

Cuerpos extraños de naturaleza vegetal en el árbol respiratorio de los niños

P. Rodríguez Trujillo

Comunicación a la Real Academia de
Medicina de Tenerife, sesión del 30 de
abril de 1951.

En el extenso e interesantísimo capítulo de los cuerpos extraños en el árbol respiratorio de los niños ocupa, según veremos, un lugar preeminente la circunstancia de ser vegetal dicho cuerpo extraño. Al revisar esta cuestión en la literatura, sorprende la poca atención que se ha dispensado a tema de tanto interés práctico aun hoy día, cuando la broncoscopia empieza a ser método de exploración y tratamiento relativamente sencillo. Las únicas publicaciones serias y completas que sobre el particular hemos encontrado son las de CHEVALIER-JACKSON y colaboradores, especialmente la inserta en el *Brennemann* bajo el título de «Bronquitis vegetal», denominación ésta que nosotros también hemos utilizado en comunicación anterior, si bien con el convencimiento de su inexactitud, pues bajo el epígrafe de «Bronquitis vegetal» caben consideraciones muy amplias que nada tienen que ver con lo que nos ocupa ahora, como no sea que el cuadro clínico descrito por CHEVALIER-JACKSON se encuadra como una de las formas de las susodichas bronquitis vegetales.

Es evidente que el cuadro clínico que se observa en un niño en cuyo árbol respiratorio se ha introducido un cuerpo extraño vegetal es completamente distinto al que vemos cuando esa sustancia es mineral o metálica. Como es lógico, tienen una serie de puntos comunes, los que se derivan de la común circunstancia mecánica; pero ya veremos que sobran motivos para verificar su individualización.

La cifra de nuestra casuística resulta ridícula al compararla con la de CHEVALIER-JACKSON. Frente a 17 historias de este tipo que hemos podido estudiar, él presenta 630 más trabajadas y completas; ni que decir tiene que ello limita la posible originalidad de nuestra aportación, que, en definitiva, no tiene otro propósito que

el fijar las modificaciones que en el cuadro clínico, evolución y pronóstico de la enfermedad ha tenido lugar con el empleo oportuno de bacteriostáticos y antibióticos, extremos a que no hace referencia el conocido otorrino norteamericano.

Desde el punto de vista etiológico, son varios los factores que hemos de considerar :

a) En primer lugar, la causa provocante: la presencia en tráquea o bronquios de un cuerpo extraño vegetal. Entre los 695 casos del estudio de CHEVALIER-JACKSON, 301 lo eran por cacahuets; seguían en orden descendente la corteza de los mismos, las nueces y su corteza, etc. En nuestros 17 casos, ocho lo eran por cacahuete, y los demás, por los más diversos tipos de cortezas o pepitas de vegetales.

b) El componente alérgico, que es el que, en definitiva, da sabor de cuadro clínico independiente al que nos ocupa. Es precisamente en los niños donde se observa tan típica forma de reaccionar, y mientras más pequeños, la intensidad de la misma es mayor. Dado que al principio los casos con que se encontró CHEVALIER-JACKSON eran todos provocados por la pepita del cacahuete, se pensó que era debido al aceite de los mismos la brutal respuesta de la mucosa del árbol tráqueobronquial. A medida que la experiencia se fué ampliando, se pudo comprobar que tales fenómenos de hipersensibilidad de la mucosa también se presentaban con otras muchas sustancias vegetales, por lo que se dedujo que serían, en general, las proteínas vegetales las verdaderas causantes de tal reacción. Los datos clínicos, anatomopatológicos y los obtenidos por la observación broncoscópica confirman de forma incuestionable que la inflamación y subsiguiente supuración a la presencia de una sustancia vegetal en vías respiratoria, con la rapidez y malignidad que se presenta, es debida exclusivamente a esta curiosa alergosis, si bien admitimos que la confirmación definitiva sólo podrá hacerse cuando se realicen las correspondientes pruebas de alergometría, lo que, según nuestras noticias, está por hacer.

c) Factores generales. Según ya hemos hecho observar, la edad desempeña un papel activo. En un niño mayor o en un adulto, el cuadro clínico pierde sus características peculiares, prevalecen casi exclusivamente las propias de la obstrucción y de la infección micótica o bacteriana transportada por el agente, como no sea que especiales circunstancias personales den un matiz particular a algún caso determinado. Y en relación también con la edad está el hecho del desarrollo de los molares y la forma en que el niño mastica.

Clinica.—La descripción que CHEVALIER-JACKSON hace de la «bronquitis vegetal» distingue tres estadios o momentos evolutivos del proceso, suponiendo, claro está, que no se verifica la inmediata extracción del cuerpo extraño. Lo típico del mismo es, particularmente, la segunda fase. Estas sustancias provocan una reacción pulmonar aguda, difusa y violenta, conjuntamente con una profunda alteración del estado general del paciente, lo que, sin discusión alguna, está en franco contraste con lo que se produce cuando el tal cuerpo extraño no es vegetal. Ni que decir tiene que entre ambos existe una sintomatología común: la que corresponde a la primera fase de nuestro tema; es ello el atragantamiento—o amordazamiento—, la inmediata tos espasmodica, irritativa, cuya intensidad y tiempo de duración depende del tamaño y localización del agente, así como de la idiosincrasia del enfermo. Como se comprende, son también muy frecuentes las crisis de ahogo y, al fin, un síntoma de extraordinario valor, sobre el que han insistido algunos de los colaboradores de CHEVALIER-JACKSON en publicaciones especiales, y que suele notarse transcurridas dos o tres horas del accidente, el que dicho autor llama «jadeo asmatoide», porque recuerda perfectamente ese singular estridor que presentan los asmáticos; por lo que nosotros hemos visto, este síntoma de la primera fase es muy raro encontrarlo cuando el cuerpo extraño no es vegetal. En varias de nuestras historias se recoge la espontánea manifestación de las madres, haciendo curiosas descripciones al respecto. Con mayor o menor evidencia, esta primera fase no falta nunca; si siempre no se descubre, escapándose con ello un puntal decisivo para el diagnóstico, es por la inconsecuencia de nuestro interrogatorio o por la desorientación en que nos hace incurrir el familiar del paciente.

La comentada segunda fase comienza casi sistemáticamente a las doce, veinticuatro o treinta y seis horas del atragantamiento. Tan prolijo y evidente es el cuadro respiratorio que se recoge a la exploración, tanta la fiebre y la afectación del estado general, que suele echarse al olvido o no hacerse caso de la primera fase que comentamos. En dos de nuestras historias, los médicos que al principio vieron a los niños en cuestión (en una de ellas fueron tres) diagnosticaron neumonía y negaron repetida e insistentemente toda relación entre los accesos de tos por supuesto atragantamiento y la enfermedad, cosa que con curiosa intuición establecían las madres.

Desde el punto de vista semiológico, los datos que se perciben en éstos primeros momentos conllevan la idea de una atelectasia, si el hecho se relaciona con la participación de un cuerpo extraño,

o el de una neumonía crupal manifiesta, si no se establece dependencia alguna con aquél. Como bien saben los que han tenido ocasión de encontrarse en este momento cronológico del proceso, cuando el cuerpo extraño no es vegetal, no hay entonces otra cosa que una sintomatología de carácter irritativo, dependiente directamente de las condiciones mecánicas del caso, o, lo que es muy frecuente, un silencio sintomatológico absoluto. Las similitudes entre ambos vuelven a aparecer, más tarde, en la tercera fase, o de las complicaciones; en ella todo cursa por el estilo; si acaso, que en la «bronquitis vegetal» aquéllas suelen ser más graves y difíciles de resolver.

Según CHEVALIER-JACKSON, y nuestra experiencia así lo confirma, si no se extrae el cuerpo extraño, esta segunda fase dura uno o dos meses; el cuadro aquel cede en lisis y tiende a la cronicidad; mejora el estado general, se amortigua el síndrome respiratorio y queda una febrícula residual tenaz. Y como era de suponer, es aquí donde cabe una modificación fundamental a la descripción clásica que hemos venido haciendo. El empleo de los antibióticos y bacteriostáticos ha acertado visiblemente este período; desaparece la febrícula con mucha mayor rapidez; se recupera con mayor prontitud el estado general, haciéndose, por tanto, mucho más discreta y silenciosa, como un verdadero período libre, la susodicha fase de cronicidad. Así, no es de extrañar que en nuestras historias haya un espacio de tiempo de dos, tres y cuatro meses en que el niño está completamente bien: aumenta el apetito, engorda, mejora de color, está alegre...; todo lo más, presentan una tosecita seca y esporádicamente en dos de nuestros casos, el famoso «jadeo asma-toide».

Tercera fase, la de las complicaciones. Su aparición se hace esperar, a veces, hasta seis y siete meses después del accidente; empero, ello no es óbice para que en algunos casos se presente a las pocas semanas o en medio del que hemos llama «tiempo o período libre». Como es lógico, esta fase está en íntima relación con el papel de transportador de gérmenes que el cuerpo extraño tiene. CHEVALIER-JACKSON llama a ésta la «fase de los síntomas tardíos» e, insistiendo, una vez más, en el carácter peculiar del síndrome por él descrito, llama la atención sobre la mayor frecuencia de tales complicaciones en los casos de cuerpo extraño de naturaleza vegetal.

En su descripción habla de aspecto séptico, piel gris pálida, fiebre en agujas, secreción abundante, que se hace más patente cuando baja la temperatura. Sin solución de continuidad, de esta

fase de bronquitis supurativa se pasaría en poco tiempo al de la complicación organizada, sea—lo más frecuente—el absceso de pulmón, sea la atelectasia impura, sea lo que él denomina «neumonitis», que sería una supuración paulatina que se iría extendiendo a todo el árbol respiratorio, anegándolo todo y acompañándose de la correspondiente afectación pleural. Nosotros no hemos visto esta curiosa forma evolutiva; los casos que llegaron a esta tercera fase lo hicieron con absceso de pulmón o grandes atelectasias impuras; asimismo, tampoco nos ha sido dable ver unas bronconeumonías que él dice tienen también diferente carácter que las habituales.

Broncoscopia.—Lo que con mayor frecuencia se encuentra al principio es el cuadro correspondiente a una atelectasia o a un enfisema obstructivo, pero con gran rapidez ambos pueden ser reemplazados por el «pulmón anegado» a que antes hicimos referencia.

El doctor POCH VIÑALS, otorrino del Servicio de Pediatría del doctor RAMOS, en Barcelona, poseedor de una amplia experiencia en estos asuntos, insiste en sus informes que el edema y el enrojecimiento de la mucosa del árbol tráqueobronquial es mucho más intenso y extenso que cuando el cuerpo extraño no es vegetal, y es esta fácil tumefacción la que explica la velocidad con que puede aparecer una atelectasia o enfisema obstructivo, con todas sus consecuencias, en estos niños.

Diagnóstico.—Según hemos visto, el cuadro que nos ocupa queda definido por los característicos síntomas iniciales, el intervalo libre y los síntomas tardíos. Dada la naturaleza mecánica del hecho, al principio, los signos clínicos que se recogen a la exploración pueden ser los mismos que los de cualquier cuerpo extraño no vegetal:

- la salida y entrada del aire puede no estar interrumpida (posibilidad extraordinariamente rara). La sintomatología respiratoria puede entonces quedar reducida a la de simples manifestaciones bronquiales;
- el cuerpo extraño y la mucosa tumefacta realizan el papel de válvula y permiten la entrada del aire, pero no la salida; se provoca así la formación de un enfisema;
- pero es, sin duda, lo más frecuente que desde el principio se constituya una atelectasia siguiendo los conocidos principios de Patología general.

Según CHEVALIER-JACKSON, el mejor medio diagnóstico es la radiología, pese a que las sustancias vegetales sean transparentes. Sostiene que es fácil determinar si hay enfisema o telectasia realizando

radiografías en espiración y aspiración forzadas. Dejando aparte el hecho de las enormes dificultades que existen para conseguir que un niño enfermo, sea cual sea su edad, permita la realización de esta técnica, nuestra experiencia no está de acuerdo con la generalización de esta idea. De los casos por nosotros estudiados en el Servicio del profesor RAMOS, en los que se hizo detenido estudio radiológico, y contando con la dificultad a que antes aludíamos, sólo una fué demostrativo en este aspecto de la cuestión, correspondiendo al síndrome atelectásico de todo el pulmón izquierdo, perceptible clínicamente—el trozo de la castaña se hallaba en bronquio principal—a radioscopia, y la correspondiente radiografía mostraba un tenue velo y la consiguiente retracción de los espacios intercostales, imagen que desapareció como por ensalmo al verificar la extracción de la castaña.

Pronóstico.—Ni que decir tiene que éste será tanto más favorable cuanto más rápida y limpia sea la extracción.

Según CHEVALIER-JACKSON, en un 30 por 100 de los casos la expulsión del cuerpo extraño se hace espontáneamente.

Si la extracción se hace en la primera semana, el pronóstico suele ser muy benigno, importando considerar de nuevo, no obstante, que el mismo se ensombrece notablemente con la poca edad del niño.