

CARTA CLÍNICA

Hemoptisis aislada en una paciente no fumadora



Isolated haemoptysis in a non-smoker patient

Josefa es una ama de casa de 65 años que acude a su centro de salud por hemoptisis de 3 semanas de evolución.

Comenta que había acudido 10 días antes a un servicio de urgencias hospitalario por el mismo motivo, lugar donde fue diagnosticada de probable bronquitis aguda e inició tratamiento con amoxicilina y codeína.

La paciente nos consulta por persistencia de su sintomatología, refiriendo no haber presentado mejoría alguna a pesar del tratamiento realizado. Nos cuenta que continúa presentando episodios autolimitados de prurito hipofaríngeo seguidos de ataques de tos en salvas de unos 15 segundos de duración, acompañados de expectoración blanquecina mezclada con restos hemáticos de color rojo vivo intenso de pequeña cuantía. Josefa niega otra sintomatología asociada o episodios similares anteriores.

Como antecedentes personales de interés, destaca que la paciente no es fumadora ni seguía tratamiento específico para ninguna enfermedad en esos momentos.

La paciente presentaba buen estado general, sin apreciar palidez mucocutánea, y estaba hemodinámicamente estable (TA 125/80 mmHg y FC 67 lpm). La exploración faríngea no mostró hallazgos de interés. A la auscultación, presentaba tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado sin roncus, sibilantes o crepitantes.

Dada la normalidad en la exploración y la persistencia de la clínica, solicitamos una analítica general (incluido hemograma y bioquímica), cultivo de esputo, Mantoux y radiografía de tórax (con el objetivo de descartar tuberculosis u otro tipo de infecciones del tracto respiratorio).

Los resultados de dichas pruebas complementarias fueron rotundamente normales, exceptuando la radiografía de tórax, que evidenció una atelectasia del lóbulo pulmonar inferior izquierdo con desplazamiento traqueal, la cual no presentaba en radiografías previas (la última hacía 3 años) (fig. 1A).

Dada la alta probabilidad de que pudiera existir una neoplasia a nivel bronquial se realizó una derivación al Servicio de Urgencias Hospitalario para agilizar el proceso diagnóstico, donde se amplió el estudio con una TC de tórax (fig. 1B) que confirmó la presencia de la atelectasia,

y una broncoscopia, donde se observó una obstrucción a nivel bronquial por un coágulo sanguíneo que tras extraerse resolvió la atelectasia (fig. 1C).

Durante su hospitalización, y con el fin de descartar malformación arteriovenosa, se realizó una angiografía que resultó dentro de la normalidad. Tras varios días permaneciendo asintomática, la paciente fue finalmente dada de alta hospitalaria bajo el diagnóstico clínico de «hemoptisis no filiada». Josefa volvió a nuestra consulta 15 días después del alta por haber presentado otros 3 episodios similares a los previos, y al no tener diagnóstico etiológico claro, nos replanteamos la situación y consideramos volver a explorar a la paciente, centrándonos en el área ORL mediante exploración cervical, laringoscopia indirecta y ecografía tiroidea en busca de alteraciones a este nivel.

De esta manera, pudimos apreciar a la palpación un aumento e induración a nivel cervical, que en la ecografía realizada en nuestro centro de salud correspondía a un nódulo en el lóbulo tiroideo izquierdo heterogéneo de 32 × 20 mm de diámetro, bordes irregulares y calcificaciones en su interior (fig. 1D). Tras este hallazgo, volvimos a realizar una derivación al Servicio de Urgencias, donde tras la realización de PAF, BAG, PET-TC, broncoscopia dirigida y biopsia intraoperatoria, se confirmó finalmente el diagnóstico de carcinoma folicular de tiroides que infiltraba la tráquea.

Josefa fue sometida a tratamiento quirúrgico agresivo con intención curativa, tras el cual presentó una evolución adecuada y sin incidencias. En la actualidad, la paciente no ha vuelto a presentar episodios clínicos similares ni recidiva local de su enfermedad.

La hemoptisis es un motivo de consulta que podemos encontrarnos en Atención Primaria. Entre las causas más frecuentes de esta sintomatología destacan las bronquitis agudas, las bronquiectasias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la tuberculosis y las neoplasias del árbol bronquial. Con menor frecuencia suele ser secundaria a otras dolencias, tales como el tromboembolismo pulmonar, el edema pulmonar, la estenosis mitral, alteraciones de la coagulación y algunos tipos de vasculitis del tejido conectivo. Es de interés destacar que aproximadamente en un 30-34% de los pacientes con hemoptisis, el origen no será filiada a pesar de realizar un estudio completo; en general, son pacientes que presentan un buen pronóstico, aunque hay guías que recomiendan un seguimiento de

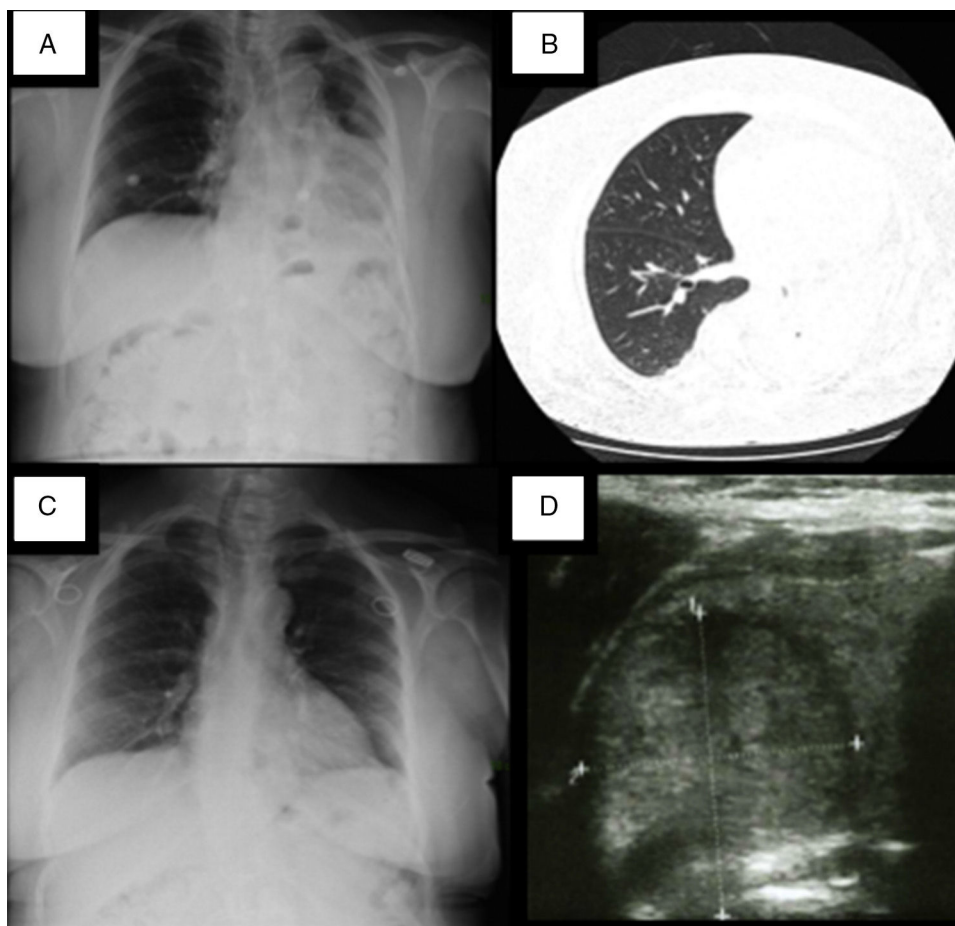


Figura 1 Imágenes de radiodiagnóstico.

estos pacientes por presentar mayor incidencia de neoplasias pulmonares¹⁻³.

Una de las posibles, aunque infrecuente, causas de hemoptisis es el carcinoma de tiroides (el tumor maligno más común de las glándulas endocrinas). Se conoce que hasta un 15% del total de los nódulos tiroideos estudiados son catalogados como malignos. El inicio del estudio de dichos nódulos suele deberse a la aparición de una tumoración a nivel cervical palpable o a hallazgos accidentales tras la realización de pruebas de imagen por otros motivos. La afectación de este tipo de tumores a nivel del aparato respiratorio se produce en la mayoría de los casos como metástasis pulmonares, y en menos del 5% como invasión local de la tráquea. Los carcinomas tiroideos que más habitualmente invaden la tráquea son los de tipo papilar, dando lugar a sintomatología tal y como hemoptisis y/o estridor⁴. Este último dato es muy relevante, ya que la causa principal de muerte en pacientes con carcinoma de tiroides es la obstrucción traqueal⁵. No obstante, el pronóstico de este tipo de tumores suele ser bueno, presentando una tasa de supervivencia a los 10 años del 93% en el carcinoma papilar, del 85% en el folicular, del 75% en el medular y del 14% en el anaplásico⁶⁻⁸.

Para terminar, es importante destacar que un alto porcentaje de los pacientes con hemoptisis no consiguen obtener una etiología diagnóstica tras un estudio inicial, por lo que muchos de ellos requerirán seguimiento transversal

y valoración continuada por parte de su médico de familia, quien en función de los datos obtenidos, podrá remodelar las hipótesis diagnósticas iniciales y reconducir nuevamente el estudio hasta alcanzar el diagnóstico definitivo^{9,10}.

Una de las técnicas que pueden ayudar a mejorar la eficiencia del proceso diagnóstico, sobre todo en casos como el descrito en este artículo, es la ecografía en atención primaria, que dota de una mayor capacidad resolutoria a los profesionales de este ámbito asistencial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Agradecimientos

A mi tutor, el Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez, por su infinita paciencia, ayuda y colaboración en la elaboración de este caso clínico.

Bibliografía

1. Delage A, Tillie-Leblond I, Cavestri B, Wallaert B, Marquette CH. Cryptogenic hemoptysis in chronic obstructive pulmonary disease: Characteristics and outcome. *Respiration*. 2010;80:387.
2. Piñero López EM, Suárez Gómez M, Tejeda Borallo MA, Suárez Gómez A. Un caso atípico de hemoptisis. *Semergen*. 2011;37:148–52.
3. Thirumaran M, Sundar R, Sutcliffe IM, Currie DC. Is investigation of patients with haemoptysis and normal chest radiograph justified? *Thorax*. 2009;64:854–6.
4. Weber AL, Randolph G, Aksoy FG. The thyroid and parathyroid glands. CT and MR imaging and correlation with pathology and clinical findings. *Radiol Clin North Am*. 2000;38:1105–29.
5. Avenia N, Vannucci J, Monacelli M, Lucchini R, Polistena A, Santoprete S, et al. Thyroid cancer invading the airway: Diagnosis and management. *Int J Surg*. 2016;28 Suppl 1:S75–8.
6. Takano T. Natural history of thyroid cancer [Review]. *Endocr J*. 2017;64:237–44.
7. Pérez Unanua MP. Manejo de la patología tiroidea en Atención Primaria III. Bocio simple. Enfermedad nodular del tiroides: bocio multinodular y nódulo tiroideo. *Semergen*. 2008;34:498–551.
8. Megwalu UC. Risk of malignancy in thyroid nodules 4 cm or larger. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2017;32:77–82.
9. Kalamkar S, Joshi JM. Unexplained hemoptysis. *Lung India*. 2012;29:187–8.
10. Lee YJ, Lee SM, Park JS, Yim JJ, Yang SC, Kim YW, et al. The clinical implications of bronchoscopy in hemoptysis patients with no explainable lesions in computed tomography. *Respir Med*. 2012;106:413.

A. Hidalgo Rodríguez^{a,*}, C.A. Fignani Molina^b,
I. Alfonso Zamora^a, J.C. Aguirre Rodríguez^a
y M. Mene Llorente^a

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Casería de Montijo, Granada, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de la Chana, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abrahamhgo@gmail.com

(A. Hidalgo Rodríguez).