



SEPAR habla

Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis



Rosa Cordovilla^{a,*}, Elena Bollo de Miguel^b, Ana Nuñez Ares^c, Francisco Javier Cosano Povedano^d,
Inmaculada Herráez Ortega^e y Rafael Jiménez Merchán^f

^a Servicio de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Servicio de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^c Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^d Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^e Servicio de Radiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^f Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 9 de febrero de 2016

Palabras clave:

Hemoptisis
Radiología intervencionista
Broncoscopia
Hemoptisis amenazante

R E S U M E N

La hemoptisis es la expectoración de sangre proveniente del árbol traqueobronquial. Las enfermedades que más frecuentemente la originan son las bronquiectasias, la bronquitis crónica y el carcinoma broncogénico. Las arterias bronquiales son el origen de la mayoría de las hemoptisis. Ante un paciente con sospecha de hemoptisis se debe confirmar su existencia, establecer su gravedad, localizar el origen y determinar su causa. La radiografía de tórax posteroanterior y lateral es la primera prueba de imagen que debe realizarse, aunque la existencia de una radiografía de tórax normal no excluye la posibilidad de malignidad u otra patología de base. Debe realizarse TC multidetector (TCMD) de tórax en todos los pacientes con hemoptisis franca, en los que presentan esputo hemoptoico y sospecha de bronquiectasias o factores de riesgo de carcinoma broncogénico, y en los que tienen radiografía de tórax patológica. La angio-TCMD ha sustituido a la arteriografía como método diagnóstico de las arterias que son fuente de sangrado en las hemoptisis. La angio-TCMD es una técnica de imagen no invasiva que identifica correctamente la presencia, el origen, el número y el trayecto de las arterias sistémicas torácicas, bronquiales y no bronquiales, y de las arterias pulmonares que pueden ser fuente del sangrado. El tratamiento más seguro y eficaz para detener el sangrado en la mayoría de los casos de hemoptisis masiva o recurrente es la embolización endovascular. La embolización está indicada en todos los pacientes con hemoptisis amenazante o recurrente en los que se detectan arterias patológicas en la angio-TCMD. La broncoscopia flexible juega un papel primordial en el diagnóstico de la hemoptisis, tanto de la expectoración hemoptoica como de la hemoptisis franca. Puede ser realizada rápidamente en la cama del paciente (UCI) y, además de su utilidad en el control inmediato de la hemorragia, tiene una alta rentabilidad en la localización del sangrado. La broncoscopia flexible es el procedimiento inicial de elección en pacientes con hemoptisis amenazante e inestabilidad hemodinámica, donde el control de la hemorragia es vital. La cirugía en estos casos tiene una tasa de mortalidad muy alta, por lo que la indicación actual de cirugía en la hemoptisis amenazante está reservada para aquellas situaciones en las que la causa de la misma sea tributaria de tratamiento quirúrgico y haya una localización concreta y fiable del origen de la hemorragia.

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnosis and Treatment of Hemoptysis

A B S T R A C T

Hemoptysis is the expectoration of blood from the tracheobronchial tree. It is commonly caused by bronchiectasis, chronic bronchitis, and lung cancer. The expectorated blood usually originates from the bronchial arteries. When hemoptysis is suspected, it must be confirmed and classified according to severity, and the origin and cause of the bleeding determined. Lateral and AP chest X-ray is the first study, although a normal chest X-ray does not rule out the possibility of malignancy or other underlying

Keywords:

Hemoptysis
Interventional radiology
Bronchoscopy
Life-threatening hemoptysis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rcordovilla@usal.es (R. Cordovilla).

pathology. Multidetector computed tomography (MDCT) must be performed in all patients with frank hemoptysis, hemoptoic sputum, suspicion of bronchiectasis or risk factors for lung cancer, and in those with signs of pathology on chest X-ray. MDCT angiography has replaced arteriography in identifying the arteries that are the source of bleeding. MDCT angiography is a non-invasive imaging technique that can pinpoint the presence, origin, number and course of the systemic thoracic (bronchial and non-bronchial) and pulmonary arterial sources of bleeding. Endovascular embolization is the safest and most effective method of managing bleeding in massive or recurrent hemoptysis. Embolization is indicated in all patients with life-threatening or recurrent hemoptysis in whom MDCT angiography shows artery disease. Flexible bronchoscopy plays a pivotal role in the diagnosis of hemoptysis in patients with hemoptoic sputum or frank hemoptysis. The procedure can be performed rapidly at the bedside (intensive care unit); it can be used for immediate control of bleeding, and is also effective in locating the source of the hemorrhage. Flexible bronchoscopy is the first-line procedure of choice in hemodynamically unstable patients with life-threatening hemoptysis, in whom control of bleeding is of vital importance. In these cases, surgery is associated with an extremely high mortality rate, and is currently only indicated when bleeding is secondary to surgery and its source can be accurately and reliably located.

© 2016 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde la publicación de la Normativa SEPAR¹ sobre el manejo de la hemoptisis amenazante en el año 1994 se han producido importantes cambios en las técnicas diagnósticas y terapéuticas que hacen necesario actualizar las recomendaciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento, no solo de la hemoptisis amenazante, sino también en otras situaciones de menor riesgo pero de similar importancia. Los avances conseguidos en estos últimos años en el campo de la radiología torácica y las técnicas broncoscópicas, así como el manejo multidisciplinar, han supuesto una sustancial mejora en el pronóstico de los pacientes con hemoptisis.

Ante un paciente con hemoptisis es necesaria una correcta evaluación clínica y una actuación protocolizada para determinar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más adecuados. En esta normativa SEPAR se desarrollan la definición, la clasificación y etiología, el diagnóstico (evaluación inicial, broncoscopia y radiología), el tratamiento (medidas generales, broncoscopia terapéutica, embolización arterial y cirugía) y el manejo en situaciones especiales, como la hemoptisis amenazante. La hemoptisis amenazante constituye una de las urgencias más temidas por los neumólogos, ya que su presentación aguda y su elevado riesgo limitan la realización de estudios prospectivos, tanto diagnósticos como terapéuticos, por lo que la calidad de la evidencia científica dirigida a establecer las recomendaciones para su manejo es generalmente baja.

Se ha adoptado el sistema GRADE² para graduar la fuerza de las recomendaciones establecida a partir de la relación entre los beneficios esperables y los riesgos para el paciente (fuerte 1, débil 2); la calidad de la evidencia científica se define como alta (A), moderada (B), baja (C) o muy baja (D).

Definición y etiología

La hemoptisis es la expectoración de sangre proveniente del árbol traqueobronquial. Puede deberse a múltiples causas e incluye la tinción del esputo con estrías de sangre (expectoración hemoptoica), la hemoptisis franca (emisión únicamente de sangre) y la hemoptisis masiva (expectoración de sangre fresca en cantidades importantes).

La definición de hemoptisis masiva varía ampliamente en la literatura, con valores que oscilan entre un volumen de sangre expectorada de 100 a 600 ml en un tiempo también variable. A esta variabilidad en la definición se añade que la cantidad de la hemoptisis es difícil de cuantificar, ya que suele sobrestimarse por parte de los pacientes, pero puede también subestimarse, ya que parte de la sangre puede quedar retenida en el árbol traqueobronquial.

Por tanto, es preferible utilizar el término de hemoptisis amenazante, definida como aquella que supone un riesgo para la vida del paciente; este riesgo viene determinado por el volumen total del sangrado, la velocidad del mismo y la reserva cardiopulmonar del paciente¹. Como indicadores de riesgo hay que considerar la cuantía de la hemoptisis (superior a 100 ml) y la presencia de obstrucción de la vía aérea, insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica³.

Origen vascular de la hemoptisis

La sangre llega al pulmón procedente de 2 sistemas: las arterias pulmonares y las arterias bronquiales. Las arterias pulmonares son un sistema de baja presión por el que circula todo el gasto cardíaco, y son las responsables del intercambio gaseoso. Las arterias bronquiales forman parte de la circulación sistémica, tienen mayor presión y mucho menor flujo; de ellas depende la irrigación de los bronquios y la pleura visceral. A pesar de su menor contribución al flujo sanguíneo pulmonar, las arterias bronquiales son el origen de la mayoría de las hemoptisis, aunque también puede proceder de arterias sistémicas no bronquiales. En un porcentaje mucho menor el sangrado se origina en las arterias pulmonares y en la microcirculación pulmonar⁴.

Los vasos de la red bronquial causantes de hemorragia suelen ser vasos neoformados, generalmente secundarios a una enfermedad inflamatoria (bronquiectasias, absceso pulmonar, tuberculosis). Las paredes de estos vasos están rodeadas de fibra muscular lisa con capacidad de contraerse, tanto por medios físicos como farmacológicos. La embolización arterial es un método efectivo para eliminar esta neovascularización. Sin embargo, la red arterial pulmonar no es capaz de realizar un vasoespasmo tan potente como los vasos bronquiales, ya que sus paredes son delgadas y finas y no activas a la contracción. Por tanto, los medios físicos y farmacológicos tienen solamente un leve efecto sobre ellas. La causa más frecuente de su hemorragia es la ulceración de la pared del vaso causada por un proceso destructivo del parénquima pulmonar (neoplasia pulmonar, neumonía bacteriana necrosante, micetoma). En estos casos, el cese de la hemorragia suele ser debido al sellado temporal realizado por un coágulo cuya disolución o progresión del desgarro conduce a una recaída más grave⁵. Desafortunadamente, no siempre es factible la diferenciación de la red vascular origen de la hemorragia.

Etiología de la hemoptisis

La enfermedad causante de la hemoptisis puede afectar a la vía aérea, al parénquima pulmonar o a los propios vasos pulmonares.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203022>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203022>

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