

## UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: TOS, HEMOPTISIS Y BRONCORREA.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS

## TOS, HEMOPTISIS Y BRONCORREA

La tos puede clasificarse en aguda, que dura menos de 3 semanas, y crónica, que dura de 3 a 8 semanas o más; no son mutuamente excluyentes. La tos aguda con mayor frecuencia es transitoria, como en el resfriado común, pero ocasionalmente puede asociarse a entidades potencialmente mortales como un embolismo pulmonar, una insuficiencia cardíaca congestiva y una neumonía. La tos crónica puede estar causada por más de una entidad de forma simultánea. Las causas más frecuentes de tos crónica (en no fumadores que no toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA] y con una radiografía de tórax normal) son el síndrome de goteo pos nasal, el asma y la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Otras causas de tos crónica son la tos post infecciosa, la inducida por IECA, las bronquiectasias, la de origen psicógeno, la enfermedad pulmonar intersticial y la bronquitis crónica, especialmente en los fumadores. La tos es uno de los síntomas más frecuentes del cáncer de pulmón. En un estudio poblacional prospectivo, la tos es el síntoma inicial más frecuente y fue el síntoma principal que promovió la consulta médica. La prevalencia en el diagnóstico fue del 45% en un estudio poblacional retrospectivo de gran tamaño. Los pacientes sometidos a quimioterapia o radioterapia para el cáncer de pulmón avanzado tienen tos con una frecuencia del 39 al 80%, la cual supera la del dolor. La prevalencia en otros tumores en varios estadios es del 22 al 37%. La frecuencia comunicada en pacientes con cáncer puede estar influida por los tratamientos antineoplásicos previos, las infecciones respiratorias intercurrentes y los métodos de valoración. El nexo de unión es la activación de subgrupos de nervios sensitivos de las vías respiratorias. La enfermedad respiratoria puede activar los nervios sensitivos de la vía respiratoria tras la liberación de mediadores inflamatorios, el aumento de la secreción de moco o la lesión del epitelio de las vías respiratorias. Los trastornos en otros órganos que tienen neuronas transportadas por el probablemente interaccionan con las neuronas de las vías respiratorias en centros superiores para desencadenar el reflejo de la tos. En los pacientes con cáncer, son muchos los factores que pueden contribuir a la tos crónica. Las causas asociadas a la neoplasia comprenden efecto directo de masa, derrame pleural, cavitación, fístula, linfangitis, embolismo pulmonar, infección

o lesión neurológica. Los estudios de moco bronquial en el cáncer de pulmón documentaron una alteración de las propiedades Teológicas que pueden afectar a la eliminación del moco. Los pacientes debilitados luchan para limpiar sus vías respiratorias de secreciones que se espesan por la deshidratación. La tos es una manifestación para neoplásica del carcinoma de células renales que remite tras la nefrectomía.

**Hemoptisis:** La hemoptisis es la expectoración de sangre derivada de los pulmones o los bronquios. Es un síntoma que asusta y que puede preceder a un episodio mortal. Los pulmones reciben sangre del sistema arterial pulmonar y bronquial. El sistema pulmonar de baja presión produce hemoptisis masiva, a menos que un tumor erosione el árbol bronquial. Las arterias bronquiales, de mayor presión sistémica, son el origen más frecuente de hemorragia profusa y son responsables del 90% de las hemoptisis masivas. La hemorragia de los tumores puede deberse a invasión superficial de la mucosa, erosión de los vasos sanguíneos o lesiones muy vascularizadas, generalmente neoplasias broncogénicas primarias (el carcinoma pulmonar metastásico raramente causa hemoptisis) Aunque cualquier tipo de hemoptisis supone una gran preocupación para el paciente, la cantidad de sangre dicta el diagnóstico, la intervención y el pronóstico. La hemoptisis generalmente se clasifica en masiva o no masiva en función del volumen, pero no existe una definición uniforme. El criterio de hemoptisis masiva es de 200 a 1.000 ml en 24 horas. La hemoptisis masiva puede causar inestabilidad hemodinámica y alteración del intercambio alveolar de gases. La hemoptisis masiva debida a neoplasia tiene un peor pronóstico que otras causas. En un estudio retrospectivo de 59 pacientes con hemoptisis de varias causas de más de 200 ml en 24 horas, la mortalidad sin malignidad fue del 13%, y en el cáncer de pulmón, otros tumores metastáticos o leucemia fue del 62%, aumentando hasta el 80% si la hemoptisis era superior a 1.000 min en 24 horas.

**Broncorrea:** La broncorrea es el exceso de producción de esputo acuoso (si 00ml/día). Aunque es un síntoma relativamente infrecuente de las neoplasias de pulmón, puede tener importancia clínica. Se han documentado casos de broncorrea de hasta 91 diarios, causantes de depleción significativa de líquidos y electrolitos.

El moco que rellena los alveolos puede producir desajustes en la ventilación-perfusión, hipoxemia y disnea. La necesidad de expectorar con frecuencia afecta a la calidad de vida. El tratamiento de la broncorrea en los pacientes de cuidados paliativos está limitado por la ausencia de ensayos clínicos. La mayoría de los tratamientos han sido publicados como casos aislados y series de casos. Generalmente, la radioterapia no es una opción para los pacientes con CBA debido a la diseminación de la afectación pulmonar. Sin embargo, un paciente con CBA metastásico, pero con afectación pulmonar limitada tuvo menos broncorrea tras la radioterapia. Se ha comunicado la respuesta de la broncorrea asociada a CBA al gefitinib, que es un inhibidor de la tirosina cinasa del EGFR utilizado en el cáncer de pulmón no de células pequeñas. En los nueve casos, la mejoría se produjo demasiado rápidamente como para ser atribuible al efecto antineoplásico. Más bien, el gefitinib parece inhibir directamente la producción de esputo. La indometacina inhalada redujo la producción del esputo en un ensayo aleatorizado, a doble ciego, controlado con placebo en 25 pacientes con broncorrea causada por bronquitis crónica, pan bronquiolitis difusa o bronquiectasias. Se han comunicado dos casos de broncorrea asociada a CBA; para ambos pacientes, el volumen del esputo disminuyó con la indometacina inhalada. Se postula que el fármaco funciona mediante la inhibición de la producción de prostaglandinas la producción de esputo disminuyó con esteroides a dosis altas en pacientes con broncorrea asociada al CBA. Los corticoides pueden reducir la secreción mucosa de las vías respiratorias mediante la inhibición del gen que codifica la ciclooxigenasa inducible y directamente mediante la secreción de glucoconjugados. Un estudio describió mejoría del CBA tras la eritromicina. Los posibles mecanismos de acción son la reducción de secreción de glucoconjugados respiratorios, la inhibición de la síntesis de prostaglandinas y la inmunomodulación.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

Sharon Watanabe, Yoko Tarumi y Pablo Amigo. (2010). Tos, hemoptisis y broncorrea. En *MEDICINA PALIATIVA*(854-860). España: ELSERVIER.