

Hemoptisis: ¿dejarán de existir las criptogénicas?

Autor: Héctor A. Defranchi

Sanatorio Trinidad Palermo

Correspondencia:

Domicilio postal: Av. Cerviño 4720 - CABA
E-mail: hdefranchi@intramed.net

Al Editor:

Difícilmente algún internista no haya recibido en su carrera un paciente con hemoptisis. Las circunstancias de aparición y los escenarios son tan diversos que no existen protocolos preestablecidos para su atención. ¿Por qué ocurre esto?

La hemoptisis es manifestación de múltiples procesos patológicos. Puede presentarse como leve, moderada o severa en cuanto a su volumen. Esta última, que de no actuar con celeridad, puede llevar a la muerte casi inmediata, es en general, paradójicamente, secundaria a un proceso benigno. Por el contrario, las leves responden muchas veces a enfermedades graves y potencialmente mortales en su evolución. Además, las poblaciones en que se presentan son muy variadas tanto en sexo, edad, comorbilidades, antecedentes laborales, consumo de tabaco, etc.

Sin embargo, el problema principal, es que el curso natural de la hemoptisis es muy difícil de predecir clínicamente. Por último, y esto debe recalarse: nunca debemos subestimarla, por lo cual la evaluación de aquéllos que la padecen debe ser siempre rápida y completa.

¿Qué entendemos por completa? Una generalización que pueda abarcar todos los casos es difícil y casi imposible. Sin embargo, sin riesgo a equivocarnos, nos referimos que además de un minucioso interrogatorio y examen clínico, debe realizarse una Radiografía y una Tomografía Computada de Tórax. Además, en la mayoría de los casos se deberá completar con una endoscopia bronquial y en algunos seleccionados con una arteriografía. Ambos procedimientos tendrán siempre fines diagnósticos pero también terapéuticos. La pregunta es: ¿cómo seleccionamos la población a la cual haremos todos estos procedimientos? Tomografía ¿sí o no? Endoscopia ¿ahora, luego o nunca? ¿Rígido o flexible? Hay gran profusión de trabajos en la literatura médica lo que junto a la experiencia adquirida con los años, permiten aclarar algunos conceptos.

La frecuencia de las hemoptisis criptogénicas, es decir aquellas en las cuales a pesar de una minuciosa evaluación, con todas las herramientas disponibles, no podemos hacer diagnóstico etiológico, varía del 3% al 42%, en centros de diferente complejidad^{1, 2}. Esta amplia diferencia porcentual se debe fundamentalmente a que la disponibilidad tecnológica no es la misma en todos los centros de atención. La existencia de tomógrafos cada vez de más alta resolución y endoscopios de mejor visión, amplitud de campo y accesibilidad a lugares antes impensados, hace que el porcentaje cada vez sea menor³, y quizás como tituláramos en la carta al editor puede que con el tiempo llegue a cero.

La mayoría de los trabajos publicados al referirse a hemoptisis con radiografía no localizadora de lesión se refieren exclusivamente a radiología y no a tomografía computada. Salvo casos muy puntuales, o cuando no se dispone de equipamiento, la tomografía de tórax es imprescindible para evaluar a estos pacientes. Por supuesto, si el paciente es joven y tiene un cuadro claro de bronquitis purulenta aguda, la tomografía es innecesaria. La pregunta de si es necesario realizar endoscopia a todos los pacientes, contestaríamos lo mismo. Salvo casos puntuales como el referido o ante determinados hallazgos tomográficos como ser la presencia de una consolidación compatible con neumonía, la endoscopia debe realizarse o al menos posponerse.

La discusión entonces es ahora, ¿cuándo y con qué? ¿rígido o flexible? La respuesta es cuanto antes mejor. Sin embargo, los escenarios son varios. Si la hemoptisis es leve a moderada y es criptogénica mejor ahora porque no sabemos que evolución tendrá y probablemente identifiquemos el sitio de sangrado y podamos irrigar con solución salina fría y disminuir o parar la hemorragia, bloquear con balón un bronquio sangrante, o electrocoagular una lesión endoluminal.

La afirmación, que cuando hay sangrado activo la endoscopia es inútil, porque no descubre el sitio de sangrado, probablemente sea cierta, pero cabe la

posibilidad de que el mismo sea identificado o una lesión sea descubierta y podamos detener la hemorragia. Y esto es realmente importante porque podremos guiar al hemodinamista para que más efectivamente pueda identificar el lugar y de ser posible embolizar la o las arterias responsables. Este último escenario es particularmente válido para los sangrados masivos definidos de diversas maneras desde 100 ml en 24 horas hasta 1000 ml en varios días^{4,5}. Estabilizado el paciente, asegurada la vía aérea, se optará, rígido o flexible de acuerdo fundamentalmente a la experiencia del operador. Por supuesto, de existir ambas opciones el rígido es preferible para las masivas, el que además permitirá el pasaje del flexible por su canal de trabajo.

En un trabajo de O'Neil y Lazarus⁶, en un total de 119 bronoscopías realizadas en pacientes con hemoptisis hicieron diagnóstico de cáncer en 5% de las mismas, proponiendo que los pacientes masculinos, mayores de 40 años, con historia de más de 40 pack/año que se presentan con hemoptisis deben ser evaluados endoscópicamente. Para otros autores como Poe⁷, el sexo no es factor agravante. La frecuencia actual del cáncer de pulmón en la mujer parece darle la razón a este último.

Un estudio a mi entender relevante para aclarar conceptos es el de Thirumaran y col.⁸, en el cual retrospectivamente analizaron 270 personas con hemoptisis y Rx. de Tórax normal; en su evolución, 26 de ellos resultaron tener malignidad. En 14 (54%) de ellos la broncofibroscopía fue diagnóstica y la TAC de Tórax fue sugestiva de malignidad en 24 (92%). Estos eran fumadores y mayores de 45 años. Hay otros trabajos⁹ que en 3 años de seguimiento en pacientes independiente del status de fumador o no, no encontraron malignidad.

La principal enseñanza que deja este trabajo es que en los casos que de realizar una evaluación exhaustiva la causa no se descubre el paciente debe ser seguido en el tiempo, por lo menos durante 3 años.

En el excelente trabajo de Solís y col¹⁰, publicado en la última edición de la Revista Argentina de Medicina Respiratoria, se refieren a las hemoptisis criptogénicas. Analizan para ello, en forma retrospectiva las broncofibroscopías de 52 pacientes con hemoptisis leves o moderadas, con Rx. tórax no localizadora de lesión, excluyendo las masivas y los internados en UTI. La TAC de tórax aportó en 22 de ellos (42.3%) información adicional para una orientación diagnóstica. El resto, es decir, 30 pacientes (29.4%) tuvieron TAC no localizadoras. Fueron finalmente estos últimos el objetivo de análisis. Hubo franco predominio de varones (73.3%), y de fumadores (80%). Lo interesante

del trabajo es que en 8 pacientes (26.6%), la broncofibroscopía aportó información útil. En 1, un carcinoma de pulmón y en otro una tuberculosis fueron diagnosticados. En ningún paciente con hemoptisis menor a 1 semana, asintomáticos y menores de 40 años encontraron patología endoscópica. Además, los pacientes con broncofibroscopías normales fueron seguidos durante 1 año y ninguno de ellos desarrolló patología maligna en ese lapso.

Si bien este trabajo adolece como todos los diseños retrospectivos en el no tener control sobre la calidad de algunos parámetros, es sumamente valioso, ya que demuestra la utilidad de la endoscopia en la evaluación de las hemoptisis criptogénicas e identifica un grupo de mayor riesgo. Además, prospectivamente analiza por 1 año a aquellos en los cuales la endoscopia no aportó diagnóstico. Tiene además el mérito de ser un trabajo realizado exclusivamente en nuestro medio. Sería interesante que el seguimiento se prolongase luego por 2 años más para asegurarnos estén libres de enfermedad.

Llegará un día, en que las hemoptisis dejarán de ser criptogénicas, que nos seguiremos maravillando por los adelantos tecnológicos, pero seguramente aparecerán nuevos desafíos que deberán afrontarse en esta siempre desafiante medicina.

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Hiyama J, Horita N, Shiota Y, et al. Cryptogenic hemoptysis and smoking. *Chest* 2002; 121: 1375-1376.
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.
3. Bruzzi JF, Remi-Jardin M, Delhay D, et al. Multi-Detector Row CT of Hemoptysis. *RadioGraphics* 2006; 26: 3-2213.
4. Bobrowitz ID, Ramakrishna S, Shin YS. Comparison of medical vs. surgical treatment of major hemoptysis. *Arch. Int. Med* 1983; 143: 1343-1346.
5. Stoller JK. Diagnosis and management of massive hemoptysis: A review. *Respir Care* 1992; 37: 564-581.
6. O'Neil KM, Lazarus AQA. Hemoptysis. Indication for Bronchoscopy. *Arch Intern Med*. 1991; 151(1): 171-174.
7. Poe RH, Israel RH, Marin MG, et al. Utility of Fiberoptic Bronchoscopy in Patients with Hemoptysis and a Nonlocalizing Chest Roentgenogram. *Chest* 1988; 93(1): 70-756.
8. Thirumaran M, Sundar R, Sutcliffe IM et al. Is investigation of patients with hemoptysis and normal chest radiography justified? *Thorax* 2009; 64(10): 854-856.
9. Heimer D, Bar Ziv J, Scharf SM. Fiberoptic Bronchoscopy in Patients with Hemoptysis and Non Localizing Chest Roentgenogram. *Arch Int Med* 1985; 145: 1427-1428.
10. Solís M, Hernández M, Peralta G, et al. Fibrobroncoscopía en pacientes con hemoptisis no masiva y radiografía de tórax mas tomografía de tórax no localizadoras. *RAMR* 2014; 3: 249-256.