PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CASOS PRÁCTICOS

ALERGOLOGÍA

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

CASO PRÁCTICO 1

Llega a su consulta en un servicio de alergología de un hospital terciario, un varón de 68 años de complexión media, que sufrió hace 2 semanas estando en una zona rural del norte de Burgos, un cuadro brusco de hipotensión marcada con síncope, siendo éste de breve duración (1-2 minutos), además de dificultad para respirar. Un transeúnte avisó al 112 y fue atendido in situ por la UVI móvil, aproximadamente 15 minutos después, registrando los siguientes parámetros:

TA: 85 / 45 mm de Hg; FC: 110 lpm; Tª : 37ºC FR : 24 rpm Sat.O2 : 89%
EKG: Taquicardia sinusal a 110 lpm.

En la exploración física destacaban los siguientes hallazgos:
GCS (Escala de Coma de Glasgow): 12
ACP: rítmico a 110 lpm. No soplos. AP: Broncoespasmo difuso
Piel: En el lado derecho del cuello presentaba una única lesión habonosa grande de unos 10 x 8 cms con lo que parecía una picadura en su centro y llamaba la atención un importante edema facial.

Se le colocaron gafas nasales con oxígeno a 2 lpm y una mascarilla con aerosol de Bromuro de Ipratropio + Salbutamol.

Se le cogió una vía periférica de gran calibre en flexura cubital y se le comenzaron a pasar fluidos y se le extrajo sangre para análisis.
Le fueron administrados 120 mg de Metilprednisolona iv, además de un vial de Dexclorfeniramina de 5 mg iv.

Pasados 15 minutos no se apreciaron cambios significativos y se le administró un vial de adrenalina (epinefrina) de 1 mg en bolo intravenoso, mejorando rápidamente la función respiratoria y las cifras de tensión, pero apareciendo una taquicardia de 150 lpm y cierta opresión precordial.

El monitor de EKG mostraba Taquicardia sinusal con frecuentes extrasístoles ventriculares y una elevación del ST en derivaciones I, aVL, V5 y V6.

Los síntomas fueron mejorando en unos 30 minutos sin otra medicación, al igual que la sensación de opresión precordial.

Cuando revisas ya en consulta los análisis practicados por la UVI móvil, destaca una triptasa sérica de 10.0 ng/ml. El resto de valores eran normales.

PREGUNTAS:

1- ¿Has detectado algún error/ errores en el manejo de éste paciente?
(En caso afirmativo, describe cuál o cuáles han sido y ordena los pasos correctamente incluyendo la dosis de los fármacos).

2-Teniendo en cuenta la opresión precordial junto con la elevación del ST en cara lateral, ¿Es razonable descartar alguna patología adicional?

3-Además de una completa anamnesis dirigida, ¿qué pruebas diagnósticas se requieren para alcanzar un diagnóstico alergológico correcto una vez descartada alergia alimentaria/medicamentosa?

4-Antes de proceder a valorar si administrar una doble ITE (vespula 100%) + polistes 100%, ¿habría alguna prueba diagnóstica que podría ayudar a la selección correcta del veneno (perfil alérgico real)?

5- Respecto a la actitud a tomar con este paciente en cuanto a normas de evitación, tratamiento ante posible repicadura y la posibilidad de inmunoterapia, ¿cuáles serían tus instrucciones?

CASO PRÁCTICO 2

Llega a su consulta en un servicio de alergia de un hospital terciario, un varón de 42 años, que ha sufrido una reacción anafiláctica hace 1 mes, a los 30 minutos aproximadamente de comer una manzana.

Requirió de 120 mg de Metilprednisolona iv y 5 mg iv de Dexclorfeniramina.
Se le extrajo análisis que fue normal, incluyendo triptasa sérica a la llegada y tras 2 horas de pautar el tratamiento.

Como antecedentes personales solo resulta relevante una polinosis por alergia a polen de gramíneas con clínica de rinoconjuntivitis persistente leve que trata con antihistamínico oral y en colirio a demanda.

No toma otra medicación.

No tiene alergias medicamentosas conocidas.

En la anamnesis refiere que no había ingerido alimentos desde al menos 4 horas antes de la manzana. La manzana la comió sin pelar y la toleraba hasta la fecha, de hecho, la semana anterior había comido otra manzana con piel sin problema alguno.

Relata que una hora antes de comer la manzana, había tomado una única dosis de dexketoprofeno de 25 mg via oral, por un dolor muscular.

Previamente toleraba dexketoprofeno pero desde la reacción que tuvo, no ha vuelto a tomar ningún antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Tampoco ha vuelto a comer manzana. Tolera plátano, uva, naranja y sandía.

No había hecho ejercicio ese día, ni había tomado alcohol.

No come prúnidos desde su infancia, porque al tocar melocotón se le enrojecía y picaba la piel con su contacto.

Tolera frutos secos diversos, cacahuete, avellana, nuez,..etc… y los ha tolerado tras el incidente con la manzana.

Asimismo, tolera maíz, lechuga, tomate en ensalada, legumbres, carnes, pescados, lácteos y huevo con normalidad.

PREGUNTAS:

1- **¿La triptasa normal durante el suceso descarta que se trate de una anafilaxia?**

2- **¿Cómo lo explicaría?**

3- **Si las pruebas cutáneas tanto en prick como en intradermorreacción con ibuprofeno y dexketoprofeno son negativas, y en el prick con alimentos resultan positivas melocotón, manzana, LTP de melocotón, avellana, cacahuete y garbanzo, ¿qué diagnósticos diferenciales cabría plantearse con mayor probabilidad?**

4- **Si la IgE específica frente a LTP de manzana, LTP de melocotón, LTP de avellana, LTP de cacahuete e IgE específica a garbanzo es también positiva, ¿se podría descartar ya alergia a dexketoprofeno o se plantearía alguna otra prueba diagnóstica antes de hacer una prueba de tolerancia con Dexketoprofeno?**

5- **Si la prueba adicional que ha solicitado resulta normal, y hace una prueba de tolerancia con dexketoprofeno que es bien tolerada, ¿le parecería indicado hacer una prueba de tolerancia con manzana si el paciente no ha ingerido ninguna otra rosácea relacionada como prúnidos, o pera?**
Explique sus razones y qué le ha llevado a tomar su decisión, así como las medidas a tomar para evitar riesgos futuros.

CASO PRÁCTICO 3

Mujer de 33 años que refiere presentar desde hace unos 2 años episodios de hinchazón de labios, así como de manos o pies, sin relación específica con ningún desencadenante específico, salvo que cree haber observado que el estrés o los cuadros infecciosos le incrementan los episodios. El edema se establece a lo largo de varias horas y no es eritematoso, ni pruriginoso. Le produce molestias locales, tirantez y escozor en labios, e incluso dolor e impotencia funcional cuando afecta a extremidades. En alguna ocasión ha asociado disfonía y menos frecuentemente dolor abdominal cólico.

En ocasiones lo ha dejado evolucionar espontáneamente desapareciendo a lo largo de las siguientes 48-72 horas sin dejar lesión residual. Cuando ha recibido tratamiento convencional con corticoides y antihistamínicos (ambos sistémicos) la respuesta no ha sido inmediata, demorando la mejoría varias horas.

Puede tener 2-3 episodios al mes (oscila).

Una prima murió joven hace muchos años, pero la paciente desconoce la causa.

La paciente no presenta ninguna patología de base, ni toma tratamiento crónico con ningún fármaco. No existe asociación entre la toma ocasional de antiinflamatorios no esteroideos y la aparición de la clínica, son completamente independientes.

PREGUNTAS:

1. **En esta situación y dados los datos referidos, realice un diagnóstico diferencial de sospecha.**

2. **¿Qué pruebas diagnósticas y en qué secuencia realizaría para confirmar o descartar el diagnóstico?**

3. **En caso de llegar al diagnóstico de angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor tipo II, ¿Cuál sería el resultado analítico, fuera de ataque, compatible con este diagnóstico y cuál sería el tratamiento de primera línea en las 3 modalidades terapéuticas existentes en esta patología? Indique, si las hay, más opciones terapéuticas no de primera línea.**