

CUERPOS EXTRAÑO EN UNA EMERGENCIA DE PEDIATRÍA

* Dr. Aresbio Antonio García

* Dra. Emilia Guzmán

* Dr. Francisco Antonio Batista

* Dr. William Guzmán

Resumen

Antecedentes

La presencia de un cuerpo extraño es una emergencia dramática, especialmente en pediatría, donde su incidencia es mayor.

Materiales y Métodos

Se realizó un trabajo prospectivo con el fin de establecer la incidencia, localización y variabilidad de cuerpos extraños en la población infantil menor de 15 años, que asistió a la emergencia del Hospital Dr. Robert Reid Cabral en Santo Domingo, Republica Dominicana, durante el período 1ro de septiembre 1990 al 31 de agosto 1992.

Resultados

Se estudiaron un total de 297 casos. En 187 casos (63.0%) la edad estuvo por debajo de 5 años, 187 pacientes (63.0%) pertenecieron al sexo masculino. El tiempo desde que se produjo el accidente hasta la llegada a la emergencia, fue menor de 12 horas en 112 casos (41.1%) y de 12 a 24 horas en 91 casos (30.6%). En 115 (38.7%) casos, el cuerpo extraño estuvo localizado en el oído y en 80 casos (26.9%) en las fosas nasales. En 96 casos (32.3%) el cuerpo extraño se alojó en la parte alta del tubo digestivo o la vía aérea. Los cuerpos extraños más frecuentemente encontrados fueron semillas o granos vegetales en 79 casos (27.0%), monedas con 56 casos (18.9%) y piedras 45 casos (15.2%). Lavados de oído y extracción de cuerpos extraño de las fosas nasales fueron los procedimientos más frecuentemente efectuados; también fue necesario en 95 casos (32.0%) realizar un procedimiento quirúrgico para extraer el cuerpo extraño. Se registró una defunción (0.3%) debida a la presencia de una aguja en el pulmón izquierdo.

Comentario

El canal auditivo externo, las fosas nasales y la parte alta del tubo digestivo o la vía aérea, son los sitios donde con más frecuencia se alojan cuerpos extraño en niños. Toda emergencia de pediatría debe estar preparada para atender estos casos.

Cuerpos extraño
lavados de oído

oidos, fosas nasales, parte alta del tubo digestivo o la vía aérea
broncoscopia esofagoscopia

* De la Emergencia de Pediatría, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, Republica Dominicana

Abstract

Antecedents

The presence of a foreign body is a dramatic emergency, specially in pediatrics, where they are more frequent.

Materials and Methods

A prospective study was carried out to establish the incidence, localization and variation of foreign bodies in a pediatric population below 15 years of age, that attend the emergency room of Dr. Robert Reid Cabral Hospital in Santo Domingo, Dominican Republic, during the period September 1st, 1990, through August 31st, 1992.

Results

We studied a total of 297 cases. In 187 of them (63.0%) the age was below 5 years, 187 patients (63.0%) were masculine. The time elapsed since the accident until the patient arrival to the emergency room was less than 12 hours in 112 cases (41.1%) and from 12 to 24 hours in 91 cases (30.6%). In 115 (38.7%) of the cases, the foreign body was localized in the ear and in 80 cases in the nostrils. In 96 cases (32.3%), the foreign body lodge in the upper part of the gastrointestinal tract or the respiratory tree. The foreign bodies most frequently found were seeds or vegetables grains in 79 cases (27.0%), coins in 56 cases (18.9%) and stones 45 cases (15.2%). Washing of the ears and removal of foreign bodies from the nostrils were the procedures most frequently performed. It was also necessary in 95 cases (32.0%), to perform a surgical procedure in order to remove the foreign body. We had one death (0.3%), due to the presence of a needle in the left lung.

Commentary

The ear external canal, the nostrils and the upper part of the gastrointestinal tract or the respiratory tree, are the places where most frequently the foreign bodies lodge. Every pediatric emergency room shall be ready to offer adequate attention to these cases.

Foreign bodies	ears, nostrils, upper part of the gastrointestinal tract or the respiratory tree
washing of ears	bronchoscopy esophagoscopy

INTRODUCCION

El médico debe estar orientado en relación a los cuerpos extraños en los niños, pues cuando se aloja en las vías respiratorias altas, particularmente en un niño menor de 5 años, ponen en peligro su vida.

No existe en nuestro medio estudios sobre este tema en general, aunque se han realizado algunos trabajos de tesis sobre cuerpos extraños en la vía aérea.¹

Con el propósito de tener información sobre la incidencia, localización y variabilidad de cuerpos extraños en niños, llevamos a cabo este estudio.

MATERIALES Y METODOS

Realizamos un estudio prospectivo en la emergencia del Hospital Dr. Robert Reid Cabral, en Santo Domingo, República Dominicana, con la población menor de 15 años de edad que asistió allí durante el período entre el 1ro de septiembre 1990 al 31 de agosto de 1992, por la presencia de

un cuerpo extraño en su cuerpo.

Estudiamos en cada paciente edad, sexo, tiempo de evolución hasta su llegada a la emergencia, tipo de cuerpo extraño, localización, signos clínicos y procedimientos realizados.

Luego analizamos los casos, se recopilaron y presentaron en forma de cuadros.

RESULTADOS

Un total de 297 casos de cuerpos extraños se presentaron a la emergencia del Hospital durante el período de estudio y en el Cuadro No. 1 observamos que 187 (63.0%), estuvo por debajo de los cinco años de edad. Ver Cuadro No. 1

En relación al sexo tuvimos que masculinos fueron 187 (63.0%) y femeninos 110 (37.0%).

En el Cuadro No. 2 apreciamos el tiempo transcurrido entre la ocurrencia del accidente con el cuerpo extraño y la llegada del paciente a la emergencia del Hospital. Podemos ver que 213 casos (71.7%) el paciente fue traído a la emergencia en las primeras 24 horas después de

CUADRO No. 1

EDAD DE LOS PACIENTES CON CUERPOS EXTRAÑO

EDAD EN AÑOS	No.	TASA EN %
< 1	49	16.5
1	35	11.8
2	38	12.8
3	39	13.1
4	26	08.8
5	25	08.4
6	20	06.7
7	19	06.4
8 a 14	46	15.5
TOTALES	297	100.0%

ocurrido el accidente.

En el Cuadro No.3 vemos la localización de los cuerpos extraños y apreciamos que la mayoría de ellos 195 (65.7%), estuvieron en el canal auditivo externo y en las fosas nasales.

También observamos gran cantidad de casos

CUADRO No. 2

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL ACCIDENTE Y SU LLEGADA A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL

TIEMPO EN HORAS	No.	TASA EN %
< 12	122	41.1
12 a 24	091	30.6
24 a 48	038	12.8
48 a 72	027	09.1
> 72	019	06.4
TOTALES	297	100.0

CUADRO No. 3

LOCALIZACION DE LOS CUERPOS EXTRAÑO

LOCALIZACION	No.	TASA EN %
Canal aud. externo	115	38.0
Fosas nasales	080	29.2
Esófago	067	22.0
Bronquios (der 13, izqdo 6)	019	06.2
Tráquea	007	02.4
Estómago	004	01.3
Laringe	002	00.7
Faringe	001	00.3
Colon ascendente	001	00.3
Pulmón izquierdo	001	00.3
TOTALES	297	100.0

en la vía aérea y en el tubo digestivo.

En el Cuadro No. 4 presentamos los signos clínicos en los 96 casos en que el cuerpo extraño estuvo alojado en la parte alta de la vía digestiva o aérea.

CUADRO No. 4

SIGNOS CLINICOS EN 96 CASOS DE CUERPOS EXTRAÑO EN VIA AEREA O DIGESTIVA ALTA

SIGNO CLINICO	No.	TASA EN %
Tos	88	91.2
Sialorrea	82	85.4
Disfagia	72	75.0
Disnea	36	37.5
Aliento fétido	16	16.7
Cianosis	14	14.6

En el Cuadro No. 5 señalamos los diversos

CUADRO No. 5
CUERPOS EXTRAÑOS IDENTIFICADOS

CUERPO EXTRAÑO	No.	TASA EN %
Granos o semillas vegetales	79	26.6
Monedas	56	18.9
Piedras	45	15.2
Objetos plásticos	37	12.5
Hojas o cáscaras	25	8.4
Cauchos	20	6.7
Objetos metalicos (clips, agujas, etc)	12	4.0
Insectos	08	2.7
Huesos	03	1.0
No identificados	08	2.7
TOTALES	293	100.0

Nota.- En cuatro casos que inicialmente se pensó en la presencia de un cuerpo extraño exógeno, dos resultaron casos de laringotraqueobronquitis (croup), uno un tumor vascular en bronquio derecho y uno un proceso inflamatorio.

cuerpos extraños identificados y se observa que semillas o granos vegetales, las monedas y las piedras fueron los mas frecuentemente encontrados.

En relación a los procedimientos efectuados en nuestros pacientes el lavado de oídos y la extracción de cuerpos extraños de las fosas nasales que son procedimientos relativamente sencillos fueron los mas frecuentes; sin embargo procedimientos de tipo quirúrgico fueron necesarios en 95 pacientes (32.0%). Estos procedimientos los vemos en el Cuadro No. 6. donde se muestra que la esofagoscopia y la broncoscopia encabezan la lista..

Tuvimos una defunción en nuestra serie de casos (0.3%), debida a la presencia de una aguja en el pulmón izquierdo. La paciente falleció mientras se intentaba extraer la aguja.

En relación a los procedimientos quirúrgicos debemos señalar que:

La toracotomía fue necesaria para extraer

una tapa de refresco alojada en el bronquio derecho y la laparotomía para extraer un clavo alojado en el colon ascendente en un paciente

CUADRO No. 6

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS		
PROCEDIMIENTO	No.	TASA EN %
Esofagoscopia	46	48.4
Broncoscopia	25	26.3
Laringoscopia	22	23.1
Toracotomia	01	01.1
Laparotomia con incisión de colon ascend.	01	01.1
TOTALES	95	100.0

que inicialmente se pensó tenía una apendicitis gangrenosa.

Los cuatro casos de cuerpos extraños en el estomago se dejaron evolucionar y todos fueron expulsados espontaneamente por la via rectal.

Una bala alojada en la tráquea y un tubo de drenaje (penrose) en la faringe, fueron retirados mediante extracción directa.

DISCUSION

Cuerpo extraño es cualquier objeto alojado donde no corresponde; podemos clasificarlos en:

1.- Exógenos, que son los mas frecuentes y se dividen en

- a) Animados, como insectos
- b) Inanimados orgánicos como carnes, huevos, etc.
- c) Inanimados inorgánicos como agujas, piedras, proyectiles, etc.

2.- Endógenos, como falsas membranas, neoplasias, coágulos, etc.

Han sido reportados en niños en piel, ojos, oídos, nariz, laringe, traquea, bronquios, pulmón, esófago, resto de la vía digestiva y vagina en las hembras.²⁻³

Las alteraciones producidas por ellos dependen de su naturaleza, localización y grado de obstrucción.

La gravedad del caso sin embargo, depende

mayormente de su localización.

Cuando hay aspiración de un cuerpo extraño en la vía aérea, se pueden producir tres fases (a menos que sea expulsado o extraído inmediatamente), que son:

1.- Fase inicial de aspiración.-

En esta fase el niño puede morir asfixiado o ser candidato a presentar atelectasia, bronquiectasia, absceso pulmonar o una bronquitis vegetal, con graves afecciones de tipo séptico.

2.- Fase asintomática.

Esta fase puede ir de una hora a días de duración, instaurándose luego en forma brusca, una insuficiencia respiratoria que se agrava gradualmente.

3.- Fase de alojamiento del cuerpo extraño.-

Generalmente se carece de información en esta etapa, pues los padres o las han olvidado o no estaban presentes en el momento de la aspiración.²⁻⁴

En nuestro trabajo en 4 casos (1.3%) el cuerpo extraño puede ser clasificado como endógeno.

Es interesante que en este estudio, la mayoría de los cuerpos extraños estuvo en áreas de fácil acceso como son el canal auditivo externo y las fosas nasales. Sin embargo en 32.3% de los casos fue necesario realizar de emergencia, procedimientos quirúrgicos invasivos para extraer el cuerpo extraño.

Esto significa que una emergencia de pediatría debe estar equipada y el pediatra que allí labora debe poseer la capacidad de extraer

cuerpos extraños del canal auditivo externo y de las fosas nasales, así como que rápidamente el niño pueda ser llevado al quirófano para que el cuerpo extraño ubicado en áreas peligrosas de la vía respiratoria o digestiva, pueda ser extraído de inmediato.

Dilaciones en diagnosticar y extraer estos objetos son causas de complicaciones severas, que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Es curioso que no tuvimos ningún caso de cuerpos extraños en la vagina.

Es posible que en los casos de cuerpos extraños que producen obstrucción de la vía aérea, la mortalidad sea mayor que la nuestra de 0.3% y que estos casos al morir rápidamente por asfixia no sean traídos al hospital.

REFERENCIAS

- 1.- Palyo C, Gamundy R, Herasme F. Cuerpos extraño en pneumología. Tipo, cuadro clínico, evolución y tratamiento en el Hospital Dr. Luis E. Aybar. Tesis de doctorado en medicina, Universidad Autónoma de Santo Domingo. 1996.
- 2.- Villar Suarez M S. Otorrinolaringología. Colección el estudiante de medicina. Editora Pueblo y Educación, La Habana 1984, pag 30-31,113-14
- 3.- Behrman R E, Vaughan V C. Nelson textbook of pediatrics 12th Ed. W B Saunders Co. Philadelphia, 1983
- 4.- Arellano P M. Cuidados Intensivos en Pediatría. 2da Ed. Nueva Editorial Interamericana, México D F, 1983, pag 62-63.