

## Hemoptisis de etiología desconocida. Informe de caso

### Hemoptysis of unknown etiology. Case report

Carlos Raúl Santa María-Ramírez<sup>1</sup>; Kellyta Christinne Silva da Mata<sup>1</sup>; Daniela da Mata Queiroz<sup>1</sup>;  
Raquel Yuska Dantas<sup>1</sup>; Shirley Galeano Reynal<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** La hemoptisis es una cantidad variable de sangre que pasa por la glotis proveniente de las vías aéreas y de los pulmones.

**Caso Clínico:** Hombre, 32 años, obeso, tabaquista, ingresó por disnea de moderados a mínimos esfuerzos de 4 meses de evolución. El paciente refirió tos con expectoración hemoptoica de 05 años de evolución, predominio nocturno, constatada al despertar. Refirió haberse sometido a varios procedimientos quirúrgicos: por sospecha de torsión testicular, lamectomía descompresiva y extracción de aguja de costura en región parietal posterior a una TAC por episodios tónico-clónicos. Durante su internación, se le realizaron varios exámenes todos sin éxito. Un día, se identificó actitud sospechosa, comprobándose la ingesta de sangre del conducto de poliflex, la cual colaboró con el diagnóstico definitivo de “síndrome facticio”.

**Discusión:** Como parte de la salud integral no debemos olvidar la evaluación de la salud mental y hacer más hincapié en la historia clínica.

**Palabras clave:** Hemoptisis; Síndrome bronquial obstructiva; Trastorno facticio.

---

Fecha de recepción: junio 2020; fecha de aceptación: julio 2020

<sup>1</sup> Universidad Privada María Serrana, Carrera de Medicina. Asunción, Paraguay

<sup>2</sup> Universidad Privada María Serrana, Coordinación de Investigación y Extensión de la Carrera de Medicina. Asunción, Paraguay

Autor de correspondencia: Carlos Raúl Santa María-Ramírez. Email: [krlitoz26@gmail.com](mailto:krlitoz26@gmail.com)



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Hemoptysis is a variable amount of blood that passes through the glottis from the airways and lungs.

**Clinical Case:** Man, 32 years old, obese, tobacco user, admitted for dyspnea of moderate to minimal efforts of 4 months of evolution. The patient reported a cough with hemoptoic expectoration of 05 years of evolution, predominantly at night, confirmed upon awakening. He reported having undergone several surgical procedures: on suspicion of testicular torsion, decompressive lamectomy and removal of a sewing needle in the parietal region after CT for tonic-clonic episodes. During his hospitalization, he underwent several examinations, all without success. One day, a suspicious attitude was identified, checking the blood intake of the poliflex duct, which collaborated with the definitive diagnosis of “factitious syndrome”.

**Discussion:** As part of comprehensive health, we must not forget the evaluation of mental health and place more emphasis on medical history.

**Keywords:** Hemoptysis; Obstructive bronchial syndrome; Factitious disorder.

## INTRODUCCIÓN

La hemoptisis es una cantidad variable de sangre que pasa por la glotis proveniente de las vías aéreas y de los pulmones (1).

La Hemorragia pulmonar es la presencia de fluido hemorrágico (color “rojo fresco”) en la tráquea, acompañado de una descompensación respiratoria aguda con aumento de los requerimientos de oxígeno y/o del soporte ventilatorio (2).

Las infecciones son la causa más frecuente. Presentamos el caso de un paciente adulto joven con hemoptisis leve crónica, internado durante un mes, con búsquedas activas de sitio de sangrado y múltiples análisis laboratoriales.

### Descripción del Caso Clínico

Nombre: J.G.

Sexo: Masculino

Edad: 32 años

Estado civil: Unión libre

Profesión: Zarandeador de carbón desde los 11 a 19 años.

Asistente de cocina durante 7 años

Vendedor de ropa hasta la actualidad

Procedencia: Capiatá

Fecha ingreso: 22/06/2017

Fecha egreso: 30/07/2017

Motivo consulta: Dificultad respiratoria

#### • Antecedentes de enfermedad actual

Tos con expectoración hemoptoica, de 5 años de evolución, en moderada cantidad, de predominio nocturno, con episodios mensuales de hemoptisis leve 10cc aproximadamente que se constataban al despertar por manchar la ropa de cama.

Dificultad respiratoria de moderados a mínimos esfuerzos, que mismo con reposo de 4 meses de evolución se acompaña de dolor tipo puntada en región posterolateral del hemitórax izquierdo, accesos de tos varias veces al día y con aumento del volumen de la hemoptisis de aproximadamente 50cc con presencia de coágulos.

Niega pérdida de peso y fiebre.

#### • Antecedentes remotos de la enfermedad actual

07/07/2011 - Dolor testicular intenso, con cirugía exploradora que se descarta torsión del cordón espermático. 09/09/2011 - Laminectomía descompresiva. Hace 5 meses acudió a la urgencia siendo encaminado a la UTI por convulsiones tónico-clónicas, realizando una TAC de cráneo que se observó una imagen metálica en región parietal, siendo sometido a un procedimiento para extracción de una aguja de costura.

Hace 2 meses presentó rectorragia y se le realizó una colonoscopia que diagnosticó hemorroides grado I, no complicada.

#### • Antecedentes patológicos actual

Sibilancias desde hace 5 años aproximadamente, que sigue sin tratamiento, negando episodios en la infancia.

Hábitos tóxicos: tabaquista 25.5 paquetes al año, hasta la actualidad, bebedor social y niega consumo de drogas.

#### • Antecedentes patológicos familiar

Madre encamada con lesiones eritematosas en ambas piernas, obesa mórbida que no cuenta con seguimiento médico. Tío materno fallecido a los 30 años, causa no filiada, con cuadro de hemoptisis y rectorragia. Padre no mantiene contacto con el paciente aproximadamente hace 15 años.

#### • Examen físico

Signos Vitales:

- PA:120/80
- FC:77 x min
- FR:18 x min
- T: 36 °C

Otros datos de relevancia:

- Sat. O2: 98% AA
- Peso: 112Kg
- Talla: 178cm
- IMC: 35,4

• **Ectoscopia 22/06/2017**

Se constató que el paciente es obeso (grado I), normosómico, cuya edad cronológica no coincidió con la biológica, adopta en el lecho decúbito dorsal indiferente, facies

dolorosas.

Portaba vía venosa periférica en brazo derecho.

Impresiona patología crónica agudizada.

Aparato	Examen físico
Boca	Mucosa húmeda, dientes en mal estado con bordes cortantes
Cardiovascular	R1 y R2 normofonéticos, con ausencia de soplos y golpes, ictus cordis no desplazado
Respiratorio	Dolor en región lateral izquierda, cicatriz vertical de 5cm de longitud en región posterior del tórax, MV disminuido globalmente, sibilancias aisladas en campo medio pulmonar izquierdo
Abdomen	Blando, depresible, no doloroso, RH + conservados, no visceromegalias
Osteoarticular	Sin deformidades, articulaciones simétricas, no dolorosas
Piel y mucosa	Múltiples tatuajes en ambos brazos. Coloración de piel y mucosas conservadas
SNC	Glasgow 15/15

**Exámenes Laboratoriales 22/06/2017**

Glóbulos Blancos: 8340/μL	ORINA SIMPLES
Neutrófilos: 4930 64%	PH: 5.0
Linfocitos: 2410 30%	Proteínas: negativo
Monocitos: 586 3%	Sangre: negativo
Eosinófilos: 356 3%	Nitritos: negativo
Eosinófilos: 356 3%	Cetonas: negativo
Hemoglobina: 15.8 g/dl	Urobilinogeno: negativo
Hematocrito: 44,9%	Leucocitos: 1-2 / campo
VSG: 5mm	Hematíes: 0-2 / campo
PCR: ≤6	

Gasometría	Resultado	Rango
PH	7.4	7.36 – 7.45
PCO2	37	35 – 45
PO2	73	80 – 100
HCO3	22	22 – 26
TCO2	27	23 – 27
ABE	-2	-2.4 – 2.4
SBE	-2	
SBC	23	22 – 26
SatO2	94	95-99

Estudio	Resultado	Rango de referencia normal
Creatinina	0.85	0.65 – 1.3 mg/dl
Urea	18	15 – 55 mg/dl
Sodio	138	136 – 145 mEq/dl
Potasio	4.2	3.5 – 5.1 mEq/dl
Cloro	104	98 – 107 mEq/dl
Magnesio	2.0	1.9 – 2.5 mg/dl
Proteínas totales	6.9	6.0 – 8.7 g/dl
Albumina	4.5	> a 3.5 g/dl
Bilirrubina total	0.84	0.0 – 1.0 mg/dl
AST	33	0.0 31.0 mg/dl
ALT	34	0.0 – 37.0 mg/dl
Fosfatasa alcalina	102	40 – 150 U/L

Tiempo de Protrombina:	12 seg
% de Actividad de Protrombina:	104%
Fibrinógeno:	379 mg/dl

Estudio	Resultado
VIH	Negativo
VDRL	Negativo

Perfil Reumatológico	Resultado
ANA	Negativo
AntiDNA	Negativo
C3	141 / 82 – 185
C4	30.6 / 15 – 53
FR	≤ 8 / 0 – 8

Estudio	Resultado
ANCA-C	Negativo
ANCA-P	Negativo

## Exámenes de imagen

ECG
Ritmo Sinusal

  

Ecocardiograma
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Válvulas estructuralmente normales</li> <li>• Presión pulmonar normal</li> <li>• FE: 70%</li> </ul>

  

TACAR de tórax
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Estructuras conservadas</li> <li>• Sin derrame y engrosamiento pleural</li> <li>• Parénquima conservado</li> <li>• No presentó bullas, dilataciones, bronquiectasias y cavernas</li> </ul>

## Exámenes de cultivo

Estudio	Resultado	Cultivo
Espudo 24/06/2017	Frotis para BAAR negativo	Pendiente para tuberculosis. Hongos negativo
Espudo 26/06/2017	Frotis para BAAR negativo	Pendiente para tuberculosis. Hongos negativo
Espudo 01/07/2017	Genexpert negativo	Pendiente para tuberculosis.
BAL 06/07/2017	Microbiota habitual de VAS	Pendiente para tuberculosis.

## Otros exámenes complementarios

Estudio	Informe
FBC 29/06/2017	Sin particularidades
FBC 06/07/2017	Sin particularidades
RNC anterior 10/07/2017	Sin particularidades
NFC 13/07/2017	Sin particularidades
FBC 13/07/2017	Sin particularidades
NFC 16/07/2017	Sin particularidades
EDA 17/07/2017	Sin particularidades

- **AngioTAC**

Sin particularidades, sin malformaciones, no se observó tromboembolismo, ni signos de lesión vascular.

**Diagnósticos probables:**

- Síndrome bronquial obstructivo de etiología a filiar,
- Tuberculosis

**Tratamiento recibido**

- Ampicilina IBL 6 g/d x 21 días
- Ciprofloxacina 400mg/d x 19 días
- Codeína gotas: 30 gotas c/8hs.
- Salbutamol/Ipratropio 100µg: 2puff x AC s/Necesidad
- Salmeterol / Fluticazona 250µg: 2 puff x AC c/12hs.
- Hidrocortisona 300mg/d x 10 días
- Prednisona 40mg/d en descenso gradual hasta 0

**Evolución de la enfermedad**

20:00 - paciente se encontraba en su unidad higienizado y medicado por el servicio de enfermería.

20:30 - paciente fue al baño, retornando a las 20:45 horas.

21:00 - llamó al auxilio por los familiares, donde se observó hemoptisis masiva a cuál fue realizado una estabilización y revisión de las vías aéreas. Paciente refirió cansancio sin pérdida del conocimiento y signos en rango.

21:10 - se recibió llamado del servicio de enfermería, donde se observó en el piso del baño sangre del conducto del equipo de poliflex conectado a la vía venosa periférica cargado de sangre, siendo que el licenciado había registrado la limpieza de la conexión y no se pudo refluir la sangre

por los conductos.

Por la actitud sospechosa del paciente se solicitó evaluación del servicio de psiquiatría, constatando la posibilidad de que el paciente podría presentar el síndrome facticio o síndrome de Munchausen.

**El síndrome Facticio**

Dicho síndrome se clasifica como un trastorno en el que existe una fabricación o inducción consciente o intencional de signos y síntomas de un trastorno físico, emocional o cognitivo, e incluso las pruebas de laboratorio pueden ser manipuladas (3).

El síndrome de facticio también se ha denominado “síndrome de Munchausen”, “adicción al hospital”, “adicción polisúrgica” y “síndrome del paciente profesional”(4).

El trastorno facticio no tiene una prevalencia conocida, sin embargo, se estima que aproximadamente el 1% de los casos de personas hospitalizadas cumplen con los criterios de diagnóstico(5). Este trastorno, aunque de baja ocurrencia, tiene un alto impacto en la vida del sujeto afectado y de quienes lo rodean, así como en los altos costos de los sistemas que lo atienden, ya que estos estos pacientes a menudo migran entre los servicios de salud(6). Tal aumento de costos se genera principalmente debido a exámenes y procedimientos innecesarios y no concluyentes, tratamiento de diagnóstico insuficiente y diagnóstico erróneo que pueden surgir durante la interacción con esta población, estadia prolongada en el seguimiento profesional porque no hay un diagnóstico y desarrollo concreto.

## DISCUSIÓN

Cuando un paciente llega a la consulta, su historia clínica nos da información de primera mano sobre su estado de salud y sus patologías previas. Información que resul-

ta muy útil ya que permite al médico conocer varias cosas como las dolencias previas que probablemente expliquen los síntomas del paciente, orientar el diagnóstico, enca-

minar al tratamiento adecuado, tener una visión general del estado del paciente y su evolución a lo largo del tiempo, presumiendo sobre posibles consecuencias y demás.

Como parte de la salud integral no debemos olvidar la evaluación de la salud mental.

Los gastos de insumos, el costo de los procedimientos y el tiempo invertido en un paciente en el que la clínica siempre fue soberana, nos debe ayudar en la autocrítica, no valoramos la historia clínica de forma correcta, olvidando que ésta nos otorga la oportunidad de crear diagnósticos sindromáticos.

Esta experiencia nos debe servir, a nosotros, la nueva generación de futuros médicos jóvenes y también para médicos de mucha experiencia, a no descartar la Historia Clínica, y a no pretender que mediante estudios laboratoriales o imagenológicos nomas podemos diagnosticar pacientes. Los análisis son “complementarios” y como tal, una buena semiología u una detallada historia clínica, a veces, es suficiente.

## REFERENCIAS

1. Jougon J BDFMBTVPGFea. Massive Hemoptysis: what place for medical and surgical treatment. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002;22(3): 345-51.
2. Cloherty et al. Pulmonary Hemorrhage. *Manal of Neonatal Care.* 2004;(7).
3. Pereira Aline Viana MBCGGMR-GBNG. Transtorno Factício e a Equipe interdisciplinar: identificação de sinais e fatores de risco. *CoDAS.* 2019 Feb.
4. (OMS). Omds. La clasificación CIE-10 de los trastornos Mentales y de comportamiento. Criterios de diagnósticos para la investigación. In OMS; 1993; Ginebra.
5. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V). BB: Asociación Americana de Psiquiatría. 2013;(5ta ed. Arlington: APA; ).
6. Rosenberg DA. Web of engaño. Una revista de la literatura del síndrome de Munchausen por poder. *Abuso infantil Negl.* 1987; 11(4 pg 547-63).