

Hemoptisis de causa extremadamente rara

Hemoptisys of extremely rare etiology

Dr. Angel Hernández Díaz; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Carmen Guerra Rodríguez; Dra. Margarita Pila Peláez

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente con hemoptisis por hirudiniasis (sanguijuela) durante nuestra labor como médico internacionalista en África. Se destacaron las características, forma de adquisición, clínica y tratamiento. Alertamos que, aunque rara esta entidad, puede ser vista por nuestros médicos en los países africanos.

DeCS: HEMOPTISIS/etiología.

ABSTRACT

A patient with hemoptysis for hirudiniasis during ocea medical international list coporation in Africa was presented. Characteristics adquisition way, clinics and treatment were stressed. We pointed out that, eventhough it is a rare entity, it may be seen by our doctors in African countries.

DeCS: HEMOPTYSIS/etiolophy.

INTRODUCCIÓN

Las sanguijuelas de importancia médica son gusanos anélidos que chupan sangre. Tienen una ventosa ventral anterior o posterior. La primera incluye dientes que cortan a través de la piel después de fijada la sanguijuela. Se alimentan en el transcurso de media hora o más.

La hirudiniasis humana es el resultado de la infestación por hirudinea (sanguijuelas) adheridas a la piel o, más rara vez, a la superficie interna de las mucosas.¹

El objetivo de este trabajo es la comunicación de un paciente con una hemoptisis producida por sanguijuela, manifestación extremadamente rara por infestación de este parásito, observada durante nuestro trabajo internacionalista en África, y con el que pretendemos alertar a todos nuestros trabajadores de la salud que brindan su ayuda en este campo en diferentes países de ese continente.

Presentación del caso:

Paciente de 58 años de edad, masculino, blanco, trabajador agrícola, fumador de tres cajetillas de cigarros diarias. El enfermo es ingresado por hemoptisis después de cuatro a seis meses de evolución, de mediana cuantía, acompañado de disnea sin esfuerzos, tos pertinaz, disfonía y cosquilleo retroesternal. Presenta gran astenia, anorexia marcada y pérdida de 8 a 10 kg en este tiempo. Tiene el antecedente de ingerir agua de ríos, lagunas y charcos y de bañarse en esos sitios.

Examen físico: Paciente con gran afectación del estado general, palidez cutáneomucosa marcada. Talla 168 cm, peso 46 kg.

Aparato respiratorio: F.R. 30, sibilantes diseminados en ambos campos pulmonares. Algunos crepitantes aislados en campo medio del pulmón derecho.

Aparato cardiovascular: Latidos cardíacos rítmicos y golpeados. No soplos, no arritmias. TA: 130/80 mmHg, FC: 92 latidos/min. Resto del examen físico: negativo. Estudio analítico: Hb 7 g/l, leucocitos: 12600×10^{-3} /l, diferencial: normal; eritrosedimentación 95 mm/hora; iones, enzimas, estudio de la función renal y hepática: normales; Glicemia 5 mmol/l. Cituria y Conteo de Addis: normales. Esputos bacteriológicos, citológicos, BAAR, micológicos realizados en tres oportunidades: negativos. Conteo de reticulocitos: normal. Constantes corpusculares: anemia ferropénica, hierro sérico: 7mmol/l. Lámina periférica: anemia severa, leucocitos y plaquetas normales. Radiografía de tórax: reforzamiento de ambos hilos pulmonares más acentuado a nivel del pulmón derecho. ECG: taquicardia sinusal.

Durante los días de ingreso el paciente presenta tos pertinaz, disfonía y pequeñas hemoptisis, hasta el día de hoy que tiene una hemoptisis abundante de sangre roja que parece provenir al examen visual de la orofaringe. Se interconsulta con el Dpto.

de O.R.L. y se localiza alojada en banda ventricular izquierda de la laringe una sanguijuela, que en los primeros momentos se confundía con un hematoma, dado su tamaño de 5 cm aproximadamente y su color rojizo oscuro firmemente adherida y con estrías de sangre a ese nivel, se pulveriza el parásito con clorhidrato de cocaína al 5 % y después de varios minutos se extrajo mediante laringoscopia directa con pinza laríngea. El paciente recibió transfusiones de sangre total (1000 ml) y antibióticos del tipo de Eritromicina y sulfas; posteriormente es egresado totalmente asintomático.

DISCUSIÓN

Las sanguijuelas se encuentran en los lagos, charcos de agua, ríos y bosques tropicales, su tamaño es variable desde unos cuantos milímetros hasta varios centímetros de longitud como ocurrió en nuestro caso.² Las sanguijuelas que se alimentan con mayor frecuencia en el hombre son especies acuáticas (agua dulce) de hirudo, las sanguijuelas medicinales cosmopolitas: *Limnatis*, sanguijuelas nasales que se encuentran desde las Islas Canarias hasta el este de Europa, África y Asia; ésta pudiera ser el tipo encontrado en nuestro paciente, pues la *Dinobdella* y la *Haemaphysa* no se encuentran en África y sí en Asia, Australia y América.¹ Las lesiones producidas por las sanguijuelas con frecuencia pasan inadvertidas, excepto la hemorragia capilar o prolongada causada por un anticoagulante, la hirudina.³ Es común que haya prurito en los sitios de la picada y aunque no se sabe que las sanguijuelas transmiten algún patógeno para el hombre, llegan muchas veces a presentarse infecciones secundarias.⁴ Es posible que se ingieran sanguijuelas acuáticas inmaduras en agua de ríos, lagos o charcos e infesten los aparatos respiratorios y digestivos e invadan boca, nariz, ojos, vagina o el ano en los que tomen baños, o nadadores en esas aguas.⁵ La fijación de sanguijuelas a los conductos nasales pueden dar lugar a epistaxis, su unión a la laringe origina en ocasiones disfonía, disnea, tos y hemoptisis, como se observa en nuestro paciente; y cuando se fijan a la faringe o esófago quizás aparezca disfagia y hematemesis.¹⁻³ Las hemorragias por infestaciones de sanguijuelas llegan a ser tan graves que provocan anemia severa⁴ como fue apreciado en este enfermo.

Las técnicas utilizadas para eliminar sanguijuelas de los aparatos respiratorios y digestivos incluyen el tiramiento constante del parásito con una pinza laríngea o hemostato, previa narcotización del parásito con clorhidrato de cocaína al 5 %, o solución de adrenalina, antes de hacer la exéresis,^{1, 2} como fue realizada por nosotros.

Otros autores, ^{4, 6} cuando la sanguijuela está unida a la piel o la superficie de vías respiratorias o digestivas, la desprenden sosteniéndola con un hemostato y tocando la parte expuesta del gusano con una pequeña "flama" o cáustico como vinagre. La única complicación posible es la infección secundaria, por ello empleamos antibióticos tales como eritromicina y sulfas durante siete días por vía oral. ⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krinsky W. Artrópodos y sanguijuelas. En: Cecil's. Principles of Internal Medicine. T 3. 20th ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 22-50.
2. Drabick J. Pentastomiasis. Rev Infec Dis. 1997;9:1087-96.
3. Bennett I. Hirudiniasis. En: Harrison O. Principios de Medicina Interna. T-2I. 6^{ta} ed. México: McGraw-Hill Inter Americana; 1992. p. 12-36.
4. Mann K. Leeches (Hirudinea): Their Structure. Physiology. Cology and Embriology. Oxford: Permagon Press; 1972.
5. Walton B, Traub R, Newsom H. Efficacy of clothing impregnants M-2066 against terrestrial leeches in North Borneo. Am J Trop Med H y G. 1976;5:190-4.
6. Chin T. A further note on leech infestation of man. J Parasitol. 1979;86:1120-3.

Recibido: 1 de marzo de 2002

Aprobado: 3 de abril de 2002

Dr. Angel Hernández Díaz. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.