



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 48: MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES. ESCENARIO. MAREOS Y VÉRTIGOS. ANAFILAXIA, ANGIOEDEMA.

Autores: Gonzalo Chorzepa¹, Julieta Leone², Macarena Óses²

¹Clínica Médica – UDA Hospital Centenario

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica – UDA Hospital Centenario

OBJETIVOS:

- Reconocer la presentación clínica de mareos y vértigos.
- Conocer las principales causas y clasificación de mareos y vértigos.
- Identificar pautas de alarma que alerten sobre probable causa grave. Selección racional de exámenes complementarios.
- Manejo terapéutico inicial de mareos y vértigos según la etiología sospechada.
- Reconocer la presentación clínica del angioedema y urticaria.
- Conocer las principales causas y las estrategias terapéuticas de angioedema y urticaria aguda por frecuencia.
- Diferenciar la urticaria generalizada de la anafilaxia.
- Identificar las formas de presentación clínica de la anafilaxia y el tratamiento en la urgencia de la anafilaxia.
- Conocer las indicaciones al alta y criterios de derivación en anafilaxia.

CASO CLÍNICO

Cuadro clínico actual: Se encuentra Maite por terminar su jornada laboral y comienza a experimentar un hormigueo en sus labios, que luego de unos minutos comienza a edematizarse el labio inferior a predominio derecho llegando al máximo luego de una hora. Por este motivo consulta a la guardia preocupada por su aspecto. Además, refiere sensación de mareos y debilidad.

Antecedentes personales:

Hipertiroidismo en tratamiento con metimazol 20 mg/día.

Enfermedad celíaca.

Trombosis venosa profunda por síndrome antifosfolípídico, en tratamiento con acenocumarol.

PREGUNTAS GUIA:

- ✓ ¿Cómo se llama lo que presenta Maite?
- ✓ ¿Cuáles son las posibles causas?
- ✓ ¿Qué tipos de angioedema existen?
- ✓ ¿Puede ser el angioedema un componente de una reacción alérgica generalizada?

Mientras espera a ser atendida, comienza con prurito y lesiones pápulo-eritematosas en placas en la piel que se extienden rápidamente y al mismo tiempo refiere disnea y opresión torácica. Se queja de percibir una sensación de desvanecimiento con falta de equilibrio e ilusión de movimiento, por lo cual se acuesta en el piso y es atendida rápidamente.

PREGUNTAS GUIA:

- ✓ ¿Cuáles son los principales diagnósticos diferenciales a considerar?
- ✓ ¿Cuáles son las principales diferencias entre vértigo y mareo? ¿Qué síntomas acompañan a cada uno de estos cuadros? ¿Qué causas se engloban en cada caso?
- ✓ ¿Cómo suelen describir el mareo los pacientes? ¿Cuál es la denominación correcta? ¿Cuáles son las distintas causas de mareo? ¿Qué datos hay que recabar en el examen físico en cada causa?
- ✓ ¿Qué alteraciones se pueden producir en los distintos sistemas (cardiovascular, auditivo, neurológico)?
- ✓ ¿Cuáles son las diferencias entre vértigo de origen central y periférico? ¿Cómo diferenciar las distintas causas de vértigo según la forma de presentación? ¿Cómo diferenciar las causas de vértigo según la duración del cuadro? ¿Qué antecedentes son relevantes recabar? ¿Qué maniobras se deben realizar para orientarnos en el origen? ¿En qué casos se pediría estudios complementarios? ¿Cuáles?
- ✓ ¿Qué tan frecuente es la anafilaxia?
- ✓ ¿Cuáles son los criterios de diagnóstico? ¿Qué criterios diagnósticos identifica en este caso?
- ✓ ¿Se necesitan exámenes complementarios para el diagnóstico de anafilaxia?
- ✓ ¿Cuál es la diferencia entre anafilaxia y shock anafiláctico?

Examen físico:

- Estado general: impresiona con dificultad respiratoria y ansiosa.
- Signos vitales: TA 90/60 mmHg, FC 110 lpm, SpO2 91%, T° 36,3°C.
- Piel y faneras: se observan habones (placas edematosas, eritematosas con bordes mal definidos) en cara, cuello, tronco y miembros superiores. Sin otras lesiones visibles.
- Cabeza y cuello: edema en labio inferior predominio derecho.
- Ap. Cardiovascular: ritmo regular. Ruidos netos, silencios libres. Taquicardia. Pulsos periféricos conservados.
- Ap. Respiratorio: hipoventilación generalizada con sibilancias en ambos tiempos respiratorios.
- Abdomen: sin particularidades.
- Neurológico: Vigil, orientada en tiempo, espacio y persona. Lenguaje: nomina y repite. Comprende: comandos y órdenes complejas. Pupilas: isocóricas, reactivas y simétricas. Movimientos oculares externos: completos. Sin nistagmo. Pares craneales: conservados. Reflejos osteotendinosos: positivos en los miembros evaluados. Sensibilidad: táctil superficial conservada. Coordinación: sin alteraciones. Romberg negativo. Respuesta plantar: indiferente bilateral. Sin signos meníngeos.



PREGUNTAS GUIA:

- ✓ ¿Qué datos se deben jerarquizar en la anamnesis en un paciente con sospecha de anafilaxia? (qué estaba haciendo, tomó alguna medicación, fue picada por un insecto o comió algún alimento determinado)
- ✓ ¿Qué comorbilidades pueden agravar este cuadro?
- ✓ ¿Qué fármacos pueden causar más frecuentemente una anafilaxia?

Durante el interrogatorio dirigido, Maite refirió haber consumido una hora antes del inicio de los síntomas un comprimido de diclofenac 75 mg debido a una cefalea tensional. Refiere que no lo mencionó en el interrogatorio inicial porque había tomado dicha medicación en otras ocasiones sin presentar efectos adversos.

PREGUNTAS GUIA:

- ✓ ¿El antecedente de haber tolerado previamente diclofenac, sin efectos adversos, modifica la probabilidad de presentar una alergia a dicho fármaco en esta ocasión?
- ✓ ¿Cuáles son las primeras medidas a tomar en el manejo en esta situación, qué hay que priorizar?
- ✓ ¿Cuál es el fármaco de elección en el tratamiento de la anafilaxia?
- ✓ ¿Cuál es la dosis recomendada en adultos?
- ✓ ¿Cuál es la vía y sitio de administración recomendados? ¿Consideraría la posibilidad de administrar adrenalina de otra manera?
- ✓ Si se trata de una anafilaxia (reacción sistémica), pero no de tanta gravedad, ¿consideraría no usar adrenalina?
- ✓ ¿Modificaría la dosis de adrenalina en un paciente con sobrepeso/obesidad?
- ✓ ¿Cuáles son los efectos adversos esperables por la administración de adrenalina? ¿Alguno de ellos constituye una contraindicación para su uso en el tratamiento de la anafilaxia?
- ✓ ¿Cuál es el rol de otros fármacos (corticoides, antihistamínicos, broncodilatadores) en el tratamiento de la anafilaxia?
- ✓ En las series de casos de pacientes que mueren por anafilaxia, ¿cuál ha sido el error más común de manejo?

• Tratamiento

Maite es ingresada en la guardia donde se inicia un monitoreo continuo, se coloca en decúbito dorsal con sus miembros inferiores elevados, se administra oxígeno al 100% por cánula nasal y 2 vías periféricas para administrar fluidos, se le administra suero fisiológico, 500 ml en 10 minutos. Se administra inmediatamente adrenalina 0,3 mg (0,3 ml) por vía intramuscular (IM) en la cara anteroexterna del muslo. A los diez minutos se constata la mejoría del cuadro clínico.

Luego se administra difenhidramina 50 mg EV e hidrocortisona 500 mg EV.

PREGUNTAS GUIA:

- ✓ ¿La paciente deberá quedar internada en observación a pesar de la reversión de los síntomas? ¿Por cuánto tiempo? ¿Por qué? ¿Qué precauciones se deben tomar ante la recurrencia de los síntomas?
- ✓ Posterior al alta ¿Qué estudios se deben realizar?
- ✓ ¿Qué medicación oral tiene que continuar tomando la paciente? ¿Por cuánto tiempo?
- ✓ ¿Le prescribiría un autoinyector de adrenalina? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas en relación al uso de adrenalina en ampolla?
- ✓ ¿Debe hacer dieta? ¿Por qué?
- ✓ ¿Cuándo deberá realizar una consulta con un alergista?