

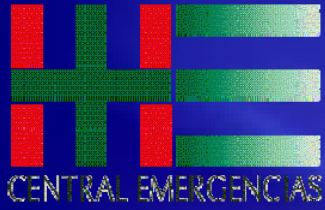
# Anafilaxia

**María Cecilia Lucini, M.D.**

Especialista en Medicina Interna

Central de Emergencias

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina



# Objetivos

- Conocer las causas de angioedema y urticaria, manejo y tratamiento
- Conocer las causas angioedema sin urticaria, manejo y tratamiento
- Mecanismo de anafilaxia y reacción anafilactoidea, manejo y tratamiento



# Causas de urticaria aguda

- Alimentos
- Drogas
- Picadura de insectos
- Exposición ocupacional
- Desencadenantes físicos
- Infecciones virales, hepatitis

# Diferencias de lesiones dérmicas

## ÁREAS DE INFLAMACION

MMSS, MMII,  
tronco, cara

Palmas y plantas,  
lateral y dorsal

Zonas flexurales,  
cuello, pezón

Cuero cabelludo,  
zonas de extensión

## MORFOLOGÍA

“Ronchas” circunscriptas a  
confluentes, pruriginosas

Vesículas de mm,  
puriginosas

“Vesículas, eritema,  
liquenificación y descamación

Placas bien delimitadas,  
eritematosas con descamación

## DIAGNÓSTICO

URTICARIA

DESHIDROSIS

DERMATITIS  
ATÓPICA

PSORIASIS

# Tratamiento y conducta

- Primero antihistamínicos (de 1ra generación difenhidramina 25-50 mg, hidroxicina 25 mg)
- Corticoides VO en caso de angioedema (prednisona 40 mg)
- Control de evolución y respuesta al tto. iniciado
- Si es buena: luego de unas horas de control, alta con antihistamínicos de 2da generación (cetirizina, loratadina, fexofenadina, etc.)
- Retirar causa desencadenante
- Si agrega otro sistema: iniciar tto de anafilaxia (adrenalina)

# Angioedema sin urticaria

- Angioedema hereditario: déficit de C1 inh, cuantitativo, funcional, o dependiente de estrógenos. Fundamental los antecedentes personales y hereditarios, sospechar cuando el angioedema es laríngeo
- IECA
- Enfermedades autoinmunes

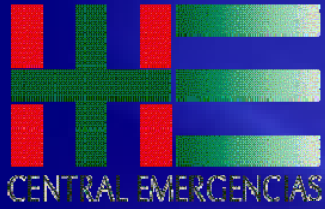
# Tratamiento de angioedema hereditario

## Angioedema Hereditario Profilaxis y tratamiento

Tratamiento en agudo:  
1- C1 inh 500 unid < de 50kg  
1000 unid > de 50 kg  
2) Danazol 400-600 mg

Profilaxis para manipulaciones  
menores:  
Si no es disponible C1 inh,  
Danazol ó ac tranaexamico  
75 mg/kg/d

Profilaxis para manipulaciones  
mayores:  
Dos dosis de C1 inh ó plasma fresco  
10 ml/kg, 2 U (400ml)



# Alta, monitoreo ó internación?

- Paciente debe quedar internado protegiendo siempre la vía aérea, ya que suele empeorar en las primeras 24 hs
- Lentamente se resuelve durante las subsiguientes 48- 72 hs
- Algunos duran más de 72 hs y el angioedema migra de lugar



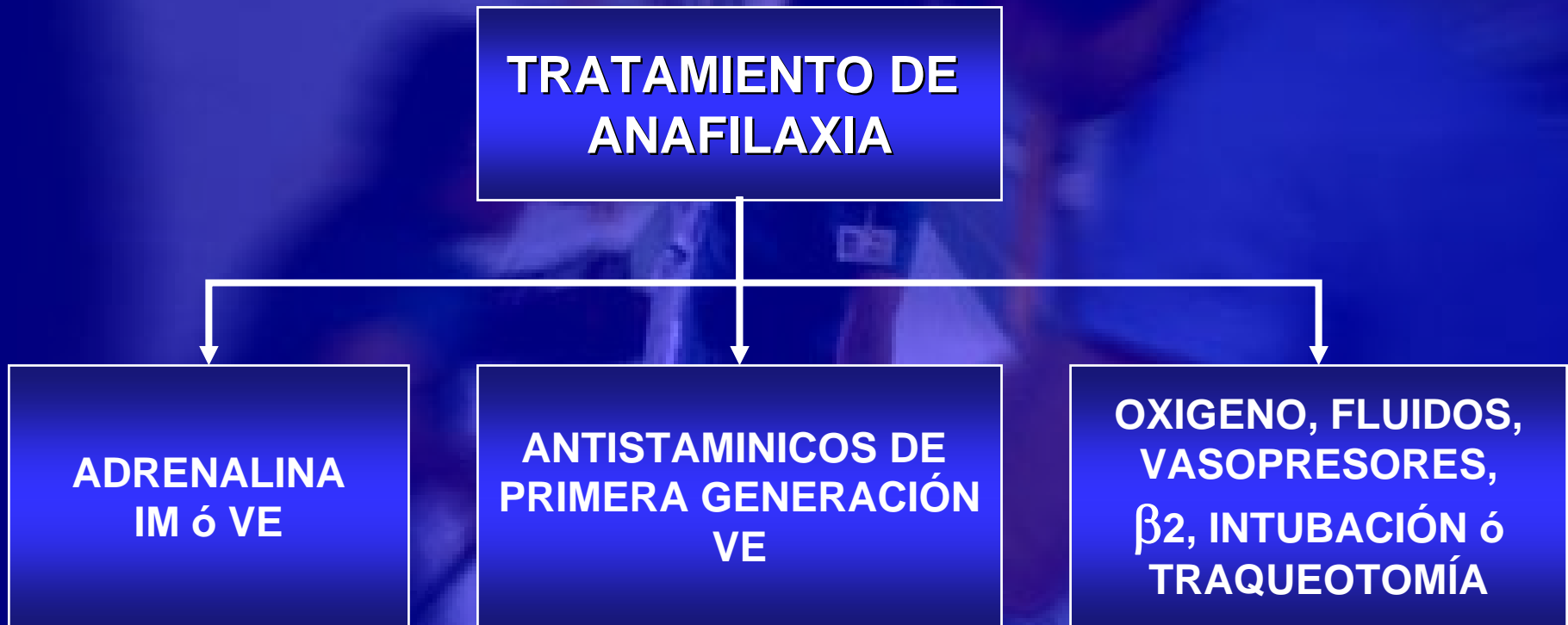
# Definición de anafilaxia

- Reacción alérgica severa con compromiso de dos o mas órganos blanco y riesgo de vida
- Consiste en la degranulación de basófilos y mastocitos mediado por mecanismo Ig E

# Reacción anafilactoidea

- Iguales características a la reacción anafiláctica
- Tiene iguales órganos blanco
- Tiene igual tratamiento
- NO es mediada por mecanismos de tipo IgE

# Tratamiento de anafilaxia



# Tratamiento de anafilaxia

- Primero.... ADRENALINA
- Acción sobre alfa receptores y beta receptores
- Efectos adversos: arritmias, IAM en dosis altas, dilución inadecuada, rápida administración
- Pacientes de riesgo: añosos, con HTA, coronarios (el beneficio excede el riesgo- Grado C)

*BMJ VI 327, 6 dec 2003*

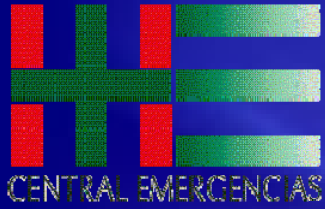
# Seguimos con tratamiento

- Dosis: en adultos de 0,3 a 0,5 ml 1/1000 (IM), en niños 0,01 mg/Kg/dosis con máximo de 0,5 mg.
- Las dosis se pueden repetir cada 5 -10 minutos
- En VE: diluir 5 ampollas en 50 cc, se comienza con 1-5 mg, 3 ml/hora (5mg/min)

*BMJ vl 327, 6 dec 2003*

# Más tratamientos

- Segundo.... Difenhidramina (Benadryl) de 25-50 mg VE, repetir cada 6 hs
- Además incorporar fluidos, oxígeno y beta agonistas si es necesario
- Intubación o traqueostomía
- Último... Corticoides ?? Hidrocortisona 100- 500 mg por vez ( utilidad discutida)



# Tratamiento adicional

- Pacientes con IECA y beta bloqueantes no responden adecuadamente al tratamiento
- Los pacientes con beta bloqueantes podrían recibir además glucagon
- Los pacientes con IECA, angiotensinamida
- Recordar que los pacientes con abuso de cocaína tienen contraindicada la adrenalina
- Y los pacientes con tricíclicos o inhibidores de la MAO requerirán la mitad de la dosis

*BMJ VI 327, 6 dec 2003*

# Monitoreo...??

- Se reportó hasta un 20 % de anafilaxia bifásica
- Esta puede ocurrir tras ingestión oral o parenteral, a cualquier edad o género
- El tiempo de ocurrencia es de 1 h - 72 hs siendo que el 40 % de los casos son dentro de las primeras 8 hs.

*J World Allergy Org, 16/6 2004*



# Monitoreo...

- No hay medicación que prevenga
- No hay pautas que uno pueda seguir para evitar la anfilaxia bifásica
- El episodio puede ser igual, menor o mayor al primero
- El retraso en administrar adrenalina o dosis insuficiente predispondrían...

# Monitoreo si!!!!!!

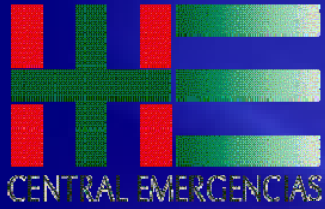
- Cuando se demoró la administración de adrenalina, o la dosis fue insuficiente
- La reacción primera tardó en responder
- Paciente con IECA o beta bloqueantes
- Morbilidades concurrentes
- Pacientes asmáticos

*J World Allergy Org, 16/6 (2004)*



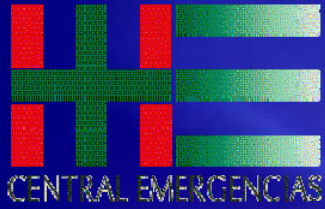
# Indicaciones al alta

- Antihistamínicos (de 2da generación)
- Deltisona (ocasionalmente.... Anafilaxia idiopática, compromiso respiratorio, lesiones dérmicas)
- Autoadministrador de adrenalina (si la causa no es evitable... picadura, ejercicio)
- Pautas de alarma, al paciente y familiares
- Evaluación con especialista



# No olvidar de replantearse los dx diferenciales

- Sincope vasovagal
- Síndrome carcinoide
- Mastocitosis sistémica
- Desórdenes psiquiátricos
- Otras causas de shock o de eventos cardiovasculares o respiratorios



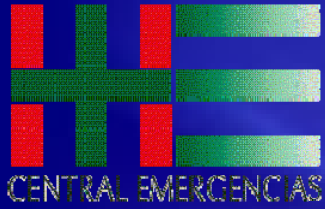
# Herramientas para el diagnóstico

- Historia clínica detallada
- Examen físico
- Laboratorio sérico: triptasa sérica
- Laboratorio urinario: metilhistamina, ácido hidroxindolacético, catecolaminas

# Reacciones por contraste

- TOXICAS
- Diabetes
- Hipertensión
- Colagenopatías
- Policitemia
- Mieloma múltiple
- Deshidratación
- ANAFILACTOIDEA
- Cuya detección previa es imposible por no presentar IgE
- Invalida toda prueba o test de alergia basado en dicho método

*Conseso de AAAIC y SAR, 2001*



# Grupo de riesgo

- LEVE: sin antecedentes ni enfermedades concomitantes. Riesgo habitual.
- BAJO: existen dudas en el interrogatorio.
- MODERADO: enfermedad concomitante, atopía, reacción adversa moderada previa.
- ALTO: múltiples causales de riesgo o reacción adversa grave previa.

# Tratamiento Premedicación

- Grupo de riesgo leve: no es necesaria
- Grupo de riesgo bajo, moderado se realizará premedicación
- Grupo de riesgo alto: considerar método alternativo
- Tratamiento: corticoides altas dosis (prednisona 40 mg) dos o tres dosis y el antihistamínico (difenhidramina 50 mg VO) 13, 7, 1 hs antes
- Urgencias: hidrocortisona 500 mg y antihistaminico VE



# Conclusión

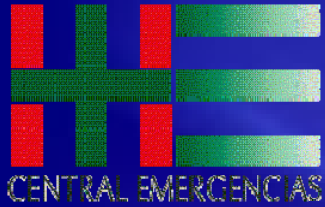
**ATENCIÓN!!**

**PATOLOGÍA NO EMERGENTE**  
Urticaria y angioedema  
Tto. Antihistaminicos  
Control

Puede transformarse anafilaxia.  
Si lo hace....es dentro de las  
primeras horas

**PATOLOGÍA EMERGENTE**  
Anafilaxia !!!  
Tto. Adrenalina  
Vía Aérea

Importante tener en cuenta  
ciertas reacciones  
anafilactoideas  
Considerar riesgo y pre-tto.



**Muchas gracias**

[cecilia.lucini@hospitalitaliano.org.ar](mailto:cecilia.lucini@hospitalitaliano.org.ar)