

## Las sanguijuelas como cuerpos extraños

*Dr. José Luis Camacho Beltrán*

*Otorrinolaringólogo*

*Linares (Jaén)*

El hecho de que la mayoría de los libros de la especialidad no suelen ocuparse de este tema, al menos así lo he observado revisando varias obras, y esto, unido a que en unos días hemos tenido necesidad de asistir varios casos, es lo que me ha movido a publicar este artículo.

Les relato una de las historias:

Se trata de la enferma S. L. T., de 65 años, con domicilio y residencia en Jabalquinto (Jaén). Los antecedentes familiares no tienen interés alguno y entre sus antecedentes personales no recuerda haber padecido enfermedad alguna.

En la enfermedad actual cuenta que desde hace unos diez o doce días echa sangre que expulsa por boca y, a veces, por nariz, y en ocasiones conglomerados negros, coágulos, por boca, con sensación ligera de un estorbo en garganta que no sabe localizar en un punto fijo, que no le causa muchas moles-

tias, preocupándole más que todo la sangre que expulsa por boca y, a veces, por nariz, pero que no sospecha de qué pueda tratarse.

Enviada por el médico de su pueblo, que cree se trata de una sanguijuela, a pesar de que la enferma no siente la sanguijuela, lo contrario de lo que suele suceder en la mayoría de los casos.

A la exploración de garganta observo un reguero de sangre roja en pared posterior de faringe. La rinoscopia anterior nos muestra coágulos y formación de costras sanguinolentas que están pegadas a vestibulo y pared interna y externa de fosas nasales, pero no se observa sangre que proceda de algún vaso nasal. El estudio detenido de laringe por laringoscopia indirecta no nos muestra anomalía alguna en esta región, ni la existencia del anélido. En vista de lo cual decidimos que la enferma haga

un baño local y gargarismos con agua, y procedemos seguidamente a explorar nuevamente la faringe, observando que la sangre roja en pared posterior de faringe ha desaparecido; pero unos segundos después vuelve a aparecer procedente de cavum, lo cual nos orienta y nos da la certeza hacia el sitio donde se oculta el anélido, y por rinoscopia posterior se descubre éste por los movimientos que realiza "dando la cara y ocultándose", logrando extraerlo cuando realiza uno de estos movimientos de expansión.

La localización más frecuente de la sanguijuela es en el tramo faringolaríngeo; epifaringe, detrás del velo del paladar, bandas, cuerdas vocales, repliegues artenoepiglóticos, cara laríngea de epiglotis y más raras en tráquea y bronquios. La localización en esófago que recogen algunos autores no está de acuerdo con la realidad, puesto que una vez en esófago pasará rápidamente a estómago, donde no pueden subsistir y son digeridas por los jugos digestivos.

El verano es la época del año en que suelen plantearse estos problemas, sobre todo en gente de campo perteneciente a las regiones de Andalucía y Extremadura, donde el calor es excesivo en la época estival y beben en pozos y arroyos donde suelen adquirirlos.

La sintomatología es variada, dependiente de su localización; hemorragia la mayoría de las veces, abundante en ocasiones, sangre que sale

por la boca en cantidad e incluso por nariz, haciéndonos pensar en otro proceso, falsa epistaxis que no es otra cosa que la que se acumuló allí por la posición horizontal. Sensación de cuerpo extraño en garganta, notan que algo les molesta, pero son molestias que no saben localizar con precisión y otras sienten como si se cambiara de posición, alternando con periodos en que no tienen esa molestia, como si la sanguijuela se hubiese desprendido o desaparecido. Naturalmente que en los raros casos, excepcionales, de localización en fosas nasales, las molestias no pasarán desapercibidas por la zona en que asientan de enormes reflejos al más pequeño contacto de algún cuerpo extraño. Disnea acentuada si se localiza en región infraglótica, hasta sensación de asfixia y agitación acentuada si es la tráquea y los bronquios su localización.

Generalmente, los enfermos vienen al médico cuando ya se sienten la sanguijuela y presentan la hemorragia, que suele ocurrir a los pocos días de haberla adquirido y cuando ya ha engrosado, por lo que es fácil visualizarla por el color negruzco que contrasta con el rojo-pálido de las mucosas y más aún cuando realiza estos movimientos de expansión desde su sitio de implantación. Por esto el diagnóstico es fácil para el especialista la mayoría de las veces, más habituado a observar este tramo faringolaríngeo, aparte de que casi siempre

viene hecho por el mismo enfermo que se siente el cuerpo extraño, la sangre que expulsa por boca y nariz y el dato de haber bebido en arroyos que contienen sanguijuelas. La verdadera dificultad la encontraremos cuando se trata de una localización en tráquea y bronquios, puesto que entonces sólo la broncoscopia podrá resolernos el problema de diagnóstico y tratamiento. Estos casos son más raros y casi siempre se trata de maniobras torpes en la extracción de las que se hallan situadas más arriba, o bien con la anestesia, originando su caída a estos tramos inferiores.

Pueden existir casos en que la sanguijuela se desprenda espontáneamente por un golpe de tos o al anestesiarse faríngea para evitar reflejos en la extracción, pero lo general es que permanezca en su sitio de implantación, con pequeños cambios de posición o postura.

La extracción no se puede llevar a cabo a ciegas, guiándose por el sitio donde nos parece que se oculta por el lugar de procedencia de la sangre, ya que muchas veces ésta es engañosa y la sangre y coágulos pueden proceder de otro sitio donde no se halle la sanguijuela, acumulada allí por las variaciones de posición del paciente, horizontal durante el sueño y de pie o vertical durante el día, por lo que una buena práctica es ordenar que el enfermo haga previamente un baño local con agua o enjuague y una vez limpio de sangre el tramo

faríngeo comprobar nuevamente la procedencia de ésta.

Las maniobras a ciegas pueden lesionar órganos importantes, con lo cual poco lo beneficiaríamos, siendo necesario una buena visibilidad y paciencia en ocasiones.

La anestesia es innecesaria y perjudicial muchas veces, cuando la localización es en epifaringe y supraglótica, que son la mayoría, puesto que con esto no conseguimos más que su deslizamiento a zonas más inferiores, a tráquea y bronquios, con mayores riesgos y una mayor dificultad en la extracción. Yo no he anestesiado a ninguno de mis enfermos y no he tenido dificultad alguna en la extracción.

La infusión de tabaco, remedio casero que emplean los pacientes antes de consultar al médico, que les produce vómitos intensos, como igualmente el fumar, tomar vinagre, etcétera, no da resultado alguno, no logrando, por lo tanto, su propósito de expulsión.

Las que se desprenden espontáneamente y pasan al estómago son destruidas por los jugos digestivos, ya que las condiciones allí existentes, como el pH le son adversas, lo cual se ha podido demostrar experimentalmente introduciéndolas en una solución de ácido clorhídrico.

A veces, si no es visible la sanguijuela, pero sospechamos por la procedencia de la sangre que se encuentra en rinofaringe, introduciendo el

dedo índice por detrás del velo del paladar, como para tactar adenoides, puede adherirse a éste por la ventosa, instante preciso en que retiramos el dedo y el anélido es extraído así con esta simple maniobra; pero la mayoría de las veces esto fracasará y será la maniobra instrumental, con espejo para rinoscopia posterior, la que nos resolverá el problema cuando tengan esta localización. En las localizadas en tramo laríngeo, por laringoscopia indirecta y pinzas de laringe se realizará fácilmente la extracción, incluso en las localizadas en cuerda, que será lógicamente más laboriosa, pero también extraída con facilidad, teniendo cuidado de no tocar ni pellizcar en porciones vecinas, ya que se les originaría reflejos que ocasionarían el cierre de la glotis teniendo que suspender de momento la extracción.

De los casos que hemos tenido ocasión de asistir, en todas las sanguijuelas que estaban localizadas en rinofaringe, excepto en uno que se localizaba en banda ventricular derecha y que también me fué fácil de extraer por laringoscopia indirecta y pinzas laríngeas. Algún caso que me ofrecía dificultad por su poca visibilidad en cavum, tuve que ayudarme con elevador de velo de paladar.

Las localizadas por debajo de glotis, en cara inferior de cuerda vocal, tráquea y bronquios, no nos dará resultado la laringoscopia indirecta, precisándose en la primera la laringoscopia directa y en los últimos el broncoscopio previa anestesia de la parte posterior de lengua, faringe, vestíbulo laríngeo, bandas y cuerdas, ya que de otra forma no conseguimos llevar a cabo estas maniobras indispensables para la extracción.