

Cuerpo extraño bronquial en paciente con fijación intermaxilar y mandibular. Presentación de un caso.

Bronchial foreign body with inter-maxillary and mandibular fixations. Presentation of case.

Niurys Sunderland Tallón (1), Miriala Gonzáles Martínez (2), Marlene Borroto Guevara (3), Irina Veloz Gomez (1).

Resumen

La introducción fortuita de un cuerpo extraño en las vías respiratorias es uno de los accidentes más dramáticos que pueden acontecer y motivo de reflexión sobre la tenue frontera que separa la vida de la muerte. Se presenta un caso que fue intervenido quirúrgicamente por presentar Le Fort III con Fractura mandibular y dentoalveolar al que se le realizó fijación esquelética interna y fijación intermaxilar elástica, al mes acude a su médico de asistencia con manifestaciones respiratorias (tos, fiebre, expectoración y ligera dificultad respiratoria) quien indica Radiografía de tórax constatándose la presencia de un cuerpo extraño en Bronquio Derecho (muela), anunciándose de urgencia por el servicio de ORL para la extracción del cuerpo extraño. Dada la alta incidencia de complicaciones asociadas a este tipo de lesión, el reto que constituye para el anestesiólogo permeabilizar la vía aérea en este caso que presenta fijación de mandíbula la que se retira para intentar el proceder y la posibilidad de desestabilizarse con la maniobra de la laringoscopia e intentar mantener una adecuada ventilación, se presenta el caso y se realiza una revisión bibliográfica sobre la conducta anestésica durante este proceder.

Palabras Clave: CUERPO EXTRAÑO, LE FORT III.

1-Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación.

2-Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor instructor.

3-Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor asistente.

INTRODUCCION

La introducción fortuita de un cuerpo extraño en las vías respiratorias es un accidente dramático que puede provocar la muerte (1) y constituyen la principal causa de muerte por patología del área otorrinolaringológica (2). Los problemas planteados al anestesiólogo por la cohabitación forzada con el cirujano sobre una región anatómica vital para el paciente, la estricta observación de las reglas de seguridad, el conocimiento y el respeto entre ambas partes son indispensables para el buen desarrollo del acto operatorio (3). La historia nos ofrece numerosos ejemplos de personajes famosos y no famosos que perecieron en pocos minutos de forma tan absurda. En el museo Dupuytren de París se guardaban hace años varias piezas anatómicas de laringes completamente obstruidas por bolos alimenticios, como insólitos protagonistas de olvidadas tragedias¹. La lista de objetos enclavados en la laringe y en el árbol traqueobronquial sería interminable, pues de hecho cualquier cosa sujeta con los dientes o colocada en la boca es susceptible de ser aspirada (1-2). El diagnóstico puede ser difícil, muchas veces los pacientes no experimentaron disnea en el momento del episodio y luego olvidan lo sucedido. Su ocurrencia es mucho más alta en niños menores de 3 años. La mayoría de los cuerpos extraños grandes producen dificultad respiratoria severa y pueden llevar a muerte súbita, pero los cuerpos pequeños pueden producir pocos síntomas. Los pacientes son tratados como asma, neumonías recurrentes o infecciones respiratorias superiores. Los signos y síntomas dependen de la naturaleza, tamaño, localización y tiempo desde que se alojó el cuerpo extraño en el árbol traqueo bronquial (3-5). Cuando el cuerpo extraño se ubica en el lumen de la laringe se produce el "síndrome de penetración", que se caracteriza por una crisis de asfixia por espasmo de la glotis, que desencadena insuficiencia respiratoria con: angustia, tiraje y cornaje. En otros casos el cuerpo extraño sobrepasa la glotis, localizándose en sitios más inferiores de la vía aérea, dando sintomatología menos evidente (2).

El cuadro clínico cambia, según la localización:

Cuerpo extraño laringeo: Habitualmente quedan aquí cuerpos extraños grandes que por su tamaño no logran descender, caracterizado por disfonía, estridor, tos quintosa y ocasionalmente cianosis, la radiografía frontal y lateral de cuello es útil en cuerpos radiopacos (2,5-8).

Cuerpo extraño traqueal: En la tráquea el cuerpo extraño puede quedar atascado o moverse libremente entre la glotis y la Carina. cuando durante el ciclo respiratorio choca con la glotis provoca un ruido característico, conocido como "papirotazo". La radiografía es útil en cuerpos radiopacos (2, 5-8).

Cuerpo extraño bronquial: La sintomatología es menos evidente, por lo que el diagnóstico es más difícil. Se puede producir una obstrucción parcial con mecanismo de válvula, que provoca una hiperinsuflación de un pulmón, que clínicamente se manifiesta por disnea sibilante con diferentes grados de dificultad respiratoria. Si la obstrucción es total se produce una atelectasia o un síndrome de condensación (2, 5-8).

El estudio radiológico es fundamental para el diagnóstico. Frecuentemente, se encuentra una hiperinsuflación pulmonar que puede rechazar el mediastino, o atelectasia.

El tratamiento es la extracción en pabellón bajo anestesia general, por un cirujano entrenado, con broncoscopia rígida, que es el único método que garantiza el control de la vía aérea, permitiendo ventilar ambos campos, proteger la mucosa bronquial y manipular el cuerpo extraño bajo visión de ópticas rígidas. La broncoscopia flexible se puede utilizar para la localización del cuerpo extraño en casos dudosos o en la revisión final (3-4, 8-9). Se puede recurrir a la anestesia general con intubación endotraqueal con tubo monolumen, incluyendo el monitoreo con pulsoximetría, capnografía, presión arterial no invasiva y monitor de ritmo cardíaco (9-10).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente YAS, masculino de 17 años de edad, estudiante, con antecedentes de haber sufrido un accidente automovilístico, sufriendo trauma facial severo tipo Le Fort III con fractura mandibular y dentoalveolar que fue corregido quirúrgicamente con fijación esquelética interna y fijación intermaxilar elástica de forma satisfactoria, un mes después acude al hospital con sintomatología respiratoria constatándose la presencia de un cuerpo extraño en bronquio derecho y se anuncia de urgencia para la extracción del mismo.

Síntomas clínicos: tos, expectoración, ligera dificultad respiratoria, fiebre.

Exámen Físico:

Boca: Fijación intermaxilar elástica. Aparato Respiratorio: murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho, se auscultan sibilantes aislados en este campo pulmonar. FR 28x min. Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos TA 110-70 mm de Hg. FC 102 L x min. Sistema Nervioso Central: paciente consciente, orientado no signos de focalización.

Resto del examen físico: negativo

Complementarios:

Hb: 113g/l. Radiografía de Tórax: presencia de un cuerpo extraño (muela) en bronquio derecho. (Figura 1) Teniendo en cuenta la imposibilidad de apertura bucal y que la técnica quirúrgica es a través de un Broncoscopio, se consulta con el servicio de maxilo facial, quien decide retirar la fijación mecánica para poder realizar el proceder, previendo dificultad en permeabilizar vía aérea si se desestabilizan la fractura maxilar y mandibular recientemente corregida se prepara set de traqueostomía.

Intraoperatorio: Monitorización Cardiovascular y oximetría de pulso. Premedicación con Midazolam 0,1 mg x Kg y Atropina 0,01 mg. Se comienza a ventilar gentilmente a través de máscara con Oxígeno al 100% espontáneamente, inducción anestésica con Ketamina a 2 mg x Kg y se realiza laringoscopia exploratoria sin dificultad y se procede a complementar anestesia con Pavulón a 0,01 mg x Kg y Fentanyl a 10 mcg x Kg de peso, posteriormente se coloca broncoscopio rígido a través del cual se ventila al paciente, luego de varios intentos del Otorrinolaringólogo se logra movilizar cuerpo extraño del bronquio (Figura 2) pero se enclava en la glotis durante la maniobra de retirada del broncoscopio, concluyendo su extracción bajo laringoscopia y pinza de Magill por el Anestesiólogo quien inserta tubo endotraqueal convencional hasta total recuperación anestésica. Mantiene estabilidad hemodinámica, se realiza proceder sin complicaciones quirúrgicas ni anestésicas recuperándose satisfactoriamente.

Transcurridos dos meses el paciente se encuentra bien, incorporado a la sociedad, luego de haber sufrido una lesión que se asocia con una alta morbilidad.

ABSTRACT

The accidental ingestion of a foreign body in the respiratory airways is one of the more dramatic accidents that may occur, which are a reason for reflection on the brink of life and death. The case of a patient who underwent surgery and displayed Le Fort III fracture with mandibular and dento-alveolar fractures, internal skeletal fixation and elastic inter-maxillary fixation were performed. At one mo the patient goes to his doctor's with respiratory manifestations (cough, fever, expectoration and slight respiratory difficulty). The thoracic x-ray shows the presence of a foreign body in the right bronchus (tooth) announcing it as urgent by the service of Otolaryngology for its extraction. Given the high incidence of complications associated to this type of injury, It constitutes a challenge for the anesthesiologist to make the airway permeable; in this case presenting fixation of mandible, which is taken away to go ahead with the procedure and the possibility of destabilizing it with a laryngoscopy maneuver and trying to keep a adequate ventilation. The case is presented and a bibliography is reviewed on the anesthetic behavior during this procedure.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sauret Valet J. Cuerpos extraños. Historia de la Medicina. Barcelona. 2002; 38(06):285-287.
- Jofré Pavez D. Aspiración de cuerpos extraños en la vía aérea. Otorrinolaringología [monografía en internet] 2002 [citado 10 Mayo 2006]. Disponible en: http://www.med.uchile.cl/departamento/norte/otorrino/apuntes/cap_07.htm
- Nasisi G. Anestesia en procedimientos de ORL [monografía en internet] 2005 [citado 25 Mayo 2006]. Disponible en: http://www.medem.com/encuentro/breves/anestesiaen_procedimientosdeORL.htm
- Echemendía CA. Aspiración de cuerpo extraño [monografía en internet] 2003 [citado 25 Mayo 2006]. Disponible en: http://colombiamedica.univalle.edu.co/vol26No01/cuerpo_extraño.htm
- Ochoa ME, Largo Rojas U. Cuerpo extraño en vías aéreas de dos años de evolución. Casos de interés [monografía en internet] 2005 [citado 22 Mayo 2006]. Disponible en: <http://www.liliurgencias.org/esp/casos.php?fun=ver&id=32>
- Grupo de Trabajo para el estudio de la enfermedad asmática en el niño. Obstrucción bronquial aguda [serie en internet] 2002 Jun [citado 22 May 2006] 56(7): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ladosis.com/clientes/valle-lili/carta/carta.new.php?artc=42-24k>
- Viada Lozano J. Capítulo VII. Cuerpo extraño en vías aéreas y digestiva [monografía en internet] 2000 [citado 22 Mayo 2006]. Disponible en: <http://www.educ.ar/educar/servlet/downloads/5-bd-medicinainfantil/6vol4-3-07.pdf>.
- Gherson Cukier A, Silvera L. Niña de dos años que presenta crisis de convulsiones con tos asfixiante de forma súbita [monografía en internet] 2002 [citado 25 Mayo 2006]. Disponible en: <http://www.telmeds.org/casos/caso-1.htm>
- Atelectasia. Enfermedad del Aparato Respiratorio [monografía en internet] 2006 [citado 25 Mayo 2006]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/atelectasia>
- Freire AX, Salazar FR, De Freire N. Cuerpo extraño en vías aéreas del adulto. Enfermedades del tórax [serie en internet] 2000 [citado 25 Mayo 2006] 43(1): [aprox.4 p.]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades-torax/vol43n1.ene-abril2000/cuerpo_extraño.htm

ANEXOS

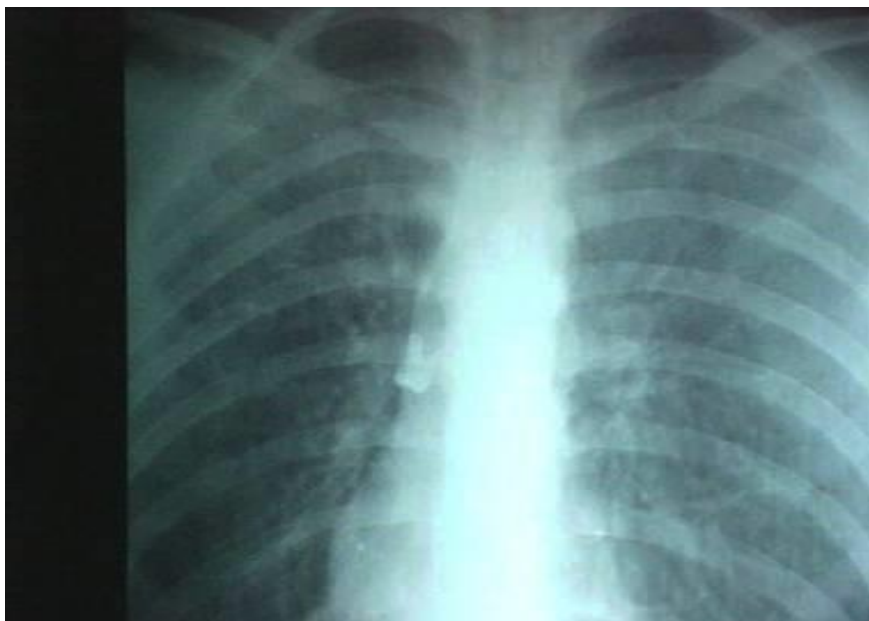


FIGURA 1 Radiografía de tórax con la presencia de muela en bronquio derecho.



FIGURA 2 Cuerpo Extraño extraído (molar).