

Extracción de cánula de traqueostomía broncoaspirada a la vía aérea inferior en pacientes con traqueostoma permanente secundario a resección de laringe

Primo Armando de la Rosa-Aguirre,✉ Marco Antonio Iñiguez-García

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México
Trabajo recibido: 26-II-2015; aceptado: 06-III-2015

RESUMEN. La obstrucción de la vía aérea secundaria a algún cuerpo extraño aspirado ya sea en tráquea o bronquios, conlleva una sintomatología muy variada desde tos hasta compromiso respiratorio que amerite apoyo ventilatorio. La broncoaspiración suele presentarse más comúnmente en las primeras etapas de la vida. Presentamos 2 casos, los cuales tienen semejanza ya que ambos pacientes fueron sometidos a resección quirúrgica de la laringe quedando con traqueostomía permanente y tuvieron cuerpo extraño en tráquea y bronquio secundario a ruptura de rama distal de cánula de traqueostomía metálica. Fueron sometidos a extracción por broncoscopia. Existen diferentes técnicas y aditamentos para la extracción de cuerpos extraños en vía aérea, pero siempre es un reto en pacientes en los cuales no tienen vía de entrada por faringe.

Palabras clave: Cuerpo extraño en bronquios, broncoscopia, obstrucción traqueal.

ABSTRACT. The obstruction of the airway secondary some strange leather inhaled already is in trachea or bronchi, with it takes a symptomatology very changed from cough up to respiratory commitment that deserves support ventilation. The bronchoaspiration is in the habit of appearing more commonly in the first stages of the life. Let's sense beforehand 2 cases which have similarity since both patients were submitted to surgical Resection of the larynx staying with tracheotomy permanently and they had foreign body in trachea and secondary bronchus to break of branch distal of tube of metallic tracheostomy. They were submitted to extraction by Bronchoscopy. Strangers exist different technologies and attachments for the extraction of body in air route, but always it is a challenge in patients in which it does not have route of entry.

Key words: Foreign body bronchus, bronchoscopy, tracheal obstruction.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las patologías obstructivas de la vía aérea existen múltiples causas, siendo los cuerpos extraños una de ellas. La presentación de esta entidad es más común en la infancia, siendo los varones los más afectados, los materiales orgánicos persisten hasta en un 80% de los casos.^{1,2}

Ya desde los años 70 se iniciaba la extracción a través de broncoscopio rígido, lo cual ha perdurado por años, pero desde la introducción de fibroncscopia flexible ésta ha ganado terreno para la remoción de los cuerpos extraños impactados en el árbol bronquial, existen series que utilizan técnicas combinadas.^{1,3}

CASO CLÍNICO 1

Presentamos el caso de un hombre de 60 años quien tiene antecedente de laringectomía hace 15 años por patología neoplásica, portador desde entonces de cá-

nula de traqueotomía tipo Jackson metálica recubierta de plata.

Acudió a la sala de urgencias del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por presentar tos seca secundario a ruptura de rama de la cánula traqueal, la cual quedó alojada en la vía aérea.

A su ingreso el paciente estaba consciente, estable, buena coloración de piel y mucosas, cuello con cicatriz derecha tipo Gluck de cirugía antigua, estoma traqueal permeable con algunas secreciones hialinas. Se ausculta murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sibilancias aisladas en hemitórax derecho de predominio apical, sin algún dato de dificultad respiratoria. Sus signos vitales TA 111/76, Fc 67 x min, Fr 20 x min, SO₂ 94% con FiO₂ 21%.

Se realizó radiografía de tórax donde se observó cuerpo extraño radiopaco alojado en la tráquea distal y en bronquio principal derecho (figura 1).

Se realizó broncoscopia flexible bajo anestesia general, se utilizó video broncoscopio Olympus 6 mm, se

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/neumologia>

identificó el cuerpo extraño metálico en región traqueal con la porción distal alojada en el bronquio principal derecho, se introdujo guía con balón a través del canal de trabajo del broncoscopio entrando a la luz de la rama cilíndrica de la cánula y se infló logrando así arrastrarse hasta el estoma donde fue extraído manualmente (fi-



Figura 1. Radiografía PA de tórax. Obsérvese cuerpo extraño cilíndrico radiopaco en tráquea distal y bronquio principal derecho.



Figura 2. A: Videobroncoscopia de cuerpo extraño en bronquio principal derecho. **B:** Cuerpo extraño metálico extraído de vía aérea.

gura 2A y 2B). Se decidió dejar cánula traqueal Portex Bluline 7.5 sin balón.

CASO CLÍNICO 2

Masculino de 71 años con diagnóstico de carcinoma epidermoide de laringe con antecedente de laringectomía total en diciembre de 2013. Portador desde entonces de cánula de traqueotomía tipo Jackson metálica recubierta de plata. Acudió con 6 horas de evolución con tos y dolor torácico secundario al momento de aspiración de cánula en su domicilio.

A su ingreso el paciente estaba consciente orientado, buena coloración de mucosas y piel, con sensación de cuerpo extraño en vía aérea, pero sin compromiso respiratorio franco; aunque con SO_2 90% y hasta 98% al administrar O_2 suplementario. Signos vitales: TA 132/83 Fc 90 x min, Fr 21 x min. Al igual que el paciente previo, tenía cuello con cicatriz de incisión de Gluck por cirugía, antes mencionada. Estoma traqueal permeable con algunas secreciones hialinas y hemáticas, tórax con murmullo presente bilateral sin estertores audibles, ruidos cardíacos presentes de adecuado tono e intensidad, resto de la exploración sin patología relevante.

En la radiografía de tórax podía observarse cuerpo extraño radiopaco alojado en bronquio principal izquierdo (figura 3).

Se realizó broncoscopia flexible bajo anestesia local con lidocaína simple 2% en vía aérea utilizando broncoscopio flexible Olympus 6 mm, se identificó el cuerpo extraño metálico en bronquio principal izquierdo, se introdujo guía con balón a través del canal de trabajo del broncoscopio entrando a la luz de la rama cilíndrica de la cánula y se infló, logrando así arrastrarse hasta

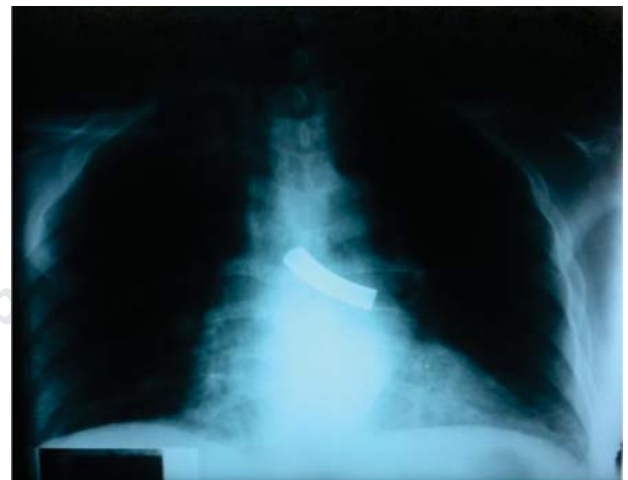


Figura 3. Radiografía PA de tórax. Obsérvese cuerpo extraño cilíndrico radiopaco en bronquio principal izquierdo.



Figura 4. Cuerpo extraño metálico extraído de vía aérea.

el estoma donde fue extraído manualmente (figura 4). Se decidió dejar cánula traqueal Portex Bluline 8Fr. sin balón.

Ambos pacientes se mantuvieron en observación 8 horas, con adecuada saturación de O₂ con FiO₂ 21%, se realizó radiografía de tórax de control, sin presentar alteraciones. Posteriormente fue egresado y tratado por la consulta externa.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños plásticos o metálicos son sólo el 20% de los artefactos causantes de aspiración a la vía aérea, existen múltiples síntomas en estos pacientes, siendo la tos la que predomina en un 75% de las ocasiones; hay casos en los cuales la asfixia o la cianosis son muy evidentes, convirtiéndolo en un riesgo para la vida en el momento. Nuestros pacientes cursaron casi sin síntomas la mayoría del tiempo o sólo con tos, esto quizás debido a la larga exposición de cuerpo extraño

en la tráquea ya que uno de ellos tenía su cánula de traqueotomía por más de 10 años.⁴

La obstrucción de la tráquea y bronquios secundario a cuerpo extraño es una afección que amerita un tratamiento multidisciplinario, donde la clínica y estudios de imagen hacen el diagnóstico existiendo diferentes técnicas para la extracción del mismo, la obstrucción del bronquio principal derecho es lo más común. La utilización de equipo de broncoscopio flexible es de gran utilidad y menos agresivo para la vía aérea, se puede utilizar en casos seleccionados para arrastre de cuerpos extraños ya sea con balón, pinzas o canastilla.^{4,5}

REFERENCIAS

1. Fernández JI, Gutiérrez SC, Álvarez MV, Peláez MD. *Broncoaspiración de cuerpos extraños en la infancia. Revisión de 210 casos.* An Esp Pediatr 2000;53(4):335-338.
2. Moral L, Vicente SJ, Castillo B. *Aspiración de pila de botón: caso único en la literatura médica.* Arch Bronconeumol 2010;46(3):153-154. doi:19.1016/j.arbres.2009.09.006. doi: 10.1016/j.athoracsur.2008.04.060.
3. Terada Y, Sakaguchi Y, Kono T, Nohara J, Noguchi T. *Intrabronchial foreign body extracted with tranilast and corticosteroid.* Ann Thorac Surg 2008;86(5):1686-1688.
4. Gupta RK, Gupta A, Sanghvi B, Parelkar SV, Mishra P. *Subcutaneous emphysema: an unusual presentation of foreign body aspiration.* J Bronchology Interv Pulmonol 2009;16(2):124-126. doi: 10.1097/LBR.0b013e3181a39b6f
5. Barros CD, Fernández-Bussy S, Folch E, Flandes AJ, Majid A. *Patología obstructiva no maligna de la vía aérea central.* Arch Bronconeumol 2014;50(8):345-354.

✉ Correspondencia:

Dr. Primo Armando de la Rosa Aguirre
Mariano Matamoros 260, interior 32. Tlalpan Centro.
México, D.F., 14000
Correo electrónico: spdoc@hotmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.