

Tos prolongada tras atragantamiento: el cuerpo extraño será culpable hasta que la fibrobroncoscopia demuestre lo contrario

Andrade Díaz C, García Díaz FJ, Martín LB

La **aspiración de cuerpo extraño** (CE) es frecuente en edad pediátrica. Aunque es potencialmente grave, los pacientes suelen consultar estables, con clínica inespecífica, lo que hace que el diagnóstico pueda ser difícil.

Paciente de 8 años que consulta por **sensación de CE** en faringe tras atragantamiento con pipas. Ha tolerado sólidos y líquidos sin dolor. En la exploración presenta auscultación cardiorrespiratoria (ACR) normal, no estridor ni disfonía, orofaringe sin alteraciones, sin visualizarse CE, por lo que se procede a alta.

Reconsulta 48 horas después por **disnea progresiva, tos y respiración ruidosa**. Persisten **molestias punzantes** en faringe, sin hemoptisis, afebril. En la exploración, ACR normal, sin dificultad respiratoria, no se visualiza CE. Se realiza **radiografía de tórax** en inspiración que es normal. Ante la clínica es valorada por Otorrinolaringología, realizándose **nasofibrolaringoscopia** que no objetiva CE en el territorio explorado. Se prescribe **amoxicilina** y se procede a alta a domicilio.

Una **semana después**, reconsulta por persistencia de la clínica. Se realiza PCR para **Bordetella pertussis** que resulta **positiva**, iniciando tratamiento con **corticoides, azitromicina y salbutamol**. Presenta ligera mejoría posterior, aunque **persiste tos diaria**.

Reconsulta 2 semanas después de finalizar el tratamiento (un mes después del episodio) por **disnea progresiva, tos persistente** que dificulta el sueño y **molestias en faringe**. No presenta estridor ni dificultad respiratoria, pero la ACR muestra roncus espiratorios con hipoventilación global. Se realiza radiografía de tórax en inspiración y espiración forzada, sin imágenes de condensación ni atrapamiento aéreo.

Se rehistoria a la paciente, que presenta una historia altamente sugestiva de aspiración de CE (episodio asfíctico con sintomatología posterior de tos y disnea progresiva), por lo que se procede a **fibrobroncoscopia**. En ella, se aprecia en tráquea CE que ocluye parcialmente, procediéndose a su extracción y comprobándose que se trata de una cáscara de pipa de girasol; presenta mucosa traqueal erosionada, sin sangrado. Se explora el resto de vía aérea, sin hallazgos. La paciente tolera el procedimiento, con mejoría clínica importante, y tras 24 horas se procede a alta.



Ante **sospecha moderada-alta de aspiración de CE** (aspiración visualizada, antecedente asfíctico con sintomatología posterior o hallazgos en imagen) **debe realizarse fibrobroncoscopia**, especialmente cuando existe inicio brusco de síntomas respiratorios de vías bajas que no responden a tratamiento. Hay que recordar que el **antecedente de atragantamiento o crisis asfíctica es el factor predictivo más fiable**, pues una radiografía normal no excluye el diagnóstico.