

Un caso pediátrico de hemolacria

A pediatric case of haemolacria

José Acosta Torres, Araiz Consuegra Otero, Carlos Rivera Keeling, Osvaldo Rodríguez Gómez

Servicio de Miscelánea. Hospital Docente Pediátrico del Cerro. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la presencia de lágrimas con sangre -o hemolacria- es un hecho infrecuente en la práctica clínica, y ha sido denominada con distintas acepciones en la literatura médica. Las causas que originan este signo son múltiples, y comprenden desde trastornos locales en el globo ocular, hasta enfermedades sistémicas, además de las provocadas en forma artificial y en otras. En ocasiones su etiología no se ha podido demostrar.

Presentación del caso: adolescente, mestiza, de 16 años de edad que fue remitida al Hospital Docente Pediátrico del Cerro por el policlínico de su área de salud, porque presentó lágrimas con sangre con epistaxis acompañada de cefaleas y calambres en extremidades inferiores, además de referir un síndrome de inmunodeficiencia adquirida desde los 13 años. Durante su estadía hospitalaria se constató en dos ocasiones hemolacria con epistaxis. Los exámenes complementarios realizados para diagnosticar algún trastorno de la coagulación, enfermedad local o sistémica no transmisible, resultaron normales. Se indicó tratamiento con antirretrovirales para su afección de base. Se explicó la posible fisiopatología de este fenómeno.

Conclusiones: la causa de esta entidad en la presente comunicación queda por precisar, y es el primer caso pediátrico reportado en Cuba.

Palabras clave: lágrimas de sangre; hemolacria; *lágrima cruentae*; SIDA, epistaxis.

ABSTRACT

Introduction: the presence of tears with blood -or haemolacria- is an uncommon event in clinical practice which has been defined in several different manners in medical literature. The causes giving rise to this sign are many, ranging from local disorders in the eyeball to systemic diseases, alongside those brought about by artificial agents and others. On occasion it has not been possible to determine its etiology.

Case presentation: a mulatto 16-year-old female adolescent was referred by the polyclinic in her health area to the Pediatric University Hospital in the municipality of Cerro with bloody tears and epistaxis accompanied by headaches and cramp in her lower limbs. The patient stated she had suffered from an acquired immunodeficiency syndrome since the age of 13. During her stay in hospital two episodes of haemolacria with epistaxis could be observed. The complementary tests performed to diagnose some other coagulation disorder, local condition or non-communicable systemic disease were all normal. Treatment with antiretrovirals was indicated for her underlying disease. The possible physiopathology of the phenomenon was explained.

Conclusions: the cause of the condition discussed in the present communication is still to be determined. This is the first pediatric case of haemolacria reported in Cuba.

Key words: bloody tears; haemolacria; *lagrima cruentae*; AIDS; epistaxis.

INTRODUCCIÓN

La presencia de sangre mezclada con lágrimas en la cuenca lagrimal es un hecho infrecuente en la práctica clínica. Su aparición ha sido denominada con distintas acepciones en el lenguaje médico, y aparecen en la literatura términos como hemolacria,¹ haemolacria,² *lagrima cruentae*,³ *bloodyepiphora*,^{4,5} lágrimas de sangre,⁶ entre otros.

Las primeras descripciones en la bibliografía científica, según *Marube*,⁷ se deben a *Aecio de Amida*, facultativo y escritor bizantino, quien en el siglo VI menciona la presencia de lágrimas de sangre en un lactante durante la dentición. Posteriormente, en el siglo XIII, los soldados que invadieron Constantinopla durante la cuarta cruzada (1204), mostraron apariencia de hemolacria, unido a la depauperación, lo cual posiblemente se originó por alguna infección ocular epidémica padecida entonces.⁷

En 1541 *Antonio Muso Brassavola* (1500-1554), citado por *Marube*,⁷ físico, botánico y primer médico en realizar la traqueotomía, refiere el suceso de una monja con una menstruación vicariante, caracterizada por sangrado ocular y ótico en forma periódica, en vez de expulsión del menstruo por el útero. En época posterior, *Rembert Dodoens*,⁷ galeno y botánico flamenco (1517-1585), describe un caso parecido en una adolescente de 16 años que descarga el flujo menstrual en forma de gotas de sangre por los ojos. En el siglo XIX son reportadas 31 comunicaciones de este signo.⁷

En época más reciente, uno de los eventos más famosos en el siglo XX fue el de *Teresa Neumann* (1898-1962),⁸ una mujer alemana que, a los 28 años además de la hemolacria, presenta inedia (del latín *in* [no], y *edo* [comer]), fenómeno relatado en algunas personas, que durante un tiempo mayor al esperado (más de 15 días), se mantienen sin tomar alimentos líquidos o sólidos. También narran heridas en la cabeza, manos y pies, sin que existiese alguna explicación científica al respecto.

En Cuba *Wainshtok*⁹ describe una mujer de 44 años, blanca, ingresada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez", por síndrome febril agudo y hematuria, la cual exhibe, además, la salida de lágrimas con sangre muy fluida, por el ángulo externo del ojo izquierdo. Se concluye que padece de un síndrome de Gardner-Diamond, entidad causada por una auto sensibilización por eritrocitos autólogos.^{9,10}

Las causas que originan la presencia de lágrimas con sangre son múltiples,⁷ como se puede apreciar en el cuadro, las mismas transitan desde trastornos locales en el globo ocular, hasta enfermedades sistémicas y de génesis ficticia, entre las que se encuentra el síndrome de Munchausen,¹¹ u otras en las cuales su etiología no se ha podido demostrar. Se describe también asociada a sudor con sangre o hematidrosis.¹²

El objetivo del presente trabajo es presentar el caso de una paciente adolescente, que presentó en el curso de su enfermedad (VIH-sida), hemolacria y epistaxis, y es el primer reporte pediátrico en Cuba.

Cuadro. Causas etiológicas relacionadas con lágrimas de sangre⁹

Grupos etiológicos	Enfermedades
Enfermedades hemáticas	Hemofilias Anemias Ictericias
Enfermedades vasculares	Hipertensión arterial Vasodilatación Púrpuras Telangiectasias Várices o dilataciones venosas Enfermedad de Roger
Enfermedades inflamatorias	Dacriocistitis Blefaritis <i>Phitiriasis palpebrorum</i> Conjuntivitis Papiloma del saco conjuntival Epiescleritis Rinitis
Medicamentos	Nitrato de plata Acetilcolina

Traumatismo	Traumatismos conjuntivales Epilepsia postraumática Trauma craneal Fracturas huesos nasales Fracturas faciales Lefort-I
Actividad corporal	Actividad física Llanto Tos
Neoplasias	Hemangioma glándulas de Meibomio Hemangioma conjuntival Hemangioma saco lagrimal Linfangioma Melanoma conjuntival Melanoma saco lagrimal
Influencias sicógenas	Emoción y estrés Desequilibrio del sistema neurovegetativo Misticismo
Simulación	-
Causas ignoradas	-

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 16 años de edad, mestiza, que fue remitida por el policlínico de su área de salud por presentar lágrimas con sangre, con epistaxis, acompañadas de cefaleas y calambres en extremidades inferiores, con antecedentes de padecer de un VIH-sida desde los 13 años.

- Antecedentes familiares (AF): padre con adicción al alcohol.
- Antecedentes personales (AP): VIH-sida desde los 13 años, sin adherencia al tratamiento antirretroviral desde hace 7 meses por causas socio-ambientales. Presenta astenia, anorexia y administración de medicamentos anticonceptivos, por vía parenteral. Manifiesta sangrado por fosas nasales y sacos lagrimales, en forma bilateral, en una ocasión. El flujo menstrual es periódico y de volumen normal.
- Examen físico general: mucosas de color normal, pápulas eritematosas en ambos miembros inferiores, temperatura 36,7 °C, peso/talla (P/T) > 97 percentil. Evaluación nutricional: obesa.
- Examen físico regional: adenopatías cervicales bilaterales pequeñas, no adheridas a planos profundos; y abdomen doloroso a la palpación profunda en ambos hipocondrios. No se palpa visceromegalia, ni se observan lesiones de sangrado en la piel.
- Examen físico por sistemas: Respiratorio: frecuencia respiratoria 12 x min, y enrojecimiento de la mucosa nasal. Circulatorio: frecuencia cardíaca 80 latidos x min, tensión arterial 110/70 mm/Hg. La prueba del lazo resultó negativa. Urogenital: leucorrea fétida de color verde.

El examen de las fosas nasales y las estructuras del globo ocular por el otorrinolaringólogo y oftalmólogo no evidenciaron alteraciones estructurales en sus respectivas áreas. La cavidad oral no mostró lesiones sugestivas de infecciones oportunistas como *Candida albicans*, herpes virus o de procesos oncoproliferativos.

La consulta de la paciente y su madre con el psiquiatra puso de manifiesto la poca percepción de riesgo que poseen ambas del peligro que conlleva el padecimiento de su enfermedad de base, así como una evidente disfunción familiar en el ámbito del hogar.

- Exámenes complementarios. Hemograma: hematócrito 043 vol, hemoglobina 12,3 g/dL, leucocitos $9,3 \times 10^9/L$, polimorfonucleares 0,46, linfocitos 0,50, eosinófilos 0,04, velocidad de sedimentación globular (VSG) 15 mm/h, conteo de CD4 32 % (443 células x μL). Estudio de la coagulación: conteo de plaquetas $200 \times 10^9/L$, coagulograma (tiempo de coagulación, 8 minutos), coágulo retráctil, tiempo de sangrado 1 y $\frac{1}{2}$ minutos, tiempo de protombina (control, 14 segundos; paciente, 15 segundos), fibrinógeno normal y dímero 0,05 $\mu g/L$. El test de para-coagulación resultó negativo.

- Hemoquímica: fosfatasa alcalina 210 U/L, creatinina 104 $\mu mol/L$, alaninaaminotransferasa (AL) 95 U/L, aspartatoaminotransferasa (AST) 60 U/L, gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) 33 U/L, glucosa 4,5 mmol/L, colesterol 3,3 mmol/L y triglicéridos 0,4 g/L.

- Parcial de orina: pH6, densidad 1 015, hematíes 50/células, leucocitos 500/células; y urobilinógeno, proteínas, glucosa y nitrito resultaron negativos.

- Radiografía de senos perinatales: normal, y la radiografía de tórax no arrojó alteraciones pleuropulmonares.

- Exámenes microbiológicos: *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) resultó negativo, exudado vaginal fue positivo a *Proteus mirabilis*, el sembrado en medio *Saboreaud* arrojó *Cándida albicans*, la reacción en cadena de polimerasa (PCR) para herpes virus en sangre y orina (citomegalovirus [CMV], virus de Epstein Barr [EBV], herpes virus 6 [HV6] y virus varicela zoster [VVZ]) resultó negativa. Igualmente, resultaron negativos, el antígeno de superficie hepatitis C, la inmunofluorescencia indirecta para toxoplasma (IFI) y el hemocultivo. La carga viral para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) arrojó 16 000 copias/mL.

- Tratamiento: cotrimoxazol, fluconazol, ácido tranexámico, vitamina K, plasma rico en plaquetas.

Durante el primer y segundo día siguiente a su ingreso, en dos ocasiones, presentó evidente sangrado lagrimal por ambos ojos (*figura*) y epistaxis abundante, por lo que se indicó ácido tranexámico, potente medicamento antifibrinolítico, cuyo efecto terapéutico se traduce en detener la hemorragia mediante la estabilización del coágulo sanguíneo a nivel del vaso sangrante,¹³ lo cual logró yugular las manifestaciones descritas, sin que se repitieran.



Fig. Se puede observar la presencia de lágrimas con sangre en forma bilateral.

La paciente se mantuvo afebril durante su estancia en sala, y recibió como terapéutica para la infección por el VIH medicamentos antirretrovirales (tenofovir, lamivudina y kaletra). Se asociaron además otras sustancias orientadas en el protocolo para esta afección, como cotrimoxasol, por la posibilidad de infección por *Pneumocystis jiroveci* y *Toxoplasma gondii*; fluconazol, para la fungusis acompañante en el exudado vaginal y otras micosis oportunistas; así como aciclovir, en dosis profilácticas, para las infecciones por herpes virus. Fue dada de alta a los 20 días con seguimiento de su entidad por el área de salud correspondiente.

DISCUSIÓN

En el presente caso el sangrado lacrimal ocurre en una paciente con el VIH-sida, e historia de presentar dicho episodio con epistaxis 7 meses atrás, que cedió en forma espontánea. Reaparece de nuevo, lo cual constituye el motivo de internamiento, y evidenciada en dos ocasiones durante la evolución en sala. No se reúnen antecedentes de sangrado espontáneo por otros órganos o sistemas.

Varias son las causas en las que se reporta la presencia de lágrimas con sangre, entre ellas, las referidas a las afecciones de las estructuras del globo ocular o zonas adyacentes. Predominan en este grupo los traumas, las lesiones de la córnea, la conjuntiva o las glándulas lagrimales,¹⁴ y se destacan el angioreticuloma, las várices y los pólipos del saco lagrimal;^{3,4,15} como también el carcinoma de células transicionales,⁵ chalazion¹⁶ o acompañando a una celulitis orbitaria,² además de situaciones inducidas por el propio paciente.^{11,17} En el presente caso el examen psiquiátrico, oftalmológico y del otorrinolaringólogo, no muestran algún indicio que hiciera plantear estas posibilidades.

Algunas enfermedades sistémicas se informan como génesis de esta situación, como el morbo de Rendú-Osler,¹⁸ la patema de Shönlein- Henoch,¹⁶ la amiloidosis,¹⁹ la leucemia mieloide aguda;²⁰ y ciertos trastornos de la coagulación, por ejemplo, el déficit congénito del Factor VII,²¹ así como otras entidades representadas por el síndrome de Gardner-Diamont solo, o unido al lupus eritematoso sistémico.^{9,10}

También este raro signo se asocia a la diabetes, la hiperlipidemia y la insuficiencia renal,¹ afecciones descartadas en el caso que nos ocupa, por no mostrar antecedentes y elementos clínicos que hicieran sospechar estas entidades, avalado también por el resultado de los exámenes complementarios.

En relación con las alteraciones oftalmológicas que se reportan en pacientes con sida, según literatura revisada, no se informa hemolacria como expresión de esta entidad.²² Los síntomas de la cefalea asociada a los calambres en las extremidades inferiores, son expresión clínica del VIH-sida. Este síndrome, si bien no ha generado en la enferma alguna infección oportunista grave, en época actual de acuerdo con la pesquisa microbiológica realizada, sí muestra elementos de actividad según el resultado de la carga viral, lo cual puede originar múltiples manifestaciones sistémicas en el curso de la dolencia.

Los autores opinan que la no adhesión a la terapéutica es debido a la escasa percepción de riesgo por parte de los tutores y de la paciente, esta última por su inmadurez psicológica.²³ A ello se suma la poca vigilancia del equipo básico del área de salud sobre la familia, a pesar del programa nacional establecido por el Ministerio de Salud Pública, para el control y tratamiento de esta entidad con medicamentos gratuitos.

En el caso que se describe, existe la posibilidad de que la hemolacria pudiera ser consecuencia de una epistaxis originada en la región anterior de las fosas nasales en el plexo de Kiesselbach (área de Little). La circulación colateral de esta zona está dada por ramas terminales de las arterias carótidas interna y externa, y es, en particular, susceptible de presentar sequedad de su mucosa y al trauma digital, lo cual predispone a un sangrado fácil.²⁴

Las lágrimas con sangre se generarían basadas en la conexión anatómica existente entre la estructural nasal y el canal lagrimal, al ocasionar un aumento de la presión dentro de la fosa nasal durante epistaxis, mientras se evacúa la nariz, o al taponear esta para producir hemostasia. Ello puede causar una circulación retrógrada de sangre a través del sistema, y resultar la aparición del signo.²⁵ Aún queda por dilucidar por qué esta situación no se presenta en otros pacientes con sangrado nasal, esto último relativamente frecuente en Pediatría.

Se informa de un caso de una adolescente de 16 años, enferma con VIH-sida, la cual presenta en dos ocasiones epistaxis con lágrimas ensangrentadas (hemolacria), sin que se pueda precisar la etiología de este raro trastorno, que origina grandes interrogantes en el personal médico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dillivan KM. Hemolacria in a patient with severe systemic diseases. *Optom Vis Sci.* 2013;90(6):161-6.
2. Oyenusi E, Ananti C. Haemolacria (bloody tears): A perplexing symptom: A report of two cases. *Nigerian Journal of Paediatrics.* 2015;42(1):68-70.
3. Galvez Montes J, Casado Corzo JP. Angioma del saco lagrimal. Acerca de un caso de lágrimas de sangre. *Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana.* 1953;13(2):174-8.
4. Lee H, Herreid PA, Sires BS. Bloody Epiphora Secondary to a Lacrimal Sac Varix. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery.* 2013;29(5):135-7.
5. Azari A, Mozhgan R, Kanavi M, Saïpe N, Lee V, Lucarelli M, et al. Transitional Cell Carcinoma of the Lacrimal Sac Presenting with Bloody Tears. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131(5):689-90.
6. Ullah A, Badshah M, Jamil U. An unusual case of bloody tears. *Ann Indian Acad Neurol.* 2015;18(3):351-2.
7. Murube J. Bloody tears: historical review and report of a new case. *The Ocular Surface.* 2011;9(3):117-25.
8. Reimann HA. Therese Neumann. *JAMA.* 1963;183(11):975-6.
9. Wainshtok Tomas D, Alfonso Alfonso E, Carnot Pereira J, Orozco Niebla J, Regalado Soto E, Valdés Izquierdo L. Síndrome de Gardner-Diamond: Presentación de un caso. *Rev Cubana Hematología Inmunología y Hemoterapia.* 2009;25(3):77-84.
10. Acuña Aguilarte F, Serra Valdés M, Garcell Cuenca A. Síndrome de Gardner-Diamond en paciente portadora de lupus eritematoso sistémico. *Rev Cubana Reumatología.* 2013;15(1):52-6.
11. Mansour F, Karadsheh M. Bloody Tears: A Rare Presentation of Munchausen Syndrome Case Report and Review. *J Family Med Prim Care.* 2015;4(1):132-4.
12. Praveen BK, Vincent J. Hematidrosis and hemolacria: a case report. *Indian J Pediatr.* 2012;79(1):109-11.
13. González Sosa G, Larrea Fabra ME, Falcón Córdova K, Pulido Barriento O, Milán Valdés D. Uso del ácido tranexámico como variante terapéutica en pacientes con sangrado digestivo alto no variceal. *Rev Cubana Cir.* 2015;54(1):34-42.
14. Karslioglu S, Simsek I, Müslime Akbaba M. A case of recurrent bloodytears. *Clin Ophthalmol.* 2011;5:1067-9.
15. Demir HD, Aydin E, Koseoglu RD. A lacrimal sac mass with bloody discharge. *Orbit.* 2012;31(3):179-80.
16. Iovieno A, Coassin M, Piana S, De Luca M, Giunta P, Fontana L. A case of unilateral hemolacria. *International Ophthalmology.* 2016;36(2):273-4.

17. Awan S, Kazmi HS, Awan AA. An unusual case of bloody tears. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2006;18(1):68-9.
18. Pizzamiglio Martín C, Gil Carzoela R, Guzmán Blázquez J. Ophthalmologic diagnosis of hereditary hemorrhagic telangiectasia or Rendu-Osler-Weber disease. Arch Soc Esp Oftalmol. 2008;83(6):381-4.
19. Eneh AA, Farmer J, Kratky V. Primary localized orbital amyloid: case report and literature review; 2004-2015. Canadian Journal of Ophthalmology. 2016;71(4):131-6.
20. Swinnen S, van Heerden J, Uyttebroeck A, Boeckx N, Op de Beeck K, Casteels I. A child with bilateral proptosis: a sign of acute myeloid leukemia? J Pediatr Hematol Oncol. 2012;34(1):35-7.
21. Slem G, Kumi M. Bloody tears due to congenital factor VII deficiency. Ann Ophthalmol. 1978;10(5):593-4.
22. Vejerano Duany A, Iraola Valdés N. Protocolo como tecnología social para la atención a pacientes con oftalmopatías por VIH/sida. Humanidades Médicas. 2016;16:144-60.
23. Castro M, González I, Pérez J. Factores relacionados con la adhesión a la terapia antirretroviral en niños y adolescentes con VIH/SIDA en Cuba. Medicc Review [serie en Internet]. 2015 [citado 20 de julio de 2016];17(1). Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=es&id=531>
24. Naser GA, Aedo BC. Epistaxis: diagnóstico y alternativas terapéuticas actuales. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2007;18(3):227-38.
25. Wiese MF. Bloody tears, and more! An unusual case of epistaxis. Br J Ophthalmol. 2003;87(8):1051.

Recibido: 1º de noviembre de 2016.

Aprobado: 29 de enero de 2017.

José Acosta Torres. Servicio de Miscelánea. Hospital Docente Pediátrico del Cerro. Calzada del Cerro # 2 002, municipio Cerro. La Habana, Cuba. Correo electrónico: vulcano@infomed.sld.cu