

Cuestiones acerca del manejo de las picaduras por *Physalia utriculus*

Sr. Editor:

En relación al artículo de Fernández-Riestra *et al.*¹ publicado recientemente en la sección Imágenes de EMERGENCIAS, relativo a la picadura de una medusa cuboidea en aguas tailandesas, quisiera hacer algún comentario. Aunque es un caso llamativo, la medusa cuboidea no es habitual de las aguas españolas. Si son frecuentes otras Cnidarias como las pseudomedusas *Physalia physalis* o "carabela portuguesa" (mencionada por los autores)² y *Physalia utriculus* (Figura 1) más pequeña y que esporádicamente aparece en aguas de las Islas Canarias. Revisando la literatura científica, se encuentran datos contradictorios, respecto a la actitud a seguir en caso de picadura por estas medusas.

En primer lugar, tras la picadura, ¿debe usarse agua caliente en el manejo inmediato? Algunos autores recomiendan aplicar una inmersión en agua a 45°C durante 20 minutos con un grado de evidencia II en cuanto a su efectividad³. Por el contrario, otros autores indican si bien los venenos son termolábiles, al parecer este hecho carece de importancia y no se recomienda inmersión en agua caliente⁴.

En segundo lugar, en caso de decidimos a realizar la inmersión de la zona afectada en un líquido, ¿debe hacerse ésta en agua dulce o salada? De nuevo, aquí encontramos contradicciones en la literatura, pues algunos autores no recomiendan el uso de agua dulce pues la solución hipotónica estimula la descarga del nematocisto⁴, indicando por ello el uso de agua salada, al ser hipertónica. Por el contrario otros autores, entre ellos salvavidas de Florida y Hawaii, indican que una ducha de chorro intenso con agua dulce puede producir alivio del dolor^{4,7}.

Tras este primer paso, las guías recomiendan despegar manualmente los tentáculos visibles. Aquí de nuevo vuelve a haber opiniones dispares. Algunas recomiendan el uso de ácido acético 5% como tratamiento de



Figura 1. *Physalia utriculus*, de menor tamaño que *Physalia physalis*, y donde se aprecia un único tentáculo largo que contiene los cynodocitos, que las distingue de la *P. physalis*.

elección, ya que inactiva la mayor parte de los venenos^{4,7} (no excluye a la *Physalis*). Otros trabajos indican que no se puede usar vinagre, ya que empeora el cuadro clínico, al disparar los microarpones que han quedado pegados a la piel, aumentando la liberación de veneno⁵. Del mismo modo, parece que no deben aplicarse disolventes orgánicos, pues los alcoholes metilados causan un aumento significativo del dolor, en comparación con el agua salada⁶.

Respecto al tiempo de vigilancia post picadura por *Physalia physalis*, en unos textos se afirma que su picadura es leve y los síntomas sistémicos relativamente raros⁸, mientras que otros proponen una vigilancia clínica de hasta 8 horas, pues podría haber un rebote de los síntomas⁴.

Soy estudiante de Medicina y dado que es factible que en mi futuro ejercicio profesional deba atender casos de picaduras por aguavivas, me sería muy útil que algún experto en toxicología clínica aclarase la actitud a seguir por parte de profesionales, testigos u otros intervinientes.

Bibliografía

- 1 Fernández-Riestra A, Pintor E. Picadura por medusa cuboidea en aguas tailandesas. *Emergencias*. 2014;26:155.
- 2 Mapstone GM. Global diversity and review of Siphonophorae (cnidaria: hydrozoa) [Online]; 2014 [Recurso de Public Library of Science]. (Consultado 30 Marzo 2014). Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0087737>.
- 3 Loten C, Stokes B, Worsley D, Seymour JE, Jiang S, Isbister GK. A randomised controlled trial of hot water (45 degrees C) immersion versus ice packs for pain relief in bluebottle stings. *Med J Aust*. 2006;184:329-33.

- 4 Auerbach PS. Traumatismos y envenenamiento por fauna marina. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski S. *Medicina de urgencias*. Mexico: Mc Graw Hill; 2002. p. 1429-1432.
- 5 mc2. Ni son medusas ni son asesinas. *wikiteca*. [Online]; 2014 [Recurso web virtual del museo de la Coruña]. (Consultado 14 Abril 2014). Disponible en: <http://www.wikiteca.org/?p=1069>
- 6 Turner B, Sullivan P. Disarming the bluebottle: treatment of *Physalia* envenomation. *Med J Aust*. 1980;2:394-5.
- 7 Auerbach PS. *Marine envenomations*. Wilderness Medicine. 5th ed.: Filadelfia: Mosby-Elsevier; 2007.
- 8 Haddad V Jr, Virga R, Bechara A, Da Silveira FL, Morandini AC. An outbreak of Portuguese man-of-war (*Physalia physalis* - Linnaeus, 1758) envenoming in Southeastern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013;46:641-4.

Borja M^a ESPINOSA SÁNCHEZ

Estudiante de Medicina, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

Tratamiento de la picadura de medusas

Sr. Editor:

Como afirman Fernández-Riestra *A et al.*¹, cada año aumenta el número de picaduras por medusas en las costas españolas, en particular, en la cuenca mediterránea. Este hecho parece deberse tanto a la mayor frecuentación de las playas por parte de turistas y practicantes de deportes náuticos, como a un cambio en las condiciones mediambientales marinas, que ha llevado a la proliferación y desplazamiento de estas especies². También la mayor presencia de viajeros españoles en zonas remotas del planeta, puede hacer que se vean en los servicios de urgencias españoles patologías no habituales hasta ahora, como la intoxicación por ciguatera, entre otros³.

Tal y como indica Espinosa en su carta, existe escasa evidencia y consenso sobre las pautas de tratamiento en el caso de la picadura por una medusa⁴. El primer aspecto a tener en cuenta es que el tratamiento debe basarse en la especie de medusa (o aguaviva como se las conoce en Canarias) que ha ocasionado el cuadro. Las diferentes especies existentes producen toxinas distintas y cada una precisa un tratamiento tópico distinto⁵. Para ello, es preciso conocer las

especies localizadas en la zona de baño donde se haya producido el contacto. Sólo en Canarias se han identificado 40 tipos de medusas en sus costas⁶. En este sentido existe un proyecto europeo en el que participa España (Med-Jellyrisk), en el que mediante una página web o un aplicativo gratuito para *smartphones* se pueden conocer las especies que se encuentran en el mar mediterráneo, así como avisar de nuevos avistamientos, lo que da información actualizada del tipo y cantidad de medusas en una zona de baño concreta, permitiendo además identificarlas de forma relativamente fácil y rápida⁷.

Nuestro grupo ha identificado 3 trabajos recientes para intentar responder a las cuestiones planteadas por Espinosa. La revisión sistemática de la Colaboración Cochrane detectó 7 ensayos clínicos que incluían un total de 435 pacientes. El nivel de evidencia de los mismos era bajo y 6 de ellos presentaban sesgos importantes, por lo que apenas se pueden extraer del mismo conclusiones⁸ excepto que en las picaduras de *Physalia* la inmersión en agua caliente alivia más el dolor que la crioterapia. Cegolon *et al.* realizaron una revisión que analiza, especie por especie, el nivel de evidencia de los tratamientos a aplicar⁹, y esta publicación sirve de base para las recomendaciones de tratamiento del proyecto Med-Jellyrisk. Entre ellas, la aplicación de frío o calor se consideran, en general, igualmente efectivas para tratar el dolor, pero seguidas de la aplicación tópica de vinagre doméstico para prevenir descargas de nematocistos depositados sobre la piel. Por el contrario, las soluciones alcohólicas o los vendajes, deben ser evitados. Finalmente Ward *et al.* realizaron una revisión de la evidencia científica sobre el tratamiento a aplicar en el caso de picaduras por las medusas existentes en Norteamérica y Hawaii¹⁰, trabajo cuyas conclusiones han sido matizadas por otros autores de reconocida solvencia en este campo, los cuales, a la vista del nivel de evidencia disponible preconizan, en tanto no haya más estudios controlados, dejar un espacio en los protocolos para el conocimiento y la experiencia locales¹¹.

El tratamiento de la picadura por medusa se basa en tres pilares: disminución del efecto local del veneno (alivio del dolor y del daño tisular), evitar la descarga de los nematocistos y controlar las reacciones sistémicas⁹. Las recomendaciones a pie de playa

deben caracterizarse por su sencillez y uso universal, por lo que proponer tratamientos en función de la especie, sea probablemente poco práctico ya que ni el bañista ni el socorrista, podrán en ocasiones una correcta identificación de la especie. No obstante, intentando contestar a las cuestiones planteadas por Espinosa, cuando no se conozca la especie causante de la picadura el tratamiento general debería basarse, a la vista de la evidencia existente, en la aplicación de agua salada (no agua dulce), frío local mediante compresas de hielo, no usar vinagre ni soluciones alcohólicas y aplicar pomadas a base de lidocaína⁷. El vinagre en nuestro entorno se utilizaría en caso de picadura por *Carybdea marsupiales*, *Olinidias phosporica* o cubomedusas^{7,9}, y el calor (inmersión en agua a 40-45° durante 10-20 minutos) en caso de exposición a *Carybdea marsupiales* o a *Physalia physalis* o a *Physalia utriculus*^{7,12-11}.

Para finalizar comentar que, como siempre en medicina, la mejor picadura es la que no ocurre, por lo que se precisa hacer caso a las banderas y señales de aviso que se colocan en las playas. Como hemos intentado transmitir en estas líneas, el tratamiento debe individualizarse a la medusa causante del cuadro, pero basado en la necesaria evidencia científica, inicialmente deberá hacerse "a pie de playa" y considerando las manifestaciones tardías y potencialmente graves.

Bibliografía

- 1 Fernández-Riestra A, Pintor E. Picadura por medusa cuboidea en aguas tailandesas. *Emergencias*. 2014;26:155.
- 2 De Donno A, Idolo A, Bagordo F, Grassi T, Leomanni A, Serio F, et al. Impact of stinging jellyfish proliferations along south Italian coasts: human health hazards, treatment and social costs. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:2488-503.
- 3 Pérez-Arellano JL, Luzzardo OP, Pérez Brito A, Hernández Cabrera M, Zumbado M, Carranza C, et al. Ciguatera fish poisoning, Canary Islands. *Emerg Infect Dis*. 2005;11:1981-2.
- 4 Espinosa B. Cuestiones acerca del manejo de las picaduras por *Physalia utriculus*. *Emergencias* 2014;26:319.
- 5 Birsa LM, Verity PG, Lee RF. Evaluation of the effects of various chemicals on discharge of and pain caused by jellyfish nematocysts. *Comp Biochem Physiol C Toxicol Pharmacol*. 2010;151:426-30.
- 6 Guía de identificación rápida de medusas y otros organismos gelatinosos del plancton presentes en Canarias. (Consultado: 30 Abril 2014). Disponible en: http://www.redpromar.com/descargas/4/Gu%C3%ADa_de_identificaci%C3%B3n_r%C3%A1pida_de_medusas_y_otros.

- 8 <http://med-jellyrisk.com/es/#.U3n9Ptj5Pkp>. Acceso 30/04/2014.
- 9 Li L, McGee RG, Isbister G, Webster AC. Interventions for the symptoms and signs resulting from jellyfish stings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;12:CD009688.
- 10 Ward NT, Darracq MA, Tomaszewski C, Clark RF. Evidence-based treatment of jellyfish stings in North America and Hawaii. *Ann Emerg Med*. 2012;60:399-414.
- 11 Auerbach PS. In reply to evidence-based treatment of jellyfish stings in North America and Hawaii. *Ann Emerg Med*. 2013;61:253-4.
- 12 Loten C, Stokes B, Worsley D, Seymour JE, Jiang S, Isbister GK. A randomised controlled trial of hot water (45 degrees C) immersion versus ice packs for pain relief in blubber bottle stings. *Med J Aust*. 2006;184:329-33.

Guillermo BURILLO PUTZE^{1,2},
Jaime DE URIOSTE^{1,3},
María José BETHENCOURT^{1,3},
Santiago NOGUÉ XARAU^{1,4}

¹Grupo de Toxicología, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMESTOX). ²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España. ³Fundación Neotrópico, Santa Cruz de Tenerife, España. ⁴Sección de Toxicología Clínica, Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España.

Intubación transcutánea tras un intento autolítico como método alternativo en el control de la vía aérea

Sr. Editor:

Aunque la intubación endotraqueal constituye la técnica de elección en el control de vía aérea, en ocasiones, se emplean técnicas alternativas que permiten una adecuada oxigenación de los tejidos.

Varón de 44 años con antecedentes de alcoholismo en tratamiento con disulfiram que, tras un intento autolítico con arma blanca, presentó una herida incisa en la región anterior del cuello. Fue hallado inconsciente (Glasgow 3/15), con una herida hemorrágica en la región anterior del cuello, los vasos sanguíneos y la tráquea. Presentaba una respiración agónica, un pulso débil y taquicardia de 160 latidos por minuto, presión arterial de 55/35 mmHg, saturación de oxígeno < 50% con pupilas isocóricas y normorreactivas. Transcurridos 4 minutos, presentó parada cardiorrespiratoria (PCR) (asistolia) y se iniciaron maniobras de soporte vital avanzado (SVA)³, se realizó venoclisis en la extremidad superior izquierda y se administró suero salino 0,9% y adrenalina. Tras dos intentos de intubación con tubo endotraqueal (TET) n° 8, sin éxito por la lesión traumática en la vía aérea, se utilizó como técnica alternativa, una intubación transcutánea a través de la herida del cuello con TET n° 7, con lo que se consi-



Figura 1. Intubación transcutánea y compresión de la herida en cuello mediante gases y compresas.

guió buena ventilación. Tras 3 minutos de SVA, con vía aérea aislada, se recuperó la circulación espontánea. En la sedoanalgesia se emplearon midazolam y fentanilo, y como bloqueante neuromuscular cisatracurio. El soporte respiratorio se realizó mediante ventilación mecánica invasiva controlada por volumen, sin presión positiva al final de la espiración (PEEP), con la finalidad de evitar el barotrauma⁴. Se practicó una reparación quirúrgica en el hospital de referencia.

Las técnicas invasivas para el control de la vía aérea en el medio extrahospitalario son poco frecuentes. En el 1% de los casos se emplean técnicas como la cricotirotomía^{1,2,5} o la intubación retrógrada, en el manejo de vía aérea difícil^{1,6}. La cricotirotomía constituye el método quirúrgico más rápido de acceso a la vía aérea, es de elección en estos pacientes y situaciones⁷, y supera a la traqueostomía de extrema urgencia⁸. En el caso que se presenta, el aislamiento de vía aérea se realizó mediante inserción de tubo endotraqueal, se aprovechó el corte que el propio paciente se infringió. Estas técnicas no requieren especial pericia y es de gran importancia que los profesionales de emergencias extrahospitalarias dispongan de los planes alternativos más adecuados en caso de fracaso de la intubación y aseguren la disponibilidad inmediata del material necesario. Todas las técnicas de manejo de la vía aérea requieren experiencia previa, por tanto, la mejor elección en cada caso será aquella técnica que más se domine⁹.

Bibliografía

1 Henderson J. Control de las vías respiratorias en el adulto. En Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL. (eds.) Miller Anestesia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 1339-1376.
 2 Bair AE, Panacek EA, Wisner DH, Bales R, Sakles JC. Cricothyrotomy: a 5-year experience

at one institution. J Emerg Med. 2003;24:151-6.
 3 European Resuscitation Council. Traducción oficial al castellano de las Guías del European Resuscitation Council 2010. [Página web en Internet]. (Consultado 6 Febrero 2013). Disponible en: <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/230/1/>
 4 Marini J. Dynamic hyperinflation and auto-positive end-expiratory pressure. Lessons learned over 30 years. Am J Respir Crit Care Med. 2011;184:756-62.
 5 Timmermann A. Retrograde intubation in an emergency situation-indication, technical performance, risks and pit falls. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2012;47:458-63.
 6 Davidson SB, Blostein PA, Walsh J, Maltz SB, VandenBerg SL. Percutaneous tracheostomy: a new approach to the emergency airway. J Trauma Acute Care Surg. 2012;73(2 Supl 1):S83-8.
 7 García Castro A, González Varela A, Herrero Negueruela A. Nuevo modelo para la práctica de cricotirotomía de urgencia. Emergencias. 2004;16:103-8.
 8 Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Cuidados Intensivos. Comité de Estudio de la Vía Aérea Difícil. [Página web en Internet]. (Consultado 6 Febrero 2013). Disponible en: <http://anestit.unipa.it/anestit/siaarti/Intubazing.htm>
 9 Valero R, Mayoral V, Massó E, López A, Sabaté S, Villalonga R, et al. Evaluación y manejo de la vía aérea difícil prevista y no prevista: Adopción de guías de práctica. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2008;55:563-70.

Daniel RAMÓN DEL RÍO,
 Pedro José SATÚSTEGUI DORDÁ,
 Concepción PUEYO ENRIQUE,
 María Pilar VALERO ORÓS

Emergencias 061 Aragón. UME Monzón, Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 Aragón, Servicio Aragonés de Salud, España.

Síndrome de Hamman y neumotosis epidural asociada

Sr. Editor:

En ocasiones la Medicina de Urgencias se enfrenta a signos clínicos, que por la espectacularidad de su presentación, adjudican gravedad a un cuadro que inicialmente resulta benigno, lo que puede suponer una inadecuada utilización de recursos. El síndrome de Hamman o neumomediastino espontáneo (NE), se encuentra presente hasta en el 0,3-5% de los niños asmáticos atendidos en urgencias.

Varón de 20 años, con historia de asma que acude a urgencias por disnea y dolor torácico-cervical de horas de evolución. Se encontraba apirético, a 35 rpm, con gran ansiedad, disnea y tiraje, a pesar de SatO₂ basal 98%. En la exploración destacaban sibilantes y enfisema subcutáneo torácico y cervical extenso. La gasometría mostraba PO₂ de 74 mmHg y CO₂ de 45 mmHg. En la radiografía (RX) de tórax se objetivó neumomediastino. Se realizó además una tomografía computarizada

(TC), que identificaba aire en el espacio epidural cervical. Debido al gran trabajo respiratorio, el riesgo de claudicación y el mal control del dolor, ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Presentó buena evolución, siendo dado de alta en 24 h, sin precisar soporte ventilatorio.

El síndrome fue descrito por Louis Hamman en 1939 como "enfisema mediastínico espontáneo"¹. Es una entidad que ocurre en pacientes jóvenes, sin comorbilidad. Entre los factores desencadenantes², se encuentran exacerbaciones asmáticas, Valsalva, tabaquismo y consumo de drogas inhaladas³. Es importante diferenciarlo del neumomediastino secundario a enfermedad pulmonar, traumatismos o complicaciones quirúrgicas (Tabla 1)⁴. Su fisiopatología consiste en la rotura de alveolos terminales, con la liberación de aire al intersticio pulmonar, extendiéndose hacia tejidos subcutáneos del tórax y cuello. La clínica consiste en dolor torácico, disnea e incluso afonía. Hamman describió un signo característico que consiste en la crepitación en la región anterior del tórax coincidiendo con el latido cardíaco⁵. Se confirma por RX de tórax y sólo ante la sospecha de neumomediastino secundario, se recomienda TC. El manejo es el mismo con o sin la acumulación de aire en el canal espinal. Incluye reposo, oxigenoterapia, analgesia y evitar maniobras que aumenten la presión intrapulmonar⁶. El NE por sí mismo, no requiere de ingreso hospitalario y esta decisión la determina la causa subyacente. El pronóstico es excelente, con una tasa de recurrencia del 5%⁷. En conclusión, el síndrome de Hamman, resulta un desafío diagnóstico, siendo clave su sospecha con la búsqueda de factores desencadenantes. En la práctica

Tabla 1. Causas de neumomediastino

Causas médicas: Asma*. Fibrosis quística*. Infecciones del tracto respiratorio (víricas y bacterianas)*. Pericarditis*. Epilepsia*. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Enfermedades reumatológicas. Idiopático. Miscelánea: Déficit de 21 hidroxilasa, anorexia nerviosa, linfoma Hodgkin.
Maniobras respiratorias: Maniobras de Valsalva (vómitos, tos, ejercicio extenuante, test de función pulmonar...)*. Cetoacidosis (hiperventilación)*. Gases irritantes (Helio). Drogas inhaladas (cocaína, cannabis). Reanimación cardiopulmonar.
Causas quirúrgicas: Aspiración de cuerpo extraño*. Ruptura espontánea de esófago (Sd. de Boerhaave). Traumatismos torácicos. Perforación de tubo digestivo o vía respiratoria.
 *Frecuentes en pediatría.

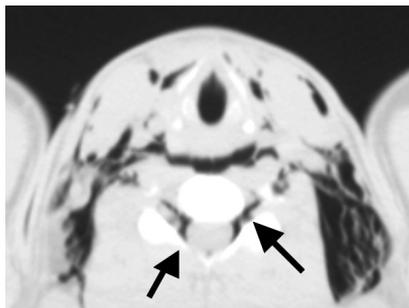


Figura 1. TC cervical. Enfisema subcutáneo en espacios cervicales, paravertebrales, retrofaringeos y en el espacio epidural del canal cervical (flechas).

como ocurrió en nuestro caso, vemos que se trata de una entidad benigna que es frecuentemente sobreinvestigada y sobretrotada.

Bibliografía

- 1 Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. Bull Johns Hopkins Hospital. 1939;64:1-2.
- 2 Dekel B, Paret G, Szeinberg A, Vardi A, Barzilay Z. Spontaneous pneumomediastinum in children: clinical and natural history. Eur J Pediatr. 1996;155:695-7.
- 3 Jougon JB, Ballester M, Delcambre F, Mac Bride T, Dromer CE, Velly JF. Assessment of spontaneous pneumomediastinum: experience with 12 patients. Ann Thorac Surg. 2003;75:1711-4.
- 4 Lee C-Y, Wu C-C, Lin C-Y. Etiologies of Spontaneous Pneumomediastinum in Children of Different Ages. Pediatrics & Neonatology. 2009;50:190-5.
- 5 Chu CPW, Chen PP. Tracheobronchial injury secondary to blunt chest trauma: diagnosis and management. Anaesth Intensive Care. 2002;30:145-52.
- 6 Macia I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I, Saumench J, et al. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. Eur J Cardiothorac Surg. 2007;31:1110-4.
- 7 Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R, et al. Spontaneous pneumomediastinum in children. Pediatr Pulmonol. 2001;31:67-75.

Joaquín CASTRO GIMÉNEZ¹,
Ana BUENO GONZÁLEZ²,
Constanza MUÑOZ HORNERO¹,
Alfonso AMBRÓS CHECA²

¹Medicina Interna, ²Medicina Intensiva, Hospital General Universitario de Ciudad Real, España.

Angioedema bradicinérgico adquirido tratado con icatibant en urgencias

Sr. Editor:

El angioedema es un motivo frecuente de consulta en urgencias, suele ser de tipo histaminérgico y responde a la adrenalina, antihistamínicos y cor-

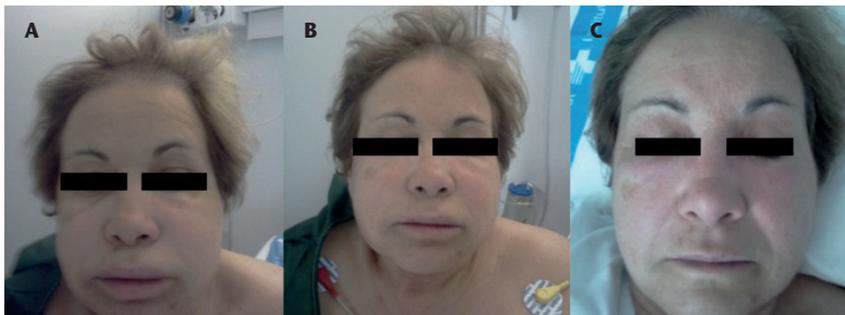


Figura 1. Fotos de la evolución clínica en urgencias. A: a la llegada. B: tras la administración de primera dosis de icatibant. C: a las 24 h de la llegada a urgencias, tras la administración de dos dosis de icatibant.

ticoides¹. En un pequeño porcentaje es no histaminérgico², sino en relación con la formación de bradicinina, y se conoce como angioedema bradicinérgico (AEB)³. Existen dos grupos, el hereditario y el no hereditario, y dentro de este segundo encontramos el déficit adquirido de C1 inhibidor (C1INH), que se caracteriza por presentarse, en general, a partir de la 4ª década de la vida, debido a su relación con diferentes procesos patológicos (linfoproliferativos, neoplásicos, autoinmunes e infecciosos)⁴. El AEB no responde a la adrenalina, antihistamínicos y corticoides, por lo que su tratamiento en urgencias es más complejo y se basa en administrar C1INH endovenoso o icatibant subcutáneo, un antagonista competitivo específico y selectivo del receptor de la bradicinina B2. Existe escasa experiencia con icatibant en urgencias en el tratamiento del AEB adquirido, por lo que queremos presentar el siguiente caso.

Mujer de 69 años, alérgica a la penicilina, sin otros antecedentes, que consultó por angioedema facial y de lengua, que no había respondido al tratamiento con antihistamínicos, corticoides endovenosos, ni adrenalina intramuscular (Figura 1A). Por ello, se orientó como AEB y ante la progresiva dificultad respiratoria, se inició tratamiento con 30 mg de icatibant subcutáneo. La progresión de la dificultad respiratoria cedió, pero sin revertir totalmente (Figura 1B). A las 8 horas precisó una nueva administración de icatibant. La paciente fue dada de alta de urgencias a las 24 horas tras revertir totalmente el cuadro clínico (Figura 1C). No presenté ningún efecto adverso al tratamiento. En consultas externas de alergología los parámetros analíticos fueron compatibles con un AEB adquirido, con valores del C1INH, actividad del C1INH, fracción del complemento C4 y C1q disminuidos. Se confirmó el diagnóstico de gammopatía monoclonal IgM kappa.

Destacar que en urgencias siempre hay que tener presente que un angioedema que no responde al tra-

tamiento con adrenalina ni antihistamínicos es con casi toda seguridad un AEB, por lo que la actitud terapéutica debe cambiar. Debe valorarse el tratamiento con icatibant subcutáneo, dada su facilidad de uso y respuesta favorable en todos los tipos de AEB⁵. No se recomienda su uso en embarazadas ni niños menores de 18 años, donde sí se puede usar el C1INH. En este caso clínico destaca una respuesta clínica al tratamiento con icatibant más lenta que en el AEB hereditario⁶. El uso de icatibant en esta situación es una indicación fuera de ficha técnica, por lo que precisa de consentimiento informado específico escrito y firmado, pero creemos que la gravedad del cuadro clínico justifica su utilización.

Bibliografía

- 1 Brown AFT. Current management of anaphylaxis. Emergencias. 2009;23:452-7.
- 2 Blasco AJ, Aguilar MD, Montero FJ, Labrador M, Martínez A, Andrés M, et al. Guía de práctica clínica abreviada del manejo de los angioedemas mediados por bradicinina en urgencias. Monografías Emergencias. 2013;7:1-17.
- 3 Guilarte M. Update in hereditary angioedema due to C1 inhibitor deficiency. Med Clin (Barc). 2012;139:452-7.
- 4 Aygoren-Pursun E, Rusicke E, Sagner IM, Kreuz W. Acquired C1-Inhibitor deficiency - Report of 18 cases. J Allergy Clin Immunol. 2009;123:S13.
- 5 Jaiganesh T, Wiese M, Hollingsworth J, Huggan C, Kamara M, Wood P, et al. Acute angioedema: recognition and management in the emergency department. Eur J Emerg Med. 2013;20:10-7.
- 6 Cicardi M, Banerji A, Bracho F, Malbrán A, Rosenkranz B, Riedl M, et al. Icatibant, a New Bradykinin-Receptor Antagonist, in Hereditary Angioedema. N Engl J Med. 2010;363:532-41.

Javier JACOB,
Ramón LLEONART,
Mar CARRIZOSA,
Merce COROMINAS,
Ignasi BARDÉS

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona, España.