



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

SEGUNDA UNIDAD

TITULO DEL TRABAJO: TOS, HEMOPTISIS Y BRONCORREA

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

NOMBRE DEL ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN

TOS, HEMOPTISIS Y BRONCORREA

La tos es un mecanismo de defensa para eliminar secreciones y materiales extraños de las vías respiratorias, pero debemos de tener en cuenta que la tos en el cáncer del pulmón puede ser un síntoma significativo. La tos puede clasificarse en aguda que dura menos de 3 semanas, y crónica que esta dura entre 3 a 8 semanas o más, se puede considerar que la tos aguda es transitoria como en el resfriado común, pero también pueden asociarse a un embolismo pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva y neumonía, sin embargo, la tos crónica es causada por una entidad de forma simultánea, y las causas más frecuentes son el síndrome de goteo posnasal, el asma y la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Otras causas de tos crónica son la tos postinfecciosa, 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 un síntoma frecuente de cáncer de pulmón, por ser un síntoma inicial y su prevalencia en su diagnóstico fue de 45% en un estudio poblacional retrospectivo de gran tamaño. La prevalencia en otros tumores en varios estadios es del 22 al 37%⁷. La frecuencia comunicada en pacientes con cáncer puede estar influida por los tratamientos antineoplásicos previos, las infecciones respiratorias intercurrentes y los métodos de valoración. Un estudio realizado mostro que, en la insuficiencia cardiaca en fase terminal, tenían más tos que las personas identificadas como terminales por un equipo de cuidados paliativos.

Puede ser consecuencia de entidades pulmonares o extrapulmonares, la enfermedad respiratoria puede activar los nervios sensitivos tras la liberación de mediadores inflamatorios, el aumento de la secreción de moco o la lesión del epitelio de las vías respiratorias. En la enfermedad inflamatoria o crónica afectan a las fibras nerviosas sensitivas, con aumento de la excitabilidad y cambios fenotípicos en el receptor y la expresión de neurotransmisores y sensibilización del reflejo de la tos.

Se identificaron seis dominios mediante análisis factorial: síntomas físicos, aspectos psicosociales, capacidades funcionales, bienestar emocional, síntomas físicos extremos y temores sobre la seguridad personal. La tos en 673 pacientes con cáncer de pulmón no de células pequeñas en estadio III o IV con un índice de Kamofsky del 60 al 100% que participaron en dos ensayos multicéntricos de quimioterapia. La tos fue documentada en el 86% de los pacientes. La tos para contribuir en el cáncer del pulmón son los siguientes factores asociadas a la neoplasia comprenden efecto directo de masa, derrame pleural, cavitación, fístula, linfangitis, embolismo pulmonar, infección o lesión neurológica. La radioterapia puede causar una alveolitis linfocitaria o una neumonitis por hipersensibilidad asociada a tos en semanas o meses de tratamiento, y los tratamientos antineoplásicos pueden ser otro factor.

Se recomienda la radioterapia paliativa para los síntomas locales problemáticos, con mayor frecuencia la tos, la hemoptisis, el dolor torácico y la dificultad respiratoria, los tratamientos endobronquiales y en el estudio prospectivo de mayor tamaño sobre radioterapia intraluminal, la tos se resolvió a las 6 semanas en el 44% de los 311 pacientes con cáncer de pulmón inoperable con tos. La criocirugía endobronquial en 521 pacientes con cáncer de pulmón inoperable, la tos mejoró en el 69% de 460 pacientes con el síntoma. El uso de la endoprótesis en Y de Dumon para aliviar los síntomas respiratorios graves ebidos a obstrucción traqueobronquial y fístula traqueoesofágica en muchos tipos de cáncer fue descrito de forma retrospectiva en 86 pacientes, el 33% de los cuales tenía tos.

HEMOPTISIS

La hemoptisis es la eliminación de sangre por el aparato respiratorio. La hemoptisis masiva es la producción de ≥ 600 mL de sangre en 24 h, la prevalencia de la hemoptisis en la población con cáncer ha sido principalmente más frecuente en el cáncer de pulmón, la prevalencia de la hemoptisis en el diagnóstico de cáncer fue del 27%³. La frecuencia al inicio de la quimioterapia o la radioterapia para la enfermedad avanzada varió del 5 al 41%.

El sistema pulmonar de baja presión produce hemoptisis masiva, y 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.

La hemoptisis generalmente se clasifica en masiva o no masiva en función del volumen, pero no existe una definición uniforme y 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 ml en 24 horas.

La hemoptisis debería diferenciarse de la pseudoheoptisis y la hematemesis, la pseudoheoptisis puede diagnosticarse mediante inspección y la hematemesis mediante otros síntomas digestivos y la presencia de factores de riesgo de hemorragia gastrointestinal. el diagnóstico diferencial de la hemoptisis comprende la neoplasia primaria o secundaria, la neumonía u otra infección, el embolismo pulmonar y la coagulopatía. La hemoptisis iatrogénica se produce tras una técnica diagnóstica o terapéutica.

Los tratamientos de una hemoptisis maligna son la radioterapia externa, la quimioterapia, las técnicas endobronquiales y la embolización de la arteria bronquial.

BRONCORREA

La broncorrea es el exceso de producción de esputo acuoso (>100 ml/día). El moco protege en condiciones normales el epitelio de las vías respiratorias de la deshidratación y las agresiones infecciosas y tóxicas inhaladas. El sistema del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) desempeña una función esencial en la producción de mucina. La activación del EGFR se produce en

respuesta a diferentes estímulos, incluidos los productos bacterianos, los alérgenos, el humo del tabaco, los cuerpos extraños, las especies reactivas de oxígeno, la interleucina 13 y los neutrófilos y eosinófilos activados.

La broncorrea es más frecuente como complicación del carcinoma bronquioalveolar (CBA), que es un subtipo de adenocarcinoma de pulmón. Ha sido implicada la activación del EGFR porque el inhibidor de la tirosina cinasa gefitinib suprime la síntesis de mucina en las células del cáncer de pulmón no de células pequeñas y reduce la producción. Los casos de broncorrea de hasta 91 diarios, causantes de depleción significativa de líquidos y electrolitos y 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.

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, panbronquiolitis difusa o bronquiectasias.

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.

Bibliografía

Walsh, D. (2010). *Medicina Paliativa*. España: ELSEVIER.