

^Cuerpos extraños en Pulmones y Bronquios'

Dr. Francisco Murillo Selva, hijo

Cirujano de Emergencia del H.G.S.F.

Cirujano de Tórax del Instituto Nacional del Tórax

CASO

N. F. O., 11 años, sexo masculino, originario de El Negrito, Yoro, con residencia en el mismo lugar. Ingresó al I. N. T. el 14 de mayo de 1973.

S. P.: "Arroja sangre".

Historia actual: Refiere la madre del niño que éste inicia su enfermedad hace unos dos meses caracterizada por tos seca, no productiva al principio, luego la tos se presentaba en crisis, expectoraba y arrojaba sangre en cantidad moderada. No refiere elevaciones térmicas sino hasta hace unos seis días. Fue tratado en el Centro de Salud de El Negrito, Yoro, con PAS, HAIN, S. M. durante dos meses y el niño siempre ha continuado presentando hemoptisis. La última vez fue hace dos noches en cantidad no cuantificada. Anoche ya interno en este Hospital presentó nuevamente hemoptisis.

La madre del niño dice que la enfermedad proviene de una caída de un árbol que el niño sufrió hace seis meses habiendo recibido fuerte golpe en el hemitorax derecho.

No hay antecedentes de TBC familiar y extrafamiliar.

Su historia familiar, personal y social únicamente arroja como datos de interés haber padecido de sarampión y tos ferina en la primera infancia y el trauma torácico descrito anteriormente.

Al examen físico: Niño de 11 años de edad, regular estado nutricional y constitucional. No adopta actitud en especial.

P-100 x ' ; T-38,2°C; R-24; peso-55 libras.

Al examen físico a excepción de estertores súbcrepitantes en campo pulmonar derecho y roncus en el izquierdo, es normal.

Laboratorio: E-2.700.000; L-5.650; N-75%; L-25%; Ht-26%; Hg-8 g%, 54%; V. de Sed. 23 mm en 1 hora (Cutler).

Urinálisis: Negativo. V.D.R.L.:

Negativo Heces: ascárides,

uncinarias. Tuberculina: Omm

Diagnóstico: TBC BILATERAL MODERADO
ANEMIA SECUNDARIA
PARASITISMO INTESTINAL

Se da tratamiento con PAS 5 g diarios; HAIN 300 mg diarios; S. M., 0.5 g diario.

Broncograma practicado el 11/VI/73: los bronquios basales del lóbulo inferior del pulmón derecho muestran moderado estado bronquiectásico. Ligera rigidez en la rama bronquial anterior del lóbulo superior derecho.

Esputos directos y cultivos por BAAR: negativos.

Evolución: Desde el día de su ingreso este paciente presenta hemoptisis.

Una semana antes de su intervención presenta hemoptisis importante (500 cc). Fuimos llamados a interconsulta y decidimos practicar toracotomía exploradora derecha; se restituyeron los valores sanguíneos con transfusiones y fue llevado a S. O. el 21/IX/73. Al abrir el tórax se aprecian adherencias del lóbulo superior a pleura parietal y del lóbulo medio al pericardio. Al liberar el pulmón se aprecia un colapso total del pulmón habiendo en este momento una hemoptisis reportada por el anestesiólogo que cubrió casi totalmente el conducto habiendo dificultad para oxigenar al paciente, presentando entonces paro cardíaco que cedió casi inmediatamente por masaje directo; resueltos estos dos problemas y consiguiéndose una buena ventilación del pulmón que antes estaba colapsado se comprobó un gran empastamiento que ocupa casi todo el lóbulo medio lo mismo que los segmentos anterior y posterior del lóbulo superior. Se procedió a efectuar "LOBECTOMIA SUPERIOR Y MEDIA". Al liberar el lóbulo medio del pericardio se extrae del parénquima pulmonar un cuerpo extraño de aproximadamente unos 4,5 cms. de longitud. Se individualizaron y ligaron los elementos del hilio por separado, bronquios (lóbulos superior y medio) con técnica de puntos separados.

Finalmente se revisa hemostasia, se drena la cavidad y se cierra por planos en la forma habitual.

Informe de anatomía patológica:

- 1.—Congestión pulmonar con hemorragia intra-alveolar.
- 2.—Bronconeumonía aguda y crónica del pulmón derecho.

NOTA: Posteriormente fuimos informados de un cuerpo extraño intrapulmonar.

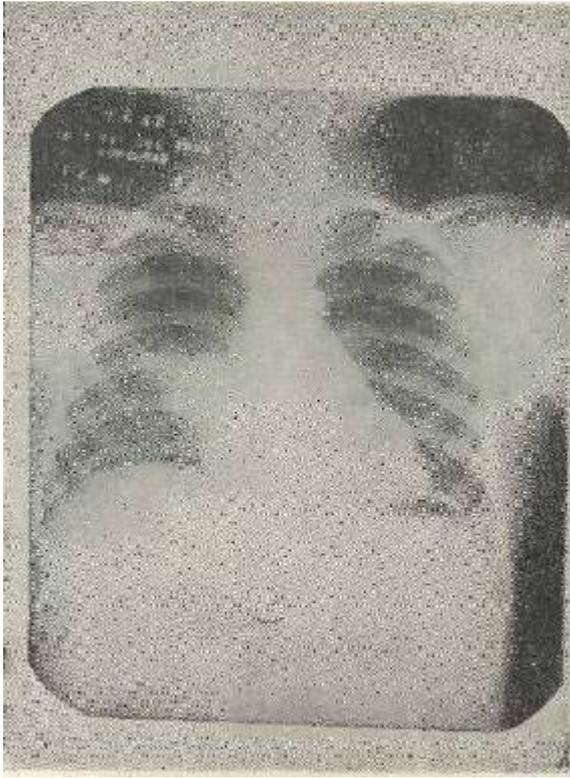


Fig. 1
RJC de ingreso:
elementos infiltrativos en C.M.D.

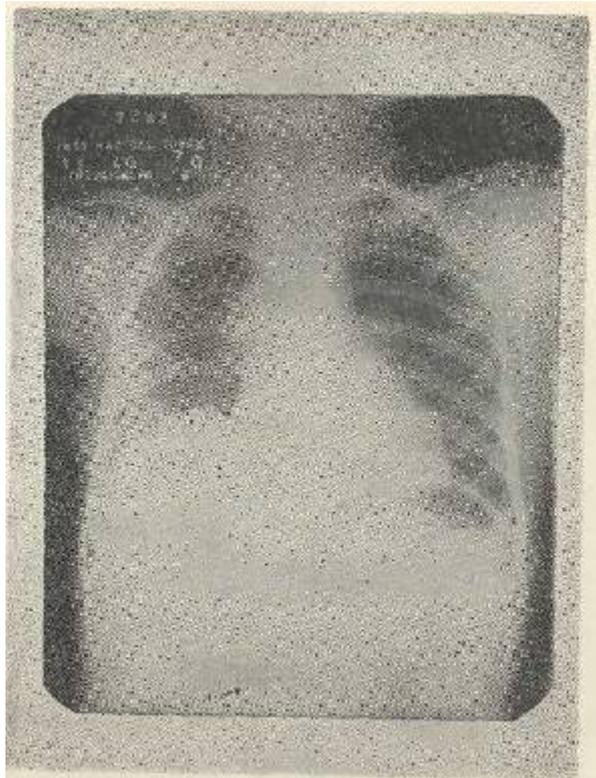


Fig. 2
Resultados postoperatorios

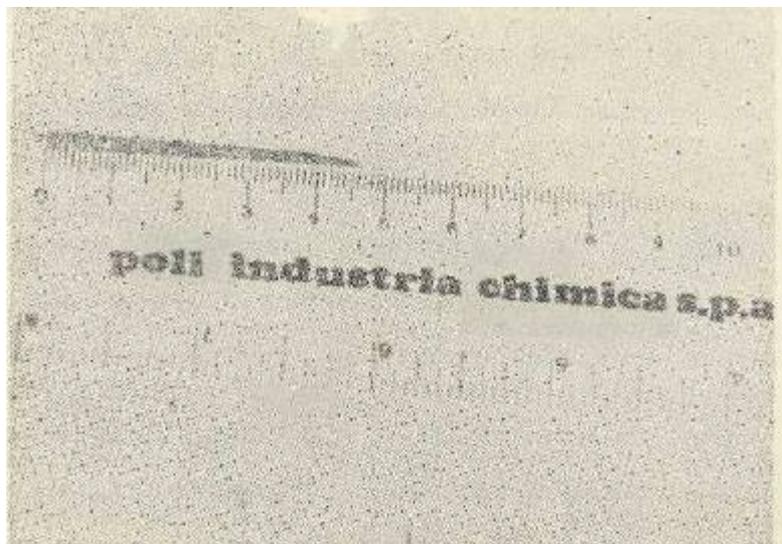


Fig. 3
Espina de naranjo (*Citrus auranteus*)
extraída de lóbulos superior y medio.

CASO N° 2

L. J. A., 22 años, sexo masculino, mestizo, casado, agricultor, originario de San Nicolás, Santa Bárbara, con residencia en el mismo lugar, ingresa al I. N. T. el 29 de enero de 1974.

Historia actual

Refiere que inició su enfermedad hace más o menos un mes diez días cuando accidentalmente sufrió tropiezo cayendo contra la punta del tronco de un árbol, introduciéndosele en el hueco supraesternal por donde le "salía aire"; fue visto en el Hospital de Santa Bárbara donde estuvo interno hasta la fecha. Actualmente acusa tos productiva, expectoración mucopurulenta, fiebre diaria, astenia y adinamia. Acusa además hiporexia, sueño irregular. Hay historia confusa de tos productiva más o menos un mes antes del accidente.

Al examen físico: P. A. 110/60; **P-110**; T-37,2°C; R-36.

Paciente muy decaído, disneico, luce crónica y agudamente enfermo. Cicatriz en hueco supraesternal y borde interno clavícula izquierda.

En pulmones: incursión disminuida en campo derecho con casi total desaparición del murmullo vesicular. Campo izquierdo, nada de particular.

Diagnóstico: EMPIEMA PLEURAL DERECHO

Evolución: El mismo día de su ingreso practicóse toracotomía mínima derecha por pnoneumotorax con salida de líquido purulento espeso que se envía a laboratorio para su estudio.

Los exámenes de laboratorio reportaron un Ht de 34%; Hb 12 g%, 72%; plaquetas 270.000; T.C. 6'11"; T.S. 1*13**; grupo sanguíneo-A positivo; nitrógeno urea 13 mg%; P.T. 5.9 g%; B.S.P. a los 5', 45%, a los 30', 8%.

V.D.R.L.: negativo; urinalisis: microscópico: 10-12 piocitos. Examen de heces: positivo por quistes de amiba histolítica, ascárides y tricocéfalos. Estudio por B. de K., negativo.

Permaneció durante todo este tiempo en Sala de Recuperación drenando pus y aire. En las Rx de control se observa que no hay reexpansión total del pulmón. Fue llevado a S. O. el 1/III/74 practicándosele toracotomía posterolateral derecha con resección de 6^a costilla. Al abrir el tórax apreciamos un empiema enquistado, cuyos caracteres eran pus amarillo-verdoso, no fétido, el cual fue evacuado en su totalidad; el pulmón estaba encarcerado con paquiperitonitis importante.

Se procedió a efectuar DECORTICACIÓN PULMONAR, logrando ésta en un 80% aproximadamente, sin embargo no se pudo liberar el lóbulo inferior del diafragma y para nuestra sorpresa encontramos incrustada una vara de bambú en el lóbulo inferior de aproximadamente 1 cm de diámetro; habían varios escapes aéreos los cuales fueron suturados. Finalmente se drena la cavidad, se lava con antibióticos y se cierra por planos en la forma habitual.

Informe de Anatomía Patológica: Pleuritis crónica derecha.

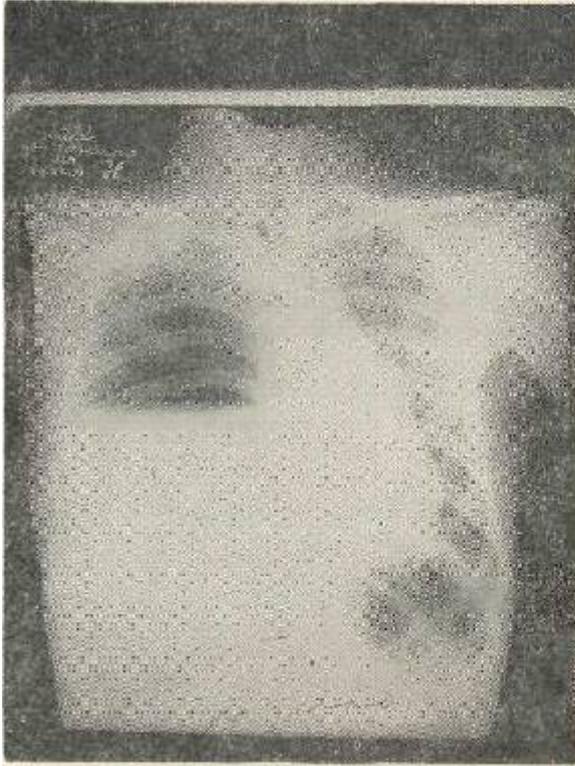


Fig. 4
Rx de ingreso: Imagen de puo-pneumotorax
derecho post-traumático.

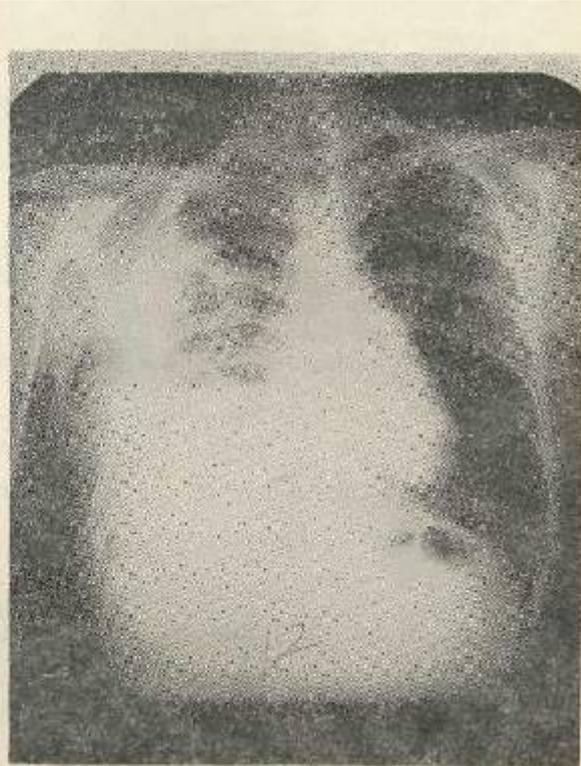


Fig. 5
Resultados postoperatorios.
Paquipleuritis residual.

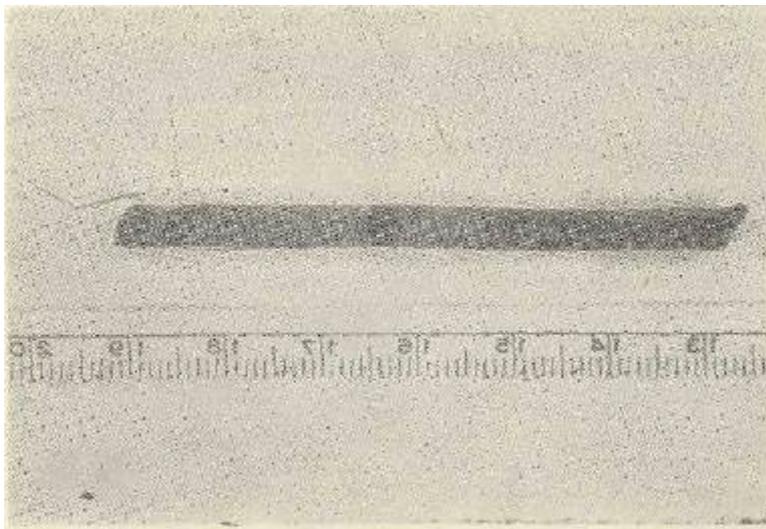


Fig. 6
Fragmento de bambú (*Fambusa arundinacea*)
extraído del lóbulo inferior derecho.

CASO N° 3

V.M.P.V., 9 años de edad, masculino, mestizo, originario y residente en **Comayagua**, ingresa al I.N.T. el **3/V/73**.

S. P.: Tos y calentura.

Historia de la enfermedad: Refiere la madre del niño que éste inicia su enfermedad hace aproximadamente 6 años con cuadro caracterizado por tos crónica intensa, con expectoración mucosa de color verde; **últimamente** ha **au-****mentado** en intensidad y frecuencia. Refiere elevaciones térmicas no cuantificadas, que se presentan en forma esporádica y que remiten espontáneamente. Niega esputos hemoptoicos y hemoptisis. Refiere la madre que hace 6 días el niño viene presentando accesos de tos intensa que le producen ahogo con dolor en la parte anterior del hemitórax **izquierdo**, que se exacerba con las inspiraciones. No hay antecedentes de TBC pulmonar en la familia y extrafamiliares.

Enfermedades eruptivas de la infancia.

Amigdalectomizado hace 18 meses.

Al examen físico: Niño de 9 años, lúcido, bien orientado, no luce crónicamente enfermo, no adopta posición en especial. Buen estado nutricional y constitucional. T-37°C; P-90; R-20; Peso-56 **libras**.

A excepción de submatidez en base pulmonar izquierda con muy escasos y discretos estertores subcrepitantes en la misma área, el resto del examen físico es normal.

Laboratorio: V.D.R.L.: negativo; urinálisis: negativo; heces: positivo por ascárides y tricocéfalos. **Hematológico:** L-6.350; E-3.750.000; N-76%; L-24%; Ht-36%; V. de Sed. **22 mm** (Cutler); **Hb-21g%**, 72%; tipo sanguíneo-O positivo. Estudios por BAAR-negativos.

Broncograma del 6/V/73. Los bronquios del lóbulo inferior izquierdo presentan francas irregularidades bronquiectásicas, principalmente en estos últimos en donde el llenado de los mismos ha sido incompleto a pesar de las **maniobras** empleadas.

Diagnóstico: **BRONQUIECTASIA BASAL IZQUIERDA.**

Se dio tratamiento con antibióticos, nebulizaciones y se recomendó continuar control en Consulta Externa del I.N.T.

Segunda hospitalización

Reingresa el 9/X/73, porque a pesar del tratamiento con nebulizaciones y antibióticos, persiste la sintomatología en forma de tos productiva con expectoración amarilla, fétida.

Al día siguiente se practicó nuevo broncograma cuya interpretación es la siguiente: "Persiste franco ensanchamiento e irregularidad de los bronquios de la llingula y lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Marcada rigidez de los mismos. Bronquios del pulmón derecho sin alteración anatómica."

Evolución. Como la sintomatología persistía a pesar del tratamiento médico, fue llevado a Sala de Operaciones el 23/X/73. Se practicó toracotomía postero-lateral izquierda con resección de 6[^] costilla. Al abrir el tórax se aprecian adhe-

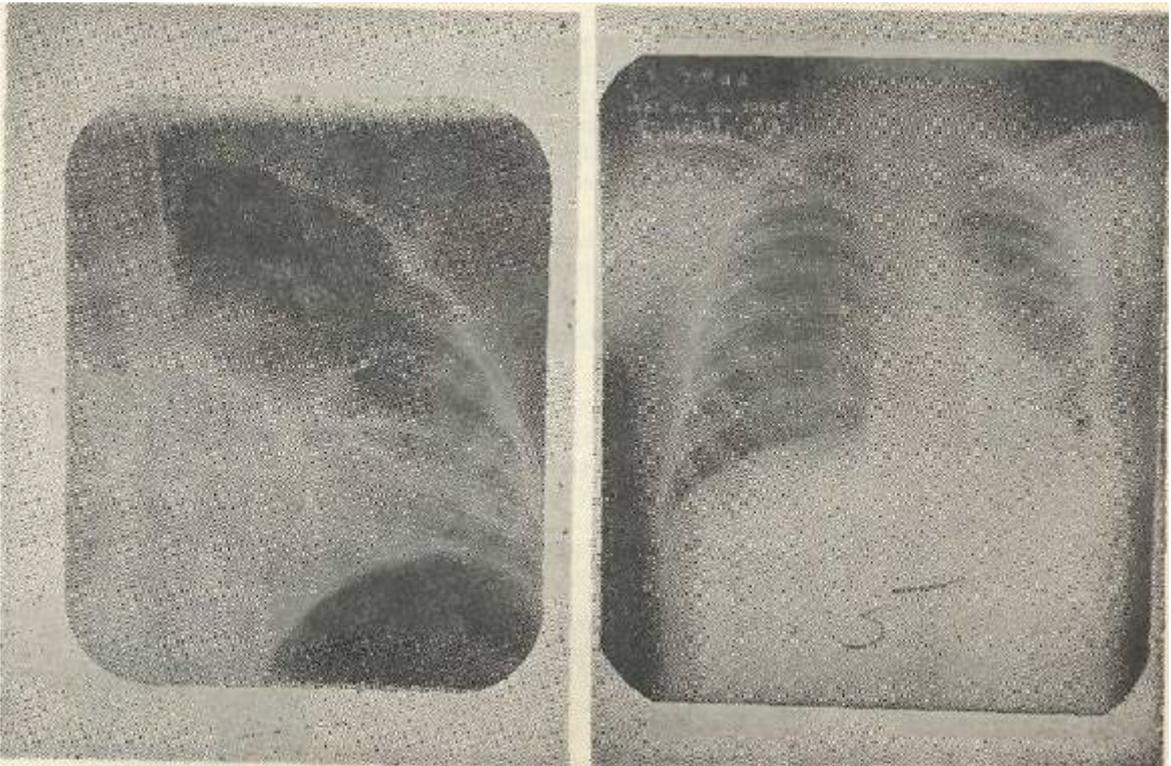


Fig. 7

Rx de ingreso: Broncograma izquierdo que demuestra bronquiectasia del lóbulo inferior. Defecto de relleno (señalado con flecha) que corresponde a cuerpo extraño.

fig- 8

Resultado postoperatorio.

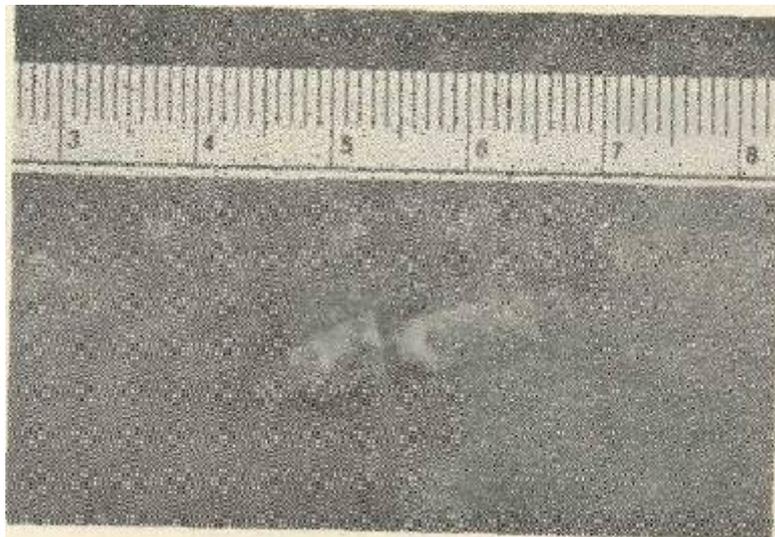


Fig. 9

Cuerpo extraño (material plástico de un juguete)

rendas del lóbulo inferior al diafragma y del lóbulo superior al pericardio y a la cúpula pleural, lo mismo que adherencias intercisurales. Se procedió a efectuar lobectomía inferior izquierda (bronquiectasias demostradas en el estudio bronco-gráfico), se individualizan y ligan los elementos del hilio por separado; bronquio en dos muñones con técnica de puntos separados. Finalmente se drena la cavidad, se revisa hemostasia y se cierra por planos en la forma habitual.

NOTA: En el extremo libre de la lín-gula y exactamente donde estaba adherida al pericardio se encontró una zona parcialmente atelectasiada que a mi juicio no ameritaba exéresis quirúrgica.

Diagnóstico de Anatomía Patológica: Bronquiectasia de lóbulo inferior izquierdo.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, pero al 10^o día del postoperatorio, expulsó con la expectoración un cuerpo extraño (parece un segmento de un carro o tren plástico, tan usados por los niños hoy en día).

COMENTARIO

Se presentan tres casos de cuerpos extraños en pulmones y bronquios. Analizándolos uno por uno, en el primer caso, me parece racional pensar en tuberculosis pulmonar, como se mira en la Rx (elementos infiltrativos en campo medio del pulmón derecho) más el síntoma importante de hemoptisis. Lo que nos decidió a intervenir a este paciente fue lo dramático de las hemoptisis que se presentaron una semana antes de su operación, siendo necesario transfundirlo en varias ocasiones antes de llevarlo a Sala de Operaciones.

En el segundo caso, había una sospecha de cuerpo extraño, pero cuando nos llegó el paciente al I.N.T., ya había estado hospitalizado en otro centro por espacio de un mes y nos fue remitido por su complicación que era un puoneumotorax traumático derecho.

En el tercero, lo más lógico es pensar que este niño aspiró el material plástico 6 años anteriores a su ingreso quedando prácticamente aprisionado en el bronquio del lóbulo inferior izquierdo, con las infecciones intercurrentes subsiguientes, lo que explica la tos, la broncorrea y los episodios febriles que a la larga llegaron a producir la bronquiectasia.

En el broncograma que se expone se aprecia el cuerpo extraño en el bronquio, el cual después de la resección quirúrgica fue removido por maniobras y posteriormente expulsado en un golpe de tos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—B. B. MILSTEIN: Tratamiento del paro cardíaco. Paro Cardíaco y Resucitación, páginas 121-133.
- 2.—RANDALL, Henry T. y asociados: Cirugía de pulmón, esófago y mediastino. Tratamiento Pre y Post Operatorio, páginas 306-314.
- 3.—HINSHAW, H. CORWIN: Cuerpos extraños en la pared torácica. Enfermedades del Tórax, páginas 301-302.
- 4.—MURILLO SELVA, h., F.: Experiencias personales.