

Hemoptises no cancro avançado

(Ver também “Hemorragias no cancro avançado” neste blog)

Introdução

Hemoptise é a expectoração de sangue com origem nos pulmões. Pode ir de expectoração raiada ou tingida de sangue a hemoptises maciças. Estas têm sido definidas de modo variável que vai de 200 a 600 mL em 24 horas [1-3]. A discussão diz respeito às causas malignas, mas os doentes podem ter patologias subjacentes que se podem tornar activas. As infecções são, globalmente, a causa mais comum de hemoptises, mas depois dos 40 anos os carcinomas broncogénicos tornam-se a causa predominante [2]. Destes, o que causa mais vezes hemorragias fatais é o espinocelular, embora as hemorragias não fatais ocorram com igual frequência nos diversos tipos histológicos [2]. Os carcinóides são muito vascularizados e produzem também hemoptises com frequência [3]. As hemoptises são a forma de apresentação do cancro do pulmão em 7% a 10% dos doentes [4]. As metástases pulmonares, as neoplasias da traqueia e da laringe, não causam hemoptises com frequência [2,3]. Nas doenças malignas hematológicas as hemoptises podem ter uma variedade de causas: trombocitopenia, alterações da coagulação, invasão vascular, trombozes, infecções, enfarte hemorrágico secundário a infecções fúngicas invasivas, hemorragia alveolar idiopática [2,3]. Outra causa importante nos doentes com cancro é a embolia pulmonar. As hemoptises podem dever-se também aos tratamentos antineoplásicos como radioterapia, imunoterapia, como bevacizumab ou outros fármacos como anti-inflamatórios não esteróides, anticoagulantes ou antidepressivos como a sertralina [5] ou com factores predisponentes para hemorragias como trombocitopenia relacionadas com a doença subjacente ou a quimioterapia [6]. Pode ocorrer em doentes com doença pulmonar crónica ou mesmo sem indicar qualquer patologia. A causa permanece não diagnosticada em até 40% dos doentes [1].

Diagnóstico diferencial

O sangue que é expectorado pode não ter origem nos pulmões, sendo particularmente importante excluir hemorragia do nariz, da nasofaringe ou da orofaringe, em especial em doentes com trombocitopenia ou outras alterações da coagulação. Quando o sangue é vivo não é indicativo da origem, mas quando é escuro vem mais provavelmente dos pulmões [7].

Tratamento

A actuação deve, como sempre, ter em conta o estado do doente e o plano geral de tratamento. Nos doentes que não estão no fim da vida ou quando há incerteza quanto à causa, deve proceder-se a intervenções que visem estabilizar o doente hemodinamicamente e proceder a estudo analítico, incluindo hemograma, estudo da coagulação e eventualmente outros estudos adequados à situação. Nos doentes hipocoagulados deve ponderar-se o risco de mais hemorragias em comparação com o risco de trombose. Nos doentes em fases mais avançadas da doença, as intervenções devem-se adequar às circunstâncias, podendo na fase final limitar-se a sedação.

Partículas ocasionais de sangue com origem nos pulmões não precisam de ser activamente tratados. Se as hemoptises persistem ou se aumentam, pode usar-se o ácido ϵ -aminocapróico, embora não haja ensaios publicados [8]. Quanto ao ácido tranexâmico, uma revisão Cochrane concluiu que as provas são insuficientes para julgar se deve ser usado para tratar as hemoptises, embora haja provas limitadas que sugerem que pode reduzir a duração da hemorragia [8]. Estes agentes funcionam reduzindo o sangramento dos capilares, não se devendo esperar que melhore as hemorragias venosas ou arteriais. Para detalhes sobre o uso dos agentes hemostáticos ver “Hemorragias no cancro avançado” neste blog.

Se os agentes hemostáticos não actuarem em alguns dias, devem considerar-se outras hipóteses. Dependendo do estado e dos desejos dos doentes, deve considerar-se a radioterapia,

com uma taxa de respostas de 80% a 97% em 24 a 48 horas [6], independentemente do tipo histológico. Têm sido utilizados vários regimes, como uma dose de 10 Gy ou 17 Gy em 2 fracções com uma semana de intervalo (8,5 Gy por fracção), 20 Gy em 5 fracções e 30 a 39 Gy em 10 a 13 fracções [6,7]. Não há dados que indiquem que os regimes mais prolongados sejam mais eficazes do que os mais curtos, pelo que se devem preferir estes. Deve considerar-se também o conforto do doente, porque a necessidade de estar deitado na mesa para o planeamento e o tratamento pode ser desconfortável [6]. As radiações ou o laser endobrônquicos podem ser eficazes, em especial este último que pode ser repetido se houver episódios recorrentes [7].

As hemoptises maciças são uma emergência em cuidados paliativos, mas as intervenções salvadoras da vida raramente estão indicadas. As hemoptises mesmo quando maciças, raramente são causa de morte. O principal risco não é a perda de sangue com choque, mas a asfixia pelo sangue. Se a sobrevivência esperada for de alguns meses, num doente com bom estado de nutrição e de *performance*, pode-se justificar intubação para protecção das vias aéreas, desde que o doente o deseje. Nesse caso, o tratamento pode prosseguir com intervenções broncoscópicas, angiografia com embolização ou radioterapia [6]. A broncoscopia pode permitir a visualização das vias aéreas e da origem da hemorragia, a aspiração de sangue e coágulos e intervenções como o controlo temporário da hemorragia com tamponamento com balão, lavagem com soro fisiológico gelado, coagulação com laser, electrocauterização ou coagulação com árgon plasma, dependendo dos recursos disponíveis e do treino dos profissionais em cada centro. A angiografia da artéria brônquica com embolização pode ser apropriada para lesões que não estão acessíveis à broncoscopia; é muito importante evitar a embolização da artéria espinal porque pode resultar em lesão medular [6]

Pode ser conveniente administrar uma benzodiazepina como o midazolam ou o diazepam por injecção IV lenta, com o objectivo de reduzir a consciência e o medo, sem necessariamente

deixar o doente inconsciente. Se não houver uma via IV disponível, como geralmente ocorre nos cuidados paliativos, a morfina e o midazolam podem ser administrados por injeção IM profunda (neste caso a via SC pode não ser conveniente porque a hipoperfusão periférica pode tornar a absorção mais lenta) e o diazepam por via rectal. Se for conhecido o lado da hemorragia, deve manter-se o doente com esse lado para baixo para proteger o outro pulmão. A hemorragia pode parar temporariamente por hipotensão, mas com a recuperação pode reaparecer, pelo que o doente não deve ser deixado só. Se o doente sobrevive, deve iniciar-se uma infusão contínua de midazolam para manter uma sedação suave. Todos os sinais de sangue devem ser cobertos com toalhas ou lençóis coloridos, porque a visão de sangue pode produzir ou aumentar o pânico.

Referências

1. Ahmedzai S. Palliation of respiratory symptoms. In Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 2ª ed, 1998:584-616.
2. Spain RC, Whittlesey D. Respiratory emergencies in patients with cancer. *Semin Oncol* 1989;16:471-489.
3. Lipchik RJ. Hemoptysis. in Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE eds. Principles and practice of supportive oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers 1998:309-314.
4. Kvale PA, Simoff M, Prakash UBS. Palliative Care. *Chest* 2003;123:284S-311S.
5. Halperin D, Reber G. Influence of antidepressants on hemostasis. *Dialogues Clin Neurosci*. 2007;9:47-59.
6. Johnstone C, Rich SE. Bleeding in cancer patients and its treatment: a review. *Ann Palliat Med* 2018;7:265-273.
7. Twycross R. Haematological symptoms. In Twycross R ed. Symptom Management in Advanced Cancer. Oxon: Radcliffe Medical Press 1997: 222-245.

8. Prutsky G, Domecq JP, Salazar CA, Accinelli R. Antifibrinolytic therapy to reduce haemoptysis from any cause. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11.
Art. No.: CD008711.