

## Actitud ante un caso de hemoptisis

Leonardo Jesús Fonte Elizondo<sup>a,\*</sup>, Andrés Gil García<sup>b</sup> y Ernesto Cerrada Cerrada<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria Oeste. Dirección Asistencial Oeste. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Fuenlabrada. Madrid. España.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Tutor de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Dirección Asistencial Oeste. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Fuenlabrada. Madrid. España.

\*Correo electrónico: leonardo.fonte@salud.madrid.org

### Cuestiones para recordar

- Las bronquiectasias, el cáncer de pulmón e infecciones como la neumonía o la tuberculosis son las causas más frecuentes de hemoptisis.
- Se debe plantear la posibilidad diagnóstica de cáncer de pulmón en todo paciente mayor de 40 años, con antecedentes de tabaquismo, que presente síntomas sugerentes de síndrome constitucional, tos y hemoptisis; estos últimos constituyen datos de alarma.
- La prueba complementaria de elección e inicial ante un caso de hemoptisis es la radiografía de tórax, aunque la prueba de referencia para el diagnóstico es la tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR), imposible de solicitar en el momento actual desde atención primaria.
- El hallazgo de gérmenes frecuentes en pacientes inmunodeprimidos refuerza la posibilidad diagnóstica de proceso neoplásico.
- La falta de remisión completa, en un paciente con el cuadro clínico expuesto, tras inicio de tratamiento antibiótico debe hacernos sospechar un proceso neoplásico subyacente.

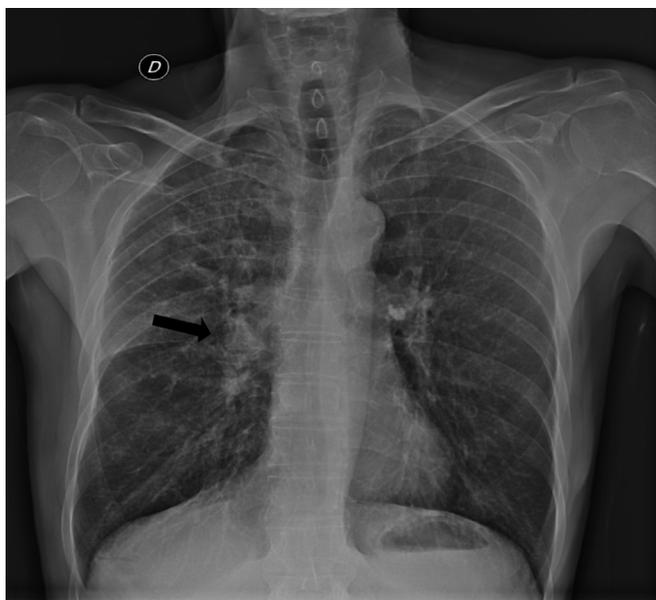
**Palabras clave:** Hemoptisis • Cáncer de pulmón • Actitud en atención primaria.

Presentamos el caso de un varón de 63 años de edad, fumador activo de más de 60 paquetes/año, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) diagnosticada 4 años antes y carcinoma urotelial no infiltrante en remisión, que acude a nuestra consulta por presentar un cuadro, de varias semanas de evolución, de tos con expectoración hemoptoica, de moderada cantidad. Refiere febrícula acompañante, sin disnea ni otra clínica infecciosa intercurrente. Además, desde 2 semanas antes de acudir a consulta presenta dolor localizado en hemitórax derecho de características mecánicas, que empeora con los movimientos corporales. Durante todo el proceso ha sufrido una pérdida de peso no cuantificada, junto con aparición de astenia intensa.

En la exploración física se encontraba eupneico, con una auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos asociados. El resto de la exploración física fue normal. La analítica sanguínea no presentaba alteraciones significativas. Se realizó una radiografía de tórax

(fig. 1), en la cual se evidenciaba una imagen mal definida en lóbulo superior derecho, que nos sugirió como primera posibilidad la existencia de una neoplasia, aunque el informe posterior del radiólogo lo catalogaba como consolidación neumónica, por lo cual se inició antibioticoterapia. Se realizó también la prueba de Mantoux, que resultó positiva, pero los cultivos posteriores para micobacterias fueron negativos. Tras el inicio del tratamiento antibiótico, el paciente presentó una discreta mejoría inicial, aunque persistió la febrícula, el dolor hemitorácico derecho y la astenia.

A pesar del diagnóstico radiológico, la coexistencia del cuadro constitucional y el tabaquismo activo reforzaban nuestra idea inicial de neoplasia. Dada la imposibilidad desde el ámbito de atención primaria (AP) de solicitar pruebas de imagen como la tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR), se derivó al paciente al servicio de neumología para completar el estudio. En los esputos recogidos se obtuvo crecimiento de *Stenotrophomonas maltophilia* y *Pseudomonas aeruginosa*, por lo que se inició trata-



**Figura 1.** Radiografía de tórax realizada inicialmente. En la imagen se observa una opacidad mal delimitada en lóbulo superior derecho que fue informada como sugerente de consolidación neumónica.



**Figura 2.** Reconstrucción realizada mediante imágenes de tomografía axial computarizada de alta resolución donde se evidencia un cáncer de pulmón en estadio avanzado (IIIB). En la imagen se observa un gran conglomerado de adenopatías peribronquiales de-rechas y un nódulo pulmonar espiculado en el subsegmento axilar derecho.

miento según antibiograma. Posteriormente, en la TACAR solicitada (fig. 2) se confirmó la existencia de un cáncer de pulmón en estadio avanzado (IIIB).

Nos encontramos ante un caso clínico de un varón fumador, con hemoptisis leve de varias semanas de evolución, acompañada de febrícula, astenia y pérdida de peso. En nuestro medio, las causas más frecuentes de hemoptisis son las bronquiectasias, el cáncer de pulmón, las neumonías e infecciones como la tuberculosis (TBC) pulmonar<sup>1</sup> (tabla 1).

Ante un paciente con hemoptisis se debe estimar el riesgo vital asociado. Se definen como masivas aquellas con sangrados desde 100 ml a 1000 ml diarios, aunque también se contemplan cantidades superiores a 200 ml diarios o a 600 ml en el plazo de 48 h. Pero no solo influye en su definición el volumen de sangrado, sino también la rapidez de instauración y el estado general del paciente, sobre todo su situación respiratoria previa<sup>2,3</sup>. De hecho, la mortalidad aumenta de forma proporcional a la velocidad de la hemorragia dado que, si esta es elevada, se facilita la asfixia por inundación del árbol traqueobronquial, siendo este el mecanismo fundamental de fallecimiento de estos pacientes y, mucho menor, la hipovolemia. Esto es fácilmente comprensible si tenemos en cuenta que el conjunto de la tráquea y bronquios principales tiene una capacidad aproximada de 150 ml. Una historia clínica detallada y una exploración física adecuada nos orientarán hacia un diagnóstico correcto. En pacientes con antecedentes de expectoración crónica sospecharemos cuadros de bronquitis crónica o bronquiectasias<sup>3</sup>. La aparición de fiebre junto a pérdida de peso nos inducirá a sospechar una TBC<sup>3</sup>. El tabaquismo, el síndrome constitucional y la edad superior a 40 años nos orientarán a sospechar un cáncer de pulmón, como en nuestro caso<sup>3-8</sup>. El consumo de anticoagulantes nos planteará la existencia de una coagulopatía por sobredosificación, o por defecto en el caso de tromboembolia pulmonar, aunque estas etiologías son poco frecuentes<sup>1,3</sup>.

Todo estudio de hemoptisis debe iniciarse, si el estado general del paciente lo permite, realizando una radiografía de tórax anteroposterior y lateral, para descartar infecciones,

**Tabla 1. Etiología de las hemoptisis según frecuencia<sup>1</sup>**

Bronquiectasias	24,3 %
Cáncer de pulmón	20,0 %
Infección respiratoria	12,8 %
Criptogénica	11,4 %
Bronquitis	8,5 %
Tuberculosis	7,1 %
Lesiones residuales por tuberculosis	4,3 %
Absceso pulmonar	2,8 %
Sobredosificación de dicumarínicos	2,8 %
Malformaciones vasculares	2,8 %
Aspergiloma	1,4 %
Fibrosis pulmonar	1,4 %
Otras causas (síndrome de Goodpasture, granulomatosis de Wegener, síndrome de Ehlers-Danlos, cocaína, anticuerpos monoclonales, tromboembolia pulmonar, endocarditis,...)	0,4 %

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470007>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470007>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)