

Hemoptisis como primera manifestación de tuberculosis

¹Muñoz Galindo A, ¹Lozano Mejorada R, ¹Quijada Gutiérrez L, ¹Abou-Assali R

¹Centro de Salud La Alamedilla

²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca Salamanca

Varón de 39 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y sin tratamientos activos. Entre sus hábitos tóxicos destaca ser exfumador desde hace seis años (5 paquetes/año) y bebedor ocasional. Un hermano padeció tuberculosis pulmonar hace diez años.

El motivo de acudir a la consulta fue la presencia de un esputo con trazas hemoptoicas en los últimos tres días. No refiere clínica respiratoria, salvo los episodios de tos de predominio matutino que originan el esputo. No hay presencia de fatiga, fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso. No hay hematoquecia, hematuria o hematomas.

En la exploración física, las constantes vitales se encuentran dentro de la normalidad. Está bien hidratado y perfundido. No hay adenopatías cervicales. La faringe y la cavidad oral no presentan restos de sangrado. La auscultación cardiopulmonar es normal, al igual que la exploración del abdomen, en el que no se palpan masas ni visceromegalías. Las extremidades inferiores no muestran signos

patológicos y no se observan lesiones cutáneas.

En la analítica no se encuentran alteraciones en el hemograma, coagulación ni bioquímica.

Se toman muestras de esputo, cuyo resultado está todavía pendiente.

En la radiografía de tórax se observa una imagen en el lóbulo superior izquierdo que sugiere condensación con broncograma aéreo (figura 1).

Dados los hallazgos, se decide realizar una valoración preferente del paciente por el Servicio de Neumología. Antes de que ello suceda, el paciente presenta un cuadro de hemoptisis franca sin repercusión hemodinámica, por el que fue ingresado a cargo del citado Servicio. Mientras tanto, una de las muestras enviadas para cultivo con tinción de auramina resulta positiva y se efectúa reacción en cadena de la polimerasa que también resulta positiva para *Mycobacterium tuberculosis*.

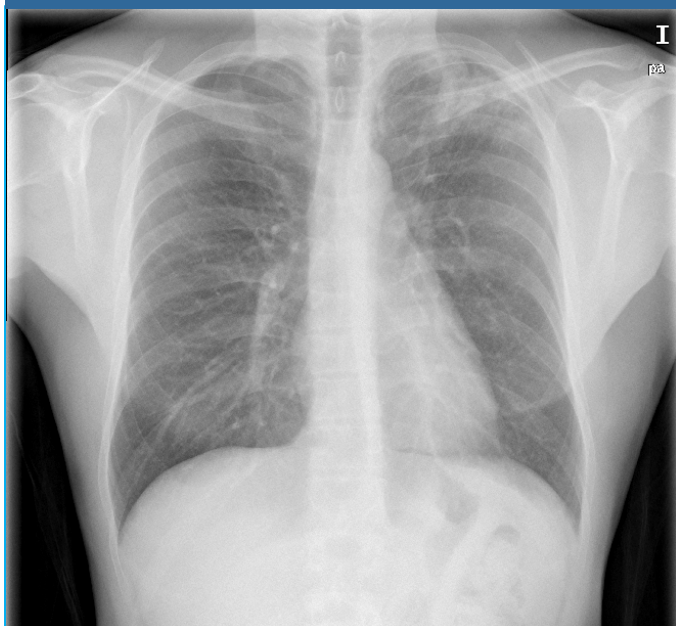
Se realiza TAC de tórax, que muestra una opacidad de bordes mal definidos en el lóbulo superior izquierdo, en el segmento ápico-posterior, sugerente de ocupación alveolar; se objetivan imágenes aéreas en su interior que inducen a pensar en cavitación (figura 2).

Puesto que persiste la hemoptisis pese al tratamiento médico, se realiza una arteriografía con embolización de las ramas de la arteria bronquial del lóbulo superior izquierdo. Tras la buena evolución clínica, el paciente es dado de alta con tratamiento antituberculoso y revisión programada.

COMENTARIO

El término hemoptisis hace referencia a la expulsión de sangre por la boca procedente de las vías respiratorias. Entre sus causas se encuentran las infecciones de toda índole del parénquima pulmonar, entre las que destacan la tuberculosis y el absceso pulmonar como fuente de hemoptisis

Figura 1



amenazante para la vida.

Las neoplasias de pulmón, ya sea el tumor primario o sus metástasis, también pueden ser su origen. De igual manera, la bronquitis crónica y las bronquiectasias forman parte, conjuntamente con las anteriores, de los principales entes responsables de este cuadro¹. A gran distancia se encuentran fenómenos autoinmunes (Wegener, Goodpasture), vasculopatías, cardiopatías, iatrogenia y traumatismos².

DIAGNÓSTICO

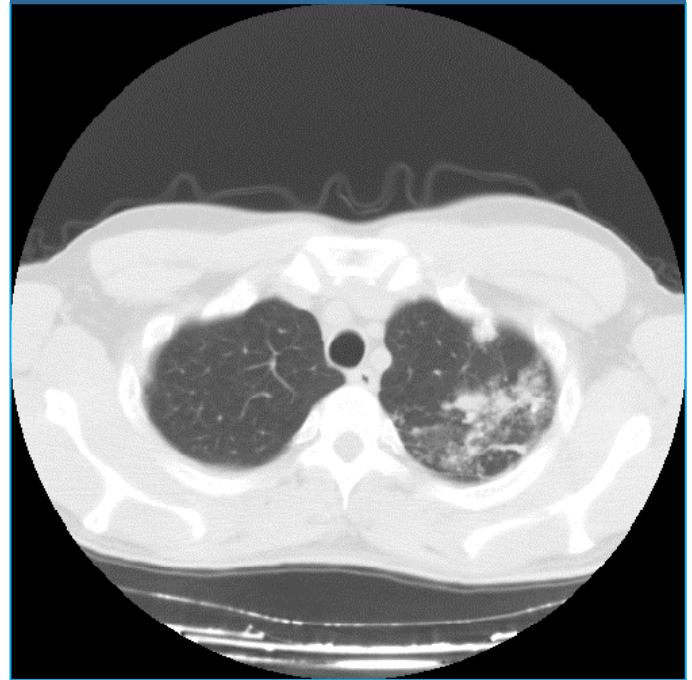
El diagnóstico debe comenzar por distinguir el origen del sangrado. En la hemoptisis la sangre suele ser espumosa, de un rojo intenso y sin coágulos. Cuando haya posibles confusiones con un origen (nasofaríngeo o digestivo) se debe plantear una exploración especializada.

La historia clínica debe hacer hincapié en la edad, consumo de tabaco, síntomas respiratorios y sistémicos, inmunosupresión... La exploración física debe ser completa.

Las pruebas complementarias que se deben solicitar desde el ámbito de atención primaria incluyen una radiografía de tórax, una analítica con hemograma (posible anemia), bioquímica (función renal y autoinmunidad) y coagulación, análisis del esputo y un electrocardiograma. Si del resultado de todas ellas no se pudiera deducir el origen, se debe solicitar un estudio en el ámbito hospitalario.

Si, de inicio, la hemoptisis supone una amenaza para la vida del paciente, este debe ser valorado de manera urgente³.

Figura 2



TRATAMIENTO

Para los cuadros más leves, cuando la sospecha sea de infección respiratoria, se puede iniciar tratamiento sintomático con codeína 30 mg cada 6-8 horas (salvo en pacientes con EPOC avanzada) y tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico (875/125 mg cada 8 horas) durante una semana. En caso de que exista posibilidad de tuberculosis, se deben evitar las quinolonas (fármacos de segunda línea en esta patología) para evitar la aparición de resistencias.

BIBLIOGRAFIA

1. Hirsberg B, Biran I, Glazer M, Kramer MR. Hemoptysis: etiology, evaluation, an outcome in a tertiary referral hospital. *Chest* 1997;112:440-4.
2. Haro Estarriol M, Vizcaya Sánchez M, Jiménez López J, Tornero Molina A. Etiología de la hemoptisis: análisis prospectivo de 752 casos. *Rev Clin Esp* 2001;201:696-700.
3. Cortés Sancho R et al. Actitud diagnóstica y terapéutica ante el paciente que acude con hemoptisis. *Medifam online* 2003;13:22-8.