



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/31 - ¡SE ME HA HINCHADO LA LENGUA!

M. de la Hoz Gutiérrez^a, R. López Sánchez^b, S. Díez Martínez^c, Á. González Díaz-Faes^d, L. de La Fuente Blanco^e, A. Fernández Serna^f, L. Gómez Ruiz^g, C. Fortuny Henríquez^h y M. Arques Pérezⁱ

^aMédico de Familia. SUAP Santander. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^cMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^dMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^eMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ⁱMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 48 años, que refiere tras comer ostras nota inflamación de la lengua, sin otra clínica acompañante, por lo que es traído al SUAP (paciente refiere no quería venir por que esperaba que se le pasara solo). Paciente refiere que hace como un año comió ostras y le produjeron una urticaria pero (a pesar de que el médico que le atendió le dijo que era una alergia) paciente cree que fue “porque estaban en mal estado”. A su llegada ponemos 200 mg de actocortina e.v. Y 80 mg de urbason con 1 amp de polaramine i.m., más una nebulización con 1 amp de pulmicort 0,5mg con mejoría parcial de la clínica con posterior empeoramiento por lo que se pone 1/2 amp de adrenalina e.v. Iniciando dolor centro torácico con sensación de “muerte inminente”, pasando a estabilizarse el paciente siendo trasladado por UVI a Urgencias HUMV. Como antecedentes personales paciente presenta hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia y EPOC.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada al servicio presenta edema facial, macroglosia, faz rubicunda y disfonía. TA 120/60 (140/85 tras 1/2 amp adrenalina) FC 103, SatO2% 95. AC: RsCsRs no soplos, AP: MsVsCs no ruidos sobreañadidos. Electrocardiograma: ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización.

Juicio clínico: Anafilaxia.

Diagnóstico diferencial: 1) síncope vaso-vagal; 2) trastornos endocrinos; 3) trastornos de ansiedad; 4) mastocitosis sistémica; 5) embolia pulmonar; 6) asma grave

7) choque séptico; 8) cuerpo extraño en la vía aérea.

Comentario final: Hay que recordar que la anafilaxia es una grave reacción de hipersensibilidad rápidamente progresiva, que puede poner en riesgo la vida desencadenada por la exposición única o repetida a un estímulo que sería inocuo en otras personas y aunque sus manifestaciones varíen hay que sospecharlo e iniciar rápidamente el tratamiento y las medidas de soporte vital necesarias dado que cuanto más rápido se desarrollen los síntomas, mayor riesgo de parada tendrá el paciente.

Bibliografía

1. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. J Allergy Clin Immunol. 2006;117:391-7.
2. Lin RY, Schwartz LB, Curry A, Pesola GR, Knight RJ, Lee HS, et al. Histamine and tryptase levels in patients with acute allergic reactions: An emergency department-based study. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2000;106:65-71.
3. Anafilaxis. An Sis Sanit Navar. 2003;26(Supl.2):103-10.

Palabras clave: Anafilaxia. Shock anafiláctico.