

La Hemoptisis en la Hipertensión

Si bien la hemoptisis en la hipertensión no es el síntoma hemorrágico más frecuente, como puede serlo una epistaxis o un ictus apopléctico, su desconocimiento puede acarrear al enfermo portador de la afección, serios trastornos en tu físico; pues confundido como sucede con frecuencia, con un tuberculoso y, sometido como sería lógico pensar en este caso a un tratamiento de superalimentación que agrava su hipertensión, fatiga la función renal y hepática, ya de por sí comprometida.

Cuando un enfermo nos consulta, por haber tenido una hemoptisis más o menos abundante, la primera duda que surge a nuestro espíritu, es, después de habernos asegurado por un interrogatorio minucioso que la sangre ha sido eliminada por expectoración, y no por vómito, como en una hematemesi, es de encontrarnos frente un baciloso, que, a veces *en* las formas iniciales los signos físicos escapan. Siendo esta la causa más común, lógico es, que pensemos en ella en primer término, y es sino después de haber agotado todos los medios de examen a nuestro alcance clínicos, radiológicos y de laboratorio, y probado de una manera segura que la tuberculosis no es la enfermedad causante del síntoma, recién entonces investigaremos los otros factores capaces de producirlo. En presencia de enfermos, que

hayan tenido como único síntoma hemoptisis, y que con ningún medio de examen a nuestro alcance, llegamos a precisar la verdadera causa, la consideramos siempre como sospechosa de tuberculosis. Con este criterio no perderemos de vista al enfermo y opondremos un tratamiento eficaz, a la posible manifestación del mal. Ya es línea de conducta que sabemos siempre seguir.

Entre las causas no bacilares capaces de producir esputos de sangre, que nos ha sido posible observar en los enfermos que concurren en el consultorio son las producidas por várices del rino—fárinx y de la base de la lengua, diagnóstico hecho casi siempre con la ayuda del especialista. En la estrechez mitral, dilataciones bronquiales sea en la gran dilatación que como que cree hoy sean de origen congénito en la mayoría de las veces; o en las pequeñas, de etiología sifilítica o heredo luética por lo menos en la mayoría de los casos; visualizables, solamente por medio del lipiodol a los Rayos X y que produce la llamada expectoración hemoptoica seca en oposición a la forma anterior en casi siempre la acompaña una expectoración abundante y algunas veces fétida. En el cáncer, en el quiste hidatídico del pulmón y en la hipertensión crónica, pero hay otras causas capaces de producirlo, que es interesante conocer y

ue para mayor claridad voy a transcribir un interesante cuadrito de Paillard.

.Hemoptisis Puramente congestivas
 .Iniciales...Ligadas a una opuse evolutiva
 .Terminal...Abundante por un aneurisma de Rasmussens

Hemoptisis de la

Tuberculosis aguda

2.Pseudo tuberculosis, neuromo-cianosis

Aspergilliosis.

3. Sífilis pulmonar.

4. Cáncer bronco-pulmonar.

5. Quiste Hidatídico.

7. Congestión.

Hemoptisis de origen bronquial

1.

2. rseudo tuberculosis, neuromo-cianosis

aspergilliosis.

3. Sífilis pulmonar.

4. Cáncer bronco-pulmonar.

5 Quiste Hidatidiro.

6. Gangrena.

7. Congestión.

Hemoptisis de origen bronquial

11. Dilatación de los bronquios.

2. Litiasis.

13. Bronnuitis pseudo membruiuisa.

14 Espiroquet^isdc Castullani.

Hemoptisia de origen cardiovascular

1. Estrechez mitral-(infarto).

(2. Flebités-jinfarto.

D Hemoptisis de síndrome hemorragi-
 parao.

E. Hemoptisis traumáticas.

F. Hemoptisis suplementaria (casi siem-
 pre pn relación con la tuberculosis.

Como podemos ver en esté cua-
 dro menciona todas las causas
 mas comunes dej**hemoptisis**, pero
 ni siquiera menciona la **hiperten-**

sin darle la importancia que pueda
 tener su conocimiento para el
 médico práctico.

Gallavardi, en su gran obra so-

cas(>s 1& potijbiJlJ:(C1)!(1

una tubercu osis concomitante,

Lo que llama sobre todo a

atención es la gran cantidad di
 aangre expectorada, no se trato i

algunas veces solamente de t

tos sanguinolentos, síntoma di
 observación corriente en loa car- i
 diacos sino el vómito abundante,

vanos cientos de gramos de
 sangre líquida, renovándose al inr

unos J^S COTI esputos teñidos un
 sanare exactamente igual como en

la tuberculosis confimada-

Algunas veces esto suele apai ■ ■
 cer en sujetos portadores _ <!d una
 bronquitis crónica, con enfisema,
 viejos fumadores, en un momento
 déla gripe, circunstancia, tudas,
 que contribuyen hacer pensar mas
 aún a la tuberculosis.

siún, en efecto en **IR generalidad** de los libros poco hablan de este síntoma, sino más bien de paso y

¿Como hacer pues, vos el **dial** nóstico diferencial? Aumjuí resca fácil a primera vista su

luego muchas dificultades, en primer término para asegurarnos que el sujeto portador del síntoma no es un tuberculoso y en segundo lugar asegurarnos si se trata de una lesión mixta como piensa Vaquez, es decir, un *foco* tuberculoso en un hipertenso.

Una serie de circunstancias clínicas, radiológicas y de laboratorio nos permitirá inclinar nuestro diagnóstico a favor de una u otra afección.

La hemoptisis en un hipertenso, sobreviene en general en individuos que han pasado la edad media de la vida, con un estado de nutrición óptimo, sin ningún signo físico del vértice del pulmón. el examen radiológico hace ver pulmonos claros y talvez mas claros que normalmente en algunos de estos enfermos por el enfisema concomitante. En cambio, el corazón lo vemos con sus diámetros aumentados y la aorta más grande y oscura que el estado normal, los vasos del hilio del pulmón muy visibles, gruesos ganglios, perinbronquitis, etc.

Los diferentes exámenes del Laboratorio tendiendo a investigar el BACILO de Koch por examen directo, homogenización y floculación, serán negativos. En fin hemoptisis que aparece en un estado de óptima salud sin la menor elevación de términos y con signos evi-

dentos opuestos a la tuberculosis. En cambio el examen practicado en el sentido de investigar una hipertensión latente o manifiesta, es decir, conocida o ignorada, revelan el signo más importante, el aumento de la presión sistólica, comprobado con los aparatos comunes de tomar la presión, y que a la vez hace su diferenciación neta con el tuberculoso que es casi siempre, por no decir siempre, pues no hay nada absoluto en medicina, o por lo menos en los tuberculosos no sifilíticos, existe una manifiesta hipotensión.

Si bien el tuberculoso por su eretismo cardiaco, justamente durante la hemoptisis puede tener crisis de hipertensión aguda, siendo esta su causa más directa, nunca persiste como en el hipertenso crónico, ni observamos en el sujeto ese corazón grande por hipertrofia del ventrículo izquierdo, albuminurico o no, con o sin disnea de esfuerzo etc, y al sin número de síntomas que corresponden al grado evolutivo, de la enfermedad. Entonces la hipertensión es fugaz y nunca persistente.

Como puede verse en síntesis, la diferenciación se hace fácil cuando encontramos todos los síntomas completamente opuestos que podemos hacer resaltar más claramente aún en el siguiente cuadro.

	TUBERCULOSO	HIPERTEXSO
Edad	Generalmente joven	Generalmente adulto de 40 a 70 años.
Fiebre	Temperatura o febrícula.....	Sin temperatura
Tensión	-Hipotensión	Hipertensión.
Ex clínico	Vértices positivos	Vértices negativos Vértices más claros.
Ex radiológico...	Corazón pequeño.....	Corazón grande, aorta oscura. Vasos mediastinos muy visibles.
Ex de Laboratorio...	Koch positivo albumino reacion positiva fibras	Generalmente negativo. A veces Wasserman positivo.
Estado General...	Regular o malo.....	A veces bueno y pletorico .

¿Cuál es el **mecanismo** de la hemoptisis? Mientras el **hipertenso** conserva la **integridad** de su sistema arterial, no se observarán hemorragias de ningún género, tal es el caso en **las** crisis agudas de hipertensión de la eclampsia, del saturnismo no así en la tabes que **puede producirse** hemoptisis justamente durante **esta** crisis por razones fáciles de comprender.

Pero cuando las arterias degeneran por un proceso de **arterio** esclerosis mas o menos lento, es entonces que estas ceden ante el aumento **continuado** de la presión produciéndose el estallido en la arteria cuyo proceso degenerativo esté más avanzado, en órganos como el cerebro, riñones, nariz, pulmones etc. que **exteriorizarán** con **su sintomatología propia** el diferente órgano a nivel del cual se produce la **hemorragia**.

Pero Sergent invoca otro factor que no sea el simple estallido vascular, **sino** la presencia de aneurismas miliares de las arterias **bronquiales**, cuya rotura producirá la hemorragia.

Auscultando al enfermo **momentos después** de la hemoptisis si este no es un bronquial ni un asistólico, oiremos en la base del pulmón correspondiente algunos rales subcrepitantes, testimonio **de** la sangre derramada en el interior del **árbol** aéreo y que desaparecerá conjuntamente con la expectoración. Aunque el síntoma no es constante ni tampoco patognomónico, sin embargo en la mayoría de los enfermos observados el signo existe.

La concomitancia de la hipertensión, y la tuberculosis, si bien es muy rara, lógicamente parece que pueda coexistir aunque no la haya observado en mis casos de

una manera segura, sin embargo, en la observación segunda en que si bien el examen clínico y de laboratorio fueron repetidas veces negativos, en cambio a los Rayos X el vértice derecho presentaba una oscuridad que llegaba hasta la región supraclavicular, haciendo la impresión que si no había una lesión en actividad estaba cicatrizada.

CONCLUSIONES

1. La hemoptisis en la hipertensión crónica puede existir absolu-

tamente igual que *en* la tuberculosis confirmada.

2. Los síntomas clínicos de una y otra afección son en la mayoría de los casos suficientemente opuestos para poder hacer relativamente fácil un diagnóstico diferencial.

3. Su exacto conocimiento tiene gran importancia práctica por que ambas afecciones tienen un tratamiento y en pronóstico completamente distinto.

Manuel Cévide Echenique,