



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/189 - LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ANAFILAXIA

I. Rivera Panizo¹, M. Maamar El Asri², J. Bustamante Odriozola³, I. Hernando García³, C. San José Fresco², A. del Rey Rozas⁵, M. Tobalina Segura², B. Simón Tárrega⁶, J. Villar Ramos⁷, J. Rodríguez Duque⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.

²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria.

³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria.

⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Camargo costa. Cantabria.

⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Dávila. Cantabria.

⁸Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Digestivo. HUMV. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 51 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, sin alergias conocidas, acude a servicio de urgencias de atención primaria por comenzar con enrojecimiento cutáneo generalizado, prurito, sensación disneica y náuseas. Refiere en el día de hoy, extracción dentaria, tomándose posteriormente prednisona y amoxicilina. Tras la toma de esta última, comienza la clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril TA 120/79, Fc 98x', Fr 20x', SatO₂ 97% (basal). A la exploración presenta eritrodermia generalizada. Temblor. Eupneica en reposo. Faringe con discreto edema de úvula. AC: ritmo sinusal, sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado con algún sibilante disperso en ambos campos. Abdomen: depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: no edemas ni signos de TVP. Hematimetría: leucocitos $15,4 \times 10^3/\mu\text{L}$, hematíes $4,06 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobina 13,9 g/dL, Hematocrito 40,9%, V.C.M. 101 fL, plaquetas $319 \times 10^3/\mu\text{L}$, V.P.M. 7,4 fL, segmentados $13,50 \times 10^3/\mu\text{L}$. Glucosa 163 mg/dL, urea 37 mg/dL, creatinina 0,61 mg/dL, Na 144 mEq/L, K 3,6 mEq/L, cloro 106 mEq/L, FGE $> 90 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$. Rx tórax: no condensaciones ni pinzamiento seno costofrénico.

Juicio clínico: Anafilaxia en probable relación a betalactámicos.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de la reacción anafiláctica y del shock anafiláctico se realiza con cuadros que cursen con afectación respiratoria, colapso cardiovascular y pérdida de conciencia o cualquier otro signo, o síntoma, con el que se manifiesta el shock anafiláctico, son un ejemplo de ello: el síndrome carcinoide, la mastocitosis sistémica, la urticaria pigmentosa, el angioedema hereditario, urticaria-vasculitis, feocromocitoma, crisis de angustia e incluso cuadros causados por hipoglucemiantes orales.

Comentario final: En nuestro caso se inició en S. Urgencias atención primaria estabilización hemodinámica y tratamiento endovenoso con hidrocortisona, dexclorfeniramina, metoclopramida y sueroterapia y posteriormente fue remitida a Urgencias hospitalarias donde se trata con adrenalina subcutánea y se deja en observación evolucionando de manera favorable, por lo que se con analgesia, antihistamínicos y antibioterapia (espiramicina) para evitar corticoides y betalactámicos posibles causantes de la reacción anafiláctica. Dada la gravedad potencial de la reacción anafiláctica y que su prevalencia está aumentando en los últimos años en España, es muy útil conocer sus bases fisiológicas y, sobre todo, reconocer sus síntomas y posibles tratamientos sobre todo en personal de urgencias de atención primaria desde donde se comenzará el primer tratamiento inmediato. La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. Suele manifestarse con síntomas cutáneos como urticaria y angioedema, junto con la afectación de otros sistemas como el respiratorio, cardiovascular o digestivo. La adrenalina intramuscular es el tratamiento de elección en la anafilaxia en cualquier ámbito y se debe administrar precozmente. La triptasa sérica es un marcador útil en el diagnóstico de la anafilaxia. Además, todo paciente que haya padecido una anafilaxia debe ser remitido al alergología para completar estudio.

Bibliografía

Kimchi N, et al. Anaphylaxis cases presenting to primary care paramedics in Quebec. *Immunity, inflammation and disease*. Soar. 2015.

Diéguez IK, et al. Formación Médica continuada en Atención Primaria. Anafilaxia: incidencia, diagnóstico y manejo. *Estudio de 3 años*. Elsevier. 2015;22:114-5.