



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/194 - PENSABA QUE SE SOLUCIONABA EN EL HOSPITAL

J. Villar Ramos¹, A. Altadill Bermejo², I. Rivera Panizo³, J. Bustamante Odriozola⁴, M. Montes Pérez⁵, V. Pérez Villacorta⁶, J. Fernández de los Muros Mato⁷, M. Martín Nicolau⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Dávila. Santander. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal, ³Centro de Salud Bezana. Santander, ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁵Centro de Salud Puerto Chico. Santander, ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Zapotón. Torrelavega. Cantabria. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Dávila, ⁸Residente Centro de Salud Los Catros. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años que acude a la consulta de AP para parte de confirmación de Incapacidad Temporal. No presenta antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Mientras se realiza el parte de confirmación se objetiva que el paciente presenta una postura con elevación del mentón y la boca entreabierta por lo que se indaga sobre el tema. Refiere llevar 2 horas con sensación de disnea, dificultad para tragar, edema en labio superior y exantema pruriginoso en tronco, pero reconoce “que no tenía pensado comentarlo porque somos médicos del ambulatorio y que iba a ir a Urgencias tras recoger el parte de IT”.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Consciente y orientado en las tres esferas. Normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. TA 90/60, FC 80 lpm. FR 12 lpm. AC: rítmica, no soplos. AP: buena ventilación bilateral sin uso de musculatura accesoria. ORL: faringe hiperémica con hipertrofia amigdalar y edema de úvula. Trismus. Angioedema.

Juicio clínico: Reacción alérgica.

Diagnóstico diferencial: Shock anafiláctico. Angioedema. Anafilaxia.

Comentario final: Hablamos de anafilaxia cuando se trata de una reacción alérgica con afectación de dos órganos, para posteriormente poder clasificarla según síntomas en leve (prurito, malestar generalizado, ansiedad, urticaria, angioedema), moderada (broncoespasmo, disfonía, disfagia), y severa (hipotensión, arritmias, insuficiencia respiratoria aguda). Debemos mantener la vía aérea permeable para posteriormente comenzar con los siguientes puntos, siendo primordial el uso de adrenalina utilizando media ampolla de inicio intramuscular en muslo o deltoides pudiéndose repetir hasta un máximo de 4 dosis (2 mg). Por otro lado, no debemos olvidar utilizar oxígeno a alto flujo para mantener buena saturación de oxígeno, conseguir dos vías periféricas del mayor calibre posible. De manera secundaria, una vez estabilizado el paciente, deberíamos tomar la tensión y demás constantes. Si puede ser, sería recomendable en el momento agudo solicitar una gasometría arterial, hemograma y bioquímica con triptasa. En este caso, se administró media ampolla de adrenalina además de actocortina 200 mg iv y oxigenoterapia a alto flujo. Tras mantenerse en evolución en nuestra sala de urgencias del centro de salud y estando asintomático (previa realización de ECG) se procedió a la alta domiciliaria con antihistamínico y corticoides vida oral y vigilancia. Por lo que, en

este caso, el paciente no tuvo que ser derivado al servicio de urgencias del hospital.

Bibliografía

Pumphrey RS. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy*. 2000;30:1144.

Bock SA, Muñoz-Furlong A, Sampson HA. Further fatalities caused by anaphylactic reactions to food, 2001-2006. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;119:1016.