

HEMOPTISIS

Marta Marín-Oto, Juan Pablo de Torres

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).

Como indicadores de riesgo, hay que considerar la cuantía de la hemoptisis (superior a 100ml) y la presencia de obstrucción de la vía aérea, insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica¹ que calificaría a la hemoptisis como, amenazante.

Patología de la vía aérea

- Bronquiectasias y bronquitis crónica.
- Neoplasias pulmonares.
- Fístulas entre el árbol traqueobronquial y vasos.
- Cuerpos extraños, traumatismos.

Patología del parénquima pulmonar

- Infecciones.
- Enfermedad inflamatorias o autoinmunes (Goodpasture, Wegener...)
- Coagulopatías
- Complicaciones de determinadas técnicas: biopsias pulmonares, PAAF.
- Miscelánea: hemoptisis catamenial, cocaína, fármacos.

Patología de los vasos pulmonares

- TEP, malformaciones arteriovenosas, aneurismas.
- Aumento de la presión del capilar pulmonar: estenosis mitral, insuficiencia cardiaca izquierda.

Aproximadamente en un 20% de los casos de hemoptisis y hasta en un 42% en pacientes fumadores, no es posible establecer un diagnóstico etiológico tras la realización de broncoscopia y tomografía computarizada (TC) de tórax².

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Evaluación inicial

- Confirmar que se trata de una hemoptisis: examen de la cavidad oral y las fosas nasales y confirmar que el sangrado es subglótico.
- Valoración de la gravedad: cuantificar el sangrado. Para ello, es necesario realizar una anamnesis dirigida tanto al propio paciente como a los familiares. Es útil, la utilización de términos como: “una cucharita de café”, “medio vaso”.
- Historia clínica y anamnesis dirigida: proporcionar la información necesaria para obtener una orientación etiológica inicial, valorar la gravedad de la hemoptisis y decidir qué medidas diagnósticas y terapéuticas hay que realizar^{3,4}.
- Comprobar estabilidad hemodinámica del paciente (constantes vitales, ortostatismo, estado de volemia...).

Pruebas complementarias iniciales

- Analítica con hemograma, ionograma, función renal, coagulación y pruebas cruzadas.
- Electrocardiograma.
- Gasometría arterial.
- Cultivo bacteriológico de esputo.
- PCR M. tuberculosis en paciente con sospecha de tuberculosis y hemocultivos y serologías si existe sospecha de infección.
- Radiografía de tórax

Posteriormente, con el objeto de identificar correctamente la presencia, el origen, el número y el trayecto de las arterias torácicas, bronquiales y pulmonares que pueden ser la fuente del sangrado, se recomienda la realización de un angio-TC torácico⁵.

No obstante, las técnicas de imagen tienen ciertas limitaciones: pacientes inestables, pacientes con sangrado activo que requieren tratamiento endobronquial y pacientes con alteraciones radiológicas bilaterales en los que la localización radiológica del sangrado es un reto.

En estos casos puede procederse a la realización de una videobroncoscopia diagnóstica en primer lugar. El objetivo de realizar una videobroncoscopia en un paciente con hemoptisis es confirmar que la sangre viene del aparato respiratorio y determinar de qué lugar viene. **La videobroncoscopia no es terapéutica.**

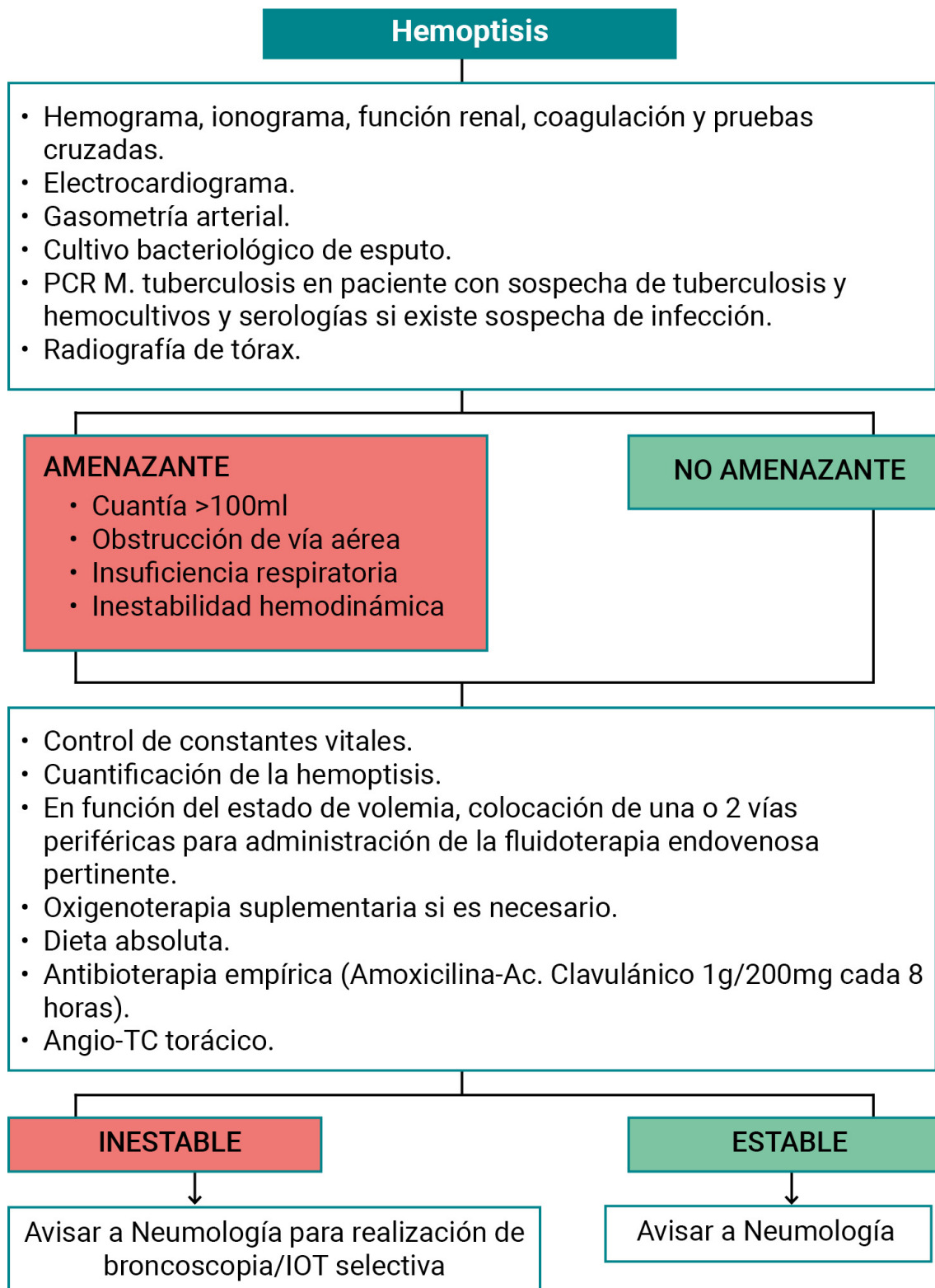
TRATAMIENTO

Medidas generales

- Control de constantes vitales.
- Cuantificación de la hemoptisis.
- En función del estado de volemia, colocación de una o 2 vías periféricas para administración de la fluidoterapia endovenosa pertinente.
- Oxigenoterapia suplementaria si es necesario.
- Dieta absoluta.
- Antibioterapia empírica (Amoxicilina-Ac. Clavulánico 1g/200mg cada 8 horas).

En caso de hemoptisis masiva, se recomienda colocación en decúbito lateral del lado afecto (en función de los resultados de radiografía de tórax/angioTC) con la intención de proteger la vía aérea y evitar la aspiración de sangre en el pulmón no afectado. Los pacientes con hemoptisis se mueren de insuficiencia respiratoria por inundación del árbol bronquial, por lo que proteger la vía aérea es fundamental.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



BIBLIOGRAFÍA

1. SEPAR. Normativa Sobre Diagnóstico Y Tratamiento de La Hemoptisis. Vol 38.; 2016.
2. Herth F, Ernst A, Becker HD. Long-term Outcome and Lung Cancer Incidence in Patients With Hemoptysis of Unknown Origin*. *Chest*. 2001;120:1592-1594. doi:10.1378/chest.120.5.1592.
3. Ibrahim WH. Massive haemoptysis: the definition should be revised. *Eur Respir J*. 2008;32(4):1131-1132. doi:10.1183/09031936.00080108.
4. Ketai LH, Mohammed T-LH, Kirsch J, et al. ACR Appropriateness Criteria® Hemoptysis. *J Thorac Imaging*. 2014;29(3):W19-W22. doi:10.1097/RTI.0000000000000084.
5. Khalil A, Soussan M, Mangiapan G, Fartoukh M, Parrot A, Carette M-F. Utility of high-resolution chest CT scan in the emergency management of haemoptysis in the intensive care unit: severity, localization and aetiology. *Br J Radiol*. 2007;80(949):21-25. doi:10.1259/bjr/59233312.