



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/105 - CUANDO LA FRUTA NO ES EL MEJOR CAMINO

L. Ballarín Naya¹, L. Pérez Laencina², N. Alegre Villaroya³, M. Navasal Cortes⁴, M. Vera Colas⁵, L. Pérez Laencina⁶, J. Letosa Gaudó⁷

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Delicias Sur. Zaragoza.²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Universitas. Zaragoza.³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Oliver. Zaragoza,⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Delicias Norte. Zaragoza.⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Arrabal. Zaragoza,⁶,⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Delicias Sur. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 86 años con antecedentes médicos de HTA y hernia discal L4-L5. Intervenido de carcinoma de hemilengua hace más de 20 años y colecistectomía. En tratamiento con candesartán 16 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg, omeprazol 20 mg y metamizol a demanda. Sin alergias medicamentosas conocidas. Consulta en Urgencias por aparición de disnea tras la ingestión de una manzana. Refiere además sensación de cuerpo extraño a nivel esternal y tos persistente. No presenta sialorrea, náuseas ni vómitos, ni tampoco disfagia para líquidos. Niega antecedentes de disfagia ni episodios previos similares.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado en tiempo y espacio. Glasgow 15. Normovolémico y normohidratado. No ingurgitación yugular. Taquipneico a 24 respiraciones por minuto. Sin cianosis. No estridor laringeo ni disfonía. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos a 95 latidos por minuto. Auscultación pulmonar con broncoespasmo generalizado. No presenta trabajo respiratorio ni uso de musculatura accesoria. Test de disfagia negativo. ECG: ritmo sinusal con extrasístole ventricular (3:1), eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Se realiza analítica sanguínea con bioquímica, hemograma y coagulación que no muestra alteraciones, y radiografías de cuello, tórax y abdomen que también son normales. Se solicita colaboración al Servicio de Otorrinolaringología, quienes realizan laringoscopia indirecta, sin objetivarse mediante la misma presencia de cuerpo extraño (CE) a nivel de senos piriformes, valléculas epiglóticas ni cuerdas vocales. Tampoco se logra visualización a nivel glótico ni en la subglotis visible, aunque no se puede descartar su presencia inferior a glotis. Se solicita fibrobroncoscopia que muestra cuerpo extraño en la entrada del árbol bronquial derecho, bloqueando la luz bronquial. Se visualizan además secreciones abundantes, serosas, sin signos de sangrado activo ni restos hemáticos, mucosa sin alteraciones. Se retira cuerpo extraño (trozo de fruta) con asa sin complicaciones inmediatas.

Juicio clínico: Obstrucción de vía aérea por broncoaspiración de CE.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción de vía aérea superior por impactación de cuerpo extraño en hipofaringe, impactación de bolo alimenticio a nivel esofágico, perforación esofágica, broncoaspiración.

Comentario final: En los adultos es más frecuente la impactación esofágica del bolo alimenticio, siendo de origen cárnico en la mayoría de las ocasiones. El 80% de los cuerpos extraños (CE) se eliminan

espontáneamente con las heces. En caso de que el paciente presente tos, debemos estimularle para que siga tosiendo enérgicamente. Tras descartar mediante fibrolaringoscopia que el CE esté alojado en glotis o subglotis y ante la presencia de disnea, debemos sospechar que el CE se localice en vía aérea y será necesaria la realización de una broncoscopia que en ese caso será diagnóstica y al mismo tiempo terapéutica logrando su extracción. Se aconsejará al paciente seguir una dieta blanda y realizar ingestas reposadas a fin de evitar atragantamientos.

Bibliografía

Bergardá García J. Protocolo diagnóstico de disnea aguda. *Medicine*. 2001;8(49):2605-8.

American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185:435-52.

Scano G, Ambrosino N. Pathophysiology of dyspnea. *Lung*. 2002;180:131-48.

De Miguel Diez J, Chillón Martín MJ, Álvarez-Salas Walter JL. Protocolo diagnóstico de la disnea aguda. *Medicine*. 2006;9(68):4393-6.