

Hemolacria psicógena: a propósito de un caso en paciente pediátrico

Carla Florencia Miranda, Franco Benvenuto, Soledad Guillén, Adriana Fandiño

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 10 de diciembre de 2024.

Aprobado: 25 de enero de 2025.

Autor corresponsal

Dra. Carla Florencia Miranda

Combate de los Pozos 1881

(C1245AAM) Buenos Aires.

+54 911 4221-6247 (interno: 6740)

doc.florenciamiranda@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSNe 1851-2658)

20254; 18(1): e72-e78.

<https://doi.org/10.70313/2718.7446.v18.n1.394>

Conflicto de interés

Ninguno de los autores ni la institución presentan conflicto de intereses.

Resumen

Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de una niña con hemolacria que, luego de haber sido estudiada y haberse descartado orígenes secundarios, se llegó al diagnóstico de causa psicógena postraumática asociado a situaciones de abuso y acoso escolar. Se trata de una paciente de 11 años que consultó en el Hospital de Pediatría Garrahan (Buenos Aires, Argentina) por presentar episodios repetidos de sangrado ocular derecho que aparecían y cedían de manera espontánea. La paciente fue internada para valoración interdisciplinaria. Durante la internación se realizaron valoraciones clínicas de múltiples especialidades y estudios complementarios solicitados por cada una de ellas sin obtener ningún resultado anormal. Tiempo después de su alta y con la ayuda del servicio de salud mental se pudo arribar al diagnóstico de causa psicógena postraumática asociado a situaciones de abuso y *bullying* escolar.

Si bien la hemolacria psicógena es poco conocida y muy poco descrita en la literatura, conocer esta entidad rara nos permite formular diagnóstico en aquellos pacientes donde la valoración clínica es normal pero los episodios de sangrado no mejoran. A su vez, las lágrimas de sangre pueden representar un signo clínico alarmante que advierte sobre situaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente y que pueden ser tratables, como en el caso presentado.

Palabras clave: hemolacria, lágrimas de sangre, estrés postraumático, acoso escolar.

Psychogenic hemolacria: about a case

Abstract

Our objective is to present a clinical case of a girl with hemolacria, who after having been studied and having ruled out secondary causes, was diagnosed as having a post-traumatic psychogenic disorder associated with abuse and school bullying. The patient was 11 years old and consulted at the Hospital de Pediatría Garrahan (Buenos Aires, Argentina) due to repeated episodes of right ocular bleeding which occurred and spontaneously resolved. The patient was admitted for interdisciplinary evaluation. During the hospitalization, clinical evaluations of multiple specialties and complementary studies requested by each of them were performed, without obtaining any abnormal result. Some time after her discharge and with the help of the mental health service, a diagnosis of post-traumatic psychogenic cause associated with school bullying and abuse was reached.

Although psychogenic hemolacria is not well understood and poorly described in the literature, knowledge of this rare entity allows us to make a diagnosis in those patients where the clinical assessment is normal but the bleeding episodes do not improve. At the same time, tears of blood may represent an alarming clinical sign that warns us about life-threatening situations that may be treatable, as occurred in the case presented.

Keywords: hemolacria, blood tears, post-traumatic stress, school bullying.

Hemolacria psicógena: relato de caso em paciente pediátrico

Resumo

Nosso objetivo é apresentar um caso clínico de uma menina com hemolacria que, após estudo e exclusão de origens secundárias, foi diagnosticada com causa psicógena pós-traumática associada a situações de abuso e *bullying* na escola. Trata-se de um paciente de 11 anos que foi consultado no Hospital Pediátrico Garrahan (Buenos Aires, Argentina) devido a episódios repetidos de sangramento ocular direito que surgiram e se resolveram espontaneamente. O paciente foi internado para avaliação interdisciplinar. Durante a internação, foram

realizadas avaliações clínicas por diversas especialidades e exames complementares solicitados por cada uma delas, sem obtenção de resultados anormais. Algum tempo após sua alta e com o auxílio do serviço de saúde mental, foi feito o diagnóstico de causa psicógena pós-traumática associada a situações de abuso e *bullying* escolar.

Embora a hemolacria psicógena seja pouco conhecida e muito raramente descrita na literatura, conhecer esta entidade rara permite formular um diagnóstico naqueles pacientes em que a avaliação clínica é normal, mas os episódios hemorrágicos não melhoram. Por sua vez, as lágrimas de sangue podem representar um sinal clínico alarmante que alerta para situações que podem colocar a vida do paciente em risco e que podem ser tratáveis, como no caso apresentado.

Palavras-chave: hemolacria, lágrimas de sangue, estresse pós-traumático, *bullying*.

Introducción

La hemolacria, también conocida como lágrimas de sangre, es una entidad poco frecuente y poco descrita en la literatura¹. Se puede presentar de manera uni o bilateral y a su vez puede ser idiopática o secundaria. En este último caso puede asociarse con traumatismos, lesiones en la conjuntiva, tumores, alteraciones vasculares de párpados o con enfermedades sistémicas como la endometriosis. La presentación idiopática tiene diagnóstico de exclusión por lo que requiere de un examen completo interdisciplinario del paciente para descartar cualquier otra posible causa que la origine.

Por lo tanto, nuestro objetivo es presentar el caso clínico de una niña con hemolacria que luego de haber sido estudiada y haberse descartado causas secundarias, se llegó al diagnóstico de origen psicógeno postraumático asociado a situaciones de abuso y acoso o “bullying” escolar.

Caso clínico

Se presenta una niña de 11 años con sangrado ocular del ojo derecho (OD) de nueve días de

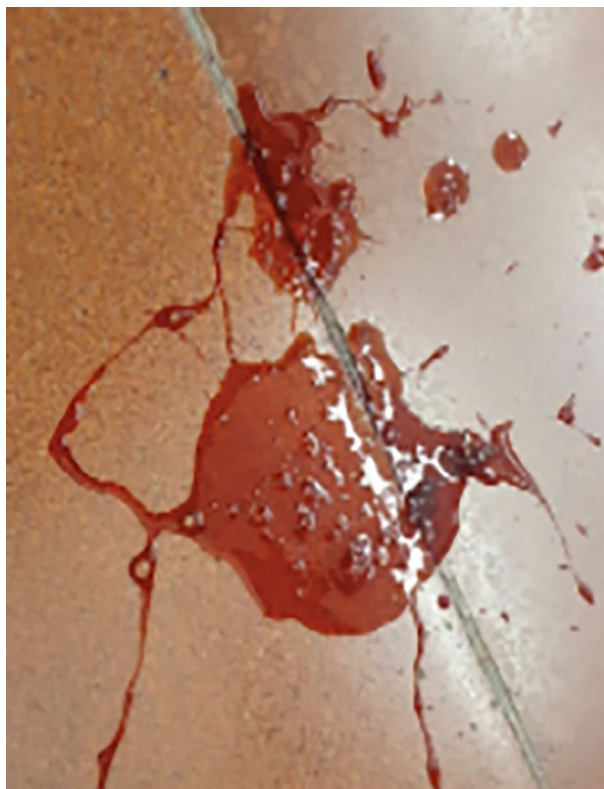


Figura 1. Aspecto externo de la paciente en el momento de la consulta cuando espontáneamente comenzó con el sangrado ocular.

evolución que tenía alrededor de 3 a 4 episodios al día.

Se trata de una paciente previamente sana, que un mes antes del inicio de los sangrados, tuvo una caída por escaleras, motivo por el cual consultaron en la guardia de pediatría. Allí le hicieron control clínico y una radiografía de cráneo que era normal.

Al examen ocular la niña presentó una agudeza visual (AV) de 10/10 en ambos ojos (AO) sin corrección, ortotropía en posición primaria de la mirada, movimientos oculares conservados y test de Ishihara conservado en AO. La biomicroscopía realizada en AO con lámpara de hendidura mostró una conjuntiva bulbar y tarsal sin alteraciones, córnea clara, cámara anterior formada, sin reacción inflamatoria, Seidel negativo, sin alteraciones vasculares, pupilas normorreactivas e isocóricas. Durante la exploración externa no se evidenciaron alteraciones en la piel, no se palparon masas, no se detectó la presencia de edema ni eritema en la zona ni tampoco se palparon adeno-

patías asociadas. Durante la consulta se constató en consultorio el sangrado en el OD (fig. 1). El hecho ocurrió de manera espontánea no asociado a movimientos o Valsalva, ni se asoció con dolor ni ningún otro síntoma. Se observó la presencia de sangre de coloración roja rutilante, profusa, que se derramaba por sobre la mejilla derecha y que se autolimitaba, observándose en el piso mancha con coágulos. No se logró evidenciar el origen del sangrado. La autorrefractometría y el fondo de ojos eran normales en AO.

Ante los hallazgos, se decidió la internación de la paciente para su evaluación interdisciplinaria. Durante toda su internación la niña permaneció siempre en buen estado general y hemodinámicamente estable; pero repitió varios episodios de sangrado ocular y dos episodios de hematemesis que fueron interpretados secundarios al sangrado ocular.

Se solicitó resonancia magnética de cerebro y órbita con cortes finos, axiales y coronales, con y sin contraste endovenoso y una interconsulta

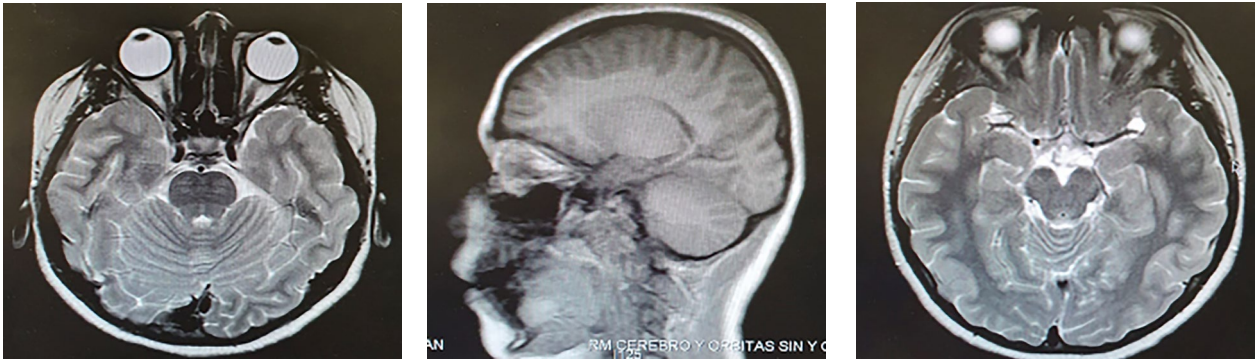


Figura 2. Resonancia magnética de cerebro y órbita con cortes finos, axiales y coronales sin particularidades.

con el servicio de otorrinolaringología. La imagen solicitada fue informada normal sin evidenciarse alteraciones estructurales ni vasculares, sin señales anormales en el parénquima encefálico ni realces anormales con el contraste endovenoso (fig. 2).

El servicio de ORL realizó una endoscopia rinosinusal inmediatamente después de un episodio de sangrado y se descartó la presencia de sangre en la fosa nasal ipsilateral. Le solicitaron una tomografía de macizo facial que informó hipertrofia de la mucosa etmoidal y maxilar del lado izquierdo sin significancia clínica con el cuadro de la niña.

Después de haber sido evaluada también por los servicios de gastroenterología, pediatría clínica, hematología, infectología, ginecología y odontología; y de haberse realizado estudios complementarios solicitados por cada una de estas especialidades obteniéndose resultados normales, se decidió desde el servicio de oftalmología hacer un estudio bajo anestesia general (EBAG) para exploración. Allí se evaluó la vía lagrimal que se mostró permeable, sin evidencia de alteraciones estructurales ni sangrados durante el procedimiento. Se revisaron los fondos de saco: eran normales y no se encontraron alteraciones en la conjuntiva tarsal ni bulbar (fig. 3). Se tomó una pequeña muestra de conjuntiva bulbar de 2 x 2 mm y se envió a anatomía patológica. El resultado informó una conjuntivitis crónica inespecífica.

Luego de un mes y medio de internación y teniendo valoraciones clínicas y estudios complementarios normales, se decidió el alta hospitalaria de la paciente. Durante los controles luego del alta, la niña refirió continuar con sangrados,

llegando a repetirse hasta 16 episodios al día. En consultorio se siguieron constatando estos eventos similares al primero de ellos —ya descrito más arriba— de forma espontánea, sin dolor ni síntomas asociados y sin poder identificarse el origen de la sangre. En un único caso, posterior al sangrado, se constató la presencia de un líquido transparente y espumoso (fig. 4).

Tres meses luego del alta y en controles posteriores, la madre refirió que la niña tuvo un episodio en la casa en el que prendió fuego su ropa, refiriendo que una voz en su cabeza le decía que tenía que lastimar a su familia. Ante esta situación se decidió interconsultar con el servicio de salud mental. Luego de múltiples entrevistas de manera individual y conjunta con la familia, informaron como datos positivos que la niña tenía antecedentes de castigos severos por parte de la familia, incluyendo castigos físicos, situación de abuso en el año 2020 y *bullying* en el colegio sin conducta autolítica. Inició tratamiento médico con risperidona y se le indicó continuar controles con servicio de psicología y psiquiatría infantil.

Con el tiempo, y desde el inicio del tratamiento psico-farmacológico instaurado por salud mental, los episodios de sangrado fueron cediendo lentamente hasta que después de un año dejaron de presentarse.

Discusión

La hemolacria, descrita por primera vez en el año 1581 por Dodonaeus, es un signo clínico

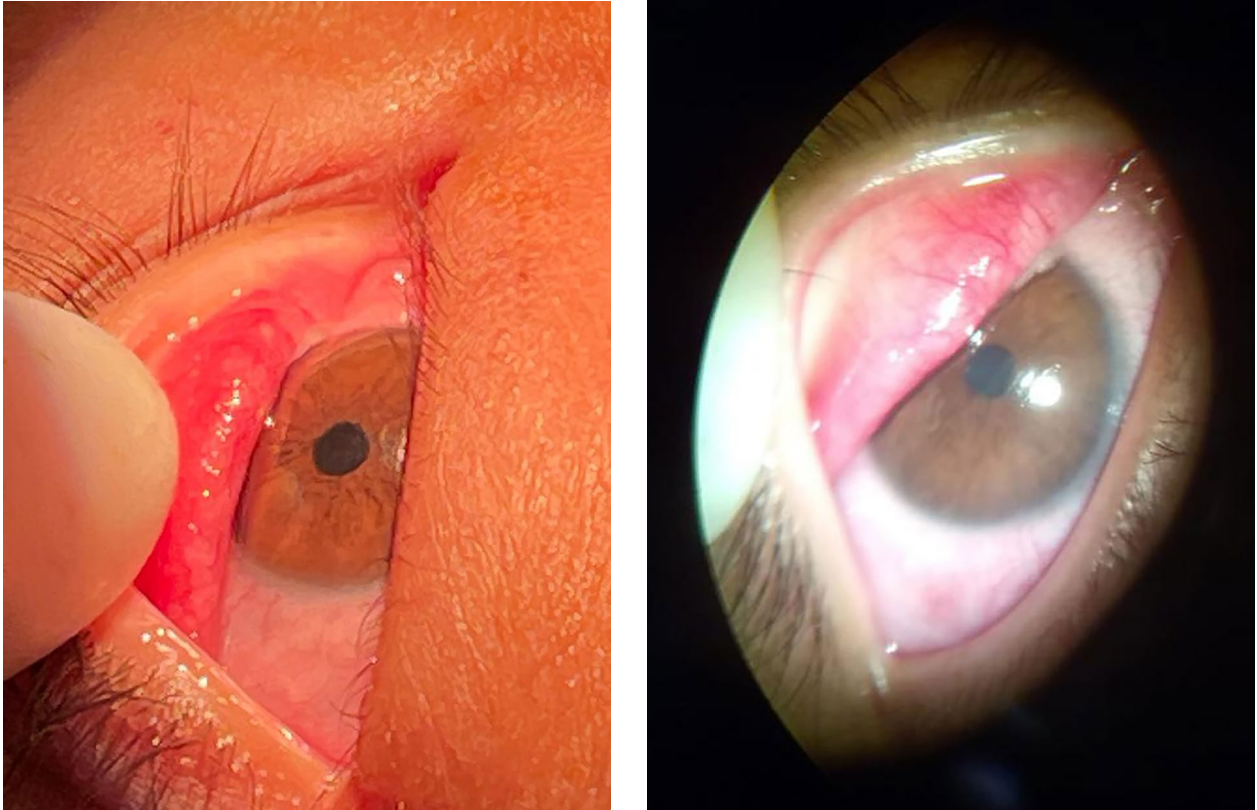


Figura 3. Mediante un estudio bajo anestesia general para exploración se constató que los fondos de saco eran normales y no se encontraron alteraciones en la conjuntiva tarsal ni bulbar.

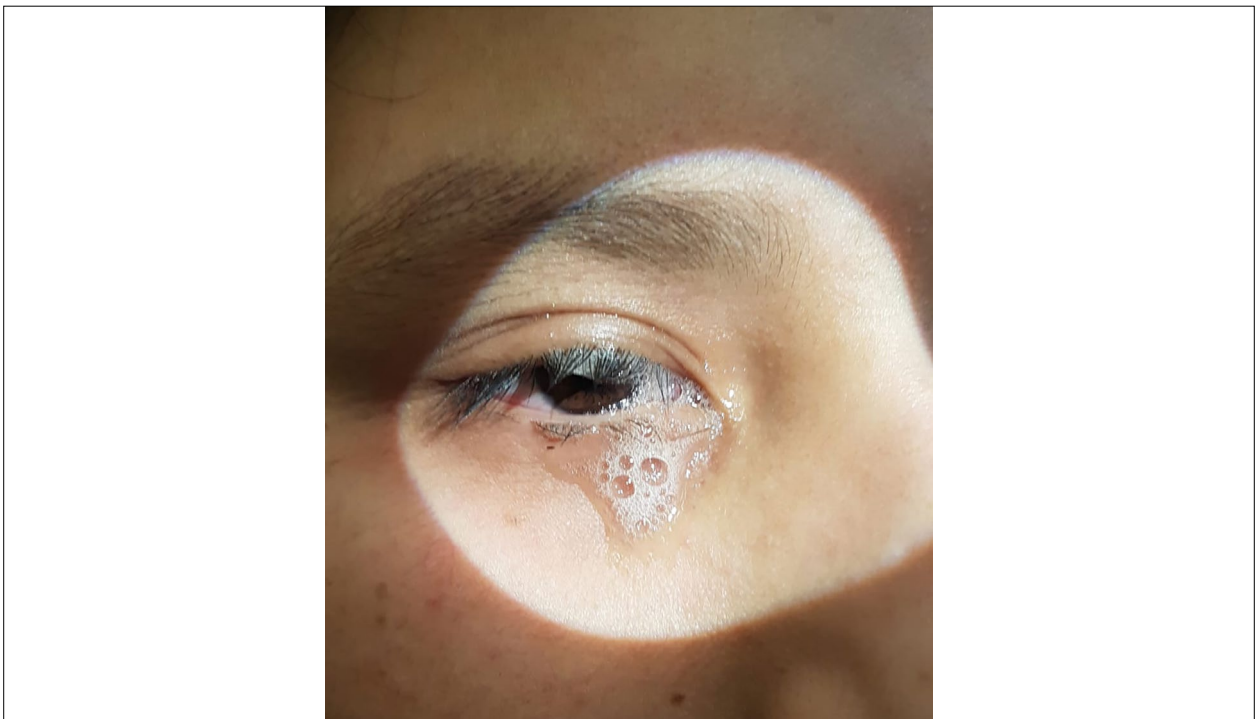


Figura 4. Aspecto externo de la paciente posterior al sangrado. Llama la atención la presencia de líquido transparente y espumoso.

poco frecuente y poco descrito en la literatura¹⁻². Actualmente se reporta un caso por cada millón de habitantes y su predilección hacia un género, raza o edad específicos se desconoce^{3,8}.

Puede ser primaria —también conocida como idiopática—, que es la forma más frecuente de presentación en la población pediátrica, o secundaria^{6-7,9}, en este caso se puede asociar a múltiples causas de las que hasta el presente se han descrito las siguientes: traumáticas (epistaxis retrógrada), tumorales (hemangioma, melanoma), hormonales (endometriosis), por infección o inflamación local (conjuntivitis folicular/papilar, granuloma piogénico), alteraciones hematológicas (coagulopatías) y por último, por desórdenes psiquiátricos (simulaciones y estrés postraumático) como en el caso presentado. Si bien en los casos idiopáticos suelen tener resolución espontánea, nos obligan a descartar todas las otras causas posibles por lo que el manejo interdisciplinario, los estudios de laboratorio y las imágenes son necesarios en este caso.

Asimismo, si bien los reportes de cuadros son escasos por su baja frecuencia, se han descrito casos asociados a estrés postraumático. El síndrome de Gardner-Diamond o púrpura psicógena es una vasculopatía de presunta etiología autoinmune con reacción cutánea localizada; se presenta en el 95% de los casos en mujeres menores de 30 años con estrés emocional o enfermedades mentales⁴⁻⁵. Se trata de una entidad rara con solo 162 casos descritos en la bibliografía hasta el año 2009⁴. Las manifestaciones clínicas se inician después de un estrés severo o trauma emocional. No se conoce la fisiopatología en su totalidad pero se ha teorizado sobre una posible vasculopatía autoinmune por autosensibilización a la fosfatidilserina. Las alteraciones cutáneas como hematomas dolorosos, los trastornos menstruales y las hemorragias externas, incluida la hemolacria, son algunas de las manifestaciones.

Según la bibliografía analizada es posible que la paciente de este trabajo sea una de las más jóvenes comunicadas y por las imágenes publicadas, la más sintomática. Si bien no hay descripción de pruebas específicas para su diagnóstico —que debe hacerse por exclusión— es importante no

olvidar el asesoramiento del servicio de salud mental, ya que a pesar de su infrecuencia puede resultar en un signo de alarma por maltrato y/o abuso⁴⁻⁵.

Conclusión

Si bien la hemolacria psicógena es una entidad poco frecuente y que nos obliga inicialmente a descartar toda posible entidad orgánica, conocerla nos resulta de gran importancia ya que muchas veces es el reflejo de alguna alteración más grave que incluso representa una alarma sobre situaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente, como se observó en el caso presentado.

Referencias

1. Bakhurji S, Yassin SA, Abdulhameed RM. A healthy infant with bloody tears: case report and mini-review of the literature. *Saudi J Ophthalmol.* 2018; 32(3): 246-249. doi:10.1016/j.sjopt.2017.10.006
2. Murube J. Bloody tears: historical review and report of a new case. *Ocul Surf.* 2011; 9(3): 117-125. doi:10.1016/s1542-0124(11)70021-0
3. Audelan T, Best AL, Ameline V. Hémolacrie, à propos d'un cas pédiatrique. *J Fr Ophthalmol.* 2019; 42(1): e15-e17. doi:10.1016/j.jfo.201.03.027
4. Ali MJ, Naik MN. Dacryocystitis in a case of unexplained hemolacria. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2018; 34(6): e213. doi:10.1097/IOP.0000000000001154
5. Santos Estrada J, Rivera Toquica FE, Muñoz-Grajales C, Velásquez Franco CJ, Márquez Hernández JD, Pinto Peñaranda LF. Síndrome de Gardner-Diamond como diagnóstico diferencial de lupus. *Rev Colomb Reumatol.* 2016; 23(3): 195-199. doi:10.1016/j.rcreu.2015.12.002
6. Li E, Yoda RA, Keene CD, Moe KS, Chambers C, Zhang MM. Nasolacrimal lymphangioma presenting with hemolacria. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2020; 36(5): e118-e122. doi:10.1097/IOP.0000000000001622

7. Nandakumal G, Ismail F, Mohamad NF *et al.* A rare case of von Willebrand disease presenting as hemolacria and literature review. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2021; 43(3): 101-103. doi:10.1097/MPH.0000000000002077
8. Gómez Tejada JJ, Iparraguirre Tamayo AE, Tamayo Velázquez O. Hemolacria: ¿realidad o ficción? *Revista 16 de Abril.* 2021; 60 (259): e852. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/852
9. Rahman S, Karim R, Islam M, Karim R. Dissociative disorders with haemolacria: series of case reports. *J Bangladesh College Phys Surg.* 2017; 35(1): 36-42. doi:10.3329/jbcps.v35i1.32571