



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/4376 - AL TOSER ECHO SANGRE, ¿ME VOY A MORIR DOCTORA?

C. Corbalán Cárceles<sup>a</sup>, A. Cayuela López<sup>b</sup> y A. Hernández Costa<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 71 años fumador 55 paq/año, con antecedentes de DM2 y EPOC. No suele venir nunca a consulta, siempre viene hija, acude solo y obligado, refiere tos mayor a la habitual con hebras hemáticas desde hace diez días que el paciente achaca al sobreesfuerzo, minimizando el síntoma, no otra clínica, comenta encontrarse bien, no mayor disnea, exploramos al paciente constantes estables, auscultación pulmonar con hipofonesis en campos superiores. Recetamos codeínas y volver si empeoramiento. Al final consulta acude hija muy alterada para comprobar si su padre ha venido, indica que los esputos son hemoptoicos, mayores de los que el paciente ha comentado, refiere que ha adelgazado 8 kilos en dos meses, está muy preocupada y dice: “en las películas todos lo que esputan sangre mueren”. Citamos al paciente con analítica y Rx tórax en la misma semana. Reexploramos al paciente, y ante datos analíticos y radiológicos lo mandamos a urgencias para continuar con estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: BEG, AC rítmica y regular, AP: hipofonesis en campos superiores, resto normal. Constantes: TA: 125/75. FC: 90. T<sup>a</sup> 36,2 °C. SatO<sub>2</sub>: 91% Analítica: Glu 166, Cr 0,85, PCR: 10,10, Hb 11,2, Hto: 33,9%. Rx tórax: masa en segmento enteromedial del LSD de 7 × 4,5 cm.

**Orientación diagnóstica:** Masa pulmonar 6,7 × 3,9 cm en segmento anterior del LSD de estirpe células no pequeñas T4N2MX.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial con la hematemesis (sangre con el vómito). Infecciones: tuberculosis, neumonía, bronquitis, absceso pulmonar. Tumorales: carcinoma bronquial primario, metástasis pulmonares. Tromboembolismo pulmonar. Traumatismos. Fármacos (anticoagulantes). Síndromes antiinmunitarios (síndrome Goodpasture), vasculitis... Idiopáticas.

**Comentario final:** Ante un paciente que acude por hemoptisis, no debemos entrar en pánico, centrarse en la historia clínica, en la entrevista con el paciente y en la anamnesis: fumador, clínica infecciosa, edad... las causas más frecuentes de hemoptisis son la bronquitis crónica y el cáncer broncogénico. Debemos tener en cuenta que el 20-30% de las hemoptisis presentan radiografía normal y que existe alta probabilidad de malignidad en fumadores > 40 años y > 40 paquetes/año. Es imprescindible enfocar el episodio hemoptoico: origen del sangrado, valoración del estado general y sospecha etiológica.

## **Bibliografía**

1. Guía Fisterra. Hemoptisis 2014
2. <https://www.uptodate.com/contents/massive-hemoptysis-causes/>
3. <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hemoptysis-in-adults/>

**Palabras clave:** Hemoptisis. Historia clínica. Fumador. Radiografía. Carcinoma bronquial.