

## Hemoptisis-Tuberculosis Pulmonar en el lactante. A propósito de un caso

F. J. ALVAREZ ZARZUELO\*, N. A. SANTAMARTA DIEZ\*\*, M. I. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ\*\*\*,  
M. C. ROA ALVAREZ\*\*\*\* y A. M. MANZANO DIEZ\*\*\*\*\*

RESUMEN: La incidencia de la tuberculosis en la Comunidad de Castilla y León es importante, con una tasa en 1988, de 32.9 casos por 100.000 hab./año. La presentación de hemoptisis (expulsión de sangre procedente de vías respiratorias bajas) es infrecuente en el niño; su presencia obliga a descartar un origen extrapulmonar de la hemorragia (digestiva, vías aéreas superiores).

Presentamos una lactante que enferma de varicela a los dos meses de edad. Posteriormente presenta cuadro de gastroenteritis subaguda, intermitente, anorexia, irritabilidad, palidez, febrícula, pérdida de peso y episodio de hemorragia nasal etiquetada de epistaxis. En un control posterior se objetiva al visualizar la orofaringe la presencia espontánea de sangre clara, espumosa que desaparece al instante. Se solicita Rx. de tórax apareciendo una condensación neumónica, redonda, bien delimitada que impresiona de tuberculosa. Mantoux positivo de 10 mm. de induración. Bacteriología negativa. Buena evolución con tratamiento antituberculoso. PALABRAS CLAVE: HEMOPTISIS. TUBERCULOSIS. LACTANTE.

HAEMOPTISIS AND PULMONARY TUBERCULOSIS IN AN INFANT. A PROPOS OF ONE CASE. (SUMMARY): The incidence of tuberculosis in Castilla y Leon is important, with a rate of 32.9/100.000 inh./year in 1988. The appearance of haemoptisis, blood from low respiratory ways, is infrequent in children; their presence need to rule out an extrapulmonary haemorrhage, from the alimentary tract or the high respiratory ways. We report an infant who suffered varicella when was 2 months old; then showed a clinical picture of intermittent subacute gastroenteritis, anorexia, irritability, pallidnes, fever, loss of weight and haemorrhage through the nose, diagnosed as epistaxis. During a later control, exploring the pharinx we saw the spontaneous presence of foamy and red blood, that disappeared at once. Thorax X-ray was done, showing a neumonic and round density, clearly shaped that seemed a tuberculosis. The Mantoux test was positive, 10 mm. but the bacteriology was negative. The patient have a good evolution with antituberculosis treatment. KEY WORDS: TUBERCULOSIS. HAEMOPTISIS, INFANT.

### INTRODUCCIÓN

Aunque la incidencia de la tuberculosis en todos los grupos de edad ha disminuido considerablemente, nuestra comunidad castellano-leonesa presenta un ascenso

importante en los diez últimos años. Por los numerosos problemas clínicos, diagnósticos, profilácticos y terapéuticos que plantea, la enfermedad tuberculosa tiene destacada importancia en la edad pediátrica. De las distintas localizaciones, la pulmo-

Centro de Salud «José Aguado». León.

\* Pediatría; \*\* Radiología; \*\*\* Bacteriología; \*\*\*\* Laboratorio; \*\*\*\*\* A.T.S.

nar sigue siendo la más frecuente. Se define la hemoptisis como la expulsión de sangre procedente de las vías respiratorias bajas o porción subglótica del aparato respiratorio. Es rara en el niño y su presencia obliga a descartar un origen extrapulmonar de la hemorragia (digestiva, vías aéreas superiores). La característica de sangre roja, con espuma, sin contenido alimenticio y precedida su expulsión por la tos facilita el diagnóstico.

Las causas de hemoptisis en niños pueden ser muy variadas y la edad del niño puede ser una indicación de la misma (1, 2). Globalmente podemos catalogar las causas de la siguiente manera:

— Afeciones congénitas o adquiridas del *sistema cardio-vascular y pulmonar*, tales como estenosis mitral, hipertensión pulmonar, fístulas arterio-venosas, cuerpo extraño en las vías respiratorias y bronquiectasias.

— *Infección pulmonar crónica*: fibrosis quística, tuberculosis y micosis.

— *Enfermedades inmunológicas*, como lupus eritematoso diseminado, hem siderosis y el síndrome de Goopasture.

— Un grupo amplio de *afecciones atípicas* tales como hiperamonemia.

— Hemoptisis provocado por *neoplasmas*, pero en la niñez, esto es muy poco frecuente.

Atendiendo a una de las clasificaciones existentes de las hemoptisis en Pediatría (3), observamos en el período de la lactancia las siguientes causas: a) Anomalías congénitas y adquiridas del sistema cardio-vascular y pulmonar: quistes broncogénicos y entéricos; b) Procesos infecciosos y sus complicaciones: Absceso de pulmón; y c) Tumores: benignos (angioma de las vías respiratorias) y malignos.

Debido a la infrecuencia de la hemoptisis como dato semiológico en la infancia y predominando principalmente una clínica infecciosa general, inespecífica sobre la clínica respiratoria, creemos de interés presentar este caso de *tuberculosis pulmonar primaria progresiva*, en el lactante.

#### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un lactante, hembra, de cinco meses de edad que tras enfermar de varicela a los dos meses, evoluciona con un cuadro intermitente de gastroenteritis subaguda (coprocultivos y urinocultivos sucesivos, negativos), febrícula, anorexia, irritabilidad, palidez y pérdida de peso.

Durante esta evolución, presenta un episodio agudo de hemorragia nasal que es etiquetada de epistaxis aguda. Al día siguiente y en una exploración de control se aprecia, al examinar la orofaringe, la salida de un borbotón de sangre clara, espumosa que desaparece inmediatamente. Salvo la palidez generalizada mucocutánea, el resto de la exploración dentro de la normalidad. Este episodio hemoptoico volvió a repetirse por segunda vez en una exploración de control evolutivo. Se solicita Rx. de tórax (Fig. 1), cuyo informe es el siguiente: Imagen de condensación en base izquierda, homogénea, densa y bien definida.

La analítica complementaria registró: 13.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> (40P, 2C, 48L, 10M); Hgb.: 10.2 g/dl.; Hto.: 30 %; VSG: 50 a la 1.<sup>a</sup> h.

La reacción de Mantoux a las 48 horas presentaba una induración de 10 mm. de diámetro. La investigación de bacilos ácido-resistentes en jugo gástrico resultó negativa.

Entre los *antecedentes familiares* (tras el estudio del foco contagioso), destacar, madre de 31 años de edad, ATS de profesión, con una reacción de Mantoux de 20 mm. sin clínica ni radiología positiva; en el resto de la familia los estudios fueron negativos.

Entre los *antecedentes personales*: Embarazo y parto normales, peso al nacimiento: 3.680 grs.; talla: 50 cms. No vacunada de BCG. Lactancia materna mes y medio continuando con artificial y buen desarrollo póndero-estatural hasta los dos y medio meses. Enfermedad anterior: varicela al 2.º mes.

Con la impresión diagnóstica de tuberculosis pulmonar primaria progresiva (Rx. de tórax, Mantoux y Hemograma-VSG positivos), se instaura tratamiento con dos fármacos antituberculosos de primera línea: Isoniazida y Rifampicina a dosis habituales a esta edad, siendo bien tolerados. La evolución clínica analítica y radiológica favorables hacia la curación.

#### COMENTARIOS

Tenemos que reseñar una incidencia importante de tuberculosis en nuestra comunidad castellano-leonesa que de una tasa de 8.89 casos de tuberculosis en 1978 ha aumentado a 32,9 casos por 100.000 hab./año en 1988, cifra superior a la media nacional (4).

En la Tabla I podemos observar la incidencia de tuberculosis en la comunidad castellano-leonesa entre los años 1983-1987, con detalle por provincias:

La enfermedad tuberculosa puede manifestarse de forma insidiosa o con una clínica manifiesta, de gravedad variable, que en el lactante suele ser mayor que en el niño (4, 5).

En nuestro caso, el cuadro clínico infeccioso general, inespecífico, presentaba predominio de los síntomas digestivos (vómitos, diarrea) sobre los respiratorios, prácticamente nulos (rinorrea, hiperemia faríngea), que en esta época de la lactan-

TABLA I. CASOS Y TASAS DE INCIDENCIA (\*) POR TUBERCULOSIS EN LAS NUEVE PROVINCIAS DE CASTILLA Y LEON (1983 a 1987)

	1983		1984		1985	1986		1987		
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Avila	44	24,58	31	16,47	30	15,98	33	19,36	26	15,47
Burgos	159	43,74	160	43,46	122	33,00	95	26,05	131	35,89
León	130	25,09	173	32,10	161	29,67	153	30,35	179	35,75
Palencia	98	52,54	80	41,52	62	32,0	98	53,85	94	52,00
Salamanca	57	15,48	100	26,89	84	22,49	74	20,77	74	20,86
Segovia	29	19,42	10	6,55	16	10,45	14	9,78	21	14,79
Soria	4	4,04	5	4,94	27	26,70	10	10,76	14	15,30
Valladolid	285	58,20	419	84,14	328	65,63	353	67,58	297	56,06
Zamora	6	2,67	7	3,03	27	11,57	34	15,92	33	15,68

(\*) Por cien mil habitantes.

cia pueden ser más floridos en la tuberculosis pulmonar (tos intensa, taquipnea, tiraje...). Esta forma de presentación clínica retrasó el diagnóstico hasta la aparición de la hemoptisis como dato semiológico de afectación de las vías respiratorias bajas.

La presencia de hemoptisis en la infancia es rara e infrecuente, siendo un síntoma alarmante. Supone dos problemas diagnósticos: el de definir si la sangre que sale por la boca procede del árbol respiratorio (hemoptisis) o de las partes altas del aparato digestivo (hematemesis) y determinar el lugar y la naturaleza de la lesión que la causa.

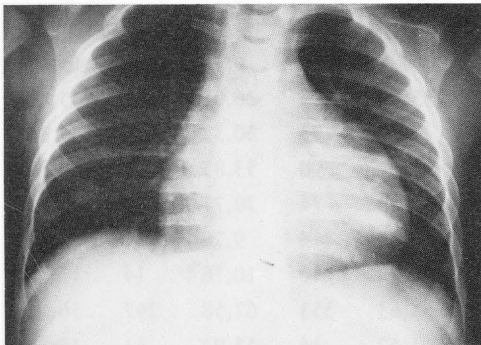
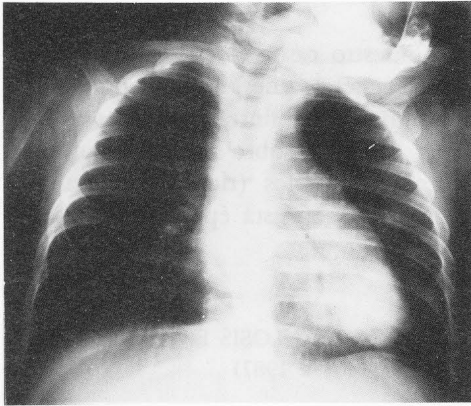
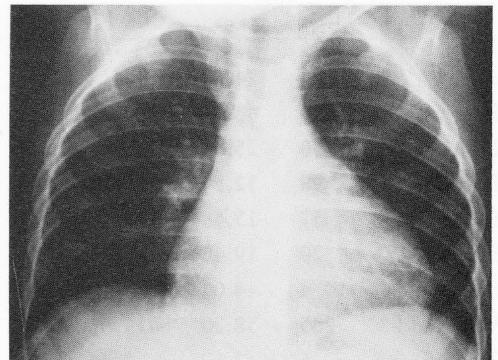
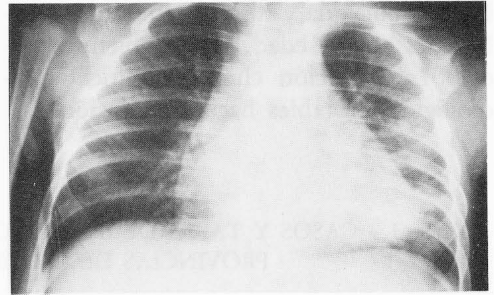


FIG. 1. Rx. de tórax realizada después del episodio hemoptoico, apreciándose condensación neumónica en base izquierda

En el diagnóstico diferencial es frecuente la confusión, entre la hemoptisis y la hematemesis, sobre todo cuando el médico no presencia el accidente. La hemoptisis va precedida de cosquilleo laríngeo y se expulsa con tos, no existen náuseas y la sangre es espumosa —si procede del pulmón— o va acompañada de moco si es de origen bronquial. En la hematemesis la sangre se expulsa con vómitos y va precedida de náuseas, aparece mezclada con contenido gástrico, es rojoscuro o negra, coagulada o desmenuzada como posos de café, no es espumosa.

Además, a veces hay que diferenciar las hemoptisis de pequeñas hemorragias bucales que a veces se expulsan con tos y otras con vómito en forma de hemosiale-



FIGS. 2, 3, 4. Evolución radiológica de la neumonía tuberculosa a los 3, 5 y 8 meses del tratamiento específico

mesis o nasofaríngeas, epistaxis tragadas. Un interrogatorio hábil y la exploración de éstas regiones suelen deshacer el error (6).

Dada la situación de peligro de vida que puede ocurrir por culpa de una hemorragia pulmonar, los pacientes que sufren hemoptisis deben ser explorados rápidamente, ya que el primer tratamiento consiste en combatir la enfermedad que provoca la hemorragia (7, 8).

En la fase aguda de la hemoptisis son necesarias: una radiografía torácica; valoración del % de hemoglobina, número de leucocitos; análisis de diferenciación; prueba de coagulación y un análisis general de orina. Asimismo pueden dar información sobre el lugar de la hemorragia una broncoscopia y una angiografía.

En nuestro caso, el examen radiológico del tórax, demostró una imagen de con-

densación homogénea, densa, bien definida en base pulmonar izquierda, sospechosa de tuberculosa, pero difícil de diferenciar de una neumonía inespecífica. Este dato y los exámenes complementarios siguientes: hemograma, VSG y reacción de Mantoux positivos junto a la clínica inespecífica y el episodio hemoptoico nos hizo sospechar la etiología tuberculosa de este cuadro (9). La evolución radiológica de la lesión neumónica, de una forma lenta, aproximadamente unos 6 a 8 meses (Figs. 2-4), con resolución de la imagen desde la periferia hacia el hilio la buena evolución clínica, por delante de la radiológica, bajo el régimen terapéutico con Isoniazida (8 mg./Kg./día) y Rifampicina (10 mg./Kg./día), nos confirmaban la sospecha clínica de Tuberculosis pulmonar primaria progresiva (10).

#### BIBLIOGRAFIA

1. VAN AALDEREN, W. M. C.; TEMMERMAN, A. M.: *Hemoptysis in children: an alarming symptom*. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1986; 130: 569-71.
2. TURCIOS, N. L.; VEGA, M.: *The child with hemoptysis*. Hosp. Pract. Off. 1987; 22: 214-218.
3. FIRTH, J. R.; MC GEADY, S. J.; SMITH, D. S.; MANSMANN, H. C.: *Pulmonary hemorrhage and massive hemoptysis*. En Kending, El y Chernick, V. (eds.): «Disorders of the respiratory tract in children», 4.ª ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1983; 923-932.
4. COMITÉ DE EXPERTOS EN TUBERCULOSIS DE CASTILLA Y LEÓN: *Programa de prevención de la tuberculosis*. Consejería de Cultura y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. 1988; 7-13.
5. BLANCO QUIRÓS, A.: *Tuberculosis*. En Pediatría, M. Hernández. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1987; 921-932.
6. MARAÑÓN, G. y BALCELLS, A.: *Manual de Diagnóstico Etiológico*. Espasa-Calpe, S.A. 1984; 957-961.
7. DAVIS, C. E.; CARPENTER, J. L.; MCALLISTER, C. K. et al.: *Tuberculosis; Cause of Death in Antibiotic Era*. Chest. 1985; 88: 726-729.
8. GARCÍA HERRERA, E. y KATZ AVRUSTKI, F.: *La hemoptisis en el niño tuberculoso*. Estudio de revisión. Rev. Esp. Tuber. 1965; 34: 283-90.
9. XVI CONGRESO ESPAÑOL DE PEDIATRÍA. Mesa Redonda: *Tuberculosis infantil*. Madrid, mayo 1985; 177-213.
10. AMODIO, J.; ABRAMSON, S. y BERDON, W.: *Primary pulmonary tuberculosis in infancy. A re-surgent disease in the urban united states*. Pediatr. Radiol., 1986; 16: 185-189.

#### Petición de Separatas:

FRANCISCO JAVIER ÁLVAREZ ZARZUELO  
 Pediatra  
 Centro de Salud «José Aguado»  
 24005 LEÓN