



Revisión Bibliográfica

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

El reto de las Neumonías Hemorrágicas.

Dra. Aurora Novoa López¹, Dr. Berto Conde Fernández¹, Dr. Ramón Guardiola Brizuela¹, Dra. Juana Rodríguez Concepción², Dra. Isela Navia Reyes³

Especialista de 2^{do} grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Investigador adjunto ¹

Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna. Profesor Asistente ²

Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna. Profesor instructor ³

RESUMEN

Se hizo una actualizada revisión sobre las Neumonías hemorrágicas, enfermedad frecuente, que tienen un comportamiento sui géneris y un potencial mayor de complejidad evolutiva. Teniendo en cuenta que para que se produzca una neumonía hemorrágica, deben estar presentes factores tanto del germen causal como del huésped; ha tratado de individualizarse, dentro de las llamadas Neuropatías Inflamatorias, a un grupo de estas entidades donde las manifestaciones hemorrágicas pulmonares son evidentes. Se considera útil profundizar en este tema que debe ser de interés para el internista y el médico general, en la práctica médica diaria.

DeCS: NEUMONÍA, HEMORRAGIA, HEMOTORAX

Palabras clave: Neumonía, hemorragia, hemotorax

SUMMARY

An up-to-date review was made on haemorrhagic pneumonias, a frequent disease that has a sui géneris behaviour and a greater potential of evolutionary complexity. Keeping in mind that for a haemorrhagic pneumonia to take place, factors of the causal germ must be present as well as those of the guest, an effort has been made individualize, inside the so-called inflammatory neuropathies, a group of these entities where lung haemorrhagic manifestations are evident. It is considered useful to deepen into this topic that must be of interest for the internist and the general doctor, in the daily medical practice.

MeSH: PNEUMONIA, HEMORRHAGE, HEMOTHORAX

Keywords: Pneumonia, hemorrhage, hemothorax

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, ha tratado de individualizarse, dentro de las llamadas Neuropatías Inflamatorias, a un grupo de éstas entidades donde las manifestaciones hemorrágicas pulmonares son evidentes, ya que tienen un comportamiento sui géneris y un potencial mayor de complejidad evolutiva (1, 2)

Debido a la alta frecuencia de las Neumonías en el mundo y particularmente en nuestro país y provincia, y por considerar útil abundar en éste tipo de trastorno desde un punto de vista más actual y práctico, se analizaron aspectos del problema que pudieran tener interés para el internista y el médico general, cuando la amenaza de la gripe aviar y la reemergencia de la tuberculosis, se unen a la posibilidad frecuente de leptospirosis y virosis respiratorias y sistémicas que complican el panorama epidemiológico en cualquier país como el nuestro, constituyendo un reto para la práctica médica diaria (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

DESARROLLO

Se define como neumonía hemorrágica (NH), a aquella inflamación del parénquima pulmonar, generalmente producida por colonización bacteriana o agresión de sus toxinas, que se caracteriza por la sufusión hemorrágica pulmonar, que puede exteriorizarse mediante la hemoptisis o la presencia de sangre en el líquido pleural si hay reacción pleural asociada (2, 10)

En ocasiones, la hemorragia pulmonar no se traduce clínicamente, e incluso puede existir un hematoma intrapulmonar sin hemoptisis, que se observa como una masa radio densa en la radiografía de tórax o como un área central blanda rodeada por un halo claro en la tomografía axial. En éste caso, la anemia acompañante, la hiperbilirrubinemia indirecta (con íctero o no), el consumo de plaquetas y otros datos sugestivos pueden orientar hacia la presencia de ésta variante de neumonía. (2, 10, 11)

Para que una neumonía tenga la característica de ser hemorrágica, existen una serie de factores patogénicos, que conjuntamente con las características del germen causal, constituyen la base etiopatogénica de éste trastorno.

Gérmenes susceptibles de causar neumonía hemorrágica (4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18)

Bacterias:

- **Grampositivas:** Estreptococo, estafilococo, neumococo.
- **Gramnegativas:** Klebsiella pneumoniae, enterobacter aerógenes, escherichia coli, proteus, providence, Hafnia, citrobacter, legionella, brucella Meningococo Y, yersinia, serratia.

Anaerobios:

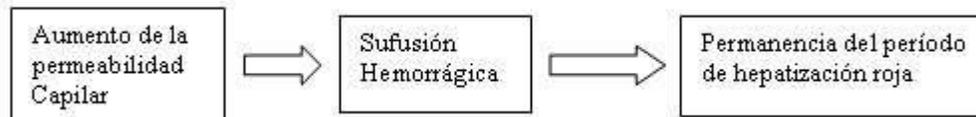
- **Micobacterias:** Tuberculosis Atípicas.
- **Espiroquetas:** Leptospira, Sífilis.
- **Hongos:** Aspergillus, nocardia, histoplasmosis, coccidioidomicosis Blastomicosis, candidiasis.

Micoplasma neumonie:

- **Protozoarios:** Neumocistis carinii, ameba.
- **Vermes:** Todos los que producen Síndrome de Loeffler.
- **Virus:** Sarampión, varicela zoster, dengue hemorrágico, fiebre del Nilo, Ebola, fiebre amarilla, gripe aviar, SARS.

Factores Patogénicos:

1. Posibilidad del germen de liberar toxinas que produzcan vasculitis pulmonar aguda (Capilaritis)



2. Factibilidad del germen para necrosar áreas vascularizadas por acción directa (Herpes virus)
3. Facilidad del germen para producir cavitación con lesión vascular asociada (Klebsiella, TB)
4. Producción de fibrinolisinias por el agente causal con disolución de los coágulos que pretenden tabicar el área afecta. (Yersinia, meningococo Y)
5. Acción del germen sobre los factores de la coagulación y/o agregación plaquetaria por mecanismos inmunes o no. (Yersinia, brucella) (15, 16, 17, 17)

Algunos factores del huésped pueden volver hemorrágica una neumonía independiente del germen.

Así ocurre en los siguientes casos:

- EPOC
- Bronquiectasias (seca)
- Neoplasia de pulmón
- Diátesis hemorrágicas plasmáticas, plaquetarias o vasculares
- Vasculitis pulmonares o sistémicas
- Conectivopatías
- Neuropatía por Ig A
- Síndrome de vasculitis urticariana hipocomplementémica
- Regurgitación mitral aguda o crónica
- Edema pulmonar
- Rechazo de trasplante de médula ósea
- Cirugía abdominal con edema pulmonar asociado
- Púrpura de Henoch-Schonlein
- Síndrome pluriglandular autoinmune
- Hemosiderosis pulmonar ideopática
- Arteritis de Takayasu
- Síndrome hemolítico urémico por uso de mytomicin C
- Síndrome de Behcet

En estos casos pudiera hablarse de hemorragia pulmonar, con o sin neumonía, ya que todos los trastornos anteriores pueden cursar con hemoptisis, aún sin evidencias de colonización bacteriana del parénquima.

De lo anterior se infiere que muchos reservan el término NH para aquellas neumonías causadas por gérmenes hemorrágicos favorecedores en el paciente normal (10, 11, 12, 17, 18, 19)

También es conveniente separar la pseudohemoptisis de gérmenes como la serratia, que puede causar sangramiento, pero que a veces produce un color rosado en el esputo sin presencia de sangre en el mismo (17)

Se debe especificar que la fase de hepatización roja permanece durante todo el tiempo en las neumonías hemorrágicas, lo cual dificulta la regeneración y cicatrización normal del parénquima, pasando a veces sin transición por la fase de hepatización gris, a la fibrosis, y problematizando el hematoma pulmonar la acción de los antibióticos y por tanto la eficacia de éste tratamiento (17, 18, 19, 20)

Recomendaciones útiles

1. Tratar de diferenciar clínicamente a la neumonía hemorrágica, de la hemorragia pulmonar. Esto se puede lograr con un buen examen clínico donde se detecte fiebre, estertores, esputo y otras manifestaciones, que son propias de las neumonías, ya que la conducta debe ser diferente en ambos casos; Mientras que en la hemorragia pulmonar hay que tratar la base del huésped y pueden ser necesarios esteroides, transfusiones, plaquetas etc., en la neumonía hemorrágica lo fundamental es el tratamiento antibiótico acertado.
2. Realizar esputos bacteriológicos, micológicos, BAAR o con otras técnicas, para utilizar los antibióticos de acuerdo al germen.
3. Tomar las precauciones que se utilizan en todo caso de hemoptisis, evitando usar ASA, antiagregantes plaquetarios o heparina durante el curso de la enfermedad.
4. La tos debe aliviarse si la hemoptisis es moderada o severa, y no debe eliminarse totalmente si predominan la flema o el pus sobre la sangre del esputo.
5. Si la hemoptisis es masiva, pudieran utilizarse novedosas técnicas, como la embolización terapéutica de las arterias bronquiales con partículas de duramadre, IBC, Ivalón + IVC y otros agentes adhesivos, o la cirugía.
6. Nunca debe olvidarse la realización de al menos un hemocultivo en la NH, pues en ésta variante son mucho más frecuentes las complicaciones sépticas a distancia, identificables más tardíamente por el cuadro clínico (2, 4, 10, 17, 18, 19, 20)
7. La Neumonía hemorrágica es más grave y festinada que cualquier otro tipo de neumonía, es por ello que constituye un reto para todo clínico, su correcto diagnóstico y tratamiento.

Aclaraciones finales

Para que se produzca una neumonía hemorrágica, deben estar presentes factores tanto del germen causal como del huésped, aunque algunos autores reservan éste término para las neumonías causadas por los llamados gérmenes hemorrágico favorecedores, y denominan hemorragia pulmonar al sangramiento que se produce cuando los factores dependen el huésped (2, 10, 20)

BIBLIOGRAFÍA

1. Simons H B. Pneumonia and other pulmonary infections .A C P Medicine. 2004 United States
2. Mathay RA, Arroliga AC; Patologías crónicas de las vías aéreas. En Bennet JC, Plum F; Cecil; Tratado de Medicina Interna. Río de Janeiro. 1997 Guanabara Koogan.421-29
3. MINSAP. Anuario Estadístico.2004.
4. Suárez CL, Berdasquera D. Enfermedades emergentes y reemergentes. Factores causales y vigilancia, Rev Cub Med Gen Integ.2000.16(6) 593-7
5. Wagenaar J, De Vries P, Hartskeert R. Leptospirosis with pulmonary haemorrhage caused by a new strain of serovar lai Langkawi. J Travel Med 2005 11(6) 379-382
6. Lewel PN, Branch ST, Edward CN. Detection of dengue infection in patients investigated for leptospirosis in Barbados. Am J Trop Med Hyg 2000 62(1);112-4
7. Oropesa S, Abreu L, Morier L, Hernández B. Neumonía hemorrágica por influenza virus; Diagnóstico virológico. Rev Cub Med Trop 2000 53(1) 73-5
8. Remuñán C, Ballmajó M, Jiménez J, González M. Presentación de un caso con neumonía varicelosa y distress respiratorio Rev Cub Med 2002;41(2)205-10
9. Boots RJ, Lipman J, Bellomo R, Sthephen D, Heller RF. Disease risk and mortality prediction in intensive care patients with pneumonia. Anaesth Intensive Care 2005 33(1):101-11
10. Modo O, Cristo V, Silva S, Gutiérrez L, Fundora E, Cruz C. Factores de riesgo relacionados con la mortalidad en las neumonías nosocomiales. Rev Cub Med Int Emerg 2003 (2) 609-75
11. Strange C, Highland K. Pulmonary hypertension in interstitial lung disease. Curr Opin Pulm Med 2005 (11)452-455
12. Presberg KW, Dincer HE, Pathophysiology of pulmonary hypertension due to lung disease. Curr Opin Pulm Med 2003 (9)131-38
13. Beigel JF, Farrar J, Ham A et al: Writing Committee of the World Health Organization (WHO) Consultation on Human Influenza A/H5N1, Avian Influenza A(H5N1) infection in humans. New England J Med 2005(353).1374-1385
14. Hayden F, Ison M. Respiratory viral infections 2004 ACP Medicine. United States
15. Juven T, Mertsola J, Tolka P et al: Clinical profile of serologically diagnosed pneumococcal pneumonia. Pediatr Infect Dis J. Nov 2001(2) 18-22
16. Lieberman D, Schmarkov O et al. Serological evidence of Legionella species in acute exacerbation of COPD. Europ Resp Journal 2002 19 (3) 392-97
17. Yelin E, Trupin L, Cisternas M, Eipner M, Katz P, Blank P. National Study of Medical Care expenditures for respiratory conditions. Europ Resp Journal 2002 19 (3) 414-421
18. National Institutes of Health, National Heart Blood and Lung Institute, Morbidity and Mortality. 2002. United States
19. Battleman DS, Callham M, Thaler HT. Rapid antibiotic delivery and appropriate antibiotic selection reduce length of hospital stay of patients with community acquired pneumonia: Link between quality of care and resource utilization. Archives of Internal Medicine 2002 162 (5) 682-688
20. Robbins SL. Patología Estructural y Funcional/Robbins 6th Mexico. 1998.(7) 210-17
21. Mehta RM, Niederman MS. Nosocomial pneumonia. Curr Opin Infect Dis 2002;15 (4):387-94
22. Campbell SG, Marrie TJ, Anstey R, Dickinson G, Ackroyd S. The contribution of blood cultures to the clinical management of adult patients admitted to the hospital with community acquired pneumonia. A prospective observational study. Chest 2003 (4): 1142-50
23. Leroy O, Soubrier S. Hospital acquired pneumonia; risk factors, clinical features, management and antibiotic resistance. Curr Opin Pulm Med. 2004: 10 (3) 171-5