



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/808 - ¿ANAFILAXIA EN AP? DIFICULTAD EN LA ANAMNESIS POR LA BARRERA IDIOMÁTICA

N. Navarro Aparicio^a, B. Guerrero Barranco^b, J. Martínez Estévez^c, L. López Puerta^d, D. Ámez Rafael^a y C. Montilla Martínez^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojenera. Almería. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vícar. Almería. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Almería. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santo Domingo. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años, natural de Senegal. Reside en España desde hace 2 meses, previamente ha estado viviendo en Italia desde 2015. Importante barrera idiomática. No hábitos tóxicos. Vive con 6 personas más, en vivienda en buenas condiciones. Casado, dos hijos, estudios primarios en su país. Trabajador en la ganadería en Senegal, en España en la agricultura. Acude al Centro de Salud y en sala de espera el médico es avisado por la administrativa que hay un paciente en el suelo. Al acercarse, el paciente hacía gestos de rascado de la piel y se constata taquipnea. Es llevado a la sala de Urgencias de AP. Se administra oxigenoterapia, corticoterapia y aerosolterapia. Traslado con equipo al Hospital. A su llegada, tras su estabilización hemodinámica, el paciente refiere cuadro de 10 días de evolución, consistente en astenia, disnea hasta hacerse de reposo y fiebre. Tos con esputos hemoptoicos, dolor centrotorácico y en los últimos días erupción generalizada con lesiones papulosas milimétricas.

Exploración y pruebas complementarias: En AP: MEG, lesiones papulosas en tronco y abdomen. COC. TA 140/85, Sat 90%. En el Hospital: adenopatías retrorriculares, duras y submandibulares. Disminución generalizada del MV con crepitantes bibasales. Hepatomegalia dolorosa. No edemas. Analítica: 32.000 leucocitos. LDH: lactato arterial 6,1 mmol/l. PO₂ art 49 mmHg, Sat art 85%. Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral, DP izquierdo. Ecografía abdominopélvica: hepatomegalia 18 cm, hilio hepático 2 adenopatías 13 × 20 y 26 × 15 mm, adenopatía retroperitoneal interaortocava 27 × 15 mm. Frotis: 12% blastos. Traslado a HTC servicio de hematología.

Juicio clínico: Linfoma de células T con reacción leucemoide.

Diagnóstico diferencial: Anafilaxia, síndrome linfoproliferativo, TBC.

Comentario final: Este paciente, fue tratado inicialmente en AP con la sospecha de un shock anafiláctico por la clínica inicial y la ausencia de información consecuencia de la barrera idiomática. La llegada a nuestro país de pacientes inmigrantes, nos hace sospechar, en primera opción, patología importada. La presencia, en este paciente de un síndrome constitucional y hemoptisis nos pone en alerta de la enfermedad tuberculosa, pero no debemos de obviar la presencia de otras entidades frecuentes y potencialmente graves en pacientes jóvenes independientemente del antecedente epidemiológico.

Bibliografía

1. Freedman A, Aster JC Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of peripheral T cell lymphoma, not otherwise specified. Uptodate, 2017.

Palabras clave: Anafilaxia. Linfoma. Tuberculosis.