



Clínica cotidiana

Neumonía de evolución tórpida, causada por cuerpo extraño (fragmento de hueso de pollo)

José Alberto Hermida Pérez^{a,*}, María Perera Hernández^b, Laura Capote León^c,
Abdel Buduen Núñez^c

^aCentro de Salud de El Paso. Santa Cruz de Tenerife. ^bHospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife.

^cFacultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de julio de 2016

Aceptado el 11 de septiembre de 2017

On-line el 31 de octubre de 2017

Palabras clave:

Neumonía

Cuerpo extraño

Hueso de pollo

Keywords

Pneumonia

Body strange

Bone chicken

R E S U M E N

Descripción de un caso clínico de una paciente de 44 años de edad, con tos seca persistente de 1 mes de evolución, que sufre neumonía del pulmón derecho y a la que se realiza broncoscopia. Se extrae un hueso de pollo. Ante la persistencia de síntomas respiratorios recurrentes o de neumonías de evolución tórpida, una de las posibilidades etiológicas a incluir es la existencia de un cuerpo extraño en las vías respiratorias.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Pneumonia of torpid evolution, caused by foreign body (chicken bone fragment)

A B S T R A C T

Objective: Make a brief review of the literature concerning the right lung pneumonia, which etiology was a foreign body (chicken bone) housed in a bronchus. Given the persistence of recurrent respiratory symptoms or torpid pneumonia, one of the etiologic possibilities to include is the existence of a foreign body in the airways.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 44 años de edad, con antecedentes de buena salud. Acude por presentar tos seca persistente de 1 mes de evolución.

Durante la exploración física se auscultan sibilancias en el hemitórax derecho.

Es tratada con formoterol inhalado (12 µg cada 8 horas), amoxicilina (500 mg cada 8 horas) y acetilcisteína (600 mg cada 24 horas) durante 10 días.

No mejora: persiste la tos y la fiebre alta.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hermidana@yahoo.es (J.A. Hermida Pérez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.046>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

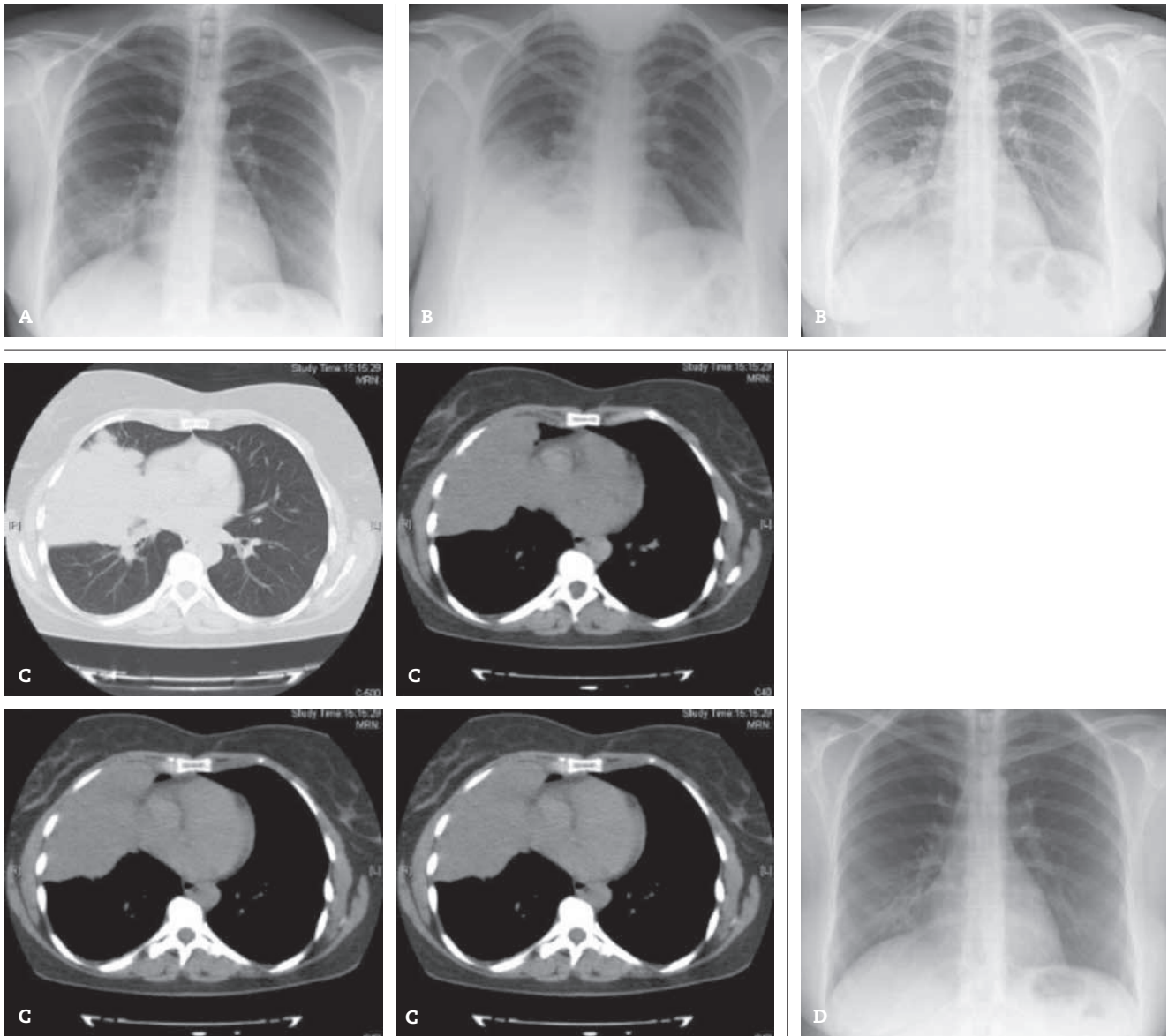


Figura 1 – Evolución radiológica de la paciente. A) Radiografía de tórax póstero-anterior: zona de condensación inflamatoria en el lóbulo medio del pulmón derecho. B) Neumonía multilobar del lóbulo medio derecho. C) Radiografía de tórax anteroposterior y TC de tórax: neumonía organizada en el lóbulo medio con áreas de cavitación, así como un tenue infiltrado inflamatorio en el lóbulo superior; no logramos identificar el bronquio del lóbulo medio, que aparece amputado sin que logremos identificar la causa. D) Evolución radiológica favorable.

La exploración física muestra disminución del murmullo vesicular y crepitantes en el hemitórax derecho.

En la radiografía de tórax anteroposterior (Fig. 1A) se observa un área de condensación inflamatoria en el lóbulo medio del pulmón derecho (LMD).

Se indica nuevo ciclo de antibioterapia: levofloxacino (500 mg cada 24 horas), acetilcisteína (600 mg cada 24 horas) y broncodilatación con formoterol (12 µg inhalado cada 8 horas) durante 14 días.

Continúa sin mejoría clínica, por lo que indicamos un nuevo estudio radiológico de tórax. En él se observa (Fig. 1B) neumonía multilobar del LMD y superior.

Es remitida al hospital, donde es ingresada.

En los estudios de laboratorio se observa aumento de la procalcitonina (0,596 ng/ml, plaquetas 621, proteína C reactiva 12, eritrosedimentación 110 mm, disminución de hemoglobina (10,4) g/dl), hematocrito 32 %, VCM 74 y VPM 11. Prueba de Mantoux y hemocultivos negativos; serologías para *Legionella*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Coxiella*, antígeno de *Legionella* en orina y exudado perianal para *A. baumannii*: negativos.

Se realiza una tomografía computarizada (TC) de tórax con y sin contraste (Fig. 1C), que muestra neumonía organizada en el LMD con áreas de cavitación, así como infiltrado inflamatorio en el lóbulo superior; no logramos identificar el bronquio del lóbulo medio, que aparece amputado sin que se pueda identificar la causa.

Se decide el ingreso hospitalario.

Se realiza fibrobroncoscopia, en la que se identifica un fragmento de hueso de pollo alojado en un bronquio del LMD; se extrae.

Cultivo y antibiograma del aspirado bronquial: flora habitual, negativo para micobacterias; en el cultivo para hongos se aísla *Candida albicans*.

Biopsias negativas para malignidad.

La paciente mejora y es dada de alta hospitalaria.

Comentario

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso. Son causadas por diferentes microorganismos y afectan a diferentes tipos de pacientes, lo que origina una epidemiología, una patogenia, un cuadro clínico y un pronóstico diferentes.

Dentro de las múltiples causas que la provocan también se encuentra la aspiración de cuerpos extraños.

La neumonía por aspiración es causada por la inhalación de alimentos, saliva, líquidos, cuerpos sólidos o vómito hacia las vías respiratorias y los pulmones^{1,2}.

Se han comunicado casos clínicos de NAC de evolución tórpida, cuya causa han sido cuerpos extraños; concretamente hueso de pollo, como en nuestra paciente:

- Un enfermo de 52 años, diagnosticado de una NAC en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo (LII), de 10 días de evolución, acude a Urgencias por persistencia de fiebre y crepitantes en la base izquierda. En la radiografía de tórax hay infiltrado alveolar en el LII. Es ingresado por evolución desfavorable. En la fibrobroncoscopia se observa una masa en la entrada del bronquio principal izquierdo, que lo ocluye casi por completo. Se toman biopsias y cepillado de esa zona; hay metaplasia escamosa, inflamación aguda y biopsia negativa para malignidad. Cultivo de micobacterias de aspirado bronquial negativo. TC de tórax: lesión calcificada con un centro radiolúcido, localizada en el bronquio principal izquierdo, sugerente de posible cuerpo extraño. Mediante broncoscopia se realiza la extracción del cuerpo extraño, que resultó ser un hueso de pollo. La evolución clínica es favorable y con resolución del infiltrado que presentaba a su ingreso. El diagnóstico definitivo de este caso es NAC de LII por cuerpo extraño (hueso de pollo) localizado en el bronquio principal izquierdo³.
- Un varón de 39 años de edad con síndrome de Down ingresa en el hospital por NAC del LII, resistente al tratamiento antibiótico y de 2 meses de evolución. Es estudiado con TC, broncoscopia y biopsia, por sospecha de carcinoma bronquial. Se llega al diagnóstico de cuerpo extraño (vértebra de una paloma) en la porción distal del bronquio principal izquierdo⁴.
- NAC aspirativa por cuerpo extraño en un varón de 42 años de edad, cocainómano y VIH positivo. En la fibrobroncoscopia se encuentra y se retira un cuerpo extraño del bronquio medio derecho (una pajilla de inhalar cocaína). Tras el lavado broncoalveolar se cultiva *Pseudomonas* multisensible. Tras un régimen de ciprofloxacino, el paciente es dado de alta con mejoría completa de sus síntomas⁵.

- También se ha documentado una NAC de evolución desfavorable, con derrame pleural asociado. Mediante fibrobroncoscopia se encontró y se extrajo una espina de rosal⁶.

Ante una NAC que no responde al tratamiento antibiótico, a las 48-72 horas de su instauración deben considerarse las siguientes posibilidades:

- Proceso infeccioso que no responde al tratamiento antibiótico pautado: en este apartado se incluyen circunstancias como neumonía por bacterias habituales pero con resistencia a los antibióticos prescritos, neumonía por bacterias no habituales, complicaciones infecciosas extrapulmonares (empiema o foco séptico a distancia)⁷ y otros tipos de infección pulmonar como tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis carinii* o infección pulmonar por otros gérmenes oportunistas (por ejemplo, *Nocardia* y *Aspergillus*).
- Patología pulmonar no infecciosa: el diagnóstico diferencial debe llevarse a cabo con procesos como carcinoma o metástasis pulmonares, enfermedad tromboembólica, aspiración por cuerpo extraño, edema de pulmón, neumonía eosinofílica, neumonía organizativa, vasculitis, hemorragia pulmonar y neumonitis por fármacos^{8,9}.

La fibrobroncoscopia es de gran importancia tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico; tiene mínima morbilidad. Es el procedimiento invasivo de elección inicial para detectar y extraer lesiones o cuerpos extraños endobronquiales.

Existen otros procedimientos diagnósticos: radiografía de tórax y TC. Pueden usarse inicialmente debido a que son métodos no invasivos.

La NAC por cuerpo extraño es una patología poco frecuente en adultos sanos y más en niños, especialmente en menores de 5 años; también en adultos con condiciones predisponentes como retraso mental o disminución del nivel de conciencia.

Los cuerpos extraños orgánicos son los más frecuentes. Entre los síntomas que se producen con mayor frecuencia se encuentran la tos persistente y la hemoptisis; es común el hallazgo de neumonía recurrente en la misma localización^{3,8,9}.

Conclusión

Ante la persistencia de síntomas respiratorios recurrentes o de neumonías de evolución tórpida, una de las posibilidades etiológicas a incluir en el diagnóstico diferencial, aunque parezca poco probable a priori, es la existencia de un cuerpo extraño en las vías respiratorias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Musher D. Overview of pneumonia. En: Goldman L, Schafer AI (eds). Goldman's Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016. p. 587-95.

2. Pachón J, Alcántara Bellón JD, Cordero Matía E, Camacho Espejo A, Lama Herrera C, Rivero Román A, et al. Estudio y tratamiento de las neumonías de adquisición comunitaria en adultos. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133: 63-73.
3. Sanz Pozo B, De Miguel Díez J, Santamaría de la Rica F, Jara Chinarro B, Gómez Santos DN. Neumonía de evolución tórpida. *Rev Clin Esp*. 2002; 202: 355-7.
4. Müller R, Schmidt M, Müller KM, Breuer HW. Aspiration pneumonia caused by vertebrae of a dove in a 39 year old patient with Down syndrome. *Pneumologie*. 1999; 53: 360-3.
5. Cardozo A, Garcés MV, Echavarría A. Neumonía aspirativa por cuerpo extraño en paciente cocainómano y VIH positivo. Reporte de caso. *Rev CES Med*. 2012; 26: 237-41.
6. Tabuyo Pizarro M, Martín Escudero JC, Acebes Rey JM, Carretero Ares JL, González Nieto A. Derrame pleural y una espina de rosal en el esputo. *Rev Clin Esp*. 2002; 202: 349-50.
7. Hermida Pérez JA, Capote León L. *Actinomyces odontolyticus* and *Bacteroides* spp as etiological agents responsible of pleural empyema and bacteriemia case report and literature review. *J Respir Med Lung Dis*. 2016; 1: article 1005.
8. Dorca J, Bello S, Blanquer J, Celis R, Molinos L, Torres A, et al. Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Arch Bronconeumol*. 1997; 33: 240-6.
9. Feinsilver SH, Fein AM, Teitcher J. A practical approach to non-resolving pneumonia. *Semin Respir Infect*. 1992; 7: 289-93.