

CIRUGIA DE URGENCIA

Hemoptisis masiva (H. M.)

Dr. YAMANDU PORRAS *

INTRODUCCION

La hemoptisis siempre traduce una enfermedad broncopulmonar seria (9). Hemoptisis masiva es definida en la actualidad (4, 6, 10) como la hemorragia pulmonar de más de 600 cc. en un período menor de 48 horas. Hasta hace poco tiempo no había una firme actitud intervencionista en los cirujanos.

Estudios estadísticos realizados por Karlsson (7) en el Medical Center de Brooklyn demostraron que existe una mortalidad del 78 % de los pacientes con tratamiento no operatorio cuando se pierden 600 cc. en menos de 16 horas.

Las causas más frecuentes de H.M. son la tuberculosis pulmonar, adenomas bronquiales muy vascularizados, cavernas tuberculosas invadidas por *aspergillus fumigatus*, aneurismas arteriovenosas, cáncer broncogénico con invasión de grandes vasos, afecciones que cursan con hipertensión pulmonar crónica, y en nuestro medio se ven hemoptisis iterativas y a veces fulminantes en la hidatidosis pulmonar que obligan a resecciones de urgencia.

El motivo de nuestra comunicación es presentar una H.M. en un paciente joven que obligó a una resección de urgencia.

Rendimos homenaje al Prof. Larghero (8) que comunicó en 1942 un caso muy ilustrativo de *hemorragia mortal fulminante* postoperatoria por Q.H. de pulmón.

Ocurrió en una paciente de 34 años con hemoptisis iterativas de 1 año de evolución que ingresó con anemia aguda por H.M. El estudio radiológico mostró "Q.H. evacuado con retención de membrana y velo por inundación bronquial". Escribe Larghero en su relato: "en el acto operatorio se comprobó el lóbulo inferior colapsado y negruzco, sobreviniendo H.M. con inundación bronquial, asfixia y muerte del enfermo. En suma hemoptisis por ulceración de grueso vaso. La única solución pudo haber sido la ligadura del pedículo o la lobectomía" (8).

CASO PERSONAL

J. A. M. casado, 38 años. Ingresó el 1º de febrero de 1969 al servicio con dolor torácico izquierdo posterolateral, continuo e intenso. A la hora del ingreso H.M. siendo tan intensa, que el practicante de guardia piensa en una hematemesis. Al examen shock por anemia aguda (sudoración, palidez extrema, 7 de Mx.,

anuria), lo que hace pensar en que ha perdido más del 30 % de su volemia (11).

Antecedentes personales: fumador intenso, bronquítico crónico. Nunca tuvo hemoptisis anteriormente. Desde hace 1 año dolores leves posteriores torácicos izquierdos. Hace un mes rush urticariano que cedió sin medicación. Se efectúa terapia intensiva. Recuperación de la volemia con 1 lt. de suero glucofisiológico y 2 lts. de sangre. Aspiración de coágulos. Se toman radiografías de tórax y se lleva el enfermo a la sala de operaciones. La Rx de frente (fig. 1) mostró: retracción de hemitórax izquierdo. Hiperneumatosis a derecha. Imagen densa, intercleido-hiliar izquierda inhomogénea, de bordes no muy nítidos espiculados, con trozo broncovascular que parte de la misma hacia el hilio. En el perfil (fig. 2) se ve el lóbulo inferior izquierdo retraído, con zonas fibrosas pleuro-pulmonares y disminución de transparencia que interpretamos como sangre aspirada.

Diagnóstico clínico: H.M. por Q.H. vomitado con retención de membrana, inundación de lóbulo inferior.

Intervención: Dres. Yamandú Porras y Eduardo Braceras. Anestesia general con intubación traqueal (Br. Gutiérrez).

Toracotomía posterolateral en anzuelo con resección de quinta costilla. Existen adherencias carnosas que rodean totalmente el lóbulo superior a la pleura parietal. Sección previa ligadura de las mismas. Retención de membrana hidática con gruesa adventicia. Se efectúa resección atípica del lóbulo superior. El lóbulo inferior está retraído esclerosado, con múltiples abscesos, y firmemente adherido a sectores pleurales vecinos sobre todo a la pleura mediastínica. Abordaje a través de la cisura, del pedículo lobar inferior. La vena pulmonar inferior está trombosada. Se efectúa lobectomía inferior. Se dejan 2 tubos de drenaje bajo agua; uno se saca a través del 2º espacio intercostal a nivel de la línea medio-clavicular; y el otro por el 9º espacio a través de la línea axilar media.

El paciente toleró bien el acto operatorio. Diuresis de 300 cc., en sala de operaciones. Recibió 1.600 cc. de sangre. El postoperatorio fue bueno. Alta al 25º día.

El informe anatomopatológico mostró la retención de membrana hidática y una gruesa adventicia muy vascular. En el lóbulo inferior reseccionado se comprobaron bronquiectasias, microabscesos y zonas de neumonitis aguda y crónica con engrosamiento pleural.

Reingresó al servicio 20 meses después con cuadro toxinfecioso severo, febril con 40° de temperatura rectal, cianosis, polipnea y muy

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 9/6/71.

(*) Cirujano del Hospital Regional Sur (Ministerio de Salud Pública). Mercedes, Uruguay.

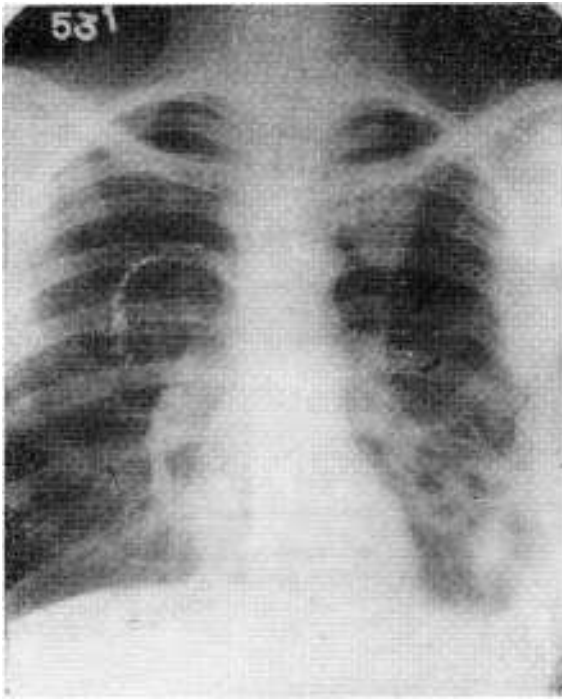


FIG. 1.

deprimido. La Rx. de tórax (fig. 3) mostró imagen de condensación tipo neumonia, lobar superior a derecha, con retracción de hemitórax izquierdo (secuela fibrosa). El estudio de B. de K. fue negativo. Se realizó traqueotomía de urgencia con aspiración de secreciones espesas, oxígeno, antibioterapia masiva intravenosa (penicilina, cloromicetina, kanamicina). La mejoría fue espectacular. Alta al 14º día.

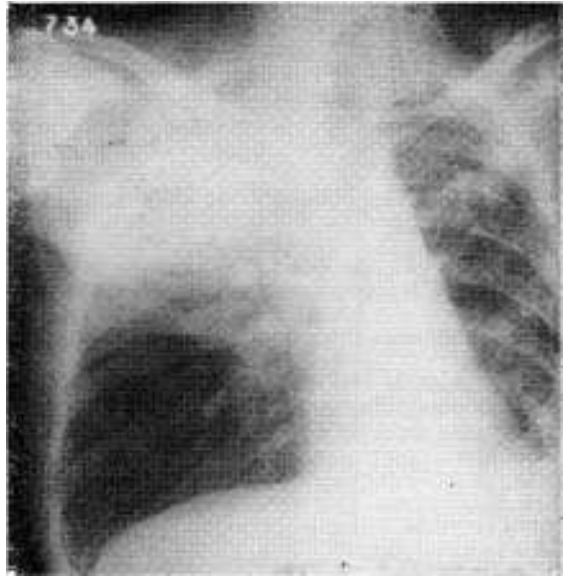


FIG. 3.

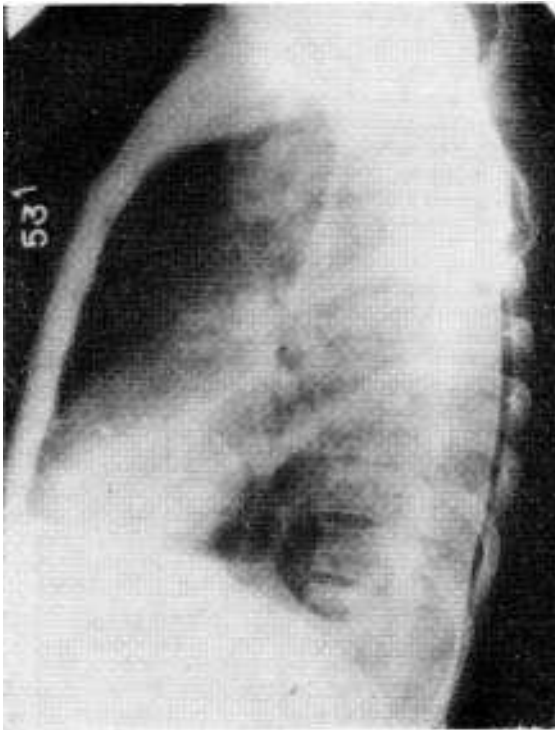


FIG. 2.

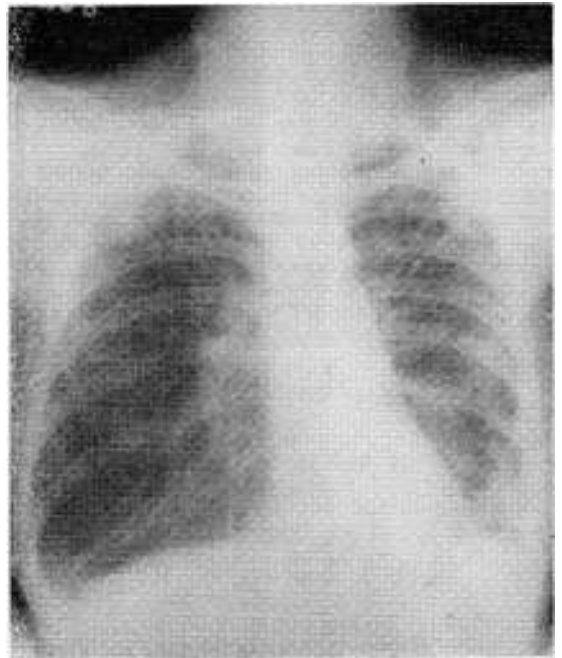


FIG. 4.

El estudio radiológico de control (fig. 4) mostró hemitórax izquierdo retraído, fibrosis pleural y sospecha de secuela cavitaria. Marcado ensanchamiento de arteria pulmonar derecha.

La evolución clínica del paciente hasta el momento actual (8/6/71) ha sido buena con episodios de broncorrea mucosa escasa y discreta disnea de esfuerzo.

COMENTARIO

Creemos con Larghero (8) que la resección de urgencia fue la terapéutica adecuada pues "la adventicia involucra gruesas arterias, del mismo modo que las úlceras gastroduodenales crónicas; haciendo imposible la hemostasis".

En este paciente con dos lesiones simultáneas (retención de membrana hidática, bronquiectasias) queda a discutir la causa del sangrado.

Del Campo, Cassinelli y Andreón afirman que los accidentes hemorrágicos son casi siempre debidos a retención de membranas. Otros autores dan más importancia a los mecanismos alérgicos.

En cuanto a los bronquiectasias del lóbulo inferior resecaado como causa de H.M., tomamos la opinión de D'Abreu, Taylor y Clarke (5), "en algunos pacientes como resultado de atelectasias y bronquiectasias de larga data pueden desarrollarse uniones anastomóticas varicosas entre el sistema vascular pulmonar y el sistema bronquial, lo que puede provocar hemoptisis persistentes y severas a causa de la alta presión en las arterias brónquicas".

Tomamos del trabajo de Karlsson (7) datos estadísticos y conceptos de tratamiento avalados por su experiencia y la de otros autores en H.M. (1, 4, 6, 10, 12). La resección inmediata en H.M.: 1) detiene la hemorragia; 2) previene la asfixia.

Aconseja (7): traquetotomía previa o broncoscopia con broncoaspiración; bloqueo del bronquio de donde proviene el sangrado con sonda de Carlens, catéter de Fogarty, aunque prefiere la intubación con sonda traqueal con manguito del bronquio sano; si es posible, hacer estudio de funcionalidad respiratoria.

No aconseja la intervención en H.M. cuando la afección es bilateral:

- Cuando no se puede determinar la topografía del sangrado por broncoscopia.
- En cáncer de pulmón inoperable.
- Cuando la capacidad vital es menor del 40 %.

La casuística que presenta este autor (7) es la siguiente: 15 lobectomías por tuberculosis, 7 lobectomías por tuberculosis con bacteriología negativa y 6 por bronquiectasias y abscesos. En total 28 lobectomías con 4 muertes peroperatorias (14 % de mortalidad). En 11 neumonectomías por H.M. tuvo 4 muertes (36 % de mortalidad). Al final de su trabajo afirma con buen criterio que sólo se debe realizar neumonectomía cuando el riesgo de la intervención es inferior al de la hemorragia continua.

RESUMEN

Se presenta 1 caso de H.M. que obligó a tratar quirúrgicamente una doble lesión:

1) Retención de membrana hidática de lóbulo superior izquierdo, que fue tratada por resección atípica.

2) Lóbulo inferior destruido con bronquiectasias y neumonitis crónica tratado por lobectomía inferior.

El paciente a los 18 meses presentó neumonía lobar que se resolvió por traqueotomía y antibioterapia masiva.

El encare fundamental es la reafirmación del concepto de Larghero (8) de 1942 y la revisión del trabajo de Karlsson (7) en la conducción terapéutica de estos pacientes.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas d'hémoptysis massive qui oblige à traiter chirurgicalement une double lésion:

- 1) Rétention de membrane hydatique du lobe supérieur gauche qui est traité par résection partielle.
- 2) Lobe inférieur détruit, traité par lobectomie inférieure.

Au cours du 18^{ème} mois le malade présente une pneumonie lobaire qui est résolue par trachéotomie et administration d'antibiotiques massivement.

L'envisagement fondamental est la réaffirmation des conceptions de Larghero en 1942 et la révision du travail de Karlsson.

SUMMARY

The author presents a case of massive hemoptysis which determined a surgical treatment for a double lesion:

- 1) Retention of an hydatidic membrane in the upper left lobe which was treated with an atypical resection.
- 2) Lower lobe spoiled by bronchiectasis and chronic pneumonitis treated with a lobectomy.

Eighteen months later the patient presented a lobar pneumonia which was solved by a tracheotomy and by a massive antibiotherapy.

The principal point of this work is the reaffirmation of Largheros' concepts in 1942 and the revision of Karlsson's work.

BIBLIOGRAFIA

1. AMIRAMA, M., FRATER, R., TIRSCHWELL, P., JANIS, M., BLOOMBERG, A. and STATE, D. An aggressive surgical approach to significant hemoptysis in patients with pulmonary tuberculosis. *Amer. Rev. resp. Dis.*, 197: 187, 1968.
2. ARMAND UGON, V. Tratamiento del quiste hidático del pulmón y de sus complicaciones. *2do. Congreso Uruguayo de Cirugía*. 1: 209, 1951.
3. ARMAND UGON, V., PURRIEL, P., y TOMALINO, D. Tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón. *El Día Médico Uruguayo*. 438: 449, 1969.

4. CROCCO, J. A., ROONEY, J. J., FRANKUSHEN, D. S., DI BENEDETTO, R. J. and LYOS, H. A. Massive hemoptysis. *Arch. Intern. Med.*, 121: 495, 1968.
5. D'ABREU, A. L., BRIAN TAYLOR, A. y CLARKE, D. B. Crisis intratorácicas. *Buenos Aires. Intermedica*. 49, 1970.
6. EHRENHAFF, J. L. and TABER, R. E. Management of massive hemoptysis not due to pulmonary tuberculosis or neoplasm. *J. thorac. Surg.*, 30: 275, 1955.
7. KARLSON, K. E., GARZON, A. A., CERRUTT, M. C., GOURIN, A., and GOLDING, M. Immediate resection for massive pulmonary hemorrhage. *Bull. de la Soc. International de Chirurgie*, 3: 186, 1970.
8. LARGHERO IBARZ, P. y ARDAO, H. Hemorragias mortales fulminantes en el Q.H. del pulmón. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. T. XIII. 2:* 289, 1942.
9. LILLINGTON, G. A. and JAMPLIS, R. N. A diagnostic approach to chest diseases. *Baltimore, William & Wilkins*. 459, 1965.
10. PURSEL, S. E. and LINDSKOG, G. E. Hemoptysis: A clinical evaluation of 103 patients examined consecutively on a thoracic surgical service. *Amer. Rev. resp. Dis.*, 84: 329, 1961.
11. WEIL, M. H. and SHUBIN, H. Diagnóstico y tratamiento del shock. *México, Interamericana*. 112, 1968.
12. YEOH, C. B., HUBAYTAR, R. T., FORD, J. M. and WYLIE, R. H. Treatment of massive hemorrhage in pulmonary tuberculosis. *J. thorac. cardiovasc. Surg.*, 54: 503, 1967.

DISCUSION

DR. RUBIO.—Yo deseo felicitar al Dr. Porrás por la comunicación que nos ha hecho, y es muy alentador para esta Sociedad que distinguidos cirujanos del Interior vengán periódicamente a hacer sus aportes; aportes de gran valor que en ningún momento desmerecen el tipo de cirugía que se hace en la capital. Es decir, que esta presentación traduce cirujanos de experiencia en centros donde se hace cirugía importante.

Con respecto a esta misma observación que ha sido resuelta con total éxito, vale decir, que se ha estado preparado, equipado, para resolver una situación muy difícil como ha sido ésta.

No se pudo contar desde luego con broncoscopia, pero evidentemente pudieron manejarse muy bien;

por suerte el estudio radiológico orientaba al lado que había que actuar, y me parece que el resultado operatorio ha sido muy bueno.

Personalmente hemos estudiado varios casos de pacientes con cavidades residuales hidáticas, que habían tenido en su historia hemotisis de gran importancia; hemos operado unas 5 observaciones de este tipo. En todos los casos no encontramos restos de membrana, eran cavidades parcialmente epitelizadas, antiguas, pero no hemos tenido oportunidad de operar en la etapa aguda, el enfermo que viene con hemorragia masiva, tal cual esta observación. Y ahí me parece que el gran valor es desarrollar el procedimiento quirúrgico adecuado en la etapa de urgencia.

No comprendo bien cual podría ser la explicación de esa lesión extendida al lóbulo posteroinferior izquierdo, probablemente el enfermo hubiera tenido ya anteriormente otro quiste que estuviera vomitado y hubiera dado una secuela del tipo de bronquiectasia hidática. No sé qué interpretación le dan los autores a la lesión existente en el lóbulo posteroinferior izquierdo.

Pero de todas formas me parece una muy buena observación.

DR. LUIS A. PRADERI.—Creo que esta es una observación muy interesante; los cirujanos han estado muy efectivos en el tratamiento realizado, inclusive en el accidente, después en el curso de esa neumopatía del ápice derecho.

Recuerdo un caso en el que me tocó actuar de una hemoptisis masiva, sumamente importante que se repitió en tres oportunidades, que lo presentamos en esta Sociedad como hemoneumoquiste hidático porque era un quiste vomitado, del lóbulo inferior derecho, enormemente grande, que tomaba todo el lóbulo inferior y donde la cavidad quística estaba ocupada, enteramente por sangre. En ese enfermo hubo problemas diagnósticos antes de llegar al diagnóstico exacto porque evidentemente era una solución poco frecuente y la resolvimos también favorablemente mediante una lobectomía.

Creo que es un caso sumamente interesante el presentado por los autores.

DR. PORRAS.—Quiero agradecer las palabras del Dr. Rubio y del Dr. Praderi. Nosotros interpretamos las lesiones del lóbulo inferior, (se trata de un broncorreico, fumador intenso), como viejas lesiones de bronquiectasia probablemente sin una vinculación de causa a efecto, con el quiste hidático del lóbulo superior.

Nada más, muchas gracias.