ELS COSSOS ESTRANYS IGNORATS DE LES VIES RESPIRATÒRIES EN LA PRIMERA INFANCIA. ESQUEMA D'ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

pel

Dr. Lluís Suñé i Medan

Etiologia.—Negligència dels pares o persones que tenen cura dels infants petits (90 % dels casos). Distracció, abandó del nen en la proximitat de tauletes de cosir o d'altres llocs que continguin objectes de petites dimensions o perillosos: llavors, agulles, imperdibles, botons, medalles, monedes, joguines petites, grans de sorra, etc. Menjars poc o mal preparats: tria d'ossos, espines (menys freqüent).

Penetració en les vies aèries. Símptomes i diagnòstic.—Deixant a part el mecanisme (generalment per aspiració més o menys brusca o per deglució defensiva incorrecta), cal tenir present la simptomatologia. *Cos estrany en la larinx*: tos tipus crupal, *ronquera* o *afonia*, sufocació, tiratge, respiració sorollosa o de bandereta, asfíxia, cianosi. A vegades disfàgia, refús dels aliments. No sol haver-hi febre. Escassos o nuls períodes de repòs simptomàtic. Tendència a no cedir la tos, l'afonia, àdhuc l'asfíxia, especialment quan l'intrús és bastant gros i és intercordal. La laringoscòpia reflexe és difícil; en tot cas, emprar l'obre-boques i el depressor d'Escat. És preferible la *laringoscòpia directa, sense anestèsia.*

Abans, caldrà fer una *radiografia* anteroposterior i una altra de perfil. La mateixa laringoscòpia directa s'utilitzarà com a *mètode d'alliberament* del cos estrany. *Traqueotomia* en casos excepcionals.

Cos estrany de tràquea i bronquis.—Tos espasmòdica, crupoide, veu un poc velada o normal. A vegades, tiratge, cornatge, dispnea, respiració ruda amb sorolls de secreció o de colpeig brusc, repetit, com de vàlvula, per contacte intermitent en la regió subglòtica. La tos violenta i l'asfíxia momentània, acostumen a presentar-se per accessos (cos estrany mobible en la tràquea). Els períodes de repòs coincideixen amb l'encallament de l'intrús en un bronqui. A la llarga, pot sobrevenir o persistir tos seca irritativa, espasmòdica, respiració asmatiform, acompanyada o no de dispnea i cianosi.

Si el cos estrany queda fixat sota les cordes vocals, la tos crupoide, l'afonia i els atacs de sufocació es fan més persistents. Estat general ordinàriament suportable. Poca o nulla febre. La *radioscòpia,* i millor encara la *radiografia* en les dues posicions ja indicades, delataran el cos estrany quan sigui opac als raigs X. Però, si és transparent, caldrà guiar-se per certes dades clíniques i radiològiques: en cas d'*obstrucció d'un bronqui* en coincidir la penetració de l'intrús amb el final de la inspiració, apareixeran signes d'atelectàsia pulmonar, disminució de l'expansió toràcica del costat ocluït, major densitat uniforme pulmonar del costat tapat, contrastant amb un augment de la transparència del costat lliure, deguda a enfisema compensador, desplaçament dels òrgans del mediastí vers el lloc suspecte; elevació i gairebé immobilitat de l'ombra del diafragma. Si l'*obstrucció és parcial,* els símptomes tenen semblança amb els de cos estrany traqueal i a la pantalla s'observarà transparència marcada dels dos hemitòraxs, més accentuada en el costat malalt per enfisema obstructiu, cor i paret mediastinal dirigits cap el costat normal, diafragma abaixat si bé mobible. Quan els signes clínics i radiològics varien d'un costat a l'altre, indiquen mobilitat del cos estrany que es desplaça de bronqui. *No emprar en els nens petits els mitjans de constrast (lipiol, iodipina).* En casos de febre i altres complicacions el diagnòstic pot oferir serioses dificultats.

Si les dades radiològiques són dubtoses, però hi ha signes clínics molt probables de l'existència del cos estrany, caldrà fer la *tràqueo-broncoscòpia directa,* que no solament servirà per als efec-

tes diagnòstics la major part de vegades, sinó, també, al tractament alliberador, molt sovint curatiu.

Conclusió final.—Pensar sempre en la penetració d'un cos estrany ignorat, en les vies respiratòries d'un infant petit, quan els antecedents i la simptomatologia no corresponen clarament als d'afeccions espasmòdiques, laringitis estridulosa, espasme glòtic, crup, coquelutxe, adenopaties intratoràciques, bronquitis, neumònia, vegetacions adenoides, etc. Fer sempre radiografia en tot cas suspecte. Reservar la laringo-tràqueo-broncoscòpia directa a l'especialista, o a l'endoscopista ben entrenat.