

Hemoptisis masiva durante el embarazo. A propósito de un caso

Guillermo Careaga-Reyna,  Jesús Saucedo-Castillo

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”;

Centro Médico Nacional “La Raza”, IMSS, México, D.F.

Trabajo recibido: 02-IX-2012; aceptado: 10-IX-2012

RESUMEN. Introducción: La hemoptisis masiva es una complicación grave de diversas patologías. Presentamos el caso de una paciente embarazada con esta complicación. **Caso clínico:** Mujer de 26 años de edad, con embarazo de 26 semanas de evolución, quien presentó hemoptisis masiva, tratada con lobectomía superior izquierda. La evolución posoperatoria fue satisfactoria; a las 36 semanas de gestación se resuelve el embarazo, obteniendo un producto único, vivo, femenino, sin complicaciones. A un año de seguimiento, tanto la paciente como su hija evolucionan satisfactoriamente. **Conclusión:** Es primordial el tratamiento oportuno de la hemoptisis masiva, aun en pacientes embarazadas.

Palabras clave: Hemoptisis, embarazo, embolización, arterias bronquiales, lobectomía, quiste pulmonar.

ABSTRACT. Introduction: Massive hemoptysis is a serious complication of several pathologies. We present a case of a pregnant woman with this complication. **Case report:** A 26 year-old female with 26 weeks pregnant, presents massive hemoptysis. The patient was surgically treated with upper left lobectomy. Her postoperative evolution was adequate and at 36 weeks, the pregnancy was resolved. The product of pregnancy was a female alive, clinically without any pathology. At one-year follow-up the patient and her daughter are with good evolution. **Conclusion:** It was concluded that massive hemoptysis must be treated when diagnosed, even in pregnant woman.

Key words: Hemoptysis, pregnancy, embolization, bronchial artery, lobectomy, lung cyst.

INTRODUCCIÓN

La hemoptisis es un importante síntoma del aparato respiratorio; con frecuencia es una condición de emergencia que amenaza la vida y, por tanto, amerita su pronta evaluación y tratamiento. La etiología juega un papel concluyente en el resultado clínico y el pronóstico.¹

La hemoptisis masiva (> 600 mL/24 horas) es un evento inusual que tiene un 80% de mortalidad, cuando no se trata oportunamente. En el 95% de los casos, el origen son los vasos bronquiales; otras causas descriptas de hemoptisis incluyen: tuberculosis, aspergilosis, bronquiectasias, neumonitis necrotizante, neoplasias, infarto pulmonar, fistulas arteriovenosas, ruptura bronquial y monitoreo pulmonar invasivo.²

En la mujer se ha informado, además, de la presencia de hemoptisis en casos de tejido endometrial en la vía aérea;³ pero también pueden coexistir las causas arriba anotadas, como el manifestarse incluso en pacientes embarazadas.⁴ El cuidado inicial de estos casos requiere terapia intensiva e intubación; una opción terapéutica puede ser la embolización de las arterias bronquiales,

que tiene un éxito entre 77-95%, pero puede retrasar la cirugía con riesgo para el paciente.²

El propósito de este trabajo es presentar el caso de una paciente embarazada que presentó hemoptisis masiva.

RESUMEN DEL CASO

Paciente femenino en la tercera década de la vida, quien cursó con embarazo de 26 semanas de gestación, normoevolutivo con control prenatal; ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso cada 24 horas desde la semana siete de gestación; con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarquía a los 13 años; PS: 1; ritmo: 28 x 3; gesta: II; para: I; abortos: 0; cesáreas: 0; última fecha de menstruación: 26-01-11.

Refirió que cuatro días antes de su ingreso a nuestro hospital, después de la ingesta de alimentos, inició con sensación de cuerpo extraño y disfagia seguida de expectoración de sangre oscura, aproximadamente por 15 minutos, sin especificar la cantidad, por lo que acude a tercer nivel de ginecoobstetricia, donde ese mismo día fue valorada. Al día siguiente, continuó con

hemoptisis persistente todo el tiempo en cantidad no especificada, por lo cual acudió nuevamente, por la noche, a revisión, ya con palidez de tegumentos, adinamia y astenia. En tales condiciones fue hospitalizada durante tres días, con tratamiento antibiótico y terapia respiratoria. Al comprobar condiciones fetales estables, fue enviada a completar tratamiento a la unidad de segundo nivel, donde presentó: presión arterial (TA): 110/60 mmHg; frecuencia cardiaca (FC): 90 latidos por minuto; frecuencia respiratoria (FR): 28 por minuto y temperatura de 38 °C. A la exploración física del tórax: campos pulmonares con hipoventilación en hemitórax izquierdo a nivel medio y basal, disminución de vibración vocal. Los exámenes de laboratorio muestran como datos relevantes: DHL: 142; TGO: 18; TGP: 28; leucocitosis: 12,000 con 80% de neutrófilos. En la telerradiografía de tórax se observa una imagen de consolidación a nivel medio. Los datos refieren una infección de vías respiratorias bajas. Se descarta tuberculosis pulmonar y es remitida a nuestro centro hospitalario, donde en Admisión Continua fue valorada por el servicio de Neumología.

Al realizar broncoscopia, ésta mostró laringe normal, tráquea con mucosa hiperémica, árbol bronquial izquierdo, con sangrado a través del bronquio del lóbulo superior, a nivel del segmento apicoposterior, de aproximadamente 100 cc. Bajo estas circunstancias, realizamos hemostasia farmacológica a base de adrenalina, sin complicaciones. Sin embargo, en las siguientes cuatro horas, presentó nuevamente sangrado masivo de 600 cc. Una segunda broncoscopia corroboró sitio de sangrado en zona posteroapical izquierda, entonces se procedió a efectuar intubación orotraqueal selectiva al bronquio derecho. La paciente presentó choque hipovolémico, el cual fue tratado con cristaloides, hemoderivados y coloides. En estas condiciones, la valoración solicitada al servicio de Ginecoobstetricia documentó una FC fetal de 140 x' y movilidad del producto apropiada, no hubo urgencia o indicación para interrupción del embarazo. Se efectuó una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, en la cual se observó un quiste superior en hemitórax izquierdo (figuras 1 y 2).

Con los hallazgos endoscópicos, de imagen, y ante la evidencia de hemoptisis masiva no susceptible de otra opción terapéutica, fue valorada por el servicio de Cirugía Cardiotorácica y sometida a resección quirúrgica de urgencia. La intervención quirúrgica mostró: quiste broncogénico de 15 x 12 x 10 cm, infiltrado hemático en lóbulo superior, segmento apical superior; por estas circunstancias, se le realizó lobectomía superior izquierda, sin complicaciones. Para el cuidado posoperatorio, pasó a la Unidad de Cuidados

Intensivos Respiratorios (UCIR). En el primer día posoperatorio, en el ultrasonido obstétrico realizado, se observó el producto único vivo, con actividad somática y cardiaca normales, placenta posterior derecha grado I de Grannum, líquido amniótico con Chamberlain de 42 mm, BPD de 64 mm (26 semanas), LF de 53 mm (28 semanas), LH de 50 mm (29 semanas). Ese mismo día fue retirado el apoyo mecánico ventilatorio, sin complicaciones. Durante su estancia en la UCIR, mantuvo estabilidad hemodinámica y egresó a hospitalización de Medicina Interna a las 72 horas del posoperatorio. Seis días después de la intervención quirúrgica se indicó deambulación bajo vigilancia y con una evolución posoperatoria satisfactoria y el producto en buenas condiciones, egresó del hospital 13 días después de



Figura 1. Proyección tomográfica lateral que indica con una flecha en la parte superior del pulmón, la lesión que originó la hemoptisis.

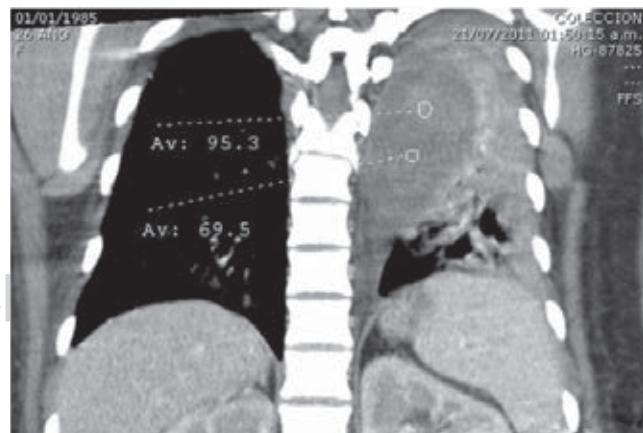


Figura 2. Proyección anteroposterior de la tomografía en la que se visualiza la imagen, con diferencia entre el área consolidada y la colección compatible con coágulo.

la lobectomía. Mes y medio después de la cirugía, se resuelve el embarazo a las 38 semanas y media de gestación, dando a luz producto único vivo de sexo femenino, con peso de 2,800 g, talla de 48 cm, Apgar 8-9, sin malformaciones congénitas aparentes. A un año de seguimiento, tanto la paciente como su bebé están en buenas condiciones.

El reporte del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica fue: quiste broncogénico con hemorragia reciente y no colonizada, neumonía inespecífica, datos anatómicos de colapso, bronquiectasia cilíndrica, hemorragia reciente y antigua, ganglios intrapulmonares sin alteraciones.

DISCUSIÓN

El término hemoptisis engloba desde la emisión de expectoración teñida de sangre hasta la hemorragia macroscópica procedente del tracto respiratorio por debajo del nivel de la laringe.¹⁻⁴ Este padecimiento siempre es un signo alarmante para el paciente y un cuestionamiento para el médico, donde el tiempo para el diagnóstico cuenta de manera significativa, puesto que existe la posibilidad de un nuevo episodio que pueda poner en peligro la vida del enfermo, bien por una pérdida copiosa de sangre o por obstrucción de la vía aérea. Suele ser difícil diferenciar entre hemoptisis y hematemesis. La mortalidad por episodios masivos puede ser hasta del 80%.^{2,5}

Los pulmones reciben dos aportes sanguíneos, desde las arterias pulmonares, de mayor calibre pero de baja presión, y de las ramas arteriales bronquiales de menor calibre y de presión alta (sistémica). Estas dos circulaciones con frecuencia están comunicadas a través de numerosas ramas colaterales, tanto venosas como arteriales. La hemorragia procedente de cualquiera de estos dos lechos puede producir hemoptisis de muy diferente intensidad.^{4,6} Sin embargo, la hemorragia procedente del sistema arterial bronquial suele ser más grave, debido al gradiente de presión que existe entre la circulación sistémica y la circulación pulmonar.

Contribuyen a la aparición de hemoptisis, la disruptión del epitelio bronquial y capilares por traqueobronquitis, el daño del parénquima pulmonar por procesos necrotizantes o infarto y finalmente, la hipertensión venosa pulmonar, como ocurre en la estenosis mitral.¹ La hemoptisis es considera leve cuando la cantidad de sangre no sobrepasa los 15-20 mL cada 24 horas; moderada cuando es mayor de 15-20 mL y menor de 200-600 mL en 24 horas. La hemoptisis masiva es, para unos autores, la pérdida de 600 mL o más cada 24 horas, o una rapidez de sangrado igual o mayor que 160-200 mL/hora.^{4,6}

En los procesos infecciosos, el mecanismo de sangrado es la inflamación de la mucosa hipervasculizada

y la dilatación vascular, como respuesta a sustancias liberadas en el proceso inflamatorio o por la ruptura de microaneurismas. En la tuberculosis, la destrucción parenquimatosa puede erosionar vasos sanguíneos que inician el sangrado.

Cuando el origen de la hemoptisis es neoplásico, el sangrado puede producirse por proliferación vascular de la mucosa en el adenoma bronquial, por invasión de la arteria pulmonar en el caso de una neoplasia pulmonar, de una metástasis, o por procesos necróticos tan frecuentes en masas de crecimiento rápido. La hemoptisis debida a hipertensión pulmonar venosa, estenosis mitral o enfermedad venooclusiva, se produce por la ruptura de pequeños capilares de venas pulmonares o venas bronquiales, cuando sucede esto último, la expectoración es roja brillante.¹⁻⁴

La broncoscopía debe realizarse en casos de hemoptisis recurrente o masiva para detectar el sitio, ocluir o tratar con sal salina y epinefrina (1:10 000) tópica.⁷

La embolización de vasos bronquiales es utilizada como tratamiento en pacientes embarazadas,^{2,8} ésta tiene un éxito reportado por arriba del 75%; sin embargo, también se ha aceptado que esta modalidad terapéutica puede ser de beneficio temporal, y puede retrasar una intervención quirúrgica que resuelva de manera definitiva la patología. En nuestro caso, la persistencia de la hemoptisis en una paciente embarazada, en estado crítico, motivó a la decisión de tomar una conducta terapéutica definitiva, por lo que optamos el tratamiento quirúrgico con los objetivos ya descritos, de controlar el sitio de sangrado y resecar la lesión.²

La cirugía debe realizarse de manera urgente (entre 24-48 horas), en presencia de una masa radiodensa persistente, lesiones por hongos o absceso pulmonar. La mortalidad quirúrgica varía entre el 7-25%.²

Podemos concluir que el tratamiento inmediato de la hemoptisis masiva, aun en casos complicados, es fundamental para evitar la mortalidad de esta complicación.

REFERENCIAS

1. Crocco JA, Rooney JJ, Fankushen DS, DiBenedetto RJ, Lyons HA. *Massive hemoptysis*. Arch Intern Med 1968;121:495-498.
2. Tong BC, Yang SC. *Massive hemoptysis*. In: Yang SC, Cameron DE, editors. *Current therapy in thoracic and cardiovascular surgery*. USA: Mosby; 2004.p.78-81.
3. Weber F. *Catamenial hemoptysis*. Ann Thorac Surg 2001;72:1750-1751.
4. Blyth DF, Soni MA, Moran NF. *Massive hemoptysis in an immunocompromised pregnant woman with human immunodeficiency virus disease and active pulmonary tuberculosis*. Ann Thorac Surg 2007;84:2085-2086.

5. McGuinness G, Beacher JR, Harkin TJ, Garay SM, Rom WN, Naidich DP. *Hemoptysis: prospective high-resolution CT/bronchoscopic correlation*. Chest 1994;105:1155-1162.
6. Esplin MS, Varner MW. *Progression of pulmonary arteriovenous malformation during pregnancy: case report and review of the literature*. Obstet Gynecol Surv 1997;52:248-253.
7. Knott-Craig CJ, Oostuizen JG, Rossouw G, Jouberh JR, Barnard PM. *Management and prognosis of massive hemoptysis. Recent experience with 120 patients*. J Thorac Cardiovasc Surg 1993;105:394-397.
8. Downs TW, Chao CR. *Massive hemoptysis in pregnancy treated with bronchial artery embolization*. Am J Perinatol 1997;14:51-53.

✉ Correspondencia:

Dr. Guillermo Careaga-Reyna
División de Cirugía Cardiotorácica, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. Calzada Vallejo y Jacarandas s/n, Col. La Raza, Delegación Azcapotzalco, 02090, México, D.F.

Los autores declaran no tener conflictos de interés