

## EXPECTORACIÓN HEMOPTOICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

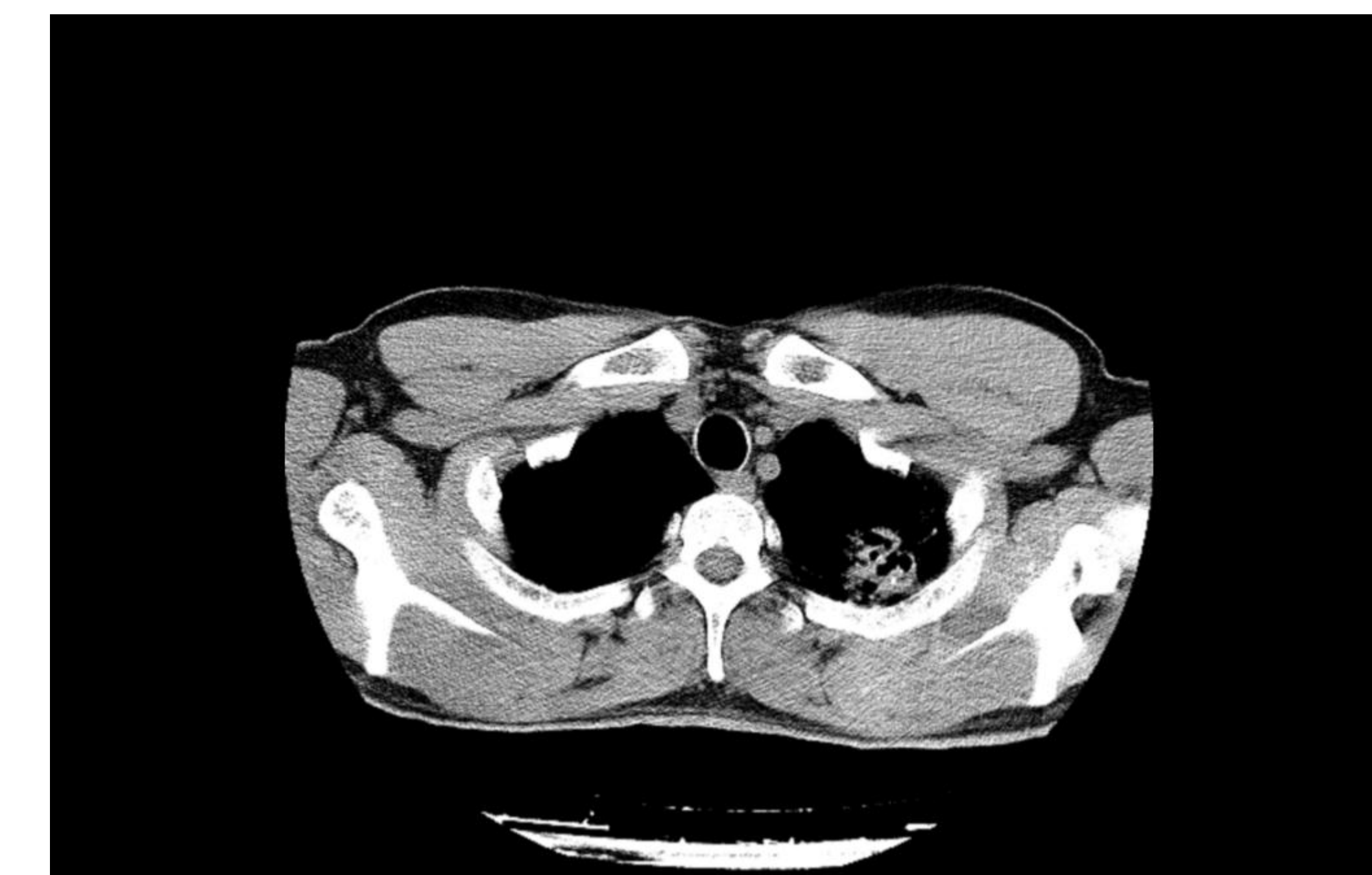
A. Trigo González J. Alejo García A. Morán Bayón C. de Manueles Astudillo S. Rodrigo González C.Montero Sánchez

### Introducción

La hemoptisis se define como la expulsión de sangre por la boca procedente de vías respiratorias subglóticas. Se clasifica según cuantía: leve si es menor de 20ml, moderada si mayor de 20 ml pero que no compromete la situación cardiorrespiratoria, grave cuando supone un riesgo inmediato para la vida

### Caso clínico

Varón de 39 años, exfumador de 5 paquetes/año desde hace 8 años, de profesión banquero. Acude a urgencias por episodios de hemoptisis franca de 3 días de evolución. No disnea, no fiebre, no pérdida de peso, no sudoración nocturna. Exploración: TA 120/80, FC 86, T 35.1°C, Sat O2 96%. COF: eritematosa, petequias en paladar blando. Tórax: murmullo vesicular conservado. Fibroscopia: restos hemáticos en comisura anterior de cuerdas vocales que sugieren origen en árbol respiratorio. Analítica: Sin repercusión hematómica, sin alteraciones de la coagulación. Radiografía de tórax: Opacidad en LSI con imágenes aéreas en el interior que sugieren cavitación. Evolución: ante sospecha de tuberculosis se coloca mascarilla con ajuste facial y se solicitan serologías, cultivos y TAC de tórax. El paciente ingresa en el servicio de Neumología. Diagnóstico diferencial: TBC, neumonía, bronquitis, TEP, neoplasia.



### Estrategia

Ante un sangrado a través de la boca, hay que confirmar si se trata de un sangrado estomatológico, digestivo, otorrinolaringológico o procede del árbol bronquial. Fundamental interrogar por hábitos tóxicos, forma de instauración, signos de infección, síndrome constitucional. Valorar función respiratoria y suplementar con oxígeno si es necesario. Tras la valoración inicial, realizar radiografía de tórax y analítica. En este caso, ante la buena situación hemodinámica y la correcta función respiratoria, se mantiene al paciente aislado en decúbito lateral, sin precisar otras medidas de sostén

Palabras clave: tuberculosis, bronchoscopy, histopathology, microbiology, radiology.

Thompson AB, Teschler H, Rennard SI. Pathogenesis, evaluation, and therapy for massive hemoptysis. Clin Chest Med 1992; 13:69.

Santiago S, Tobias J, Williams AJ. A reappraisal of the causes of hemoptysis. Arch Intern Med 1991; 151:2449

Cahill BC, Ingbar DH. Massive hemoptysis. Assessment and management. Clin Chest Med 1994; 15:147.