

## Un caso de Broncoscopia

ALFILER DE CABEZA NEGRA Y DE CINCO CENTÍMETROS DE LONGITUD ENCLAVADO DURANTE TREINTA Y CINCO DÍAS EN EL BRONQUIO IZQUIERDO DE UNA NIÑA DE OCHO AÑOS, ORIGINANDO UN GRAN ABSCESO PULMONAR; EXTRACCIÓN POR BRONCOSCOPÍA; CURACIÓN

### HISTORIA CLÍNICA

El día 14 del corriente mes de junio, al pasar mi visita cotidiana en este Hospital de Niños, se me presentó una mujer solicitando ingreso para su hija María de las Nieves Melián y Ruiz, natural de la isla de Fuerteventura, de edad de ocho años, y que desde el mes de mayo último se hallaba gravemente enferma.

Era de tal modo angustioso el aspecto de la niña, que inmediatamente la hice transportar a la sala de Medicina, cama núm. 9, y comencé el interrogatorio, á que su madre, más torpe y premiosa de lo que fuera deseable, respondió con vaguedad y desconcierto.

Pude, sin embargo, concretar que, desde unos veinte días atrás, la niña estaba muy acatarrada, con tos pertinaz, acostándose con frecuencia por causarle el andar mucha fatiga, con la piel muy caliente por las tardes y negándose a tomar sus alimentos, aunque esto, añadió la madre, creí que era debido a tener lastimada la garganta con un alfiler que se había tragado unos cuantos días antes de caer mala.

El hecho ocurrió el 15 de mayo; la niña sintió al principio sofocación grandísima, pero luego se quedó más tranquila; la enfermedad actual empezó varios días después.

En vista de tales antecedentes, procedí al examen de la enfermita, en la que desde luego resaltaban tres síntomas:

**Primero.** Tos quintosa, pertinaz, pero ni bronca ni seca, sino, muy al contrario, seguida de expectoración mucopurulenta abundantísima, que algunas veces se venía a la garganta sin tos, y siendo arrojada como por náuseas.

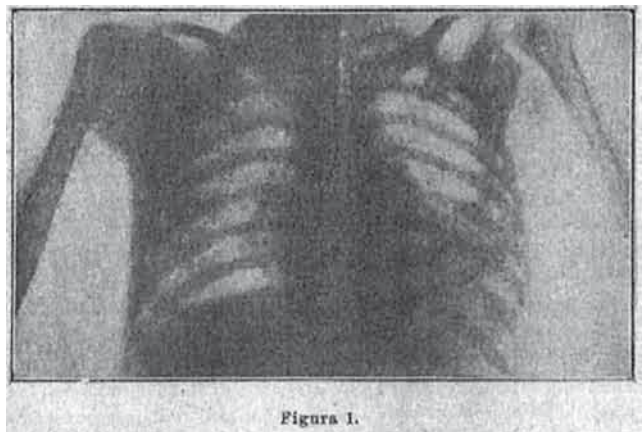
**Segundo.** Disnea intensa, pero sin estridor laríngeo, ni estertores perceptibles a distancia, ni tiro epigástrico, ni cianosis.

**Tercero.** Fiebre alta, de 40°,2 C. en el recto, con postración general, tristeza y palidez del rostro.

El examen físico del aparato respiratorio, á que desde luego era naturalmente atraída la atención, acusaba los siguientes signos, que, como se verá, difieren bastante de los indicados en otros casos de cuerpos extraños.

**Percusión.** Claridad completa en la totalidad del pulmón derecho, aunque en algunos limitadísimos puntos parecía notarse dudosa submatidez: claridad muy limitada en el vértice del pulmón izquierdo, tanto por su cara anterior como por la posterior y *macidez absoluta* en todo el resto del hemitórax, á partir de la región precordial, con desaparición del espacio semilunar de Traube, por delante; á partir de la axila, por el costado, y á partir de dos traveses de dedo por encima del ángulo de la escápula, por detrás; ni más ni menos que hubiera ocurrido en el caso de existir un gran derrame pleurítico. Esta sospecha no podría, sin embargo, aceptarse, pues quedaba desvanecida con la percusión clara del vértice y la falta de desviación del corazón hacia el lado derecho.

**Auscultación.** En el hemitórax derecho, roncus, sibilancias y muchos estertores húmedos de gruesas burbujas: en el izquierdo, en que la entrada del aire no estaba del todo impedida, ni el silencio respiratorio era absoluto (ya veremos después por qué), se oían hacia las partes altas estertores análogos a los del lado derecho, y hacia las bajas algo parecido a un tenue soplo bronquial.



Antes de emitir un juicio definitivo llevé a la niña al departamento de rayos X, que tengo instalados en el mismo Hospital, y allí pude comprobar, por radioscopia, la existencia en el bronquio izquierdo de un cuerpo extraño, que yo me había imaginado vulgar y pequeño alfiler, y que resultó ser de los llamados de *cabeza negra*, el cual, indiscutiblemente, obstruía con ésta una de las ramas de la primera división del bronquio, dejando entrar el aire por la otra, y había dado origen, *Can Pediatr* 2012; 36 (1) : 13-15

por su larga permanencia en aquél, á la formación de un absceso pulmonar, causante de los síntomas reaccionales. Así tienen explicación todos los signos indicados en el examen físico.

**El cliché**, inmediatamente obtenido, fue entregado a un hábil fotógrafo para que lo revelara, resultando la radiografía que acompaña a esta historia clínica, y que permite comprobar, sin necesidad más minuciosas descripciones, todos los detalles anteriormente consignados. (Lado derecho, transparente en toda su extensión y bien perceptibles los límites cardíacos. Lado izquierdo, claro sólo en el vértice y borrosos los límites del corazón, cuya sombra se pierde en la del absceso. Se advierte que este cliché está hecho en dos placas unidas, por no tener á mano una suficientemente grande).

Aunque la gravedad del caso no permitía diferir por largo tiempo la intervención, tampoco la exigía con la premura del momento, en cuanto no existían temores de inminente asfixia; por lo cual la dispuse para la noche inmediata con el fin de poder convertir a voluntad la sala de operaciones, que posee buen alumbrado eléctrico, en cámara oscura, lo que por su especial construcción es imposible durante las horas del día, o iluminarla cuando me conviniera.

Yo no había hecho jamás ni en muertos ni en vivos, ni visto hacer a nadie una broncoscopia; pero si habla seguido con gran interés, porque desde luego atrajo poderosamente mi atención, la lectura de los progresos del proceder de Killian, y adquirí hace ya tiempo una colección gradual de tubos que, en mi vitrina, yacían vírgenes de todo ensayo, al que ciertamente no me animaban los escritos de la prensa médica, en que únicamente se consignan las casi insuperables dificultades con que el neófito tropieza en la ejecución de este moderno procedimiento; y puedo asegurar que a ninguna de las muchas operaciones quirúrgicas que en el Hospital de Niños vengo practicando en progresión creciente desde su fundación, hace unos doce años, he ido con tan intensa emoción ni tan escasa fe en mí mismo. ¡Pero no era caso de dejar á la pobre criatura con tan inoportuno huésped en su pecho!

El material quirúrgico se redujo a dos tubos Killian de 10 y de 12 centímetros; unas pinzas para cuerpos extraños uretrales, igualmente aplicables a este caso; un largo porta algodones, una caja de traqueotomía y un espejo frontal del Clar.

La edad de la niña animaba a practicar la broncoscopia supraglótica, que parecía no tener otra contraindicación que mi falta de pericia, no obstante lo cual estaba decidido á intentarla; pero así que, cloroformizada la enfermita, sin tro-

piezo alguno, quisimos colocarla en posición de Rose, fueron tales las bocanadas de expectoración que por la laringe se precipitaban, que de persistir en ello, hubiera sobrevenido una mortal asfixia. En todos los ensayos que se hicieron con este fin, se repetía igual fenómeno, de suerte que ya tranquila mi conciencia en este punto, procedí a practicar la traqueotomía, todo lo baja que prudentemente me fue permitido.

Normalizada con este desahogo la respiración, emprendí la introducción de un tubo de 7 milímetros por 10 centímetros, haciéndolo marchar lentamente, sin violencia, como por etapas, limpiando las abundantes secreciones que a cada paso le obstruían, y procurando ver cada punto traqueal que se iba presentando. Llegué al espolón divisorio de los bronquios; pero apenas insinué el tubo por el izquierdo, sobrevino un violentísimo acceso de tos, y tras él una oleada de pus, y luego otra y otras más, que eran lanzadas a distancia sobre mis manos, el cuello de la operada, la mesa y hasta el suelo, denotando la ruptura del absceso, cuya cantidad de pus no puedo calcular exactamente, pero si decir que era muchísima y *sin fetidez*.

Ya se comprende que en estas circunstancias era totalmente imposible (al menos para mí) toda visión directa; y aunque a ciegas me atreví con gran cautela á introducir la pinza, por si la casualidad me hacia dueño del malhadado cuerpo intruso, bien pronto indiqué a los compañeros allí presentes, que puesto que era mayor el peligro de insistir que el de esperar, y que la precipitación y la tenacidad son enemigos de toda delicada maniobra quirúrgica, lo mejor era colocar, como lo hice, una gruesa cánula de traqueotomía, previo lavado antiséptico del cuello, y dejar que se evacuara totalmente el absceso.

Al día siguiente descendió algo la fiebre, la expectoración se hizo escasa y todo se puso en condiciones tales que á las cuarenta y ocho horas ya pude emprender una broncoscopia de seguros resultados, con introducción de un tubo de 8 milímetros por 12 centímetros, sin cloroformizar á la niña, que se prestó dócilmente á la maniobra. Marché, como la primera vez, muy lentamente, y ya en la entrada del bronquio izquierdo y entre un grupito de movibles mucosidades percibí con emoción una diminuta línea, casi un punto negro, que se asomaba por un lado de la boca del tubo, como la punta de una antena de un insecto que quisiera salir de su agujero. Me quedé inmóvil, no quise ni siquiera alargar mi mano derecha para coger las pinzas, por no perder la buena dirección obtenida, sino pedí que me las diesen, y cuando introducidas por el tubo noté en el tacto que habla

atrapado por su punta al criminal alfiler, procuré que mis manos se diesen mutuo y firme apoyo para ir simultáneamente retirando tubo, pinzas y alfiler, cogido este último tan en el extremo que al atravesar la abertura de la tráquea, se escapó de los bocados y cayó al suelo, no sin antes producirme el consiguiente susto de que pudiera nuevamente deslizarse por el camino que ya le era conocido. Con la misma satisfacción que la paciente, respiramos todos los asistentes al acto.

No coloqué nueva cánula por innecesaria, ni suturé la herida por cuyos bordes habla pasado tanto pus, sino que lave minuciosamente la región y la cubrí con gruesas capas de gasa, huata y venda esterilizadas.

Muy poco hay que decir del curso post-operatorio, sino que la fiebre ha ido descendiendo con la rapidez que indica la adjunta gráfica, hasta quedarse por bajo de 38° C, y que el soplo y la matidez se han ido disipando de tal modo, que á la fecha en que escribo esta Memoria (30 de junio) puede abrigarse la esperanza de obtener una completa normalidad en un plazo más ó menos breve.

**COMENTARIOS**

1.º Publico este caso, que me parece interesante, por ser el primero que conozco de cuerpo extraño de tanta magnitud, pues en la literatura médica española se citan casos de los eximios especialistas Dres. Botey, Tapia, Botella y otros, de menor tamaño, aunque quizá de más difícil extracción, y en la extranjera tampoco he encontrado cosa análoga.

Es también la vez primera que en esta provincia de Canarias se ha practicado la broncoscopia con finalidad operatoria.

2.º Confirma este caso la conveniencia que algunos especialistas encarecen de ir siempre provistos del instrumental necesario para una traqueotomía de urgencia, por la posible presentación de graves accidentes al intentar la broncoscopia superior.

3.º No en esta ocasión, sino en las muchas traqueotomías que por otras causas llevo practicadas, he adquirido el convencimiento de que la tan temida pulmonía consecutiva á esa operación, es debida á la imposibilidad en que se está, en los casos muy urgentes, de cumplir los preceptos de la asepsia ó de la antisepsia, al igual que ocurría en otros tiempos con las complicaciones operatorias de las demás regiones del organismo.

4.º El absceso pulmonar ha seguido en este caso la misma ley que los de cualquier otra región, que curan rápidamente si su causa productora es removible, y pueden evacuarse ampliamente

hasta tal punto, que el Dr. Botella pregunta en una de sus comunicaciones académicas, si en determinadas circunstancias la broncoscopia no podría ser un medio utilizable en el tratamiento de algunos abscesos pulmonares.

5.º En el ejercicio de la Medicina están justificadas las especialidades, y yo soy de ellas tan entusiasta partidario, que he procurado favorecer en nuestro país esa tendencia, y he concedido especial atención a las enfermedades de la infancia, consiguiendo que por mis iniciativas se fundara hace doce años el Hospital de Niños, que me presta ancho campo para la práctica de la Medicina y de la Cirugía infantil; pero sin haber tenido aún la decisión de emanciparme de nuestra madre común la Medicina general, ni podido encontrar la rigurosa línea divisoria entre ésta y las diversas especialidades.

Por otra parte, al médico general que ejerce lejos de los grandes centros de enseñanza, puede permitírsele que sea incapaz de extirpar un quiste de ovario, de hacer una histerectomía ó de extraer una catarata, que dan tiempo á que el enfermo vaya en busca de cirujanos y especialistas afamados; pero no puede perdonársele que ignore como se aplica un fórceps, se reduce una fractura ó se hace una traqueotomía que, reclamadas por inminentes peligros para la vida, requieren urgentemente el inmediato y salvador auxilio."

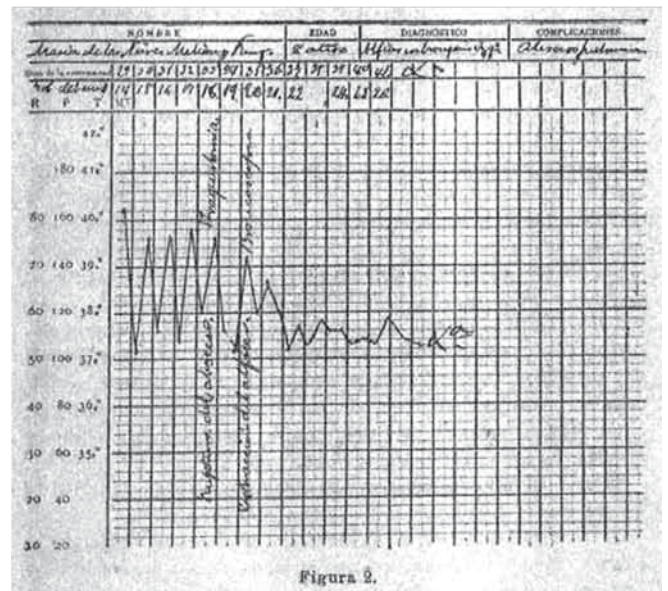


Figura 2.

**Nota.** Este artículo fue publicado en 1912 en la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Año XXXVI, Tomo XCVI, número 1.286, páginas 441 a 447. En la reproducción se ha intentado mantener el texto exactamente igual a como apareció hace 100 años.