

Hemoptisis masiva secundaria a insuficiencia cardíaca en el contexto de una miocardiopatía dilatada

R. López, A. Abad, J. De Miguel y M.A. Juretschke

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

La hemoptisis masiva es una situación de emergencia vital que raramente ocurre en el contexto de una insuficiencia cardíaca, menos aún si la causa subyacente es una miocardiopatía dilatada. Aportamos el caso de un enfermo de 69 años de edad, cuya cardiopatía no era conocida previamente, que se inició con un cuadro de hemoptisis grave, presentando imágenes radiológicas de insuficiencia cardíaca franca. La rareza del caso obligó a descartar otros procesos patológicos antes de iniciar el tratamiento de su enfermedad de base.

Palabras clave: Hemoptisis. Miocardiopatía dilatada. Insuficiencia cardíaca.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 289-290)

Massive hemoptysis secondary to cardiac insufficiency in a context of dilated myocardiopathy

Massive hemoptysis is a life-threatening emergency that rarely occurs in association with heart failure and is even less frequent when the underlying cause is dilated myocardiopathy. We report the case of a 69-year-old man with undiagnosed heart disease who presented with severe hemoptysis. Images showed evident cardiac insufficiency. The unusualness of the case obliged us to rule out other diseases through differential diagnosis before starting to treat the underlying condition.

Key words: Hemoptysis. Dilated cardiomyopathy. Heart insufficiency.

Introducción

La hemoptisis masiva es una situación de urgencia vital. Viene definida, de forma algo arbitraria, como la expectoración de una cantidad de sangre que oscila entre 200 y 600 ml en menos de 24 h¹. Es un episodio poco frecuente, que ocurre en menos del 5% de los casos de hemoptisis. Su pronóstico infausto exige instaurar un tratamiento inmediato, por lo que muchos hospitales y organizaciones científicas abogan por utilizar algoritmos de diagnóstico y tratamiento que faciliten la rápida toma de decisiones^{1,2}.

Aportamos el caso de un enfermo de 69 años, sin cardiopatía conocida previa, que se inició con un cuadro de hemoptisis masiva en el contexto de una insuficiencia cardíaca secundaria a una miocardiopatía dilatada.

Observación clínica

Enfermo de 69 años, con antecedentes de hipertrofia benigna de próstata, estenosis de uretra y ex fumador (exposición: 40 paquetes-año), sin criterios clínicos de bronquitis crónica.

Un mes antes de su admisión en nuestro hospital comienza a notar expectoración hemoptoica. En la semana previa a su ingreso presenta un cuadro de hemoptisis franca leve, con disnea para moderados esfuerzos y ortopnea de dos almohadas, sin otros síntomas adicionales. Acude a urgencias por presentar, súbitamente, un episodio de hemoptisis de más de 200 ml de sangre roja, acompañado de aumento de su disnea basal. En la exploración física destaca una presión venosa yugular elevada, con cifras de presión arterial y saturación arterial de oxígeno normal, auscultación cardíaca rítmica y sin soplos y auscultación pulmonar con disminución del murmullo vesicular. La radiografía de tórax demuestra la presencia de cardiomegalia, redistribución vascular, patrón intersticial con líquido en cisuras y líneas B de Kerley, hallazgos compatibles con la insuficiencia cardíaca (fig. 1). El electrocardiograma presenta un bloqueo de rama izquierda. Se realiza ecocardiograma urgente en el que se observa un ventrículo izquierdo moderadamente dilatado, con función sistólica globalmente deprimida (fracción de eyección del 31%), insuficiencia mitral grave con dilatación moderada de aurícula izquierda e insuficiencia tricúspide leve, sin datos de hipertensión pulmonar. Se realiza una fibrobroncoscopia urgente, que demuestra una abundante hemorragia activa procedente de ambos árboles bronquiales, sin lesiones endobronquiales visibles. Se intenta controlar la hemorragia con medidas endoscópicas paliativas sin éxito, por lo que se precisa intubación traqueal y conexión a ventilación mecánica para garantizar la permeabilidad de la vía aérea. A las 24 h se realiza una arteriografía bronquial, sin que se logre demostrar lesiones vasculares. Con tratamiento diurético y agentes inhi-

Correspondencia: Dr. J. De Miguel.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Getafe.
Ctra. de Toledo, km 12,500. 28905 Getafe. Madrid.

Recibido: 9-1-01; aceptado para su publicación: 23-1-01.



Fig. 1. Radiografía de tórax, proyección posteroanterior, donde se evidencia cardiomegalia, redistribución vascular, un patrón intersticial con presencia de líquido en cisuras y líneas B de Kerley, hallazgos compatibles con insuficiencia cardíaca.

bidores de la enzima conversiva de la angiotensina mejoran los datos de insuficiencia cardíaca y se controla la hemorragia del paciente. Las determinaciones analíticas realizadas durante el ingreso, que incluyeron serologías de hepatitis y para anticuerpos antinucleares, antineutrofílicos, anticitoplasmáticos y anti-membrana basal glomerular, son negativas. La orina presenta, en los primeros días, proteinuria en rango nefrótico y hematuria traumática secundaria a sondaje, normalizándose posteriormente. A la semana del ingreso se realiza una tomografía computarizada (TC) de tórax que no demuestra tampoco lesiones en el parénquima pulmonar. La exploración funcional respiratoria del enfermo al alta es normal, salvo un leve descenso en la capacidad de difusión para el monóxido de carbono (DLCO = 69%). El enfermo ha seguido tratamiento de su miocardiopatía dilatada, y no ha vuelto a presentar hemoptisis en 6 meses de evolución.

Discusión

La hemoptisis masiva es una urgencia vital debida al mal pronóstico que conlleva a corto plazo¹. Esto hace que en la mayoría de los centros se siga un protocolo de diagnóstico y tratamiento, ya muy estandarizado, que incluye la estabilización clínica del paciente, la determinación del origen de la hemorragia y la instauración de medidas paliativas inmediatas². Entre éstas se incluyen desde la aplicación de medidas posturales y la administración de antitusígenos hasta la realización de técnicas endoscópicas y la arteriografía con embolización de las arterias bronquiales. La cirugía se reserva para casos límite, pues realizada en episodios agudos conlleva un riesgo añadido¹.

La circulación bronquial es la responsable de la mayoría de las hemoptisis masivas aunque, ocasionalmente, la hemorragia alveolar puede ser su origen. Las causas más frecuentes de hemoptisis masivas son la tuberculosis, el cáncer de pulmón, las bronquiectasias, la bronquitis y los micetomas^{1,3}. Existe también un porcentaje de casos de causa indeterminada, que oscila entre el 4 y el 8%¹. En el caso que se discute, el paciente

no presentaba criterios clínicos de bronquitis crónica y no había sido diagnosticado previamente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Tampoco tenía factores de riesgo para tromboembolismo pulmonar ni presentaba datos clínicos, radiológicos, electrocardiográficos ni ecocardiográficos que lo sugirieran, por lo que no se realizaron más pruebas para descartarlo. Aunque en los listados de causas de hemoptisis masiva siempre se nombra la insuficiencia cardíaca^{1,2}, los casos publicados hasta la fecha son esporádicos⁴. Sólo la estenosis mitral cuenta con un número suficiente de casos para ser considerada habitualmente⁵. De hecho, éste fue el motivo de realizar a nuestro enfermo un ecocardiograma urgente.

En los casos de etiología sistémica, la forma de terapia es la que incide en el tratamiento de la enfermedad de base, pues se estima que ninguna medida local, paliativa o terapéutica, va a poder controlar la hemorragia de forma eficaz, como de hecho ocurrió con nuestro enfermo. Los diagramas diagnósticos en estos casos no recomiendan emplear técnicas como la arteriografía bronquial, pues asumen que va a ser normal, por lo que no va a tener resultados terapéuticos y sí riesgos para el enfermo. A pesar de ello, en este caso decidimos realizar esta prueba, debido a la persistencia de la hemorragia⁶ y la escasa frecuencia del diagnóstico que se planteaba. No disponíamos de otra prueba menos agresiva, puesto que la realización de una TC torácica no está indicada en casos de hemorragia activa porque no permite discriminar entre sangre aspirada y alteraciones parenquimatosas⁷. En el caso que se discute, la TC de tórax efectuada una semana después del episodio agudo fue normal.

Presentamos este caso por lo excepcional del hallazgo de una hemoptisis masiva en el contexto de una miocardiopatía dilatada^{8,9} con presiones no elevadas en la arteria pulmonar. Por ese motivo se tomaron medidas destinadas a descartar otra causa añadida. La hemoptisis cedió con el tratamiento de la enfermedad de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dweik RA, Stoller JK. Role of bronchoscopy in massive hemoptysis. *Clin Chest Med* 1999; 20: 89-105.
2. Navarro I, Crescencio V, Muñoz C, Marín J. Hemoptisis. En: Caminero JA, Fernández L, editores. *Manual de neumología y cirugía torácica* (vol 1). Madrid: Editores Médicos S.A., 1998; 485-503.
3. Hirshberg B, Biran I, Glazer M, Kramer MR. Hemoptysis: etiology, evaluation, and outcome in a tertiary referral hospital. *Chest* 1997; 112: 440-444.
4. Bansal S, Day JA, Braman SS. Hemoptysis during sexual intercourse. Unusual manifestation of coronary artery disease. *Chest* 1988; 93: 891-892.
5. Leung WH, Lau CP, Wong CK, Cheng CH. Fatal massive hemorrhage complicating mitral stenosis. *Clin Cardiol* 1990; 13: 136-138.
6. Downs TW, Chao CR. Massive hemoptysis in pregnancy treated with bronchial artery embolization. *Am J Perinatol* 1997; 14: 51-53.
7. Haponik EF, Britt EJ, Smith PhL, Bleeker ER. Computed chest tomography in the evaluation of hemoptysis. Impact on diagnosis and treatment. *Chest* 1987; 91: 80-85.
8. Natural history of dilated cardiomyopathy. *Lancet* 1986; 1: 248-249.
9. Dec GW, Fuster V. Idiopathic dilated cardiomyopathy. *N Engl J Med* 1994; 331: 1564-1575.