



Equimosis facial tras fibrobroncoscopia en un paciente trombocitopénico

Sr. Director: La broncoscopia es una exploración invasiva, útil en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades pulmonares. Presenta escasa morbimortalidad y baja tasa de complicaciones. Éstas pueden deberse a la técnica empleada, inexperiencia del personal, casos de iatrogenia o al estado y características del enfermo, donde aumenta el riesgo de una evolución imprevisible y a veces fatal. Su incidencia es aún mayor si durante la exploración se realizan métodos diagnósticos como punciones transbronquiales, lavado bronquioalveolares y sobre todo biopsias transbronquiales. A continuación presentamos un caso de complicación broncoscópica.

Mujer de 59 años, con antecedentes de hepatopatía crónica de 15 años de evolución, estable hasta el momento en que ingresó por un cuadro de confusión y deterioro cognitivo en los 2 días previos. En la exploración observamos la presencia de *flapping*, auscultación pulmonar normal, ligero edema tibio-maleolar y temperatura de 39 °C. En la analítica destacaban: cifra de leucocitos de 5,9 10⁹/l; hemoglobina de 10,3 g/dl; velocidad corpuscular media de 108 fl; plaquetas 53.000; aspartatoaminotransferasa/alaninaaminotransferasa de 454/281 UI/l; bilirrubina de 6,6 mg/dl; albúmina de 2,8 mg/dl; índice de Quick del 46%; tiempo de protrombina de 20 s y tiempo parcial de tromboplastina activada de 55 s. La radiografía de tórax mostró un aumento de densidad en el lóbulo superior derecho. Se instauró tratamiento con levofloxacino por sospecha de neumonía adquirida en la comunidad. Inicialmente cursó con mejoría clínica, pero con posterioridad la enferma presentó empeoramiento de su auscultación pulmonar y su estado clínico. Los hemocultivos y el resto de pruebas microbiológicas iniciales realizadas fueron negativas. Se efectuó control radiológico el tercer día, persistiendo la condensación del lóbulo superior derecho sin evidenciarse mejoría. Replanteamos la sospecha inicial de la enfermedad, y ante la existencia de una neumonía de lenta resolución se practicó una tomografía computarizada toracoabdominal que mostró la evidencia de una lesión de 4,5 cm de diámetro, hiperdensa, sin que pudiera descartarse la etiología tumoral. Posteriormente se practicó una broncoscopia bajo control radioscópico, ya que se trataba de una lesión periférica, para obtener muestras anatomopatológicas y microbiológicas mediante biopsia transbronquial. Inmediatamente tras la realización de la fibrobroncoscopia, la paciente presentó equimosis cutánea facial (fig. 1), puntiforme, que respetaba la región periorbitaria, sin síntomas asociados y sin otras localizaciones de hemorragia mucosa o cutánea, destacando la buena tolerancia durante toda la exploración. Posteriormente la lesión desapareció de forma progresiva en los siguientes 7 días. Por otro lado, la citología y la anatomía patológica fueron negativas para células neoplásicas y no se evidenciaron granulomas. La paciente presentó buena evolución clínica durante la resolución del hematoma, y en el posterior control radiológico se evidenció la resolución parcial de la condensación.

Entre las complicaciones broncoscópicas descritas en la bibliografía¹, distinguimos las que comprometen la vida, o mayores, como depresión respiratoria, neumonía, neumotó-



Fig. 1. Fotografía de la paciente en la que se observa la equimosis facial, que respeta la zona orbitaria y se distribuye hasta la zona cervical.

rax, obstrucción de la vía aérea, parada cardiorrespiratoria, arritmias y edema pulmonar, y las complicaciones menores, como reacciones vasovagales, fiebre, hemorragia, náuseas y vómitos. Revisando la bibliografía, encontramos varios estudios donde se reflejan las tasas de mortalidad, que varían entre un 0,01-0,03%, y de complicaciones mayores entre un 0,08-0,3%. Estas cifras se elevan cuando se realizan determinadas técnicas, como lavado broncoalveolar, cepillo bronquial y biopsia transbronquial. De las diversas complicaciones, hay que destacar las hemorrágicas. Globalmente, son infrecuentes (0,7%)²; no obstante, en enfermos inmunodeprimidos, urémicos, trombocitopénicos, con disfunción plaquetaria o coagulopatías, hipertensión pulmonar, vasculatura anormal y, como en el caso de nuestra paciente, en las alteraciones hepáticas³, el riesgo aumenta. Las complicaciones hemorrágicas pueden ser leves, como epistaxis, o graves, provocando hemorragias pulmonares que rara vez son fatales para el enfermo. Sin embargo, no encontramos referidas en la bibliografía hemorragias subcutáneas, como en nuestro caso.

Para prevenir las complicaciones hemorrágicas, existen pruebas de cribado de coagulación y recuento plaquetario, que se realizan antes de cada exploración. Aunque no se recomienda su uso de forma sistemática, pueden beneficiarse de ellas los pacientes con especial riesgo de presentar hemorragias, como es el caso de nuestra paciente, que padecía hepatopatía crónica y presentaba un recuento plaquetario disminuido, alteraciones en la coagulación, alargamiento del tiempo de protrombina y del tiempo parcial de tromboplastina activada.

Existen estudios donde no se correlacionan estadísticamente estas pruebas de cribado y la probabilidad de hemorragia tras la biopsia transbronquial. Esto indica que una coagulación normal no garantiza que la hemorragia no vaya a ocurrir, y que el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina

activada y el recuento de plaquetas no identifican a los pacientes que van a desarrollar una hemorragia⁴. En cuanto a los pacientes trombocitopénicos y el número de plaquetas necesarias para realizar una técnica segura, muchos investigadores estiman un recuento superior a 50.000 para realizar una biopsia transbronquial o cepillo bronquial^{5,6}. Cuando la cifra es inferior a 10.000-20.000 plaquetas o existe un tiempo de hemorragia prolongado, la biopsia está contraindicada.

Como conclusión, la broncoscopia es una técnica segura, con tasas de mortalidad y de complicaciones bajas, donde el riesgo de que éstas acontezcan depende de factores de riesgo implícitos en el paciente. Además, las pruebas de cribado previas a la exploración pueden ser útiles para minimizar las complicaciones, pero no descartan hemorragias en pacientes con tests normales, aunque se recomienda su utilización previa a las exploraciones en pacientes de riesgo, sobre todo en aquellos a los que se les va a realizar una biopsia transbronquial.

S. Reyes Calzada, E. Cases Viedma y M.J. Lorenzo Dus

Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

1. British Thoracic Society. British Thoracic Society guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy. *Thorax* 2001;56(Suppl 1):1-21.
2. Pereira W Jr, Kovnat DM, Snider GL. A prospective cooperative study of complications following flexible fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1978;73:813-6.
3. Zavala DC. Pulmonary hemorrhage in fiberoptic transbronchial biopsy. *Chest* 1976;70:584-8.
4. Bjortuft O, Brosstad F, Boe J. Bronchoscopy with transbronchial biopsies: measurement of bleeding volume and evaluation of the predictive value of coagulation tests. *Eur Respir J* 1998;12:1025-7.
5. Papin TA, Lynch JP III, Weg JG. Transbronchial biopsy in the thrombocytopenic patient. *Chest* 1985;88:549-52.
6. Feldman NT, Penningtonp JE, Ehrie MG. Transbronchial lung biopsy in the compromised host. *JAMA* 1977;238:1377-9.