

Neumonía necrosante aguda un año y medio después de aspiración de rama de pino

Acute necrotising pneumonia eighteen months after aspiration of a pine branch

Sr. Editor:

La aspiración de cuerpo extraño (CE) es un suceso común en la población pediátrica. Puede manifestarse de manera aguda en forma de asfixia y llegar incluso a provocar la muerte del paciente, o bien, de manera crónica, producir lesiones pulmonares^{1,2}. Los síntomas asociados, como la tos, la hemoptisis o las sibilancias, hacen que el diagnóstico de aspiración de CE no se dilate en el tiempo. Ahora bien, dependiendo de la composición y de la localización del CE en el árbol bronquial, es posible que la aspiración pase desapercibida y asintomática por un largo período de tiempo. Las complicaciones más importantes, como bronquiectasias y neumonías de difícil resolución, se producen por los largos períodos de tiempo en los que el CE permanece en el árbol bronquial.

Presentamos el caso de un paciente con neumonía necrosante tras permanecer asintomático durante un año y medio después de haber aspirado una rama de pino.

Varón de 14 años remitido a nuestro centro por presentar neumonía refractaria a tratamiento complicada con hemoptisis y dificultad respiratoria. Había ingresado en otro hospital por neumonía basal derecha y epistaxis de difícil control, donde recibió tratamiento antibiótico durante 5 días. Ante la refractariedad al tratamiento precisó cambio de tratamiento antibiótico inicial por cefotaxima, vancomicina y claritromicina. Finalmente, debido a la dificultad respiratoria y a la hemoptisis se lo remitió a nuestro centro.

A las 24 h de su llegada, ante claro empeoramiento clínico y radiológico (fig. 1), se realizó TC torácica, en la que se observó neumonía necrosante y ocupación de bronquio principal derecho (fig. 2). Asimismo, se realizó broncoscopia rígida, en la que se encontró gran cantidad de material mucopurulento, sin poder observar malformación anatómica o presencia de CE. Al ser cuestionado, el paciente recordó la aspiración de una rama de pino un año y medio atrás, que le había producido episodios aislados y autolimitados de epistaxis como única sintomatología.

Tras los hallazgos de la TC y de la broncoscopia, se sustituyeron cefotaxima y vancomicina por meropenem y linezolid; posteriormente, mostró buena evolución clínica, analítica y radiológica. El test de Mantoux fue negativo, así como los cultivos y PCR de esputo y aspirado bronquial. Se le pudo dar el alta de Cuidados Intensivos a los 10 días de su ingreso, y permaneció en Servicio de Infecciosos durante una semana más.

Dos meses después del ingreso y tras recuperación completa del episodio, el paciente expulsó tras una expectoración la rama de pino que recordaba haber aspirado 20 meses antes (fig. 3).

En la literatura médica se describen varios casos de CE alojados en el árbol traqueobronquial de pacientes que



Figura 1 Radiografía de tórax al ingreso.



Figura 2 Tomografía computarizada torácica.



Figura 3 Rama de pino expulsada.

permanecen asintomáticos durante largos períodos de tiempo. Pueden encontrarse fragmentos óseos, dientes y restos de materia vegetal entre otros, que permanecen asintomáticos o con escasa sintomatología durante años³⁻⁵.

Los CE de materia vegetal provocan gran irritación local, con reacción inflamatoria y tejido de granulación, y se produce gran cantidad de material mucopurulento. Todo esto hace que la detección de un CE de materia vegetal mediante broncoscopia sea especialmente dificultosa, de

manera que en muchos casos, su presencia se demuestra tras resección quirúrgica de segmentos pulmonares afectados. Asimismo, su extracción mediante broncoscopia conlleva mayor riesgo de hemorragia y de afectación en la ventilación que la extracción del resto del CE⁶⁻⁸.

En nuestro paciente, la importancia clínica y radiológica de la neumonía así como la tórpida evolución hicieron valorar diferentes causas que pudieran explicar el cuadro. Entre ellas, la aspiración del CE, que no pudo confirmarse mediante broncoscopia rígida, a pesar del alto grado de sospecha fundamentado en la historia de aspiración un año y medio atrás.

La realización de broncoscopia en las primeras 24 h tras la aspiración facilita la extracción del CE y disminuye el riesgo de complicaciones, y cobra mayor importancia, si cabe, en el caso de los CE de materia vegetal^{9,10}. La extracción de CE es una de las indicaciones para la realización tanto de fibrobroncoscopia⁶ como de broncoscopia rígida, y está más indicada la primera para la extracción de aquellos CE alojados en tramos distales del árbol traqueobronquial. Sin embargo, no pueden obviarse los riesgos anestésicos y endoscópicos que conllevan las exploraciones broncoscópicas.

Por todo esto, este caso conduce a la discusión sobre la necesidad de la realización de una exploración broncoscópica en el momento de la aspiración a aquellos pacientes que permanecen asintomáticos. ¿Podría haberse evitado esta complicación con la extracción del CE en el momento de la aspiración? ¿Debemos asumir en un niño asintomático el riesgo que conlleva la realización de una broncoscopia?

Bibliografía

1. Fernández I, Gutiérrez C, Álvarez V, Peláez D. Broncoaspiración de cuerpos extraños en la infancia: revisión de 210 casos. *An Esp Pediatr.* 2000;53:335-8.
2. Catáneo AJ, Catáneo DC, Lopes Ruiz R. Management of tracheobronchial foreign body in children. *Pediatr Surg Int.* 2008;24:151-6.
3. Yurdakul AS, Kanbay A, Kurul C, Yorgancilar D, Demircan S, Ekim N. An occult foreign body aspiration with bronchial anomaly mimicking asthma and pneumonia. *Dent Traumatol.* 2007; 23:368-70.
4. Henselmans JM, Schramel FM, Sutedja G, Postmus PE. Acute necrotizing pneumonia 16 years after aspiration of a conifer branch. *Respir Med.* 1995;89(2):139-41.
5. Kamiyoshihara M, Ibe T, Takeyoshi I. Inhaled foreign body overlooked for 25 years in an adult. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;56:191-4.
6. Pérez Ruiz E, Barrio Gómez de Agüero MI, Grupo de Técnicas de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Broncoscopia flexible en el niño: indicaciones y aspectos generales. *An Pediatr (Barc).* 2004;60:354-66.
7. Chopra S, Simmons DH, Cassan SM, Becker S, Ben-Isaac FE. Bronchial obstruction by incorporation of aspirated vegetable material in the bronchial wall. *Am Rev Respir Dis.* 1975; 112:717-20.
8. Hilman BC, Kurzweg FT, McCook Jr. WW, Liles AE. Foreign body aspiration of grass inflorescences as a cause of hemoptysis. *Chest.* 1980;78:306-9.
9. Fernández I, Gutiérrez C, Álvarez V, Peláez D. Broncoaspiración de cuerpos extraños en la infancia: revisión de 210 casos. *An Esp Pediatr.* 2000;53:335-8.
10. Álvarez-Buylla Blanco M, Martínez Morán A, Álvarez Paredes I, Martínez Vidal J. Broncoscopia en población infantil tras aspiración de cuerpo extraño. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2008;59:183-6.

J.P. García Iñiguez*, M.M. Domínguez Cajal, I. Montejo Gañán, A. De Arriba Muñoz, I. Ruiz del Olmo Izuzquiza y R. Tapia Moreno

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: dr_jpablo@hotmail.com
(J.P. García Iñiguez).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.08.008

Afectación neurológica precoz en pacientes con incontinencia pigmenti

Early neurological symptoms in patients with incontinentia pigmenti

Sr. Editor:

La incontinencia pigmenti (IP) 2 es un trastorno neuroectodérmico de escasa incidencia, del que se conocen unos 700 casos¹. Afecta principalmente a la piel aunque puede asociar afectación de otros órganos. Las lesiones cutáneas son generalmente benignas y evolucionan en 4 estadios: vesicular, verrugoso, hiperpigmentario y atrófico. Las alteraciones neurológicas afectan al 10-30% de los pacientes e

incluyen convulsiones (13%), parálisis espástica (11%), retraso psicomotor (7,5%) y microcefalia (5%)².

Caso 1. Recién nacida, primera hija de padres sanos no consanguíneos, cuya madre tenía 2 hijas anteriores de otro padre, sanas. Parto eutócico a las 38 semanas. Al nacimiento presenta pequeñas vesículas localizadas en tronco y extremidades (fig. 1). En la analítica presentó leucocitosis con eosinofilia, proteína C reactiva negativa, serología TORCH (toxoplasma, herpes, citomegalovirus y rubéola) negativa y cultivos de las lesiones negativos. Al tercer día de vida presenta una convulsión generalizada que responde a fenobarbital. La punción lumbar, el EEG y la ecografía cerebral fueron normales. Se realizó biopsia de las lesiones y se detectó una marcada espongirosis eosinofílica y excitosis, hallazgos compatibles con IP2. El estudio genético de la niña muestra una delección de los exones 4 al 10 del gen *NEMO* que en el caso de la madre no se detecta. En la RM cerebral realizada al mes de vida no se observó ninguna alteración. El desarrollo psicomotor es normal