

Open Acces



Quan un prejudici clínic retarda el diagnòstic. A propòsit d'un cas.

M. Carmen Ibarra Mirambell¹, Alícia González Sáez²

1 Resident Medicina familiar i comunitària. EAP Torroella del Montgrí.

2 Metgessa de família, tutora. EAP Torroella del Montgrí.

Adreça per a correspondència:

M. Carmen Ibarra Mirambell

mcibarra@ssibe.cat

RESUM

Malgrat ser infreqüent, ens podem trobar amb pacients que han fet una aspiració d'un cos estrany però poques vegades pensem en les complicacions que es poden presentar, principalment en persones adultes. Aquestes poden ser molt diverses, depenent de la naturalesa i del temps d'evolució de l'aspiració i es presenten a conseqüència del fet de que un cos estrany a la via aèria provoca una intensa reacció inflammatòria. Aquest cas descriu la presentació clínica d'una complicació en un adult que va presentar l'aspiració d'un escamarlà mentre menjava.

SUMMARY

Despite being infrequent we can cope with patients who present the aspiration of a foreign body, but we seldom think about the complications that can be presented, mainly among adults. These complications can be diverse depending on the nature and the time spent from the aspiration, and they develop as a result of the intense inflammation caused by the foreign body in the airways. This report describes the clinical characteristics of a complication in an adult who aspirated a prawn when he was eating.

RESUMEN

A pesar de ser infrecuente, nos podemos encontrar con pacientes que han hecho una aspiración de un cuerpo extraño, pero pocas veces pensamos en las complicaciones que se pueden presentar, principalmente en personas adultas. Éstas pueden ser muy diversas, dependiendo de la naturaleza y del tiempo de evolución de la aspiración y se presentan a consecuencia del hecho de que un cuerpo extraño en la vía aérea provoca una intensa reacción inflamatoria. Este caso describe la presentación clínica de una complicación en un adulto que presentó una aspiración de una cigala mientras comía.

INTRODUCCIÓ

L'aspiració d'un cos estrany és una patologia relativament freqüent en població pediàtrica¹, d'edat avançada, amb patologia neurològica o disminució del nivell de consciència, en les que no és estrany el retard diagnòstic degut a què no consta l'antecedent d'ennuegament. En població adulta sana és una entitat poc prevalent i habitualment, amb un antecedent d'aspiració clar. Presentem un cas clínic en què un prejudici clínic va retardar un diagnòstic que no hauria d'haver presentat dificultats.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Home de 57 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, amb antecedents patològics d'hèrnia de hiatus i síndrome depressiva, que consultà a urgències d'atenció primària per molèsties orofaríngees, tos irritativa i dificultat respiratòria. Referia que 20 dies abans va aspirar, de manera accidental, una pinça d'escamarlà mentre menjava. Aquell mateix dia va consultar a urgències de l'hospital. A la seva arribada es trobava asimptomàtic. Va ser valorat per l'otorinolaringòleg, es va realitzar una fibrolaringoscòpia, que únicament va objectivar una petita ferida a la paret posterior de la faringe. Tot i que en l'informe d'alta constava una hipofonesi a l'auscultació de l'hemitòrax esquerre, en trobar-se asimptomàtic i no objectivar cap cos estrany, va ser donat d'alta, obviant la troballa a l'auscultació.

L'exploració física evidencià un pacient amb bon estat general, normotens, afebril, eupneic en repòs, amb saturació d'O₂ del 97%. A l'auscultació respiratòria destacaven sibilants espiratoris a l'hemitòrax esquerre de predomini al camp superior. La radiografia de tòrax mostrava una pèrdua de volum de l'hemitòrax esquerre, sense desplaçaments de la línia mitja, imatge de condensació o vessament pleural (**Figura 1**).

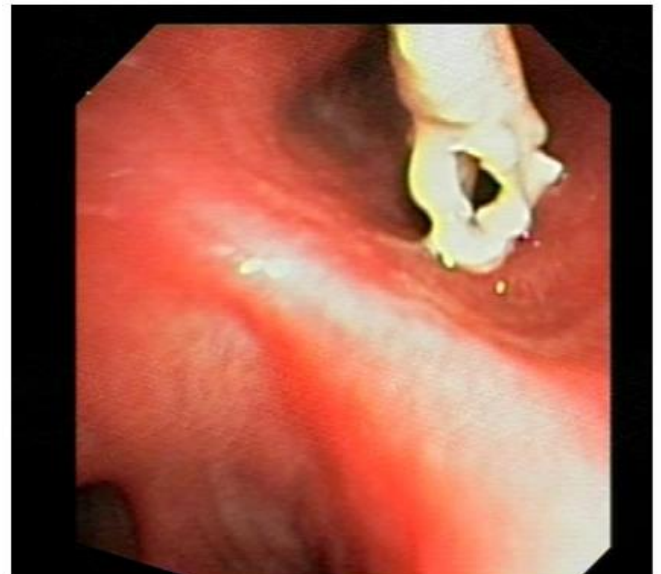
Davant la possibilitat d'un cos estrany a la via aèria, per l'antecedent que explicava el pacient, es va decidir derivar a l'hospital per a valoració i realització d'exploracions complementàries.

Es va practicar una broncoscòpia amb broncoscopi flexible que va objectivar una pinça sencera d'escamarlà a la paret lateral del bronqui principal esquerre i una important reacció inflammatòria amb sobrelevació de la mucosa a la paret lateral bronquial (**Figura 2**). Es va practicar una segona broncoscòpia amb broncoscopi rígid, aconseguint extreure el cos estrany sense complicacions.

Figura 1. Radiografia de tòrax



Figura 2. Broncoscòpia. S'objectiva una pinça d'escamarlà a la paret del bronqui principal esquerre.



Després de 7 dies de l'extracció del cos estrany, el pacient va reconsultar per empitjorament de la clínica respiratòria, referint tos, expectoració verdosa i dispnea d'esforç. A l'exploració es trobava febril (39,5°C), en l'auscultació destacava una espiració allargada, crepitants a la base esquerra i roncus dispersos a l'hemitòrax esquerre. Es realitzà una radiografia de tòrax que mostrà un augment de densitat a la base esquerra i retrocardíaca. A l'anàlítica destacava una leucocitosi amb neutrofilia, PCR d'11 i VSG de 108 mm 1a hora. Es va practicar una TAC toràcica que

objectivà una condensació pulmonar al lòbul inferior esquerre amb múltiples cavitacions i adenopaties peribronquials (**Figura 3**). No s'evidencià cos estrany.

Figura 3. TAC toràcica. Condensació pulmonar amb múltiples cavitacions al lòbul inferior esquerre.



Es va decidir ingressar al pacient amb el diagnòstic de pneumònia necrotitzant al lòbul inferior esquerre i començar tractament amb l'associació de piperacil·lina i tazobactam, amikacina, corticoteràpia i fisioteràpia respiratòria. Als 2 mesos de l'alta es realitzà una TAC toràcica de control, que mostrava l'aparició de bronquièctasis en segments basals del lòbul inferior esquerre.

DISCUSSIÓ

L'aspiració d'un cos estrany és una entitat poc prevalent en la població adulta sana i habitualment s'explica un antecedent clar d'ennuegament, seguit d'una sensació d'ofec, fins i tot un moment dramàtic, que dura pocs segons^{1,2}. No obstant això, la clínica pot ser molt diversa, des d'una mort sobtada per obstrucció de la via respiratòria principal a un període asimptomàtic, fet que pot fer molt difícil el diagnòstic que pot allargar-se diversos mesos, fins i tot anys, depenent de la mida i la natura del cos estrany³.

El diagnòstic d'aquesta entitat no és fàcil. En moltes ocasions, les característiques del cos estrany que el pacient refereix haver aspirat ens crea incertesa, però davant d'un antecedent d'aspiració objectivat pel pacient, i per tant, d'alta sospita clínica, hem d'incloure-ho en el diagnòstic diferencial¹. L'anamnesi inicial és un primer apropament imprescindible al diagnòstic. En molts casos, els testimonis que hagin presenciat l'episodi ens poden ser de gran ajut. L'exploració física pot arribar a ser normal. Segons la bibliografia, entre un 15-45% dels pacients en els quals es va trobar un cos estrany

a la broncoscòpia, presentaven en el moment inicial un examen físic normal^{4,5}.

Les exploracions complementàries inicials, sobretot, les radiografies de tòrax són poc útils per al diagnòstic. És una prova de baixa sensibilitat (10%), que depèn de la natura del cos estrany. En la majoria d'ocasions són d'origen vegetal i no són opacs⁴. La broncoscòpia és la prova d'elecció per el diagnòstic i el tractament. L'extracció mitjançant broncoscopi rígid, en la majoria d'ocasions, és l'únic tractament necessari^{1,2,3,5}. La localització del cos estrany en via aèria segons exposa la bibliografia, és més freqüent en bronqui principal dret (60-65%), bronqui principal esquerre (25-30%), subglotis i tràquea (9-12%)⁴.

Les complicacions derivades de l'aspiració d'un cos estrany a la via aèria poden ser molt diverses i dependran de la seva naturalesa i del temps d'evolució. No hem d'oblidar que un cos estrany a la via aèria provoca una intensa reacció inflamatòria que pot ser l'origen d'una pneumònia o bronquièctasi, com en el cas del nostre pacient^{1,2,3,5}.

En aquest cas, tot i que des de la primera consulta el pacient, en l'anamnesi, ens estava proporcionant la informació necessària per realitzar un diagnòstic correcte, la baixa prevalença d'aquesta entitat en població adulta sana, les característiques, principalment per la grandària i la naturalesa, del cos estrany aspirat, l'absència de simptomatologia en el moment de l'exploració i la negativitat de les proves complementàries realitzades, van alimentar el perjudici clínic del metge, que va obviar les dades obtingudes en l'auscultació respiratòria, provocant el retard en el diagnòstic i afavorint les complicacions i seqüeles permanents que presenta el pacient^{1,2}.

BIBLIOGRAFIA

1. Esteban Ibarz JA, Sáinz Samitier A, Delgado Alvira R, Burgués Prades P, González Martínez-Pardo N, Elías Pollina J. Aspiración de cuerpos extraños en la infancia. *Cir Pediatr* 2007;20:25-8.
2. Abellán Martínez MC, Méndez Martínez P, Sánchez Gascón F, Hernández Martínez J, Ruiz López FJ. Hemoptisis de repetición por aspiración bronquial de un cuerpo extraño: presentación de un caso y revisión de la literatura. *An Med Interna (Madrid)* 2000;17:652-4.
3. Sentürk E, Sen S. An unusual case of foreign body aspiration and review of the literatura. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011;59:173-7.
4. Ferreras Amez JM, Andrés Bergareche I, Abadía Gallego V, Sarrat Torres M, Vicente Molinero A. Cuerpo extraño bronquial, una patología insospechada. *fml* 2012;16(13):3p.

5. Palmer-Becerra JD, Osorio-Rosales CMV, Madriñán-Rivas JE et al. Extracción broncoscópica de cuerpos extraños en la vía aérea. Diez años de experiencia. Acta Pediatr Mex 2010;31:102-7.

Com citar l'article: Ibarra Mirambell MC, González Sáez A. Quan un prejudici clínic retarda el diagnòstic. A propòsit d'un cas. But At Prim Cat 2016;34:14.