

## Presentación

Pediagnostic, diagnóstico interactivo en pediatría, es un software interactivo en el que se presentan casos clínicos relacionados con la pediatría. Su origen se gestó en las sesiones clínicas para médicos residentes de pediatría del Hospital Clínico de Madrid, en las que se realizaban casos clínicos simulados inspirados en casos reales. Los objetivos principales de Pediagnostic son dos, aprender a desarrollar diagnósticos diferenciales en el paciente pediátrico complejo, y aprender a actuar en situaciones que requieran acciones diagnóstico-terapéuticas urgentes en el paciente pediátrico complejo.

Para ello, los casos clínicos buscan enseñar, tanto a médicos como a estudiantes de medicina, a realizar una anamnesis al paciente pediátrico; obtener datos clave a través de la clínica y exploración; estructurar un diagnóstico diferencial, priorizar la solicitud de pruebas, iniciar las actuaciones diagnóstico - terapéuticas urgentes que puedan ser necesarias y, por supuesto, evaluar la actuación realizada sobre el paciente.

En los casos expuestos, basados en casos reales, se ha seguido una secuencia que ha aunado la realidad de los casos con una formulación docente que permita una mejor comprensión de los datos teóricos expuestos, que además han sido entretnejidos entre los datos del caso, para no abrumar con información puramente teórica.

La mejor forma de usar este texto es por tanto como ayuda a la realización de los casos clínicos. Cuando estos se realizan en clase o en sesiones clínicas, se comentan muchos aspectos prácticos y se realizan debates continuos en relación con las actuaciones. Sin embargo, no se profundiza en los aspectos más teóricos, que son esenciales, al fin y al cabo, para poder realizar un buen diagnóstico médico.

Como señalan profesores clásicos, como mi antiguo profesor de la Facultad de Medicina de Granada, Antonio Campos, o mi antiguo jefe de la UCIP del Hospital Clínico, José Luís Ruibal, no se puede diagnosticar aquello que no se conoce. Por tanto, este texto está orientado al aprendizaje, al trabajo y, sobre todo, y por encima de todo, al estudio. Se puede aprender a ser un buen médico y un gran pediatra observando a compañeros ejemplares, como son los dos ejemplos que he citado. Pero solo se pueden aprender medicina y pediatría estudiando. En este sentido, espero ofrecer con este texto una herramienta de utilidad a los futuros médicos, futuros médicos residentes y futuros pediatras. De ellos, al fin y al cabo, dependerá nuestra salud y, sobre todo, la de nuestros hijos. Y no se me ocurre nada más importante que eso. Espero haberlo conseguido.

Bruno José Nievas Soriano.

Pediatra, profesor y, por encima de todo, padre.

## Introducción

Pediagnostic, diagnóstico interactivo en pediatría, es un software multimedia interactivo en el que se presentan diez casos clínicos interactivos relacionados con la pediatría, enfocada a médicos. Su origen se gestó en las sesiones clínicas para médicos residentes de pediatría del Hospital Clínico de Madrid, en las que se realizaban casos clínicos simulados inspirados en casos reales. En ellas los residentes utilizaban datos basados en los casos reales para llegar al diagnóstico mediante la anamnesis, la realización de pruebas y de diagnósticos diferenciales, de forma interactiva, al igual que lo harían en una consulta de urgencias, ayudados por sus tutores clínicos.

Posteriormente este software se utilizó como base para un curso acreditado por la Agencia de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En 2010 la Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental concedió el Premio Martínez Valverde al trabajo titulado «Estudio de difusión, aceptación y coste de una plataforma de formación online basada en un curso de casos clínicos interactivos pediátricos (Pediagnostic)». En 2014, Pediagnostic formó parte de un curso online organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Almería. Posteriormente, el software ha seguido desarrollándose y utilizándose como herramienta formativa para médicos.

Pediagnostic es un proyecto docente enfocado a médicos y estudiantes de medicina donde se pueden resolver casos clínicos interactivos en un entorno formativo amigable que le orienta al profesional en su estudio mediante texto, audio e imágenes. Se pueden realizar los casos clínicos cuantas veces se desee, aprendiendo de los aciertos y de los errores. Los casos clínicos además pueden ser expuestos en clase o en sesiones clínicas, sirviendo por tanto como simulaciones para los médicos o los estudiantes de medicina.

Este libro permite realizar una lectura comprensiva y detallada de los casos clínicos de Pediagnostic, diagnóstico interactivo en pediatría. Este texto, finalizados los casos, permite repasarlos, estudiarlos y profundizar en aspectos que pudieron no ser aprehendidos durante el manejo de la herramienta. Por tanto, esta obra es fundamental para aquellos que ya hayan completado los casos y quieran repasar o profundizar en los conceptos más importantes. En caso de no haber realizado los casos de la herramienta Pediagnostic, se recomienda completarlos antes de avanzar con la lectura de este texto.

## Objetivos

### Objetivos Generales

1. Aprender a desarrollar diagnósticos diferenciales en el paciente pediátrico complejo.
2. Aprender a actuar en situaciones que requieran acciones diagnóstico-terapéuticas urgentes en el paciente pediátrico complejo.

### Objetivos Específicos

1. Realizar una detallada anamnesis al paciente pediátrico.

2. Obtener datos clave del paciente pediátrico complejo a través de la clínica y exploración
3. Estructurar un diagnóstico diferencial detallado a partir de los datos obtenidos de la anamnesis y exploración.
4. Priorizar la solicitud de pruebas diagnósticas en función de los datos obtenidos y el estado del paciente.
5. Iniciar las actuaciones diagnóstico - terapéuticas urgentes que puedan ser necesarias ante un paciente pediátrico grave.
6. Evaluar la actuación realizada sobre el paciente.

Pediagnostic es un proyecto docente enfocado al aprendizaje de médicos o estudiantes de medicina de conocimientos teóricos y prácticos relacionados con la pediatría. Para obtener el máximo beneficio es importante trabajar los casos clínicos de forma similar a como se haría en la realidad. Para ello lo más importante es la elaboración de los diagnósticos diferenciales antes de consultarlos dentro de los casos. Para un correcto aprendizaje, lo ideal es invertir unas dos o tres horas en el diagnóstico de cada caso, para poder desarrollar todas las posibilidades. La verdadera utilidad de los casos es el auto trabajo en el diagnóstico diferencial, tal y como se haría en la realidad. Este trabajo puede ser individual, grupal o guiado por un tutor.

#### Documentación incluida en Pediagnostic

Pediagnostic incluye diez casos clínicos con datos que se basan en casos reales. Además, se incluye documentación adicional y de interés para el correcto aprendizaje y repaso final de los diagnósticos diferenciales de los casos clínicos. También se incluyen algunos comentarios, apuntes teóricos y aspectos a debatir, referidos a los aspectos más relevantes de cada caso. Se recomienda a los participantes consultar la documentación y este libro una vez se hayan trabajado y resuelto adecuadamente los casos clínicos en el aula o en casa, pues así el participante obtendrá todo el beneficio de su elaboración.

#### Casos clínicos incluidos en Pediagnostic

Caso 1. Niño de 6 años que acude por dificultad respiratoria y tos seca.

Este caso nos plantea un motivo de consulta bastante frecuente en Pediatría. La realización de una adecuada historia clínica, junto a la exploración, deberían ayudar de manera suficiente para orientar el diagnóstico. Pero para ello hay que estar muy atento a todos los datos de anamnesis y exploratorios, ya que serán estos los que realmente orienten el caso. De hecho, con una sola prueba complementaria se podría realizar el diagnóstico.

Caso 2. Niño de 4 meses con retraso ponderal y cuadro de dificultad respiratoria.

El caso de este paciente es sencillo de iniciar y manejar. Sin embargo, se ha de ser muy cauto a la hora de manejar los datos que se nos proporcionan desde el inicio para no perdernos en un mar de divagaciones. Ideal para cualquier profesional, sin duda uno de los colectivos que más partido pueden sacarle son los residentes «jóvenes», especialmente de pediatría. Y es que con este caso se pone de manifiesto la importancia

de ser metódico a la hora de preguntar, explorar y manejar un diagnóstico diferencial que rápidamente se nos puede "desmontar" si no sopesamos los sencillos datos que se nos proporcionan desde el inicio. Se debe comenzar desde los datos más sencillos (anamnesis, exploración y antecedentes) y consultar los epígrafes de comentarios y notas de interés. Una vez hecho esto, plantear el diagnóstico diferencial y comprobar si coincide con nuestra aproximación diagnóstica y nuestra lista de diagnósticos diferenciales. Una vez diagnosticado, se debe tratar de completar el estudio con las pruebas que se pudieran haber hecho.

Caso 3. Niño de 1 mes y medio con cuadro de depresión respiratoria grave.

Este caso es ideal para cualquier profesional, pero sin duda uno de los colectivos que más partido pueden sacarle son los residentes «jóvenes» especialmente los de primero o segundo año, sobre todo si son de la especialidad de pediatría. Aparte de las decisiones iniciales que requiere, se deben ir barajando mentalmente las posibles etiologías, para así, con los mínimos datos exploratorios y de anamnesis posibles, ir descartando lo distintos procesos causales, de hecho, es un dato muy importante el que nos orientará sobre el diagnóstico.

Caso 4. Niño de 10 meses con cuadro de decaimiento de una hora de evolución.

Este caso es ideal para cualquier profesional, sin duda uno de los colectivos que más partido pueden sacarle son los residentes «jóvenes» (primer o segundo año), especialmente de pediatría. A parte de las decisiones iniciales que requiere, se deben ir barajando las posibles etiologías, para así, con los mínimos datos exploratorios y de anamnesis posibles, ir descartando procesos causales.

Caso 5. Niña de 9 meses traída por el O61 por cuadro de dificultad respiratoria.

Estamos ante un caso en el que se nos plantea un proceso frecuente con un diagnóstico diferencial extenso y complicado. Ser metódico a la hora de preguntar, examinar y pedir pruebas complementarias es la base de un buen diagnóstico. En este caso además veremos que urge plantear una terapéutica adecuada, pero sin olvidar el estudio completo del paciente. Sin embargo, será la evolución la que más datos nos aporte al final, así que por favor trate de ser ordenado. Mantener una serie de ideas claras y consultar los apartados de evolución en el momento adecuado puede ser de lo más satisfactorio, si se llega finalmente al diagnóstico. Por eso mismo, por favor consultar aquellas pruebas realizadas secuencialmente en el orden propuesto y en el momento que crea es el adecuado, no antes. Si se siguen estos consejos, probablemente se llegue a hacerse una idea diagnóstica sin excesiva dificultad y con mucha satisfacción, ya que el cuadro no es sencillo.

Caso 6. Niño de 14 años con cuadro de trastorno de conducta.

En este caso se plantea un diagnóstico diferencial que, aunque pueda parecer complejo, no lo es tanto. Sí es muy abierto y debe meditarse, como siempre, qué pruebas deben pedirse y en qué secuencia, planteando al mismo tiempo la importancia de los hallazgos

de anamnesis y exploratorios. Es importante ser ordenado, dado lo abierto que es el caso inicialmente, y seguir los apartados de evolución para poder hacer el diagnóstico diferencial de una forma ordenada, sin saltarse datos ni que sean desvelados estos de forma anticipada a cuando deben.

Caso 7. Niña de 10 años con leucemia linfoblástica y dolor retroesternal.

En este caso, a priori complejo, se ponen a prueba la capacidad de anamnesis y de exploración del residente, que ya desde los primeros momentos, puede orientar el diagnóstico. Sin embargo, llegar al diagnóstico definitivo puede ser complicado, ya que ante un proceso de gravedad es importante estar seguro de lo que uno hace y cargarse de razones para elegir un camino, diagnóstico o terapéutico, adecuado.

Caso 8. Niño de 15 días de vida con falta de medro e hipotonía.

Este es un caso complejo, profundo y profuso en detalles, que requiere un detenido análisis. Si bien cualquier residente debería poder afrontarlo y realizar un primer diagnóstico de aproximación orientado, probablemente aquellos que más partido puedan sacarle sean aquellos profesionales con una mayor experiencia. Este caso es una buena muestra de que el enfoque de un paciente siempre debe ser lo más global posible, y con la mente abierta a todas las posibilidades diagnósticas.

Caso 9. Niña de 7 años con hemorragia vaginal y dolor abdominal de 15 días.

En este caso nos encontramos con un motivo de consulta poco frecuente, pero no extraño en una consulta de endocrinología infantil. Como en muchos otros casos, una buena anamnesis y la exploración de la paciente nos ayudan a orientar el proceso, realizando un diagnóstico sindrómico. Después, con tan solo dos o tres pruebas diagnósticas, se puede establecer un origen bastante cierto de la etiología del cuadro.

Caso 10. Niño de 11 años con cefalea, astenia y debilidad de miembros inferiores.

Este caso está basado en uno que llegó a través de una consulta en urgencias. Ya desde allí, estando en observación, se pudo orientar el proceso que presentaba, el cual fue confirmado posteriormente mediante la realización de una serie de pruebas concretas. Por lo tanto, aparte de su amplio enfoque docente, está especialmente indicado para residentes de primer y segundo año, que deben ya desde el momento en que llega un paciente, tratar de orientar en la medida de lo posible el cuadro que presenta. Aunque no consigan un diagnóstico certero (cosa que tampoco es fácil en un medio como las salas de urgencias), sí debe tener un planteamiento claro de qué es aquello que busca o debe descartar de salida.

## Caso 1. Niño de 6 años que acude a urgencias por dificultad respiratoria y tos seca

### Introducción

Este caso nos plantea un motivo de consulta bastante frecuente en Pediatría. La realización de una adecuada historia clínica, junto a la exploración, deberían ayudar de manera suficiente para orientar el diagnóstico. Pero para ello hay que estar muy atento a todos los datos anamnésticos y exploratorios, ya que serán estos los que realmente orienten el caso. De hecho, con una sola prueba complementaria se podría realizar el diagnóstico.

### Inicio del caso clínico

Nos encontramos ante un varón de 6 años que acude a urgencias por cuadro de dificultad respiratoria y tos seca de 3 días de evolución, caracterizado por estridor y tos perruna, sin fiebre. No refiere cuadro catarral previo, ni otros síntomas acompañantes.

Estamos al inicio del caso, y nos enfrentamos a la primera elección: dado el estado clínico del paciente a su llegada hemos de decidir si el niño requiere una actuación diagnóstica o terapéutica urgente, o bien si su estado clínico permite seguir recabando datos.

Sería correcto, obviamente, administrar oxigenoterapia en cualquier caso de dificultad respiratoria. Pero en este caso conviene, además, no atosigar al paciente con actuaciones que puedan agitarlo en exceso. Si deseas administrar oxigenoterapia, puedes hacerlo. Pero recuerda, siempre debes utilizar la vía (mascarilla, gafas nasales, etc..) que menos altere la tranquilidad del paciente. Sin embargo, parece que, afortunadamente, nuestro paciente no requiere una actuación terapéutica urgente. Concentremos nuestros esfuerzos en diagnosticarle correctamente, eso sí, sin perder tiempo, pues presenta un cuadro de dificultad respiratoria.

En este caso también podría ser correcto de salida intentar profundizar en la historia. Es el momento de recabar los datos de la historia que puedan ser útiles. Analiza los datos de la anamnesis antes de seguir adelante y plantear un primer diagnóstico de aproximación.

### Anamnesis

Varón de 6 años que acude a urgencias por cuadro de dificultad respiratoria y tos seca de 3 días de evolución, caracterizado por estridor y tos perruna, sin fiebre. No refiere cuadro catarral previo, ni otros síntomas acompañantes.

### Preguntas de interés en la anamnesis

Ante un cuadro de dificultad respiratoria la anamnesis debe siempre estar complementada con una serie de datos que nos ayudan a facilitar la etiología y la gravedad del proceso: 1) Forma y momento de inicio: La madre refiere que el niño inició,

de forma súbita, cuadro de tos seca y dificultad respiratoria que en el momento actual lleva tres días de evolución. 2) Presencia o no de otros síntomas: El paciente no ha presentado fiebre, vómitos o episodios de atragantamiento en relación con el inicio del cuadro actual. 3) Estado previo del paciente: La madre refiere que el paciente está en tratamiento por asma y que no es el primer episodio de características similares.

## Antecedentes

### Antecedentes Familiares

Sin interés en relación con el proceso actual, ya que no había antecedentes de asmáticos ni atopia en la familia.

### Antecedentes Personales

Varón de 6 años, de nacionalidad ecuatoriana, asintomático desde el punto de vista respiratorio hasta hacía 4 meses que, coincidiendo con su llegada a España, comenzó con episodios repetidos de dificultad respiratoria con sibilancias que se iniciaban con tos seca, sin cuadro catarral previo ni fiebre. La frecuencia de los episodios era cada 15 días con una duración de unos 7 días y con aparente buena respuesta al tratamiento con broncodilatadores en nebulización y corticoides intravenosos. No había presentado estridor en ninguno de los episodios agudos. En los periodos inter-crisis no refería ninguna sintomatología; no tos nocturna habitual, no tos ni fatiga con el ejercicio, no sibilancias ni estridor. A pesar de haber recibido múltiples tratamientos antiinflamatorios antiasmáticos (corticoides inhalados, broncodilatadoras de acción prolongada y antileucotrienos) la respuesta clínica a largo plazo no había sido favorable. El niño no tenía antecedentes de atopia. No había padecido otras enfermedades relevantes y estaba correctamente vacunado según el calendario de su país (en revisión por su pediatra).

### Preguntas de interés en los antecedentes

Entre los antecedentes personales y familiares se deben investigar una serie de datos: Ante la posibilidad de una patología respiratoria, alta o baja, debemos constatar fidedignamente la existencia o no de episodios similares previos en el paciente, así como la existencia de posibles factores desencadenantes de estos. Nuestro paciente lleva 4 meses con episodios de dificultad respiratoria, catalogados como asma. En el caso del asma, debemos indagar acerca de bronquiolitis, si el niño tiene claro componente alérgico, cuadros catarrales previos, etc. Sin embargo, nuestro paciente no presentaba ninguna de estas asociaciones. La presencia de episodios de estridor recurrente podría ponernos sobre la pista de una laringomalacia. Pero este es el primer episodio en el que el niño asocia estridor. Además, en estos casos, es fundamental indagar exhaustivamente entre los antecedentes familiares la presencia de enfermos de asma u otras patologías respiratorias.

## Exploración

Exploración: Buen estado general, afebril, normo coloración mucocutánea, no exantemas, no petequias, no adenopatías. A la inspección se aprecia una frecuencia

respiratoria de 32 rpm, con tiraje supraesternal moderado e intercostal severo. Tos seca persistente y estridor inspiratorio. Auscultación cardíaca: normal. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular en ambas bases, con roncus y sibilancias inspiratorias y espiratorias difusas; estridor inspiratorio de vías altas. Abdomen normal. Estudio Neurológico sin alteraciones. ORL normal.

### Aproximación diagnóstica

Una vez recabados los principales datos clínicos del paciente y sin necesidad aún de realizar pruebas complementarias, es el momento de decidir qué cuadro presenta nuestro paciente.

#### Dificultad respiratoria baja

Si estudias la exploración del paciente con más detalle, podrás apreciar que el dato clínico fundamental que aparece en esta ocasión y que no lo hacía previamente es el estridor y la tos perruna. Debes centrar la atención siempre en aquellos signos que más información nueva aportan del paciente, comparando con sus antecedentes.

#### Dificultad respiratoria alta

La exploración nos aporta datos que nos ayudan a orientar el diagnóstico: la presencia de sibilancias podría encajar con una exacerbación del cuadro que tiene diagnosticado este paciente. De hecho, estas mejoraron inicialmente tras la administración del broncodilatador nebulizado. Sin embargo, la asociación de tos seca persistente y fundamentalmente el estridor inspiratorio (los cuales no respondieron a la medicación mencionada) hace pensar en la existencia de dificultad respiratoria alta, componente que nunca había presentado este paciente.

### Diagnóstico diferencial

Conocemos por tanto el proceso sindrómico de nuestro paciente, un cuadro de dificultad respiratoria alta que al parecer no había presentado antes. Esto abre nuevas posibilidades diagnósticas no contempladas en los anteriores procesos del paciente. Es el momento de elaborar un diagnóstico diferencial detallado para el paciente y solicitar las pruebas complementarias adecuadas acordándose de priorizarlas.

El diagnóstico diferencial se centra en la Dificultad Respiratoria de Vías Altas. La manifestación clínica principal es el estridor. Este puede ser inspiratorio (obstrucción supraglótica), espiratorio (traqueal) o doble (glótica o subglótica). El cuadro puede ser agudo o crónico:

- Agudo: Crup vírico, Crup espasmódico, Epiglotitis, Absceso retrofaríngeo, Cuerpo extraño, Edema angioneurótico, Inhalación de tóxicos, Tetania hipocalcémica.
- Crónico: Laringomalacia, Epiglotis rizada, Estenosis subglótica, Parálisis del nervio laríngeo, Membrana laríngea, Hendidura laríngea, Hemangiomas o linfangiomas subglóticos, Anillos vasculares



## Pruebas complementarias

En el Hemograma al ingreso nuestro paciente presentaba los siguientes datos: 7.536 leucocitos (42 Neutros; 36 Linfocitos; 4 Monos; 0,3 Eosinófilos); Hemoglobina (Hb= 12.4 g/dl), Hematocrito (Hto= 38,9%); Plaquetas = 268.000 U/mcL.

Los estudios bioquímicos al ingreso del paciente no reflejaron ninguna anomalía significativa.

La Gasometría al ingreso del paciente se encontraba dentro de límites normales.

El test del sudor dio un resultado de 28 mmol/L, considerándose patológico a partir de 60 mmol/L, por lo tanto, el resultado fue normal.

El estudio de inmunoglobulinas se encontraba dentro de límites normales, incluyendo IGE.

La detección de Virus Respiratorio Sincitial fue negativa.

La Función Pulmonar al ingreso mostró una disminución del FEV1 al 60%, y de los mesoflujos (MMEF) al 46%, con broncodilatación positiva. No se evidenciaban signos en la curva flujo-volumen de aparente estenosis traqueal. Tras 24 horas de tratamiento con corticoides intravenosos, la Función Pulmonar presentó un aumento del FEV1 hasta el 82% y de los mesoflujos (MMEF) al 86% dentro de los límites normales con broncodilatación negativa.

En la Radiografía de tórax se aprecia una imagen aparentemente normal, sin atelectasias. No se evidencian infiltrados. No hay disminución de volumen en ninguno de los campos pulmonares, y quizás se podría apreciar una leve hiperinsuflación bilateral.

En la Radiografía cervical lateral se aprecia una imagen oclusiva a nivel laríngeo, el resto no evidencia alteraciones

Las pruebas cutáneas para detección de alergia no demostraron ningún hallazgo positivo.

En la interconsulta de ORL se realiza laringoscopia ante la sospecha de la existencia de un cuerpo extraño en la vía aérea superior, practicando una laringoscopia directa en suspensión. Se encontró un fragmento óseo a nivel subglótico, aplanado de forma triangular con 2 aristas punzantes de 2,5 cm de longitud, realizándose extracción de este. Al examen macroscópico, se confirmó que era un hueso de pollo.

## Diagnóstico final

Tras la realización de un diagnóstico diferencial y las pruebas complementarias adecuadas, es el momento de realizar un diagnóstico más preciso, descartando otros procesos que podrían parecerse:

La **epiglotitis** es un cuadro clínico muy severo con serio compromiso respiratorio del paciente pediátrico, que suele ser mortal si no se actúa de forma urgente.

La **laringomalacia** es un cuadro de laxitud congénita del cartílago laríngeo y aunque se caracteriza por episodios de estridor intermitentes, afecta predominantemente a la edad de lactante y suele ir mejorando al aumentar la edad del paciente.

Tampoco es un **edema angioneurótico**, porque en la exploración nuestro paciente no presenta ningún signo de edema o inflamación, por lo que no debería ser ésta la causa del proceso que presenta.

El diagnóstico definitivo es una **dificultad respiratoria alta por obstrucción de vía aérea superior** secundaria por atragantamiento con hueso de pollo, con crisis repetidas de dificultad respiratoria secundarias a aspiración.

La evolución posterior fue satisfactoria. Se pudo retirar la medicación antiasmática, no volviendo a presentar el niño nuevos episodios de broncoespasmo, ni estridor. Por lo tanto, la causa de dichos episodios era la presencia del cuerpo extraño en vías aéreas altas.

#### Teoría del caso

La aspiración de cuerpos extraños es uno de los accidentes de mayor incidencia y morbimortalidad en la infancia. La mayoría de los cuerpos extraños son pequeños y se expulsan fácilmente con la tos. Pero en algunos casos permanecen en el pulmón largo tiempo antes de ser diagnosticados. El dato clínico de mayor sensibilidad es el antecedente de atragantamiento y la tos persistente. Son síntomas frecuentes la fiebre, el dolor torácico, la disnea, taquipnea, la infección respiratoria, estridor, etc, aunque pueden ser asintomáticos hasta en un 11%.

A la exploración pueden objetivarse signos tales como la ausencia unilateral del murmullo vesicular, sibilancias localizadas, estridor espiratorio, etc. Es importante destacar que ante todo paciente que presente sibilancias persistentes que no respondan a tratamiento broncodilatador, neumonías recurrentes o tos persistente y en ausencia de otra explicación justificada, debe sospecharse la presencia de un cuerpo extraño. Ante dicha sospecha clínica hay que solicitar proyecciones radiológicas en inspiración y espiración forzadas (si la edad del paciente lo permite), que son las que tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico. Si lo apoyan, justificarían la realización de una fibrobroncoscopia, técnica a la vez diagnóstica y terapéutica.

#### A debatir sobre el caso

El hecho de encontrar un motivo que justificara los episodios de dificultad respiratoria permitió retirar la medicación antiasmática. El paciente no volvió a presentar episodios de dificultad respiratoria, lo que indica que la causa de estos era la presencia del hueso extraído. Dados los antecedentes del paciente, uno de los primeros diagnósticos que uno se plantea es una exacerbación asmática. Cabe destacar que el paciente había sido visto