



# HEMOPTISIS, UNA AMENAZA EN LA FIBROSIS QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.



Maria Sofia BERTERREIX BONIS - José Ignacio LUGONES - Alberto A. MARANGONI

Declaramos no tener conflicto de interés.



sofiberterreix@gmail.com  
Córdoba - Argentina.



# PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 16 años, con diagnóstico de Fibrosis Quística (FQ) por screening neonatal. Consulta en Guardia Central por episodios de hemoptisis autolimitados y recurrentes.

Esputo negativo: se descarta TBC. Se realiza Angio-TC de tórax y posteriormente embolización selectiva de Arteria Bronquial Derecha (ABD).

## HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

AngioTC de tórax: nacimiento de la ABD en la pared lateral derecha de la aorta descendente con un calibre de 4,5mm y trayecto flexuoso hacia el hilio pulmonar ipsilateral. También, dilatación de la ABI de 3.3mm. Bronquiectasias y bronquiolo-ectasias con impactos mucosos distales e imágenes en “árbol en brote”.

Extensas áreas de atrapamiento aéreo en espiración (Atenuación “en mosaico”).



# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

TC DE TÓRAX (corte en espiración): áreas de atrapamiento aéreo. (1)



TC DE TÓRAX (ventana pulmonar AR): Bronquiectasias cilíndricas. (2)

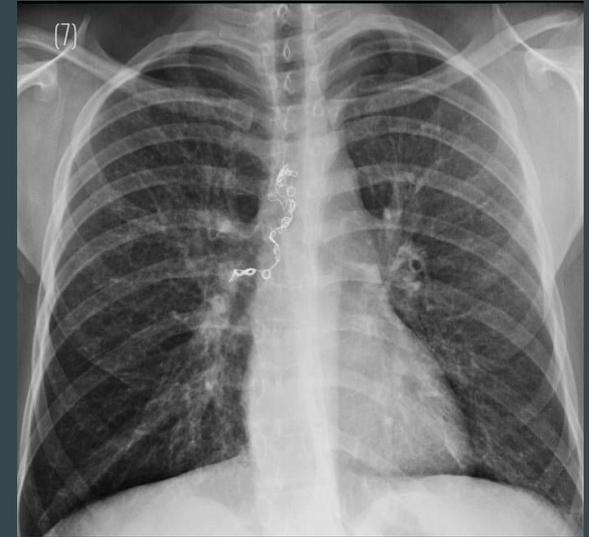
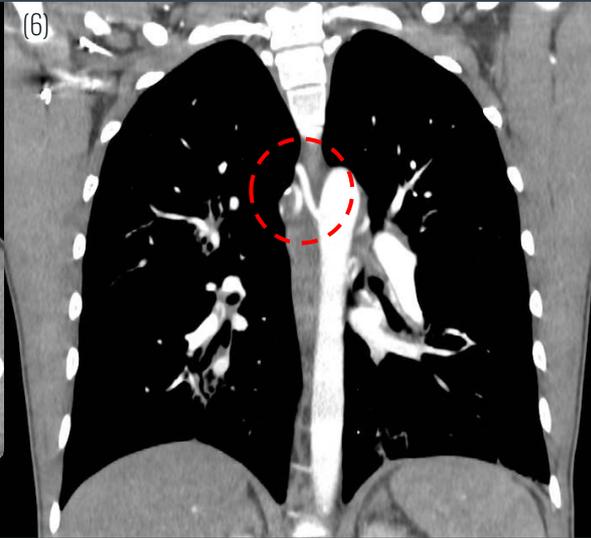
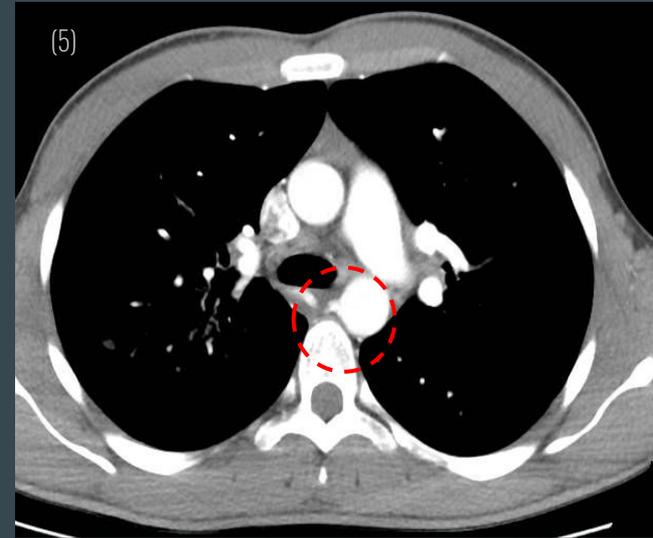


TC DE TÓRAX (ventana pulmonar AR): áreas de "árbol en brote". (3 y 4)





# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Angio- TC de TÓRAX (corte axial y coronal): nacimiento de la ABD en la pared lateral derecha de la aorta descendente y trayecto flexuoso hacia el hilio pulmonar ipsilateral. (Línea punteada roja) (5 y 6)

Rx de Tórax: (Frente): Presencia de material de embolización parahiliar derecho (flecha amarilla).(7)



# DISCUSIÓN

La hemoptisis en paciente con FQ puede darse en episodios masivos que ponen en riesgo la vida del paciente. La causa más común aceptada es la inflamación persistente de la vía aérea asociada a una neovascularización de las arterias bronquiales, responsables del 90% de los episodios de hemoptisis. La AngioTC es una herramienta útil para la valoración de compromiso parenquimatoso y vascular, permite detectar arterias bronquiales ectópicas, arterias sistémicas no bronquiales o pseudoaneurismas pulmonares. Los radiólogos deben conocer los signos radiológicos de hemoptisis indirectos (nódulos centrolobulillares, vidrio deslustrado, consolidación y engrosamiento septal, hipervascularización y engrosamiento pleural) y directos (infecciones, tumores, fístula) para poder orientar el diagnóstico diferencial.

En este paciente se realizó embolización selectiva de la Arteria Bronquial Derecha con colocación de 4 coils, sin complicaciones y sin recurrencia inmediata. Este tratamiento resultó efectivo y no hubo signos de hemorragia en controles posteriores.



# CONCLUSIÓN

La hemoptisis constituye una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con FQ, causada por hipertrofia de las arterias bronquiales en respuesta a lesiones crónicas sobre el parénquima pulmonar con la respectiva erosión y ruptura de las mismas. La Angio-TC estudia la causa, la localización y los posibles vasos implicados en la hemoptisis de forma no invasiva, rápida y precisa, determinando la planificación del tratamiento.

La embolización selectiva de las arterias bronquiales se considera el tratamiento de elección.

# BIBLIOGRAFÍA

- Spinu, Castaner, Gallardo, et al. La tomografía computarizada multidetector en la hemoptisis amenazante. Radiología 2013; 55(6):483-498
- Kaitlin MA, Constantine A, Zak Rajput M, et al. CT for Evaluation of Hemoptysis. RadioGraphics 2021; 41:742–761
- Herrera-García, Sánchez-Pérez, Arroyo-Cabrera, et al. Hemoptisis masiva en fibrosis quística tratada con Amplatzer Plug IV. Neumol Cir Torax 2015; 2:112-117