

Consideraciones actuales sobre las hemoptisis en urgencias

Dres. Pedrol E, Fernández-Solá J, Camp J

Servicio de Medicina Interna General. Unidad de Urgencias Hospital Clínico Provincial de Barcelona

La hemoptisis sigue siendo una causa frecuente de consulta en Urgencias^{1, 4}, ya que representa un signo alarmante para el paciente probablemente debido a las connotaciones culturales negativas del mismo. Ello suele motivar una rápida visita médica que, por lo general, se canaliza a través de los Servicios de Urgencias. Para el médico de Urgencias, el diagnóstico y el manejo terapéutico de estos pacientes no entraña especiales dificultades aún disponiendo sólo de las técnicas complementarias propias de esta área asistencial. Sin embargo, existen algunos casos que siguen planteando situaciones problemáticas, ya sea por la falta de un diagnóstico inicial, por la valoración de realizar exploraciones complementarias en dicha área, por la dificultad de efectuar un pronóstico correcto, o bien por la decisión de indicar el ingreso o el manejo ambulatorio de estos pacientes.

A estas dificultades se añade el gran número de causas etiológicas de hemoptisis, que incluyen desde procesos banales a otros de extrema gravedad^{5,6}, y la gran variabilidad epidemiológica que se presenta de una zona a otra⁷⁻¹⁰. Actualmente, si bien permanecen todavía vigentes las etiologías clásicas de hemoptisis (Tuberculosis y Neoplasia Pulmonar), se advierte un cambio epidemiológico paulatino^{2,7,9,11}. Así, en las series más recientes, las causas más frecuentes suelen ser las infecciones parenquimatosas agudas pulmonares (bronquitis, neumonías) y, en especial, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en cualquiera de sus formas. Las enfermedades cardiológicas cada vez son menos frecuentes como causa de hemoptisis, probablemente en relación a un tratamiento médico-quirúrgico más precoz y eficaz de estas entidades. El resto de etiologías (traumatismos torácicos, tromboembolismo

pulmonar, alteraciones de la coagulación, etc...) no pasan de ser anecdóticas y, con frecuencia, de fácil diagnóstico. Aún así, no hay que perder de vista que de un 15 a un 20% de episodios de hemoptisis quedan sin diagnosticar en una valoración inicial^{2,7,12}.

En los diversos trabajos recientes sobre hemoptisis, observamos un consenso acerca de su definición, delimitada como cualquier episodio de expectoración de sangre con o sin mucosidad acompañante que no proceda del aparato digestivo o de vías aéreas superiores por encima de Epiglotis^{7,13}. Igualmente, es importante realizar también una valoración del criterio de gravedad de la hemoptisis por sus implicaciones pronósticas y terapéuticas. Así, una hemoptisis grave se definiría como la presencia de sangre en cantidad mayor a 20 cc/hora o 500 cc/24 horas o la presencia de insuficiencia respiratoria asociada a la misma. En la gran mayoría de casos, el tratamiento etiológico, si lo hay (corticoides, tuberculostáticos, antibióticos, etc...) y, cuando no, las medidas posturales y el uso de codeína suelen ser suficientes para su control inmediato y posterior. Las hemoptisis graves, aún cuando no son frecuentes, requieren medidas diagnóstico-terapéuticas específicas (fibrobroncoscopia, embolización arterial, etc...) ^{6,14-16}.

Bajo estas premisas, el abordaje del paciente con hemoptisis se inicia con la realización de una historia clínica y una exploración física exhaustiva. Com ambas, se diagnosticarán cerca del 30% de pacientes. Creemos que no existe un perfil semiológico concreto de hemoptisis para una etiología determinada. Así, en un estudio reciente en nuestro medio², se ha puesto de relieve que no hay diferencias significativas entre las diferentes causas etiológicas de hemoptisis con respecto a las variables tiempo de evolución, gravedad, hora de inicio, diagnóstico previos, etc.. Por lo cual, creemos que hay que incidir más durante la realización de la historia clínica en el resto de sintomatología acompañante de la hemoptisis (disnea paroxística nocturna, síndrome de afectación del estado general, fiebre,

Correspondencia: Dr. E. Pedrol. Servicio de Medicina Interna. Unidad 3. Hospital Clínico Provincial. Villarreal, 170 - 08036 Barcelona. Tel.: 323 14 14, ext. 2240.

etc...), que en buscar perfilar la enfermedad causal a través de las características clínicas de la hemoptisis.

El siguiente paso sería la práctica de una radiografía de Tórax. Nos confirmará nuestra hipótesis diagnóstica y nos orientará al diagnóstico en cerca del 50% de los casos. Es decir, con estos procedimientos básicos (historia clínica, exploración física y Rx de Tórax), aproximadamente un 75% de pacientes con hemoptisis pueden ser orientados correctamente en el área de Urgencias. Si esto se complementa con una exploración otorrinolaringológica, este porcentaje superará con seguridad el 80%, permitiéndonos asimismo descartar numerosas falsas hemoptisis cuyo origen es por encima de epiglotis (Fig 1). El resto de exploraciones complementarias disponibles en un área de Urgencias (Hemograma, Microbiología de esputo, etc...) no parecen imprescindibles para el diagnóstico y manejo de estos pacientes excepto en casos concretos.

Pese a todo, cerca del 20% de nuestros pacientes con hemoptisis van a quedar sin diagnóstico inicial. En estos pacientes es donde los planteamientos iniciales cobran más sentido: ¿Qué hacer con ellos? ¿Cuál es su pronósti-

co?. Su manejo terapéutico no crea habitualmente dificultades, ya que un tratamiento sintomático suele ser eficaz. En cambio, el proceso diagnóstico y pronóstico de estos pacientes no diagnosticados en Urgencias sí que puede crearlas. De ellos, deben ingresar aquellos que presenten una hemoptisis grave definida con los criterios anteriores, hecho infrecuente en estos pacientes.

Varias series recientes demuestran o sugieren que de estos pacientes con hemoptisis, radiología de Tórax normal y sin diagnóstico inicial en Urgencias, sólo deben ser seguidos de cerca a nivel ambulatorio aquellos que presenten factores de riesgo para sufrir cáncer de pulmón (varones mayores de 40 años y fumadores de más de 45 paquetes/año)^{3,7,17-19}. En el resto, si no se llega a un diagnóstico en Urgencias, es improbable que se diagnostiquen posteriormente con un seguimiento ambulatorio. Su pronóstico global es bueno, ya que la hemoptisis suele estar en relación a causas banales intercurrentes.

En conclusión, creemos que las hemoptisis siguen siendo actualmente un motivo frecuente de consulta en Urgencias. Pese a presentar en ocasiones algunos problemas

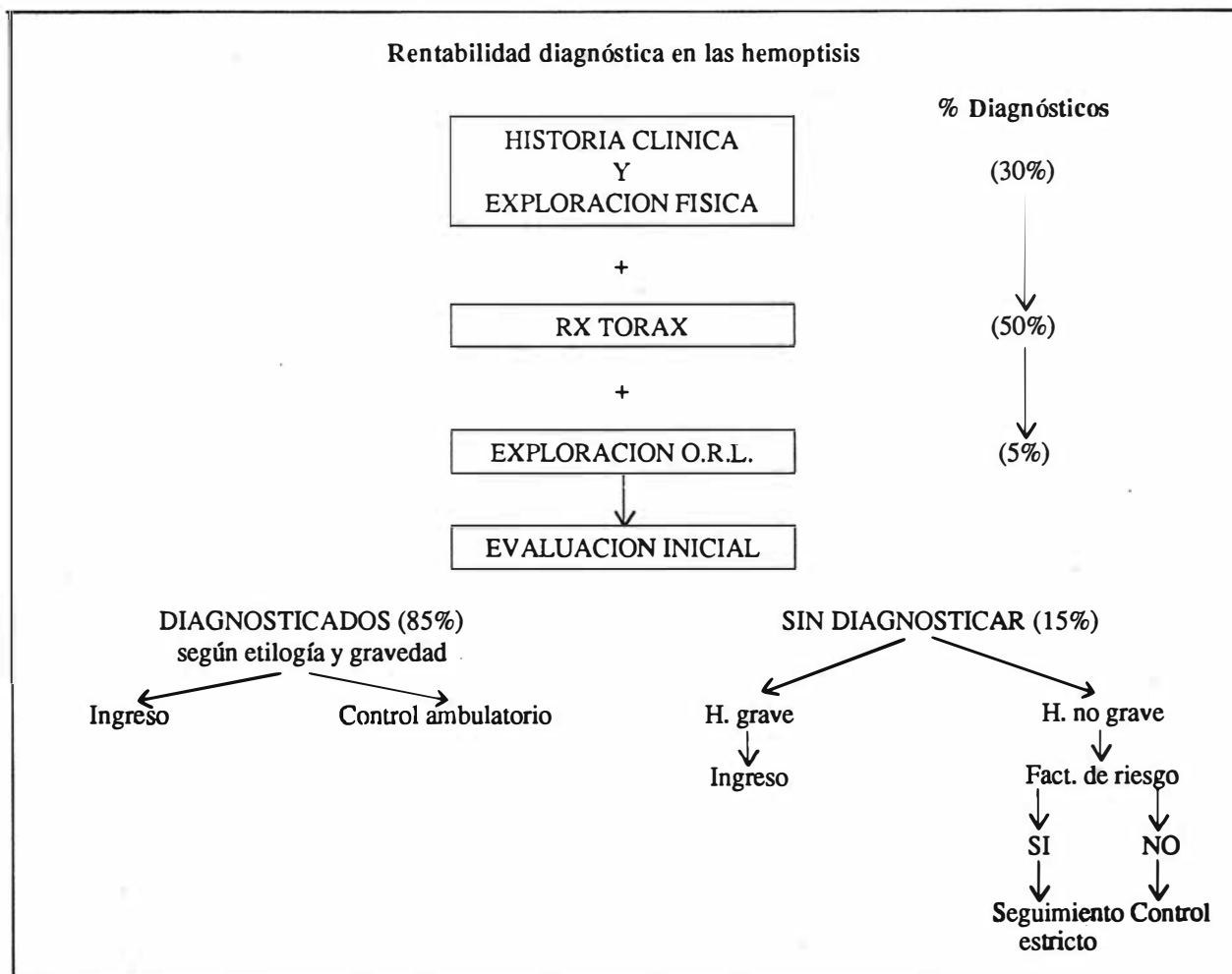


Figura 1

diagnósticos y pronósticos, en la mayoría de casos pueden ser correctamente orientadas y tratadas en dicha área con las técnicas habituales de la misma (historia clínica, exploración física, Rx de Tórax y exploración ORL).

Bibliografía

1. CAMP J. *Contribución al estudio de algunos factores peristásicos y su influencia en la distribución epidemiológica de las Urgencias*. Tesis Doctoral. Centre de Publicacions de la Universitat de Barcelona 1986: 14-17.
2. PEDROL E., FERRER J., BARCELÓ J., et al. *Hemoptisis: Estudio prospectivo de 108 casos en un Servicio de Urgencias*. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Reus-Salou Jun 89. Emergencias 1989; I(7): 18.
3. GOLDMAN JM. *Hemoptysis: Emergency Assessment and Management*. Emerg Med Clin N Am 1989; 7: 325-338.
4. LÓPEZ T, MURIE CARRILLO JM., RUÍZ M., et al. *Hemoptisis: experiencias de un Servicio de Urgencias*. Enf Tor 1984; 33: 169-172.
5. AMERICAN THORACIC SOCIETY. *The management of haemoptysis a statement by the Committee on therapy*. Am Rev Respir Dis 1966; 93: 471-474.
6. CONLAN AA. *Massive Hemoptysis-Diagnostic and Therapeutic Implications*. Surg Ann 1985; 17: 337-354.
7. CAPELASTEGUI A., CLIMENT E., ZUBIAGA J., LLORENTE JL., GALDIZ JB., SOBRADILLO V. *Hemoptisis: evaluación actual*. Med Clin (Bar) 1983; 81: 147-150.
8. LEWIS M., KALLENBACH J., KARKP., ZALTZMAN M., HOCKMAN M., ZWI S. *Severe Haemoptysis associated with viral tracheitis*. Thorax 1982; 37: 869.
9. RAGUER E., BARBETA E., VILA R. *Utilidad de la broncoscopia en el diagnóstico de la hemoptisis. Presentación de 66 casos estudiados en un hospital general*. Atención Primaria 1985; 2: 283-285.
10. BOLDU J., CABALLERO P., ORRIOLS FJ., LADARIA A., LÓPEZ-BERMEJO E., DE LA CALLE F. *Hemoptisis con radiología de Tórax normal: indicación de la broncofibroscopia*. Arch Bronconeumol 1986; 22: 210-214.
11. PUZO MC., CASTELLA J., GRAÑENA P., RODRÍGUEZ-ARIAS JM. *La broncoscopia en la hemoptisis*. Arch Bronconeumol 1977; 13: 182-183.
12. HEIMER D., BAR-ZIV J., SCHARF SM. *Fiberoptic Bronchocopy in Patients with Hemoptysis and Nonlocalizing Chest Roentgenograms*. Arch Intern Med 1985; 145: 1427-1428.
13. FIGUEROLA J., SEBASTIAN A., ARRIBAS J., CARRIZOS., GARCÉS J. *¿Es indicación de fibrobroncoscopia la hemoptisis con radiografía de tórax normal?.* An Med Inter (Madrid) 1988; 5: 287-290.
14. HERNÁNDEZ A., GALLEGO J., MORENO JA. *Embolización transcáteter de las arterias bronquiales en el tratamiento de la hemoptisis masiva*. Rev Clin Esp 1988; 183: 120-123.
15. ALVARADO C., PÉREZ E., ZAPATERO J., et al. *Hemoptisis masivas. Revisión de 49 casos*. Arch Bronconeumol 1987; 23 (Supl I): 67-68.
16. BOBROWITZ ID., RAMAKRISHNA S., SHIM YS. *Comparison of Medical versus Surgical Treatment of Major Hemoptysis*. Arch Intern Med 1983; 143: 1343-1346.
17. POE RH., ISRAEL RH., MARIN MG., et al. *Utility of Fiberoptic Bronchoscopy in Patients with Hemoptysis and a Non localizing Chest Roentgenogram*. Chest 1988; 92: 70-75.
18. LEDERLE FA., NICHOL KL., PARENTI CM. *Bronchoscopy to Evaluate Hemoptysis in older Men with Nonsuspicious Chest Roentgenograms*. Chest 1989; 95: 1043-1047.
19. FIGUEROLA JA., CARRIZO S., ARRIBAS J., SEBASTIAN A., GARCÉS J. *Papel de la fibrobroncoscopia en la hemoptisis con radiografía de Tórax normal*. Arch Bronconeumol 1987; 23 (Supl I): 67.