

Neumonía de evolución tórpida por cuerpo extraño intrabronquial

Claudia Andrade Díaz, María Macías García, Marcos Medina Bethencourt, Blanca Lanero Olivencia

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con parálisis cerebral infantil hay mayor predisposición a infecciones de vía aérea inferior. En la mayoría de los casos, se debe a microaspiraciones relacionadas con una disfunción de la musculatura respiratoria, movilidad disminuida y dificultades para la deglución, lo que también aumenta el riesgo de broncoaspiración de cuerpo extraño.

CASO CLÍNICO

Varón de 8 años que acude a **URGENCIAS** por fiebre, tos y decaimiento de 24 horas de evolución. Se había realizado PCR de SARS-COV2 en los días previos con resultado negativo. Realiza ingesta oral en ocasiones, no refieren episodios de aspiración recientes. Se realizó radiografía de tórax, con hallazgos compatibles con neumonía basal derecha. Presentó desaturaciones de hasta 90%, con marcado tiraje supraesternal e intercostal, polipnea e hipoventilación de hemitórax derecho, por lo que se decidió ingreso en planta.

Antecedentes personales:

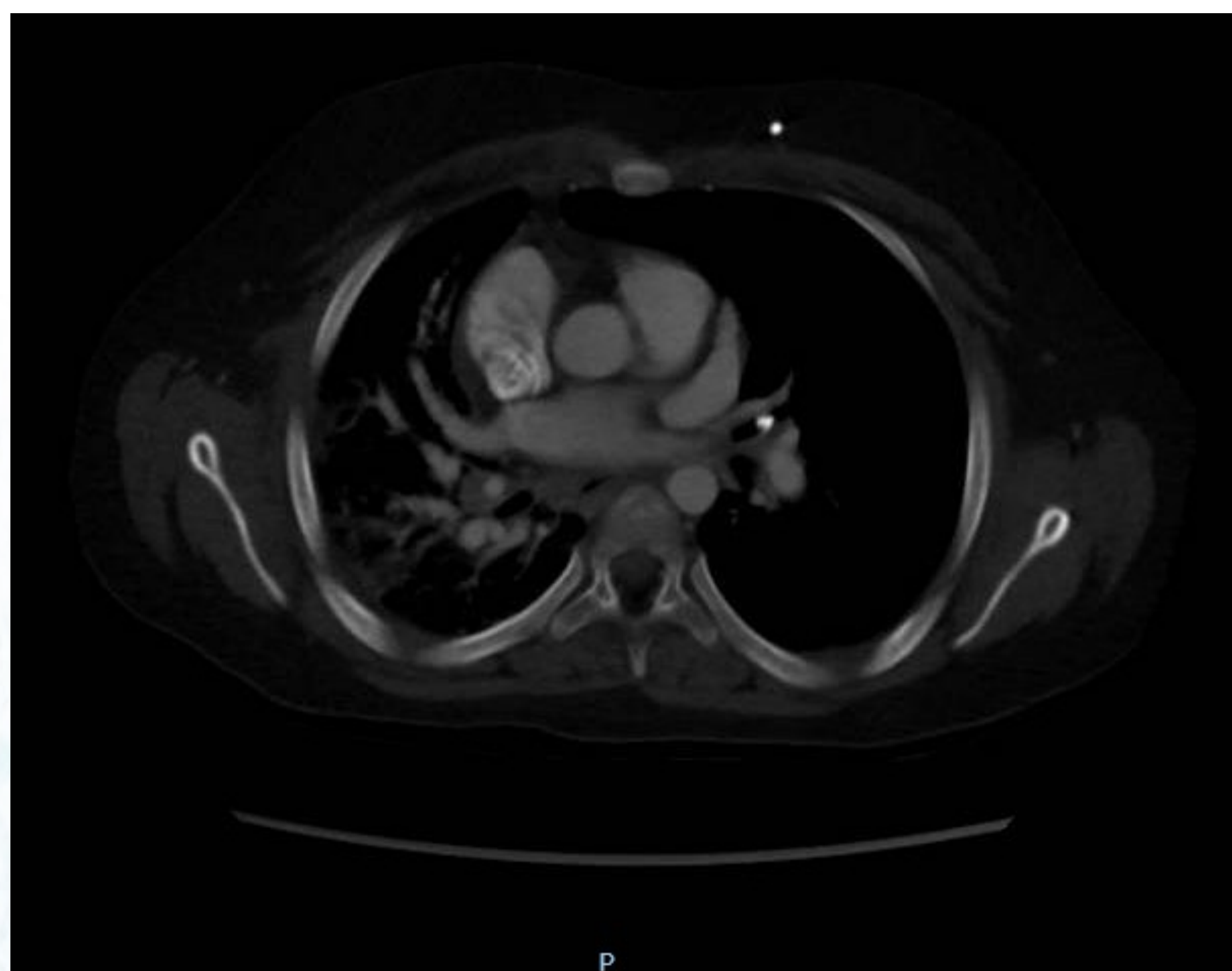
- Parálisis cerebral infantil secundaria a:
 - Sepsis por salmonella en período neonatal
- Síndrome de West
- Portador de gastrostomía percutánea

En **PLANTA**, se inició amoxicilina-clavulánico a 100 mg/kg/día intravenoso y tratamiento broncodilatador. Se cursaron varias pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: leucopenia y elevación de reactantes de fase aguda
- Hemocultivo
- Antigenuria para Neumococo
- PCR de múltiples virus
- Ecografía pleuropulmonar: derrame pleural loculado posteromedial en hemitórax derecho.

Durante el ingreso, precisó oxigenoterapia con necesidades ascendentes, aumento significativo del trabajo respiratorio y persistencia de fiebre, precisando ingreso en **UCI PEDIÁTRICA** para ventilación mecánica no invasiva.

Cinco días tras finalizar antibioterapia, tras ligera mejoría clínica y analítica (descenso de reactantes aunque sin normalización), presenta empeoramiento por broncoespasmo severo con hipoxemia mantenida. Se realiza radiografía de tórax, donde se objetiva atrapamiento aéreo en hemitórax izquierdo, por lo que se decide realización de TACAR bajo sedación, encontrando una obstrucción por CE en bronquio principal izquierdo, compatible con pieza dentaria.



Se intentó extracción del CE por fibrobroncoscopia, pero no pudo realizarse por marcado componente inflamatorio y tejido granulomatoso circundante, muy friable. Tras una semana de corticoterapia, se repitió el procedimiento con extracción exitosa de cuerpo compatible con pieza dentaria, lo cual se confirmó en el estudio anatomopatológico. Tras esto, el paciente presentó evolución favorable, posibilitando el alta domiciliaria en 48 horas.

CONCLUSIÓN

Ante una neumonía con mala evolución clínica a pesar de tratamiento adecuado, debemos descartar tanto causas infecciosas (bacterias resistentes, complicaciones locales como empiema, etc.) como no infecciosas, como un tumor o, como en este caso, un cuerpo extraño.