

## Hemoptisis

Dr. OCTAVIO RIVERO

**L**A HEMOPTISIS es uno de los síntomas principales del aparato respiratorio que al presentarse, ocasiona una actitud de emergencia del médico y una sensación justificada de alarma del paciente y de sus familiares.

Se define la hemoptisis como la expulsión de sangre por boca y nariz precedida y acompañada de tos.

Este es uno de los síntomas más antiguamente descritos. Siempre se ha reconocido que señala la existencia de un proceso de importancia del aparato respiratorio y durante una época, que afortunadamente ha pasado, constituyó una de las complicaciones más temibles y frecuentes en la tuberculosis pulmonar.

Actualmente podría afirmarse que éste síntoma ha disminuido en su frecuencia. Las hemorragias repetidas y de consideración, son y eran observadas con frecuencia en padecimientos inflamatorios destructivos del parenquima pulmonar cuya historia natural se ha modificado notablemente con el advenimiento de los antibióticos. Todavía hasta hace unos cuantos años, la hemoptisis era una complicación común de la tuberculosis pulmonar, al grado de que en un servicio antituberculoso eran varios los enfermos que en un mes morían con un accidente de esta naturaleza. Este hecho en la actualidad constituye una rareza clínica.

Auerbach señala que en pulmones estudiados después de tratamiento antituberculoso es excepcional encontrar aneurismas de Rasmussen, una de las causas frecuentes de este síntoma en el tuberculoso.

Prácticamente todos los padecimientos del aparato respiratorio pue-

---

\* Tema del simposio de Hemorragia.

den ocasionar hemoptisis o esputo hemoptoico. En algunos casos teniendo como origen un trastorno funcional de la circulación pulmonar (congestión pulmonar) ó, en la mayoría, teniendo como base una lesión anatomopatológica de tipo inflamatorio, neoplásico o traumático.

Debe señalarse que la hemoptisis puede provenir también de causas generales, como una discrasia sanguínea que afecte la coagulación de la sangre, siendo en estos casos una parte de un complejo síndrome hemorrágico, que, por diversos mecanismos ocasiona rupturas vasculares de mayor o menor importancia. La causa de este síntoma puede originarse a cualquier nivel del aparato respiratorio; en la laringe la inflamación aguda banal así como el carcinoma laríngeo pueden producirla. Los tumores intraluminales de la tráquea o de los bronquios, principalmente aquellos que tienden a ulcerarse como el adenoma o el adenocarcinoma, son causas frecuentes. La dilatación periférica de los bronquios o bronquiectasia es porcentualmente la causa más frecuente de hemoptisis, a tal grado que se dice que no hay enfermo bronquiectásico que no haya sangrado alguna vez en su vida. En el parenquima pulmonar los procesos destructivos, habitualmente de origen inflamatorio, son las causas más frecuentes de sangrado pulmonar. La tuberculosis, más que nada por su alta incidencia en nuestro medio, es la causa más frecuentemente encontrada en relación a este incidente.

La semiología del síntoma hemoptisis es característica. Habitualmente el paciente tiene antecedentes respiratorios aunque a veces constituye el síntoma inicial del padecimiento.

El enfermo tras de varias tosidas aisladas o en accesos y sintiendo en ocasiones estertor retroesternal, arroja cantidades variables de sangre que habitualmente es roja, aereada, espumosa y sin coagulos en un principio, los que pueden aparecer en las siguientes tosidas.

Estas manifestaciones se acompañan de gran inquietud en el enfermo quien, por otra parte, puede mostrar desde un principio síntomas de insuficiente ventilación pulmonar (cianosis, disnea) por la presencia de sangre libre en el árbol respiratorio. La cantidad es generalmente escasa y cuando hay síntomas de anemia, ésta se presenta después de varios accesos en que la pérdida haya sido mayor.

Los días siguientes a la hemoptisis, el enfermo presenta tos con esputo hemoptoico que representa los restos del sangrado respiratorio que están siendo desalojados al limpiarse el árbol aéreo. La sintomatología tiene una impresionante crudeza; por lo general el cuadro es el de un enfermo semirecostado, con facies de angustia y bañado en sangre.

El diagnóstico diferencial debe establecerse de inmediato dado que la emergencia requiere un tratamiento oportuno. Las epistaxis severas pueden momentáneamente prestarse a confusión pues parte de la sangre escurre a laringe y ocasiona tos. El interrogatorio intencionado del comienzo del sangrado y el observar escurrimiento nasal sin tos permite descartarla de inmediato. Su diferenciación con la hematemesis se presenta con más frecuencia en la clínica. El enfermo que sangra en la porción superior del tubo digestivo lo hace generalmente en gran cantidad lo que hace además que haya anemia severa, la sangre que es negra y parcialmente coagulada por la digestión de las enzimas gástricas, es arrojada con vómito, cuyo arqueado permite hacer una clara distinción; además, el enfermo con hematemesis no presente esputo hemoptoico los días siguientes y sí abundante melena la cual, cuando existe, es escasa en la hemoptisis. Estos hechos usualmente conducen al diagnóstico diferencial.

Una vez establecido el diagnóstico de hemoptisis, es muy importante completarlo con el diagnóstico del sitio de localización del sangrado y de su posible etiología para poder establecer el tratamiento adecuado.

La situación es distinta si lo que sangra se encuentra al nivel del árbol traqueobronquial superior o en el parenquima pulmonar. En este caso es importante también conocer cuál de los dos pulmones tiene la lesión que es origen de la hemoptisis. Habitualmente un estudio radiológico proporciona suficiente orientación acerca del lado en que se origina el sangrado. Puede encontrarse mayor complicación cuando la imagen radiológica no proporciona ninguna imagen patológica o las muestra en ambos lados, de tal modo que no hay suficiente orientación para establecer un diagnóstico. En estos casos la endoscopia permite reconocer una lesión laringea, traqueal o bronquial, ya que del sitio correspondiente se observa escurrir sangre.

Establecido el diagnóstico lesional puede en muchos casos diferirse el diagnóstico etiológico cuando el accidente requiera ser tratado antes de que ésto se logre; por otra parte, independientemente del diagnóstico etiológico preciso, el sangrado puede y debe contenerse con medidas semejantes en todos los casos.

El tratamiento del accidente hemoptoico debe encaminarse en dos sentidos: evitar las complicaciones frecuentes ocasionadas por el derrame sanguíneo en los pulmones y detener cuanto antes el sangrado.

El peligro general de un enfermo con hemoptisis lo constituye la presencia de sangre libre a nivel del tracto respiratorio, por la coagula-

ción de la misma y no por la anemia como podría pensarse. El estancamiento de sangre produce atelectasias periféricas múltiples, anoxia y asfixia cuando el campo de la hematosi disminuye suficientemente. En los casos en que el sangrado proviene de un foco infeccioso, particularmente cuando se trata de un foco tuberculoso, se agrega otro factor adverso, que consiste en la diseminación del padecimiento a regiones vecinas del pulmón homo o contralateral.

El peligro de anemia, por lo general no se encuentra presente sino en aquellos casos de hemoptiis repetidas durante varios días en enfermos que se encuentran ya en malas condiciones generales.

El tratamiento del accidente hemoptoico está plenamente justificado aún ante la ausencia de un diagnóstico etiológico definitivo. El esperar a esto podría representar tiempo perdido y posibilidad de un cambio desfavorable de la situación comprometida de por sí.

El tratamiento debe comprender estos aspectos: asegurar la suficiente ventilación y oxigenación de los pulmones del enfermo, detener el sangrado y evitar la diseminación broncógena de la enfermedad. Con este objeto se utiliza la oxigenoterapia en la cual algunos autores recomiendan asociar helio al oxígeno con el objeto de convertirlo en más volátil y poder pasar con fluidez a través de un aparato respiratorio cuyos conductos aéreos se encuentran parcialmente bloqueados.

El paciente debe sedarse ligeramente ya que el estado de gran inquietud que presenta puede ser razón suficiente para que un alza tensional transitoria haga el sangrado aún más abundante. De ninguna manera aceptamos la sedación profunda preconizada por algunas escuelas, dado que ésta disminuye la irritabilidad del centro respiratorio, disminuye el reflejo tusígeno y por esto favorece el estancamiento y retención de secreciones a nivel del tracto respiratorio.

La respiración en cámara húmeda y las nebulizaciones de fibrinolíticos del tipo de la tripsina se han usado por algunos autores con el objeto de favorecer la licuefacción de la sangre estancada y por esta razón favorecer su expulsión con la tos.

Pequeñas transfusiones repetidas son utilizadas con el objeto de reponer la sangre perdida por el paciente sobre todo cuando este se encuentra en condiciones en que la pérdida sanguínea le coloca en una situación difícil. El uso de coagulantes o protrombínicos solo tiene justificación en los casos en que los mecanismos de coagulación de la sangre se encuentren alterados.

La permeabilización de las vías aéreas es un aspecto que no puede dejarse a la responsabilidad del reflejo tusígeno del enfermo. Las aspi-

raciones traqueales repetidas, realizadas sin anestesia local faringo-laríngea (para lograr mayos tos), deben efectuarse sin temor al igual que la broncoscopia que en una época se dijo contraindicada durante las hemoptisis. Estas medidas pueden ser decisivas en mantener el árbol aéreo capaz de ventilar y por otra parte disminuyen la posibilidad de que la sangre proveniente de un foco infeccioso extienda la infección a otras porciones del pulmón.

El detener el sangrado es un problema distinto si el punto de origen se encuentra en las vías aéreas gruesas que si se encuentra en el pulmón. El sangrado de la laringe, la tráquea y los bronquios gruesos puede ser tratado por vía endoscópica, por cauterización o por presión simple, aunque en algunos casos pueda llevarse a cabo un tratamiento radical desde ese momento.

Para la hemoptisis de origen pulmonar habitualmente se emplea el colapso pulmonar con buenos resultados. Algunos autores usan aún el neumotorax intrapleural con la ventaja de colapsar selectivamente el lado enfermo cuando esto se logra de una manera adecuada, pero con todos los inconvenientes del colapso intrapleural. Esto ha motivado que muchas escuelas lo abandonen casi completamente en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, dejando solo como indicación heroica para la detención de una hemorragia pulmonar cuyo punto de partida se encuentra claramente esclarecido.

Otras escuelas utilizan el neumoperitoneo, que aunque ocasiona menor grado de colapso, es en la mayoría de los casos suficiente para lograr detener la hemoptisis en un enfermo. El método presenta las ventajas de que está más al alcance del médico general por la facilidad de su aplicación; por otra parte el colapso es bilateral, lo que asegura el colapso de la región enferma en aquellos casos bilaterales en los cuales de momento puede ser difícil decidir cual es el lado de origen del sangrado. Las complicaciones del método son despreciables y habitualmente no deja secuelas.

Son pocos los casos en que con el tratamiento general y una medida directa de las ya señaladas no se logra detener la hemorragia. No obstante, existen casos en que el médico se ve obligado a adoptar una actitud más radical ante el problema, llegando en ocasiones a la resección de emergencia de la porción enferma debido a una hemoptisis incoercible.