

## Varón de 85 años con esputo hemoptoico

A. Griñó Guimerá<sup>a</sup>, I. Arancibia Freixa<sup>b</sup>, A. Cuberas Mas<sup>a</sup> y C. Gutiérrez Jiménez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Terrassa Est. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Terrassa Est. Barcelona. España.

La hemoptisis es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y su causa más común es la infecciosa. Habitualmente las bronquitis dan lugar a hemoptisis leve y las bronquiectasias a hemoptisis moderada o grave. En el mundo occidental, las neoplasias son también causa frecuente de hemoptisis moderadas, leves o de repetición.

Ante todo episodio de hemoptisis es fundamental tranquilizar al paciente y los familiares, mantener la vía aérea permeable y valorar la situación clínica y la cuantía de la pérdida, ya que de ello dependerá su inmediata derivación o manejo en Atención Primaria.

En general, las hemoptisis leves podrán ser controladas y estudiadas ambulatoriamente para conocer su origen.

*Palabras clave:* hiperclaridad pulmonar, bronquiectasias, hipoplasia pulmonar.

Hemoptysis is a frequent reason for a visit to Primary Health Care. Its most common cause is an infectious one. Usually, bronchitis gives rise to mild hemoptysis and bronchiectasis to moderate or severe hemoptysis. In the Western world, neoplasms are also a frequent cause of moderate, mild or repetition of hemoptysis.

When there is an episode of hemoptysis, it is essential to reassure the patient and family members, maintain the airway patent and evaluate the clinical condition and amount of loss since this will indicate the patient's immediate referral or management in Primary Care.

In general, mild hemoptysis can be controlled and studied in an out-patient setting to know its origin.

*Key words:* hyperlucent lung, bronchiectasis, hypoplastic lung.

### CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 85 años sin antecedentes tóxicos que consultó en nuestro centro por emisión de esputo hemoptoico de moderada cuantía y autolimitado los días previos. Negaba infección de las vías respiratorias, disnea o cuadro tóxico. Como únicos antecedentes médicos el paciente presentaba hipertensión arterial bien controlada con 50 mg/día de hidroclorotiazida e insuficiencia renal crónica leve (aclaramiento de creatinina 40-60 mg/día).

La exploración física mostró un enfermo con buen estado general, normocoloreado, con una tensión arterial de 120/70 mmHg y una frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto. La auscultación cardiaca y la pulmonar fueron anodinas y el resto de la exploración no halló alteraciones.

La analítica sanguínea con hemograma, bioquímica básica y coagulación sólo mostró una alteración de la función renal ya conocida y estable. Las radiografías de tórax (fig. 1) mostraron un pulmón derecho hiperclaro con rectificación de la base diafragmática. Se realizó una tomografía computarizada (TC) torácica (fig. 2) que mostró hipercla-

ridad del hemitórax derecho con marcada disminución de la vascularización periférica, engrosamientos bronquiales, bullas, bronquiectasias y distorsión importante de la arquitectura bronquial.

### EVOLUCIÓN

Con la orientación diagnóstica de pulmón hiperclaro unilateral o síndrome de Swyer-James-MacLeod se decidió, dada la estabilidad hemodinámica del paciente, su buen estado general y la autolimitación del episodio, adoptar una actitud expectante e instaurar tratamiento sintomático. Dos años después del diagnóstico el paciente permanece asintomático y su calidad de vida es buena (Barthel 100/100). Se han llevado a cabo las vacunaciones pertinentes (antigripal anual y pneumocócica), así como controles clínicos y radiográficos que no han mostrado variaciones.

### DISCUSIÓN

La hemoptisis consiste en la expulsión por la boca de sangre procedente de la región subglótica<sup>1</sup>, habitualmente precedida de tos. Puede clasificarse según su cuantía en: leve (< 20 ml), moderada y grave (cuando puede suponer un riesgo inmediato para la vida del paciente). Las causas más frecuentes son las infecciones y las neoplasias (tabla 1), pero entre un 5 y un 20% pueden ser idiopáticas<sup>1,2</sup>.

Correspondencia: A. Griñó Guimerá.  
Ciudad Real, 31.  
08227 Terrassa. Barcelona. España.  
Correo electrónico: 29426agg@comb.es

Recibido el 09-03-07; aceptado para su publicación el 16-10-07.



**Figura 1.** Radiografía de tórax que muestra pulmón derecho hiperclaro a expensas del lóbulo inferior y parte del lóbulo medio.



**Figura 2.** Tomografía computarizada torácica en la que se aprecia hiperclaridad pulmonar derecha con disminución de vascularización periférica, engrosamientos bronquiales y bronquiectasias.

Para su diagnóstico son necesarias la anamnesis (cuantía, duración, síntomas acompañantes), la exploración física e, inicialmente, la realización de radiografía de tórax, analítica (hemograma, bioquímica básica, coagulación, velocidad de sedimentación globular y orina) y electrocardiograma<sup>1,2</sup>.

En nuestro caso, tanto la anamnesis como la exploración física o la analítica no arrojaron ningún dato. Fue la radiografía de tórax la que puso de manifiesto una hiperclaridad pulmonar unilateral y la TC torácica confirmó el diagnóstico de síndrome de Swyer-James-MacLeod.

Swyer y James describieron en 1953 el hallazgo de una hiperclaridad pulmonar unilateral en un niño de 6 años en el que además encontraron un pulmón de menor tamaño que el contralateral y una disminución del calibre de la arteria pulmonar homolateral por angiografía<sup>3</sup>. Un año después, MacLeod describió el mismo síndrome en 9 pacientes, dos de los cuales estaban asintomáticos<sup>4</sup>.

El síndrome de Swyer-James-MacLeod es una entidad poco frecuente y de patogenia poco conocida que típicamente se inicia en la infancia como secuela de una bron-

quiolitis obliterante del lactante, pero que puede permanecer asintomática hasta la edad adulta e incluso constituir un hallazgo radiológico.

Aunque los síntomas más frecuentes son tos productiva, disnea y hemoptisis ocasional, el síndrome de Swyer-James-MacLeod puede manifestarse bajo un amplio abanico de formas en función del sustrato anatómico<sup>5</sup>. Así, la presencia de bronquiectasias y su morfología pueden determinar la clínica y el pronóstico<sup>5</sup>.

La radiología típica consiste en hiperclaridad unilateral o lobar con desplazamiento del mediastino hacia el lado sano en espiración. La TC torácica muestra destrucción del parénquima pulmonar junto a zonas de bronquiectasias.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el tromboembolismo pulmonar, el síndrome del pulmón hipogénico, la agenesia congénita de la arteria pulmonar o una lesión obstructiva endobronquial. Para ello pueden usarse distintas técnicas como la TC torácica, la gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión, la broncoscopia, la broncografía y la angiografía pulmonar.

**Tabla 1. Causas más frecuentes de hemoptisis**

Enfermedades infecciosas del aparato respiratorio (50-60%)	Afecciones de vías respiratorias altas, <b>bronquitis aguda y crónica, bronquiectasias, neumonías, tuberculosis pulmonar</b> , absceso pulmonar, "aspergilomas" pulmonares, hidatidosis
Tumores pulmonares (15-20%)	<b>Adenoma y carcinoma bronquial</b> , metástasis pulmonares, tumor carcinoide
Enfermedades cardiovasculares (5%)	Estenosis mitral avanzada, insuficiencia cardíaca congestiva, tromboembolismo pulmonar, infarto pulmonar, rotura de aneurisma aórtico
Miscelánea (5%)	Cuerpo extraño, traumatismos, hemorragias pulmonares (hemosiderosis, endometriosis), colagenosis (Wegener, Goodpasture), neumoconiosis, sarcoidosis, mucoviscidosis, amiloidosis, coagulopatías (hemofilia) y trombopatías, anomalías congénitas
Yatrogenia (< 5%)	Fármacos (anticoagulantes y antiagregantes, inmunosupresores, anticonceptivos), procedimientos invasivos (broncoscopia)

En negrita las causas más frecuentes en Atención Primaria.

El cuadro es más frecuente entre los hombres y existen pocos casos descritos en pacientes mayores de 70 años<sup>6</sup>. El pulmón más frecuentemente afectado es el derecho.

A pesar de que se han realizado lobectomías en niños con grave compromiso respiratorio<sup>7</sup>, el tratamiento es básicamente conservador y consiste en el control precoz de las infecciones respiratorias y la vacunación frente a pneumococo y virus influenza<sup>8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agustí Vidal A. Anamnesis y síntomas más frecuentes en el paciente respiratorio. En: Ferreras-Rozman. Medicina Interna. 12.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 1992. p. 679-81.
2. Alcaraz Martínez J, Martínez Espín C. Hemoptisis. En: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003. p. 54-7.
3. Swyer PR, James GCW. A case of unilateral pulmonary emphysema. *Thorax*. 1953;8:133-6.
4. MacLeod WM. Abnormal transradiancy of one lung. *Thorax*. 1954;9:147-53.
5. Lucaya J, Gartner S, Garcia-Pena P, Cobos N, Roca I, Linan S. Spectrum of manifestations of Swyer-James-MacLeod syndrome. *J Comput Assist Tomogr*. 1998;22:592-7.
6. Sakai M, Kiguchi T, Suzuki S, Hitomi H, Sugiyama K, Takeda J, et al. A case of Swyer-James syndrome diagnosed at age 70. *Hihon Kyobu Shikkan Gakki Zasshi*. 1990;28:994-8.
7. John BM. Swyer-James Syndrome. *Indian Pediatrics*. 2006;43:746.
8. Tortajada M, Gracia M, García E, Hernández R. Diagnostic considerations in unilateral hyperlucency of the lung (Swyer-James-MacLeod Syndrome). *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2004;32:265-70.