

Nombre:	Irene
Apellido:	Vicente Zapata
Otros Autores:	Juana María Plasencia Martínez, Lucía Hernández Sánchez, Ana Barceló Cárceles, Isabel María González Moreno, Amalia García Chiclano
E-mail:	irene.vicente.zapata@gmail.com
Hospital:	Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer
Ciudad:	Murica
Título:	Un molde perfecto para los huesos de oliva: los bronquios lobares inferiores
Presentación:	Varón de 86 años fumador, con EPOC, que acude a urgencias por fiebre de alto grado persistente tras tratamiento antibiótico, tos productiva purulenta y broncoespasmo generalizado. Se le realizan proyecciones PA y lateral de tórax que evidencian un aumento de densidad en el LII con pérdida de volumen, compatible con una neumonía con componente atelectásico o atelectasia del LII. Dado el hallazgo y la patología de base del paciente se completa estudio con una TC de tórax y abdomen superior con contraste oral e IV para descartar patología maligna pulmonar. Se observa atelectasia parcial del LII con bronquiectasias y bronquiolectasias cilíndricas y varicosas, con áreas de consolidación distal, destacando la ocupación del bronquio lobar inferior izquierdo por un cuerpo extraño (CE) con calcificación periférica que podría corresponder a un hueso de oliva aspirado, hallazgo confirmado y extraído mediante broncoscopia.
Discusión :	El diagnóstico fue de atelectasia con neumonitis postobstructiva del LII secundaria a aspiración de hueso de oliva intrabronquial. En adultos, las causas más frecuentes de lesiones endobronquiales de alta atenuación son, por orden de frecuencia, los CE y las broncolitiasis. La clínica es variable y depende de si la obstrucción bronquial es completa o parcial. La prueba inicial ante la sospecha de CE aspirado es la radiografía PA y lateral de tórax, ya que aunque la mayoría de cuerpos extraños son radiolúcidos pueden verse signos secundarios como atelectasia, consolidación o hiperinsuflación pulmonar del lado afecto. La TC de tórax será de gran utilidad para llegar al diagnóstico definitivo. El tratamiento de elección es la extracción mediante broncoscopia.
Conclusión:	Una atelectasia, sobre todo cuando es persistente tras tratamiento antibiótico, requiere descartar una lesión obstructiva endobronquial mediante TC. Si bien la TC debe protocolizarse para evaluar un potencial proceso neoplásico, nuestro diagnóstico diferencial debe incluir causas benignas, curables con actuaciones sencillas.
Bibliografía:	1. SmitaPatel, Ella A. Kazerooni. Case 31: Foreign Body Aspiration-Chicken Vertebra. Radiology. 2001. 218:523-25. 2. Avery LL, Lim R, Pugmire BS. Review of Ingested and Aspi-rated Foreign Bodies in Children and Their Clinical Significance for Radiologist. Radiographics. 2015. 35:1528-38 3. Cuerpos extraños en vía aérea. Luis Cabezas L, Maya Kuroiwa M. Rev.Medi.Clin.Condes.2011;22(3):289–92. 4. Cabeza B, Santos CG, Hernangómez S, Serrano A, Ruiz ES. Aspiración de cuerpo extraño. Anales de pediatría. 2013;79(1):52–3.
Pie de foto:	Rx PA (a1) y lateral (a2) de tórax en las que se observa una opacidad en el LII (asterisco) con desplazamiento de la cúpula diafragmática (flecha azul) y de la cisura

	<p>mayor (flecha verde), con pérdida de volumen asociada, compatible con atelectasia del LII. TC de tórax y abdomen superior con contraste intravenoso en plano axial con ventana de hueso (b1) y sagital con ventana de pulmón (b2) que evidencia un cuerpo extraño ovalado de bordes radiodensos (punta de flecha) que correspondía a un hueso de oliva, ocupando el bronquio para el LII, inmediatamente anterior a la división para las ramas para la pirámide basal. Condiciona atelectasia del LII con neumonitis postobstructiva (asterisco) y bronquiectasias (flechas negras), que sugieren obstrucción bronquial de evolución no aguda.</p>
--	---