

SHOCK ANAFILÁCTICO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

Autora: Molinero Nadia Stephani

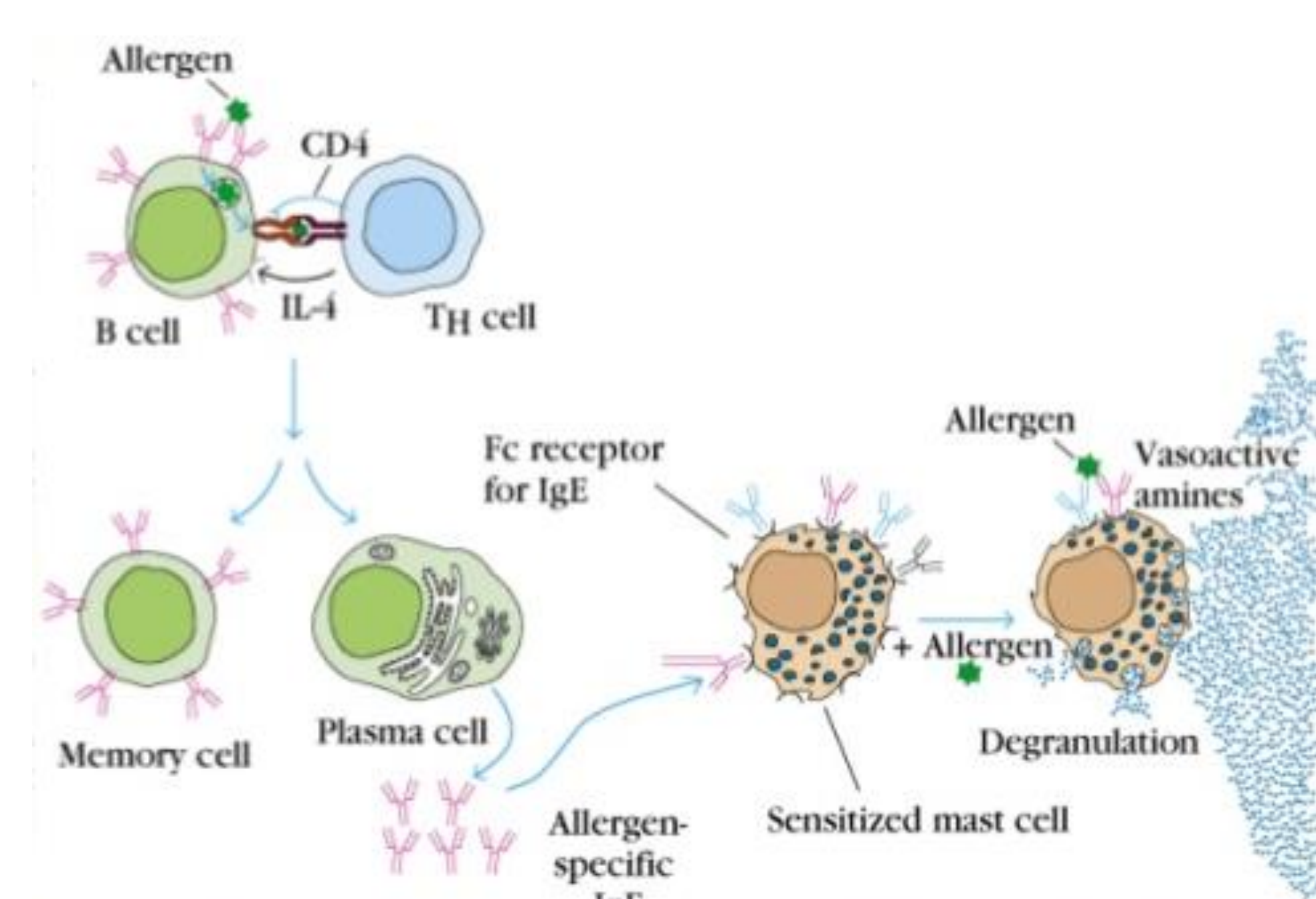
Tutor: Indkevitch Patricia; Dalessio Darío

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

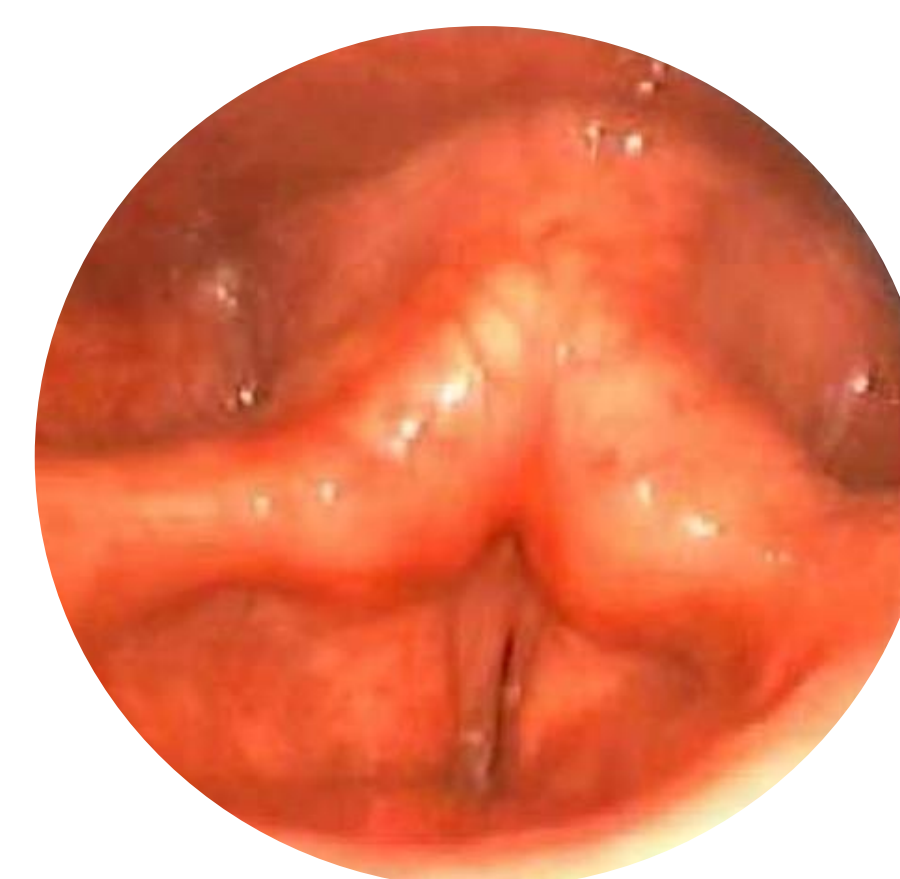
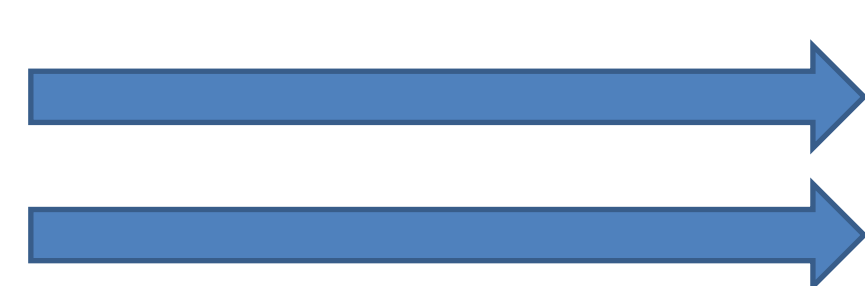
Las respuestas inmunes normales, tanto celulares como humorales, nos permiten el reconocimiento de lo propio y la eliminación de patógenos. Cuando estas respuestas son exageradas, o se producen frente a sustancias normalmente inocuas, gatillan enfermedades, y las denominamos mecanismos de daño o mecanismos de hipersensibilidad. En toda respuesta inmunológica se requiere de una fase de sensibilización que siempre es silente, hasta que al sobrepasar un determinado umbral se desencadena el daño inmunológico y la sintomatología clínica. Hay 4 tipos de hipersensibilidades.

El shock anafiláctico es la presentación clínica más grave de la hipersensibilidad tipo 1, es así como se define una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal específicamente cuando exista afectación cardiovascular con hipotensión en la práctica cotidiana de la odontología general. Los objetivos planteados serán: establecer qué se entiende por shock anafiláctico; reconocer las estructuras afectadas; reconocer en qué casos se podrían dar y determinar el tratamiento.



DESARROLLO

En un primer momento se observa **malestar**, pronto aparecen las manifestaciones dérmicas, incluidos rubor, urticaria, así como prurito de la cara y el tronco. Y seguido de esto **sibilancias, estridor, disnea, puede haber taquicardia, hipotensión**. Las reacciones alérgicas que afectan al tracto respiratorio son más graves y requieren una intervención más enérgica. La participación de las pequeñas vías respiratorias genera sibilancias, por constricción del músculo liso bronquial e inflamación de la mucosa respiratoria. El paciente refiere disnea y puede parecer cianótico. La interrupción de las vías respiratorias mayores ocurre primero en la porción más estrecha de dichas vías, las cuerdas vocales, en la laringe.



Los trastornos de la función cardiovascular comienzan con taquicardia y palpaciones. La presión arterial tiende a bajar debido a la disminución de la poscarga cardíaca y la vasodilatación periférica, y aparecen las arritmias cardíacas. En algún caso el gasto cardíaco puede disminuir hasta un grado que provoque la pérdida de conocimiento o la parada cardíaca.

DISCUSIÓN

Diferentes autores sugieren que esta reacción puede ser desencadenado por alérgenos que se encuentran en el ámbito odontológico, en especial medicamentos como ser los betalátamicos, o fármacos de tipo analgésicos post-operatorios y alérgenos ambientales, en especial el látex. Se encuentran dentro de las causas comunes junto a los alimentos. Los anestésicos locales rara vez precipitan una reacción alérgica.

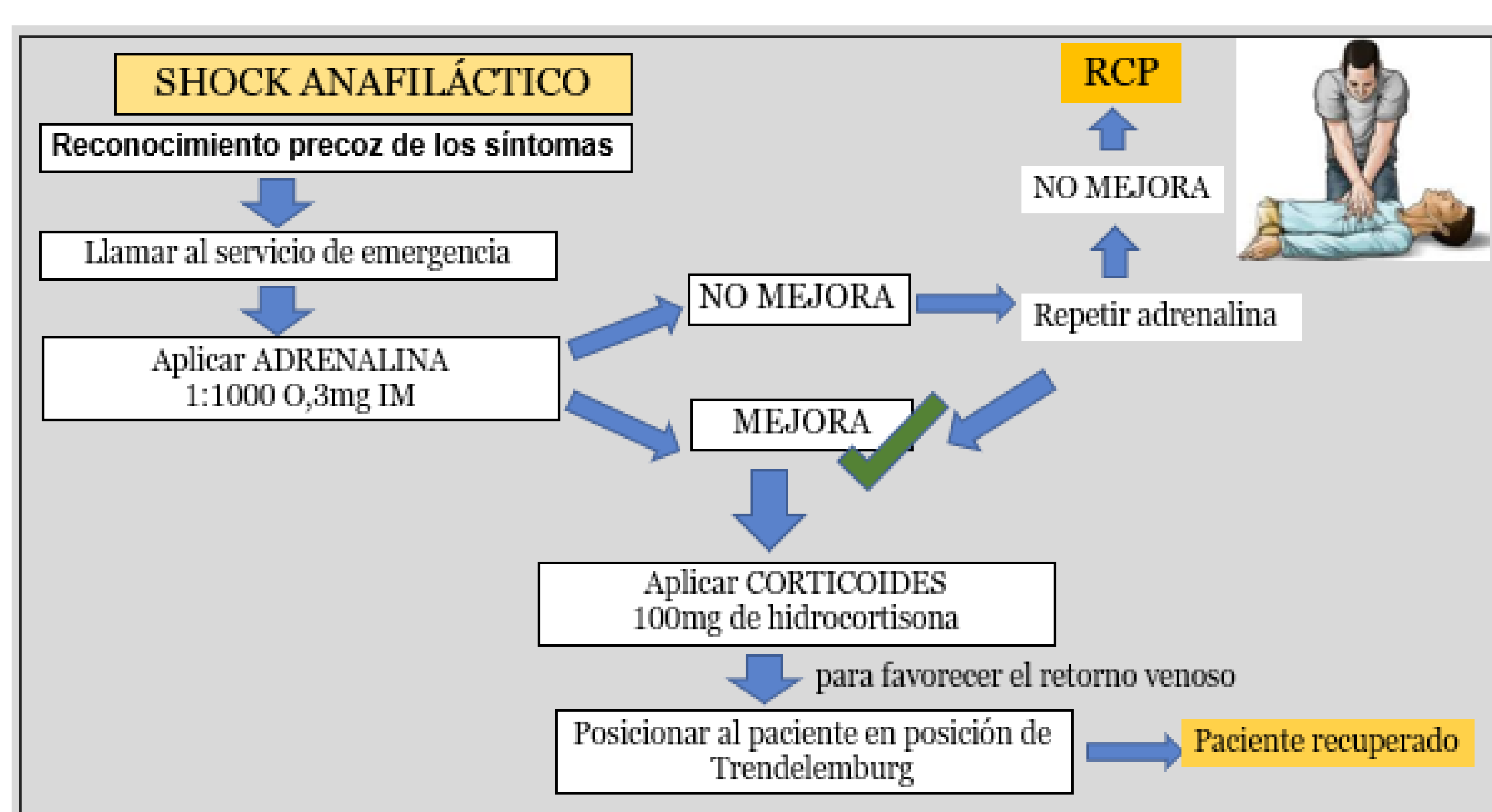
Debido al inicio rápido y la posibilidad de una cascada rápida y peligrosa de afección respiratoria y paro cardíaco, el diagnóstico y tratamiento inmediato es imperativo. Frente a un shock, mantener la vía aérea permeable, aplicar adrenalina, aplicar corticoides y situar al paciente en posición de trendelemburg (para favorecer al retorno venoso).

Por otra parte equiparnos de un **botiquín de emergencia** nos prepara para cualquier tipo de eventualidad, en esta oportunidad mencione los medicamentos necesarios para tratar un shock anafiláctico pero también se necesita de otros fármacos para estar atentos a una complicación.

Y por último y no por eso menos importante el tratamiento precoz nos llevara a tener un paciente estable y evitar la aplicación de las medidas de SVB si la poscarga desciende por debajo de los niveles necesarios para mantener la viabilidad o si el paciente tiene un paro cardíaco.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión aunque estas condiciones pueden surgir de repente y sin previo aviso, será importante realizar una **exhaustiva historia clínica** en donde el paciente nos cuente acerca de su historia de alergia y acerca de las reacciones medicamentosas durante la toma de algún fármaco de uso odontológico, debe quedar registrado en sus antecedentes personales. El **diagnóstico clínico** de una situación aguda cómo esta nos llevara a realizar un tratamiento precoz, debemos monitorizar los signos vitales y se deben seguir los pasos necesarios para mantener estable al paciente hasta que esté disponible el **servicio de emergencia**.



Referencias Bibliográficas

Referencias

- C. K. Liyanage¹, P. Galappaththy¹, S.L. Seneviratne. Corticosteroids in management of anaphylaxis; a systematic review of evidence. Rev. Vol 49, N 5, 196-207, 2017
- Guideline Bozzola C., Saranz R., Lozano A., Caceres M. Actualización en las recomendaciones del tratamiento del choque anafiláctico: novedades sobre el uso de adrenalina. Arch Argent Pediatr 2015;113(1):81-87
- Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilò MB, Brockow K, Fernández Rivas M, et al. Anafilaxia: directrices de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica. Alergia. 2014; 69: 1026-45.
- Campbell RL, Li JT, Nicklas RA, Sadosty AT. Diagnóstico y tratamiento de la anafilaxia en el servicio de urgencias: un parámetro de práctica. Ann Allergy Asthma Immunol. 2014; 113: 599-608.
- Dhami S, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Worm M, Bilò MB, et al. Manejo de la anafilaxia: una revisión sistemática. Alergia. 2014; 69: 168-75
- A.L. Smerilli, N. J. Sacott. Anestésicos Locales: Historia, Acción Farmacológica, Mecanismo de Acción, Estructura Química y Reacciones Adversas. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) • Año 2004 • Vol. 19 • Nº 46