concertarse con el equipo quirúrgico (otorrinolaringólogo, anesestesiólogo, enfermeras, instrumentadoras y auxiliares). Nosotros elegimos el procedimiento bajo anestesia intravenosa total, asegurando la vía aérea con un broncoscopio rígido Doesel-Huzly (Karl Storz Co., Tuttlingen, Germany), que permite simultáneamente la asistencia respiratoria del paciente[2, 4, 5, 8].

Caso clínico

Se trata de una niña 11 quien dos años atrás fue sometida a una exodoncia de un molar temporal con importante reabsorción radicular. Durante el procedimiento, el odontólogo accidentalmente dejó caer la muela dentro de la cavidad oral. Inmediatamente, la paciente presentó acceso de tos y sensación de atoramiento que cedieron a los pocos minutos. Se presumió que la muela había sido deglutida y se instruyó a la paciente para que examinara la materia

fecal. Doce meses después, la paciente presentó un cuadro clínico de neumonía derecha confirmada con radiografía de tórax, según refirió la madre de la niña. Recibió antibiótico, con resolución del episodio. Durante los siguientes dos años, presentó cuatro episodios similares. Las radiografías de tórax disponibles mostraron una imagen indicativa de un objeto radiopaco en el lóbulo medio sugestivo de una pieza dental, la cual fue ignorada por los médicos que la evaluaron (figura 1).

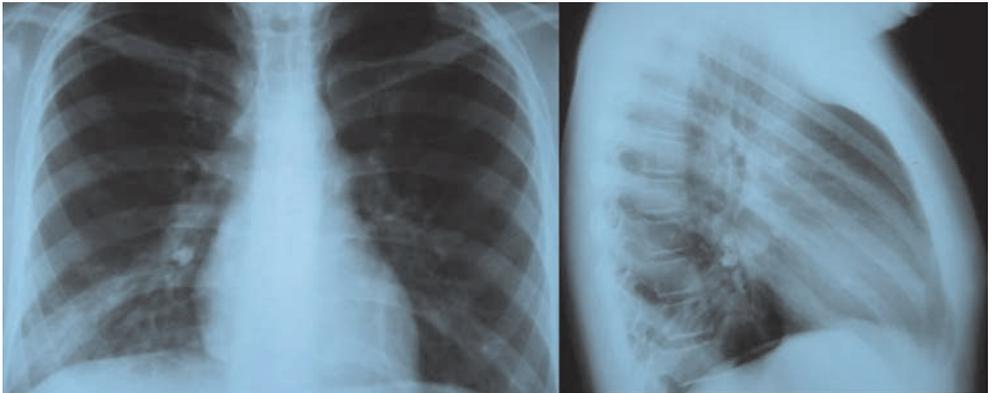


Figura 1. Imágenes de radiografía anteroposterior y lateral previas a la extracción del cuerpo extraño por broncoscopia.

Una semana antes del último ingreso, presentó una nueva neumonía del mismo segmento, que requirió hospitalización y antibioticoterapia intravenosa. En esta ocasión, el neumólogo pediatra ordenó una nueva radiografía

y, ante la sospecha de un cuerpo extraño en la ubicación descrita, una tomografía de tórax la cual confirmó la presencia de un molar en el pulmón derecho (figuras 2 y 3).

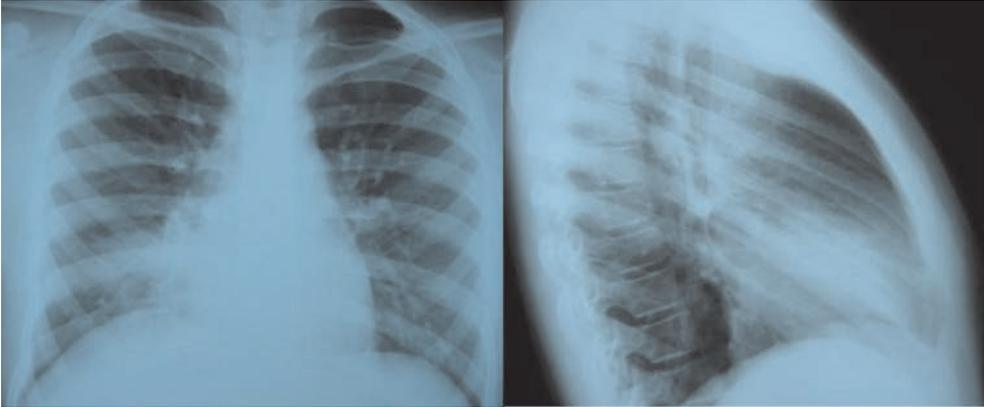


Figura 2. Imágenes de radiografía anteroposterior y lateral del cuerpo extraño asociado a consolidación y aumento de la trama vascular parahiliar derecha previa a la extracción.

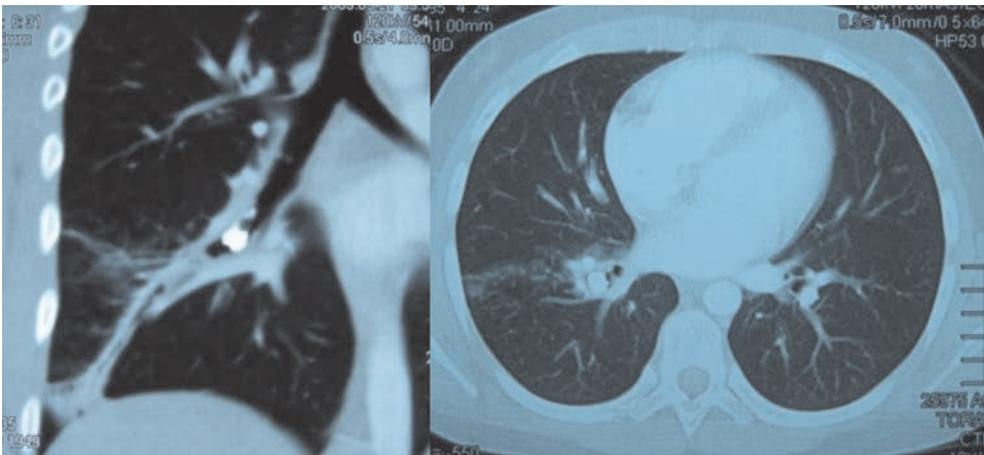


Figura 3. Imágenes de tomografía computarizada corte sagital y coronal a nivel del molar en lóbulo medio derecho. Nótese el tejido de granulación proximal al molar en el corte sagital.

La paciente fue sometida a cirugía. Bajo anestesia general intravenosa total, se practicó una microlaringobroncoscopia rígida con broncoscopio Doesel-Huzly (Karl Storz Co., Tuttlingen, Germany) de 5 mm de tamaño (O.D:

7.2 mm) y lente de 0° y 2,9 mm. El árbol traqueobronquial fue examinado en su totalidad y a la entrada del bronquio del lóbulo medio se observó una muela rodeada de tejido de granulación y secreción purulenta (figura 4).

Posteriormente fue extraída con fórceps óptico (10378KF Karl Storz) (figura 5) y se hizo un lavado bronquial. Al día siguiente, la paciente se encontraba completamente asintomática y la radiografía de tórax de control, a la semana de la

extracción, demostró expansión total del lóbulo medio (figura 6). En los ocho meses posteriores al procedimiento, la paciente no había presentado infecciones pulmonares.

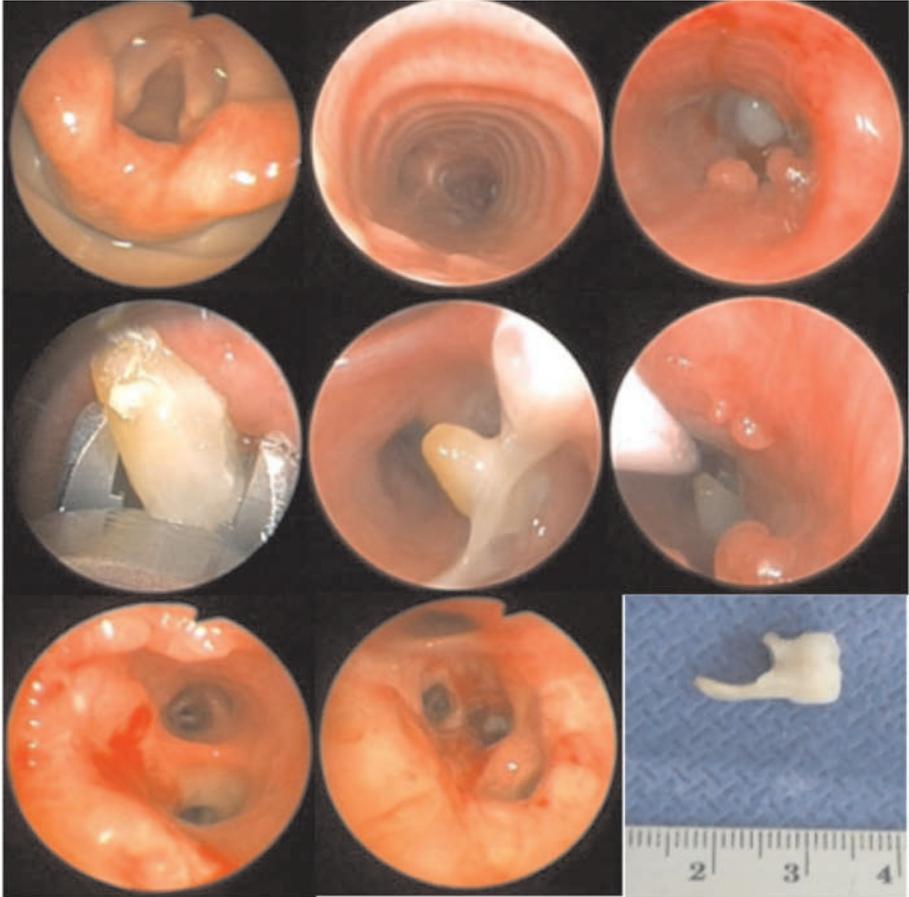


Figura 4. Secuencia de fotos por broncoscopia rígida, se evidencia glotis y árbol traqueobronquial, tejido de granulación proximal al cuerpo extraño identificado como molar, extracción con fórceps óptico, revisión y aspiración de colección de pus distal a la obstrucción, imagen del 3 molar.

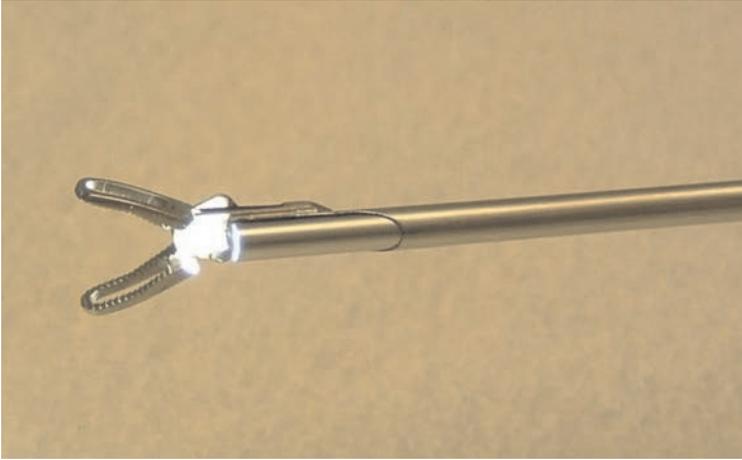


Figura 5, Imagen fotográfica del fórceps óptico usado para la extracción del cuerpo extraño. Acercamiento de la parte más distal.

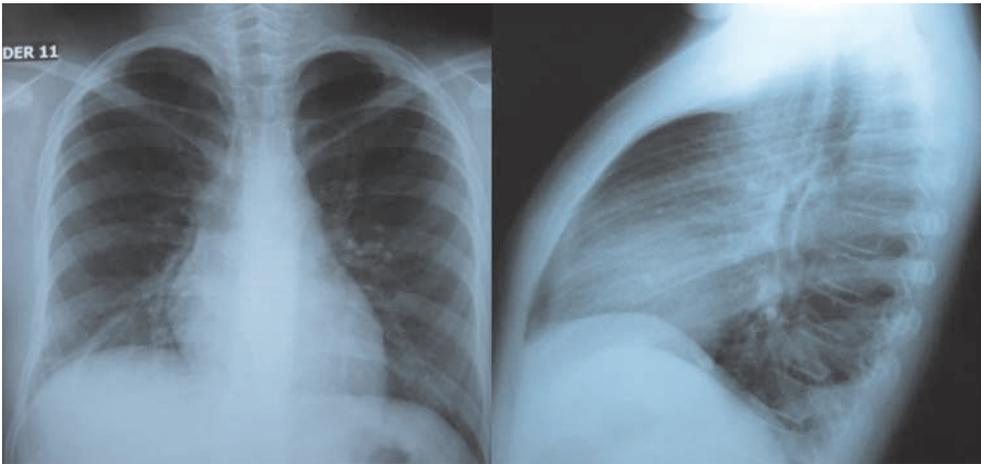


Figura 6. Imagen de radiografía anteroposterior y lateral una semana posterior a la extracción del molar en lóbulo medio derecho. Nótese la resolución de la atelectasia basal derecha y la consolidación.

Discusión

La detección y extracción de cuerpos extraños del árbol traqueobronquial exi-

gen del clínico un alto nivel de sospecha y entrenamiento en la técnica quirúrgica. En el caso actual, es evidente que el evento de aspiración fue subvalorado y

manejado inapropiadamente. El estudio radiológico inmediato a la sospecha de aspiración o la búsqueda de cuerpo extraño ante las repetidas infecciones pulmonares, debió ser la conducta médica adecuada para evitar las complicaciones a largo plazo.

A pesar del tiempo prolongado (dos años) entre la aspiración y el diagnóstico de un molar aspirado, en el presente reporte de caso demostramos que es posible hacer la extracción por vía endoscópica sin mayores dificultades. No obstante, en muchas ocasiones puede requerirse procedimientos por vía de toracotomía, que terminan en resecciones amplias de segmentos pulmonares.

Agradecimientos

Al equipo quirúrgico de las salas de cirugía de la Clínica del Country y al neumólogo pediatra Alfredo Pérez.

Bibliografía

1. Qi Zhong, Zhigang Huang, Wei Guo, Shengzhong Zhang, Wentong Ge. Foreign body aspiration in children: The value of diagnostic criteria. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2009;73:963-7.
2. Souto PJ, Moreira PA, Scheinmann P, De Blic J. Foreign body aspiration: Clinical, radiological findings and factors associated with its late removal. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70:879-84.
3. Soysal O, Kuzucu A, Ulutas H. Tracheobronchial foreign body aspiration: a continuing challenger. *Otolaryngology Head and Neck Surgery.* 2006;135:223-6.
4. Skoulakis CE, Doxas PG, Papadakis CE, Proimos E, Christodoulou P, Bizakis JG, et al. Bronchoscopy for foreign body removal in children. A review and analysis of 210 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2000;53:143-8.
5. Karakoc F, Cakir E, Ersu R, Uyan ZS, Colak B, Karadag B, et al. Late diagnosis of foreign body aspiration in children with chronic respiratory symptoms. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71:241-6.
6. Righini CA, Morel N, Karkas A, Reyt E, Ferretti K, Pin I, Schmerber S. What is the diagnostic value of flexible bronchoscopy in the initial investigation of children with suspected foreign body aspiration? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71:1383-90.
7. Brkic F, Umihanic S. Tracheobronchial foreign bodies in children. Experience at ORL clinic Tuzla, 1954-2004. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71:909-15.
8. Qureshi A, Lowe D, McKiernan C. The origin of bronchial foreign bodies: A retrospective study and literature review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2009;266:1645-8.