



CARTAS CLÍNICAS

Neumonía por broncoaspiración, derivación y tratamiento definitivo



Aspiration pneumonia, referral and definitive treatment

Mujer de 47 años de edad, que acude al servicio de urgencias derivada desde su centro de salud de atención primaria por fiebre y tos de 5 días de evolución, que han empeorado en las últimas 48 h. Acudió previamente (24 h después de iniciado el cuadro) al Servicio de Urgencias del Hospital de León por tos, realizándole una Rx de tórax (fig. 1), siendo esta normal e instaurándose tratamiento sintomático. Posteriormente, acude al quinto día a la consulta de atención primaria por empeoramiento de los síntomas, destacando en la exploración clínica, la existencia de taquicardia sinusal e hipofonesis en hemitórax derecho. En ese momento se realiza nueva Rx de tórax (fig. 2), apreciándose un infiltrado en el lóbulo superior del pulmón derecho. Ante los nuevos hallazgos clínico-radiológicos, se procede a la

realización de una nueva anamnesis dirigida, destacando la existencia de un episodio de atragantamiento (el día del inicio del cuadro), con riesgo de aspiración de cuerpo extraño (garbanzo). Ante la sospecha de neumonía secundaria a broncoaspiración de cuerpo extraño, se decide el traslado de la paciente al Hospital de León, donde permanece ingresada a cargo del servicio de neumología para tratamiento antibiótico intravenoso (amoxicilina-clavulánico) y realización de fibrobroncoscopia en la que se consigue la extracción del cuerpo extraño, quedando la luz bronquial libre. La paciente cursa con buena evolución y causa alta hospitalaria al tercer día del ingreso, manteniendo el tratamiento antibiótico de forma oral durante 6 días más.

Discusión

El diagnóstico de neumonía suele ser un diagnóstico sintomático, basado en el cuadro clínico y la demostración de un infiltrado pulmonar (mediante la realización de una técnica de imagen, sobre todo Rx de tórax)¹. En función del ámbito de adquisición de la neumonía, se dividen en adquiridas en la comunidad (NAC) y nosocomiales o intrahospitalarias, fundamentalmente. Existen varias escalas pronósticas, comúnmente utilizadas tanto intra como

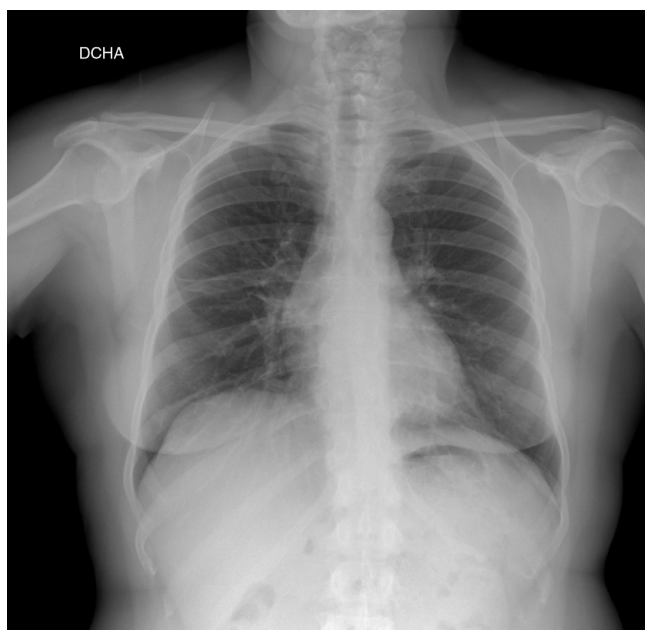


Figura 1 Rx de tórax a las 24 h del inicio del cuadro.



Figura 2 Rx de tórax a los 5 días del inicio del cuadro. Infiltrado en lóbulo superior del pulmón derecho.

extrahospitalariamente, y cuya utilidad práctica ha sido demostrada en múltiples estudios². La más utilizada a nivel de atención primaria es la denominada CRB-65 (escala simplificada de la CURB-65)³ que utiliza 4 variables: 1) confusión, 2) frecuencia respiratoria, 3) tensión arterial (*blood pressure*), y 4) edad ≥ 65 años. La utilidad de las escalas pronósticas es que determinan la probabilidad de muerte en el momento del diagnóstico de NAC, y ayudan a establecer un correcto tratamiento del paciente en el ámbito más idóneo (ya sea domiciliario u hospitalario). El tratamiento empírico de elección en pacientes con NAC, de manejo ambulatorio, es con β -lactámico más macrólido o fluoroquinolona en monoterapia⁴ (dado que existen estudios que avalan una eficacia similar entre ambas pautas)⁵ durante 5-7 días⁵. En el caso de nuestra paciente, y ante la sospecha de obstrucción por broncoaspiración de cuerpo extraño, se derivó al hospital para valorar fibrobroncoscopia y posible extracción del cuerpo extraño.

La obstrucción bronquial por cuerpo extraño en adultos es rara⁶, aunque su incidencia se ve incrementada con la edad y con ciertas comorbilidades, como pueden ser las enfermedades neuromusculares (siendo la neumonía por aspiración la causa más frecuente de mortalidad durante el primer año después de un ictus)⁷. La mayoría de las veces en las que se produce una aspiración de cuerpo extraño, se trata de productos alimentarios, siendo los huesos pequeños los más frecuentes, pudiéndose visualizar en la Rx de tórax, lo que facilita el diagnóstico. Sin embargo, la historia clínica realizada de forma correcta sigue siendo la mejor forma de aproximación diagnóstica, pero a pesar de ello el diagnóstico se puede retrasar. La evolución sin extracción del cuerpo extraño es tórpida, con tendencia a realizar cuadros infecciosos respiratorios recurrentes a pesar del tratamiento antibiótico, pudiendo aparecer formaciones granulomatosas, atelectasias, abscesos pulmonares y escaras endobronquiales estenóticas. La broncoscopia es el método diagnóstico y terapéutico de elección^{6,8} ante la sospecha de obstrucción bronquial y, dentro de esta, la fibrobroncoscopia.

Para el seguimiento de estos pacientes, una vez realizada la extracción del cuerpo extraño, es necesaria la realización de una Rx de tórax seriadas a partir del 10.º día de instauración del tratamiento⁹.

En conclusión podríamos decir que el médico de atención primaria debe realizar una correcta anamnesis del paciente ya que la historia clínica nos aportará una información muy valiosa a la hora de orientar el diagnóstico hacia una neumonía por cuerpo extraño, ya que la evolución sin un correcto tratamiento (fibrobroncoscopia) va a ser tórpida.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Los autores no han recibido financiación para la realización del trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Villalobos-Uriol AR, Bolaños-Maldonado M, de Castro-Mesa C, Alonso-Moreno FJ, Ruiz-Yagüe C. Neumonía con evolución inusual y sin relación clínico-radiológica. *Semergen*. 2013; pii: S1138-3593(13)00194-9 [Epub ahead of print].
- Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2010;46:543-58.
- Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: An international derivation and validation study. *Thorax*. 2003;58:377-82.
- Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2010;46:543-58.
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis*. 2007;44 Suppl 2:S27-72.
- Debeljak A, Sorli J, Music E, Kecelj P. Bronchoscopic removal of foreign bodies in adults: Experience with 62 patients from 1974-1998. *Eur Respir J*. 1999;14:792-5.
- Sekizawa K, Ujiie Y, Itabashi S, Sasaki H, Takishima T. Lack of cough reflex in aspiration pneumonia. *Lancet*. 1990;335:1228-9.
- Dong YC, Zhou GW, Bai C, Huang HD, Sun QY, Huang Y, et al. Removal of tracheobronchial foreign bodies in adults using a flexible bronchoscope: Experience with 200 cases in China. *Intern Med*. 2012;51:2515-9.
- Ayerbe García-Monzo'n L, Álvarez Montero S, Pérez-Piñar López M. La radiografía de tórax. Utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la infección respiratoria. *FMC*. 2005;12:4-14.

Laura Linares Álvarez^{a,*}, Emilio Juárez Moreno^b
y María Piñón García^c

^a Atención Primaria, Area sanitaria de León, León, España

^b Servicio de Neumología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: linares-76-laura@hotmail.com
(L. Linares Álvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.011>