

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“CUERPOS EXTRAÑOS EN VIAS RESPIRATORIAS EN  
EL NIÑO”

Revisión de 29 casos en el Hospital Roosevelt.

ÁNGEL ALFREDO LONGO CALDERÓN

GUATEMALA, ABRIL DE 1981.

## PLAN DE TESIS

- I. : INTRODUCCION
- II. : REVISION DE LITERATURA
  - a) *Anatomia Patológica*
  - b) *Etiología*
  - c) *Manifestaciones Clínicas*
  - d) *Diagnóstico*
  - e) *Tratamiento*
  - f) *Pronóstico*
  - g) *Profilaxis*
- III. : OBJETIVOS
- IV. : METODOLOGIA
- V. : MATERIALES
- VI. : RESULTADOS
- VII. : DISCUSION DE RESULTADOS
- VIII. : CONCLUSIONES
- IX. : RECOMENDACIONES
- X. : BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Las vías aéreas en los niños son lugar frecuente de alojamiento de una gran variedad de cuerpos extraños exógenos, el descuido de los adultos es el factor etiológico más importante. Los cuerpos extraños en las vías aéreas constituyen un accidente que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes, aunque pueden darse situaciones diferentes, encontrándose complicaciones tardías muchas veces graves y de carácter irreversibles.

El niño desde los albores de la raza humana despertó su interés por lo extraño (su innata curiosidad); induciéndole a recoger los objetos y tragarlos o bien introducirlos en otras regiones anatómicas con las consecuencias subsiguientes.

Muchos psiquiatras y psicólogos opinan que "los niños víctimas de la soledad y del abandono tienen gran tendencia a introducirse objetos en oídos, nariz, así como tragarlos, quizá como medio de llamar la atención". Debe tenerse en cuenta la inclinación del niño de llevarse a la boca cualquier objeto que tenga a su alcance, y con mayor razón cuando esta atravesando la etapa oral-táctil (de 8 meses a 2 años), del desarrollo en que todo lo que quiere es, conocer y palpar con el fin de aumentar sus conocimientos y vivencias.

Estos objetos en algunas ocasiones pasan a esófago y luego al estómago, y a veces se pueden ir hacia las vías aéreas ocasionando graves problemas de tipo agudo o crónico.

## ANTECEDENTES:

### CUERPOS EXTRAÑOS EN ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL.

*Anatomía Patológica:* Las alteraciones provocadas por los cuerpos extraños dependen del carácter de éstos y del grado de obstrucción de las vías aéreas. Un objeto agudo o irritante alojado en la laringe provocará un intenso edema y más adelante pericondritis supurada,<sup>(3)</sup> no es raro que puedan ocasionar edema de las cuerdas vocales causando disfonía y estridor laríngeo<sup>(10)</sup>

En el bronquio, un cuerpo extraño no obstructivo puede dar origen a escasas consecuencias en el aspecto anatomopatológico mientras que un objeto obstructor ocasionará atelectasia y más adelante bronquiectasia, absceso pulmonar o empiema<sup>(13)</sup> e incluso en muchas ocasiones los cuerpos tranqueobronquiales pueden ser asintomáticos aunque después de las 24 horas pueden progresar a fases de sintomatología pulmonar según el grado de oclusión y el lugar de alojamiento. En ocasiones en que no se diagnostica el colapso pulmonar secundario en el transcurso del tiempo puede progresar a infecciones en el pulmón con fiebre y tos siendo esta la fase en que algunos pacientes pueden ser tratados con fisioterapia y antibióticos de varios tipos, todo ello por desconocimiento del factor causal evolucionando al final a la formación de absceso localizado que en muchos casos requiere lobectomías<sup>(4)</sup>. Powell en 1965 en Inglaterra reportó 433 muertes en 1960, y 471 muertes en 1961, secundario a cuerpos extraños en vías aéreas, además concluyó que el 75o/o de todos los casos se había presentado en niños menores de 2 años<sup>(5)</sup>

Los cuerpos extraños orgánicos pueden producir irritación e infección de la mucosa bronquial con cambios edematosos lo que puede aumentar la oclusión bronquial, más tarde en la mucosa inflamada se observan cambios de granulación del tejido por descomposición del cuerpo produciendo en ocasiones graves abscesos<sup>(17)</sup>. La aspiración de maní es frecuente produciéndose

una neumonía severa de tipo lípido secundaria al ácido arácico que se encuentra presente en la pulpa del maní<sup>(17)</sup>. En otras ocasiones causa cambios químicos o irritación mecánica con interferencia en las funciones fisiológicas del paso de gases a la sangre<sup>(11)</sup>. En general los cuerpos extraños agudos son retenidos en la laringe y se enclavan en la mucosa; los irregulares y blandos son atrapados entre las dos cuerdas vocales en caso de laringoespasmos<sup>(18)</sup>. Un cuerpo extraño laringeo mortal a menudo es el bolo de carne, el laringoespasmos resultante ocluye por completo la laringe y produce asfixia a menos que haya quien establezca una vía alterna efectuado traqueostomía de inmediato<sup>(12)</sup>. Los objetos lisos como nueces, granos de maíz, semillas de sandía, frijoles, guisantes y juguetes de plástico pasan hacia el árbol traqueobronquial a través de la laringe, al principio hay tos espasmódica intensa, que persiste durante 30 minutos; durante este período el cuerpo extraño emigra desde una parte del árbol traqueobronquial hacia otra, más a menudo se enclava en el bronquio derecho porque este es mayor que el izquierdo y hace menos ángulo con el eje largo de la traquea y la carina está hacia la izquierda de la línea media traqueal<sup>(12)</sup>. El mecanismo más común de la obstrucción bronquial por cuerpo extraño es la válvula de una sola vía, a través de la cual el aire puede entrar en el bronquio distal al cuerpo extraño durante la inspiración, pero esta limitada su salida durante la espiración, este tipo de obstrucción produce enfisema distal al cuerpo extraño<sup>(15)</sup>.

En general las causas de obstrucción localizada en las vías aéreas pueden agruparse en endomurales, intramurales y extramurales. Las causas endomurales incluyen secreciones bronquiales y cuerpos extraños aspirados. Las intramurales neoplasias benignas y malignas, edema estenosis y fibrosis y, las causas extramurales dependen principalmente de agrandamiento de ganglios linfáticos y otras estructuras que comprimen la vía aérea, variando los efectos de obstrucción según la localización ya sea parcial o completo<sup>(8)</sup>.

## ETIOLOGIA:

La iniciación brusca con crisis de disnea con tos, sibilancias y crisis de cianosis deben hacernos pensar en cuerpos extraños en vías aéreas.<sup>(10)</sup>

El niño pequeño esta propenso a ingerir objetos muchas veces por la tendencia de imitar a los adultos, en algunas ocasiones la fase del tacto con sus respectivas sensaciones táctiles en la mano se relaciona con la fase de la dentición<sup>(11)</sup>. En los adultos la disminución de la percepción y acción refleja en estados de intoxicación alcohólica, epilepsia, somnolencia o inconciencia son también causas contribuyentes<sup>(16)</sup>. La preparación inapropiada de alimentos, el beber y jugar mientras se come, mantener la boca llena de alimentos, inapropiada supervisión a los niños son las causas más frecuentes de aspiración<sup>(12-19)</sup>.

## MANIFESTACIONES CLINICAS:

**Cuerpos Extraños Intralaringeos:** Un cuerpo extraño en la laringe ocasiona tos, que pronto adquiere carácter crupal y afonía pueden producirse hemoptisis, disnea con jadeo y cianosis<sup>(10)</sup>. La obstrucción consecutiva del cuerpo extraño o del factor asociado puede ser mortal debido a su reacción inflamatoria o al espasmo laríngeo severo que presenta, haciéndose necesario efectuar traqueostomía de emergencia.<sup>(5)</sup>

**DIAGNOSTICO:** La radiografía y laringoscopia directa revelarán la presencia de un cuerpo extraño en la laringe, un cuerpo extraño opaco en la región cervical se visualiza claramente en la radiografía lateral, si está alojado en la parte anterior es evidente que se halla en la laringe; si está por detrás de la sombra de tejidos blandos de la laringe, radica en la hipofaringe o en esófago cervical. El plano en que se halla el cuerpo extraño es otro elemento diagnóstico diferencial en cuanto a su localización

en el cuello; si se encuentra en el plano sagital corresponde a la laringe, si está en el plano coronario probablemente radique en vías difestivas. Incluso si el cuerpo extraño no es opáco, el examen radiológico puede proporcionar pruebas indirectas de su presencia. Deben efectuarse siempre radiografías tanto en proyección lateral como anteroposterior. En algunos casos será también conveniente la administración de una pequeña cantidad de papilla opáca. La laringoscopia directa confirmará el diagnóstico y proporcionará la vía de acceso para la extracción instrumental del cuerpo extraño<sup>(13)</sup>.

**TRATAMIENTO:** En algunas oportunidades cuando el cuerpo extraño es pequeño puede ser expulsado por el reflejo de tos. Si el cuerpo extraño es lo suficiente grande que cause obstrucción completa se hace necesario efectuar traqueostomía para mejorar la disnea y posteriormente ser extraído mediante laringoscopia mediante anestesia general.<sup>(1)</sup>

#### **CUERPO EXTRAÑO INTRATRAQUEAL:**

Aunque un cuerpo extraño en la tráquea puede también provocar tos, ronquera, disnea y cianosis, los signos característicos son el palmeteo audible de Chavalier Jackson, que no es más que el golpe que produce el cuerpo extraño al chocar con la glotis.<sup>(10)</sup> Pueden presentarse además el choque palpatorio y el jadeo asmatoide, constituyéndose todos estos en signos patognómicos del cuerpo extraño en tráquea.

**DIAGNOSTICO:** Historia de aspiración, hallazgos de signos patognómicos. El diagnóstico de cuerpo extraño intratraqueal puede a veces, establecerse por los signos subjetivos, signos físicos y radiografías del tórax, pero en general solo se establece de forma definitiva por Broncoscopia<sup>(3)</sup> En algunas ocasiones cuerpos extraños en esófago y comprensión sobre el esternón pueden causar obstrucción de la tráquea, haciéndose necesario la Traqueostomía<sup>(7)</sup>

**TRATAMIENTO:** Aunque los cuerpos extraños en la tráquea son de los menos comunes debido a que es clasificada un área de transición o de paso, cuando suelen presentarse se hace necesario la traqueostomía dependiendo del grado de disnea que manifieste y su extracción mediante la Broncoscopia esto bajo anestesia general<sup>(1)</sup>.

#### **CUERPO EXTRAÑO INTRABRONQUIAL:**

Los síntomas iniciales pueden ser semejantes a los cuerpos extraños intralaringeos o intratraqueales. La tos, los esputos hemoptoicos y el sabor metálico en el caso de cuerpos extraños de metal<sup>(13)</sup>. El grado de obstrucción provocado por el cuerpo extraño intrabronquial es un factor decisivo, tanto en cuanto a la sintomatología como en lo que se refiere a sus alteraciones patológicas. Un cuerpo extraño no obstructivo puede motivar escasos síntomas incluso después de una permanencia prolongada; en cambio un cuerpo extraño obstructivo produce con gran rapidez síntomas subjetivos, objetivos y alteraciones patológicas. Si la obstrucción es solo ligera se presentará jadeo; si es más acentuada se presentara enfisema obstructivo o atelectasia obstructiva<sup>(10)</sup>. Si se deja persistir cualquiera de las dos situaciones, tiende a producir una bronconeumonía crónica como secuela. Cuando están obstruidos ambos bronquios principales existirá disnea e incluso asfixia. Si el cuerpo es de carácter vegetal, como por ejemplo maní aparecerá una afección muy grave calificada de bronquitis vegetal o bronquitis araquídica, que se caracteriza por tos, fiebre de tipo séptico y disnea. Es probable que sobrevenga supuración pulmonar crónica cuando ha persistido por largo tiempo un cuerpo extraño intrabronquial.<sup>(5)</sup> Al examen clínico pueden descubrirse pocos signos objetivos tales como: Disminución del murmullo vesicular o zonas de submatidez, en ocasiones disminuciones de la expansión torácica del lado afectado durante la inspiración que puede ser acompañado de cianosis, ansiedad y desesperación<sup>(15)</sup>.

**DIAGNOSTICO:** En el diagnóstico del cuerpo extraño intrabronquial hay que tener en cuenta que los síntomas dependen del estado en que se ve al paciente. Es necesario considerar la posibilidad de un cuerpo extraño como factor etiológico en todo niño con una lesión torácica aguda o crónica, existe o no antecedente de aspiración de uno de tales cuerpos. Los signos físicos de obstrucción bronquial por cuerpo extraño comprenden expansión limitada, disminución de las vibraciones vocales, sonoridad disminuida a la percusión (atelectasia), o hiperresonancia (enfisema), y disminución del murmullo vesicular respiratoria si la obstrucción es completa<sup>(14)</sup>. Si la obstrucción completa, en caso del denominado "pulmón anegado" o con atelectasia, falta la resonancia y las vibraciones vocales, lo cual a menudo conduce al diagnóstico erróneo de empiema. Pueden observarse diversos grados de timpanismo en zonas de enfisema obstructivo, que a veces persiste durante algún tiempo. Aunque los estertores se perciben más frecuentemente en el lado no afecto de los bronquios, pueden también comprobarse en el que se halla afecto. El examen radiológico es de gran valor para detectar los cuerpos extraños. El diagnóstico precoz es de vital importancia, para así prever complicaciones de tipo tardío. Debe ser diferenciado de crisis asmáticas, problemas de bronquitis crónicas, bronconeumonias, y larinotraqueobronquitis, para evitar caer así en el error de dar tratamiento con antibióticos y esteroides pudiendo provocar enmascaramiento de la presencia de un cuerpo extraño y estar futuramente en presencia de un absceso pulmonar con daño irreversible<sup>(2)</sup>.

**TRATAMIENTO:** El tratamiento básico consiste en la extracción directa por broncoscopia del cuerpo extraño. En ocasiones se instituirá antibioterapia según su sintomatología. Dado el caso en que se llegara a la etapa de absceso pulmonar se hará necesario efectuar lobectomía y/o broncotomía.<sup>(14)</sup>

## PRONOSTICO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS EN ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL'

En la mayoría de los casos los cuerpos extraños no extraídos de las vías aéreas respiratorias resultan mortales tarde o temprano. Solo en un 2 al 4o/o los cuerpos extraños son expulsados espontáneamente con la tos. Aproximadamente 99o/o de ellos pueden ser extraídos sin riesgo con broncoscopia competente, en cuando menos el 98o/o de los pacientes así tratados curarán por completo<sup>(19)</sup>.

## PROFILAXIS:

Muchos pueden hacerse por evitar los accidentes provocados por los cuerpos extraños. Si se procura mantener los objetos pequeños fuera del alcance de los niños, si no se dan golosinas con núcleos vegetales y a los que son demasiado jóvenes para masticar, y si no se les proporciona juguetes en los que halla pequeñas porciones débilmente fijadas, se evitarán así muchos casos serios de cuerpos extraños alojados en las vías respiratorias. No se darán a los niños cuentas de rosario, la caja de los botones ni monedas como objetos de juego.

No hay que dejar imperdibles en la proximidad de la cuna del niño y, se dejan debe hallarse siempre cerrados, El imperdible cerrado no es un cuerpo extraño peligroso, pero el abierto es uno de los más peligrosos y difíciles de extraer sin daño. Los adultos no deben dar mal ejemplo manteniendo en la boca agujas u otros objetos. El instinto de imitación es muy intenso en un niño de corta edad; no es raro que en éste y en el lactante los accidentes por cuerpos extraños sucedan por haber imitado al padre u otro adulto que en su presencia se han introducido objetos a la boca.<sup>(9)</sup>

## OBJETIVOS

### GENERALES:

Hacer una recopilación y resumen en forma analítica del material bibliográfico disponible en nuestro medio. Revisar la documentación existente en Archivos del Hospital Roosevelt constituido por Registros Médicos, Libro de Registro de Pacientes operados en la Unidad de Cirugía Pediátrica, a fin de poner en manos del cuerpo médico y de los estudiantes de Medicina, toda la experiencia de los casos tratados en la Unidad de Cirugía Pediátrica. Sacar conclusiones prácticas, recomendaciones útiles y objetivos para la aplicación de procedimientos y conductas adecuadas en pro de un tratamiento eficaz y provechoso para el paciente.

### ESPECIFICOS

Hacer un estudio analítico respaldado con antecedentes de los casos tratados en la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt, con énfasis especial en grupos etareos, tiempo de evolución, localización, tipo de cuerpo extraño, y errores en el tratamiento.

Efectuar una promoción divulgativa en torno a la importancia del manejo adecuado de estos accidentes con el fin principal de evitar sus complicaciones haciendo énfasis en la utilidad práctica de una buena historia clínica, examen acucioso y la conciencia de tener alguna experiencia antes de abordar el caso.

## MATERIAL Y METODOS

### METODO:

Búsqueda y localización de Registro Médico y estudio del total de casos encontrados en base a:

Grupo étnico más afectado, sexo, motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, medios de diagnóstico utilizados, tratamiento médico-quirúrgico, complicaciones, tiempo de evolución, recuperación y determinación del tipo de cuerpo extraño más frecuentemente encontrados, para así poder efectuar el análisis retrospectivo de todos los casos que se encuentren de Enero de 1970 a Enero de 1980, culminando con la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

### MATERIAL:

Niños con cuerpos extraños en vías aéreas que fueron ingresados para tratamiento quirúrgico en la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt.

Humano: Colaboración del Asesor, Revisor, pacientes y autor.

### RECURSOS:

Físicos: Hospital Roosevelt, Unidad de Cirugía Pediátrica, Depto. de Radiología, Depto de Registro de Estadística y Archivo clínico Libro de Registro de Sala de Operaciones. Biblioteca del Hosp. Roosevelt y de la Universidad de San Carlos de Guatemala e INCAP.

CUERPOS EXTRAÑOS EN ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL  
POR GRUPO ETARIO

EDAD	BRONQUIO	O/o	TRAQUEA	o/o
0 - 2	1	4	1	25
2 - 4	14	56	0	0
4 - 6	6	24	2	50
6 - 8	3	12	0	0
8 - 10	1	4	0	0
10 - 12	0	0	1	25
TOTAL	25	100	4	100

CUADRO 2

INCIDENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS POR SEXO EN  
ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL.

SEXO	No.	o/o
Masc.	10	34.5
Fem.	19	65.5
TOTAL	29	100o/o

CUADRO 3

TIPO DE CUERPO EXTRAÑO MAS FRECUENTE EN ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL

TIPO	No.	o/o
Metal	4	13.7
Granos	20	69.9
Plástico	3	10.3
Pepitas	1	3.4
Cáscara huevo	1	3.4
TOTAL	29	100o/o

CUADRO 4

PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES CON CUERPOS EXTRAÑOS EN ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL.

DIAS	No. PACIENTES	o/o
0 - 2	8	27.5
2 - 4	11	37.9
4 - 6	6	20.6
6 - 8	4	13.7
TOTAL	29	100o/o

CUADRO 5

SINTOMATOLOGIA DE CONSULTA DE LOS PACIENTES CON CUERPOS EXTRAÑOS EN ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL.

SINTOMA	No.	o/o
Cianosis	11	37.9
Disnea	14	48
Tos	10	34
Fiebre	4	13
Disfonia	8	27
Hipoventilación	7	24
Estridor Laríngeo	3	10

CUADRO 6

TIEMPO DE EVOLUCION AL CONSULTAR

TIEMPO	No.	o/o
0 - 1 hora	10	34
1 - 12 horas	9	31
12 - 24 horas	2	7
1 - 5 días	5	17
5 - 10 días	0	0
11 - 15 días	1	3
1 - año	1	3
2 años	1	3
TOTAL	29	100o/o

CUADRO 7

## TRATAMIENTO EFECTUADO

BRONCOSCOPIA	TORACOTOMIA	LOBECTOMIA	BRONCOTOMIA
29	2	2	1

De los 29 casos encontrados hubo pacientes a quienes se les efectuó 2 ó 3 procedimientos; tal es el caso que más adelante se presenta.

CUADRO 8

## COMPLICACIONES MAS FRECUENTES ENCONTRADAS

COMPLICACIONES	No.	o/o
Atelectasia	4	29
Mediastinitis	1	7
Disfonfa	7	50
Abceso Pulmonar	2	14
TOTAL	14	100o/o

Las complicaciones se observaron por cuerpos extraños en bronquios

CUADRO 9

## BRONQUIO MAS AFECTADO

BRONQUIO	No.	o/o
B. Izquierdo	7	28
B. Derecho	18	72
TOTAL	25	100o/o

CUADRO 10

## HALLAZGOS RADIOLOGICOS MAS FRECUENTES

Rx	No.	o/o
Normales	19	65.5
Patológicos	10	34.4
TOTAL	29	100o/o

CUADRO 11

MORTALIDAD POR CUERPOS EXTRAÑOS EN ARBOL  
TRAQUEOBRONQUIAL

No. CASOS	MUERTES	o/o
29	2	7

CUADRO 12

PACIENTES A QUIENES SE LES INSTITUYO  
ANTIBIOTERAPIA

No. CASOS	ANTIBIOTICO	o/o
5	Penicilina	20
1	Gentamicina	4
TOTAL		24o/o

DISCUSION DE RESULTADOS

Los cuerpos extraños en el árbol traqueobronquial afortunadamente son raros en nuestro medio; pero cuando se presentan tienen graves consecuencias para el paciente pudiendo ocasionar la muerte según el tipo de obstrucción de vía aérea presente, así como el tiempo de evolución de la misma, por lo que debe ser considerado como un accidente que justifica tratamiento de urgencia.

En este estudio por ejemplo, se demostró que la mortalidad en la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt es del 7o/o, lo que debe ser motivo de preocupación ya que ésta patología es completamente prevenible y reversible cuando es tratada por médicos especializados.

Es muy importante que los médicos conozcan los riesgos que lleva consigo el manejo de este tipo de problemas y que los pacientes sean referidos a hospitales donde se cuente con el equipo para el tratamiento adecuado sin pérdida de tiempo. Esto evitará posteriormente, tratamientos más complicados que implican mayor morbilidad y ponen en peligro inminente la vida del paciente, dejando además, serias secuelas.

## CONCLUSIONES

La población infantil es la más susceptible presentando la más alta incidencia.

El grupo etáreo más afectado es el comprendido entre 2 y 4 años, siendo el sexo femenino el predominante.

La gran mayoría de cuerpos extraños son de origen vegetal.

En más de la mitad de los casos encontrados no existía antecedentes de aspiración de cuerpos extraños.

La sintomatología de consulta fue variada, observándose con mayor frecuencia disnea, cianosis y tos.

La mayoría de los casos consultaron en las primeras 12 horas de aparición de sus síntomas

El tratamiento dado fue broncoscopia a los 29 casos. Efectuándose 2 traqueostomías de emergencia siendo el uso de antibióticos limitado.

El promedio de días de hospitalización observado fue bajo (de 2 a 4 días), incrementándose cuando más tardía era la consulta.

Se comprobó que la principal complicación fue la atelectasia lobar según el bronquio obstruido.

El bronquio derecho fue el más afectado, los cuerpos intratraqueales ocuparon un mínimo porcentaje de incidencia.

Los Rayos X de tórax son indispensables ya que sus

hallazgos radiológicos pueden revelar patología pulmonar secundaria al cuerpo extraño o bien visualización directa del mismo.

La mortalidad por cuerpos extraños en árbol traqueobronquial es del 70/o considerándosele elevado.

## RECOMENDACIONES

Debe sospecharse cuerpo extraño en vías aéreas en aquellos pacientes en que hay patología pulmonar crónica Recidivante.

Recordar que la historia clínica es de importancia para el diagnóstico rápido y el tratamiento adecuado de éstos casos.

La traqueostomía debe ser efectuada de urgencia en casos de insuficiencia respiratoria severa, mientras se procede a la extracción del cuerpo extraño.

Los Rayos X de tórax deben de ser rutina en todos éstos pacientes.

Todo paciente que se sospeche o se tenga el diagnóstico de cuerpo extraño en árbol traqueobronquial debe referirse a un centro adecuado para tratamiento de urgencia.

Tratar de concientizar a las personas adultas el riesgo que representa dejar objetos que puedan ser aspirados, al alcance de niños pequeños.

## CASO INTERESANTE

Reg. Médico: 676-834.

Edad: 10 años.

Sexo: Masculino.

Motivo de Consulta: Tos 2 años de evolución. Historia de haber tragado cuerpo extraño hacía 2 años, con aparente expulsión, Luego de este accidente 1 mes después inicio con tos y fiebre siendo tratado con antibioterapia por Bronconeumonía, resolviéndose cuadro. 4 meses después presentó cuadro similar, recibiendo el mismo tratamiento, con mejoría leve; por persistir cuadro con períodos de curación recaídas durante 18 meses consultó al servicio de Emergencia de Medicina de Pediatría, siendo ingresado por presentar atelectasia del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, además de fiebre y tos productiva.

EXAMEN: T.O: 38°C F.R: 30 F.C: 98.

Conciente, orientado con leve disnea y tos productiva.

Pulmones: Disminución de expansión de hemitorax izquierdo.

Percusión: Zona de matidez basal izquierda. Auscultación:

Hipoventilación basal izquierda, pillidos y sibilancias inspiratorias, resto del parénquima pulmonar libre.

Resto del examen Físico: Normal.

I. C:

B.N.M

Atelectasia Basal Izquierda. Secundaria a Cuerpo Extraño.

Rx. de Ingreso: Infiltrado intersticial con tendencia a la consolidación basal izquierda.

Tratamiento:

Médico con Penicilina Cristalina

BRONCOSCOPIA: Atelectasia basal izquierda secundaria a objeto extraño que obstruye luz del bronquio.

En vista de ello hubo necesidad de efectuar Toracotomía con lo-

bectomía del lóbulo inferior del pulmón izquierdo por encontrarse atelectasia del mismo con presencia de abundante material purulento fétido. Paciente hospitalizado por espacio de 8 días después del procedimiento. Egresa en buenas condiciones.

LISTA DE REGISTROS MEDICOS ESTUDIADOS EN  
ESTA TESIS:

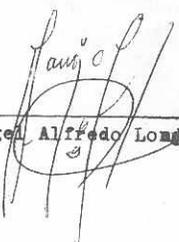
506-632	732-583	469-859
517-791	468-228	461-051
528-926	476-947	356-098
530-028	492-908	534-893
414-945	401-391	552-623
425-862	689-721	577-728
457-982	686-493	579-606
401-532	676-834 (c)	601-340
457-982	724-522	676-185
334-296	717-519	-----

C. Caso presentado en esta tesis.

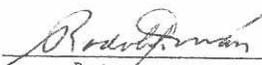
## BIBLIOGRAFIA

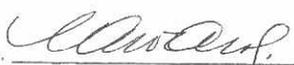
1. Adriani, J; Anesthesia for endoscopy. 'Ann Otol. 78 (No.6) 1129-1143. 1969
2. Cotton, E.K. and Athers. RENOVEL OF ASPIRATED Foreignn bodies by inhalation and postural Dromage. *linics Pediatrics*. 12. 270. 1973.
3. Duvall, A.J. III, Johnsen, A.F. and Buckley, J.: Bronchos copy under general nesthesia using the Sanders Ventilating Attachment. *Ann. Otol.* 78. 490-498. 1970.
4. El Barbary A.S. Food H. And Fathi A. 1969. *J. Laringol. Otol.* 83. 251.
5. Ferguson, C. F. and Kendig. E.L.: *Pediatric. Otorrilaringology.* Philadelphia, W.B. Sanders 1972.
6. Foreignn bodies principles of surgery. Schwartz. Third Edition, 1979. Edit. Mc Grow. Hielbock Company. 1636-1637.
8. Howell, J.B.L.: Obstrucción localizada de la Vfa Aérea en Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb. Dr. Alberto Folch Traductor. Tomo I. Décima Cuarta Edición. México: Editorial Interamericana. 1977. Págs. 997.
9. Hemlich, H.J.: Life Saving Maneuver. to Prevet. Food a Choking. *JAMA* 234. 398. 1975.
10. Hollinger, P.H. Andrews, A. H. Jr. and Anison G.C.: Pulmonary Complications due to Endotrachial Foreignn bodies, III. *Med. Journal* 93.19. 1960

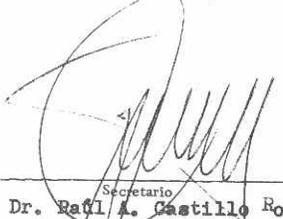
11. Hollinger, P.H.: Foreign bodies in the air and food passages Trans. America Academia. Ophthalmology y Otolaryn. 66. 193-210. 1962.
12. Jackson, C. and Jackson C.L.: Diseases of the air and food passages of foreign body origin. Philadelphia. 1965.
13. Low. D. And Korloske A.M.: Management of Tracheobronchial Foreign bodies in Children, A Revaluation of postural damage and Bronchoscopy. Pediatrics. 58. 362. 1976.
14. Mearus A.J. and England, R.M.: Dussalving Foreign bodies in the trachea and bronchus, Trhorax 30. 461. 1975.
15. Meneghello. Pediatría. Segunda Edición. Tomo II. Buenos Aires Editorial Inter-Medica. 1978.
16. Paparella, Michael and Donald Shumrick: Otolarynology. Vol. III. Head Neck. W.B. Sanders Company. Philadelphia 1973.
17. Pediatric. Otolaringology. J.F. Birreal. Year Book Medical Publishers. 167-173. Chicago. 1979. Inc.
18. Snow, Jr. James B.: Cuerpos extraños de laringe, árbol traqueobronquial y Esófago. en Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher. Tomo II. Décima Edición. México: Editorial Interamericana, 1974. Págs. 1177-1180.
19. Tucker, G.F.JR. Report of the Committee for the prevention of foreign body accidents. Trans. Amer. Bronchoesoph. Ass. 49. 181-184. 1969.

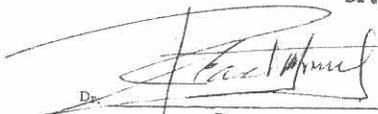
Br.   
Br. Angel Alfredo Longo Calderón

Dr.   
Asesor  
Dr. Silvio Pazzetti Galván.

Dr.   
Revisor  
Dr. Rodolfo Durán.

Dr.   
Director de Fase III  
Dr. Carlos Waldheim.

Dr.   
Secretario  
Dr. Rafi A. Castillo

Vo. Bo.  
Dr.   
Decano.  
Dr. Rolando Castillo Montalvo.