

Disnea y cianosis acra en paciente con dermatitis herpetiforme**Shortness of Breath and Cyanosis in a Patient with Dermatitis Herpetiformis**

Sr. Director:

Durante el tratamiento crónico con sulfonas se han descrito diversos efectos adversos, entre los cuales uno de los más frecuentes es la anemia hemolítica. También se ha descrito, aunque con menor frecuencia, la metahemoglobinemia¹.

Presentamos el caso de una mujer de 68 años, no fumadora, con antecedentes de tiroiditis autoinmunitaria, enfermedad celíaca con anemia por déficit de vitamina B₁₂ y dermatitis herpetiforme en tratamiento con dapsona, sin antecedentes cardiológicos o respiratorios de interés. La paciente consultó por disnea de larga evolución que había empeorado progresivamente el mes anterior. En la exploración física destacaban saturación de oxígeno (respirando aire ambiente) por pulsioximetría del 84%, cianosis acra y lesiones costrosas indicativas de dermatitis herpetiforme, siendo el resto de la exploración (cardiorrespiratoria incluida) normal. Se realizó gasometría arterial (fracción inspiratoria de oxígeno: 0,21), donde se observaba un presión arterial de oxígeno de 74,9 mmHg, con bicarbonatos, pH y presión arterial de anhídrido carbónico correctos. La hemoglobina era de 8,2 g/dl; el resto de la analítica y hemograma eran normales. No hubo hallazgos significativos en la radiografía de tórax, el estudio de ventilación-perfusión con tomografía computarizada por emisión de fotones simples-tomografía computarizada no mostraba signos indicativos de tromboembolia pulmonar, y el ecocardiograma resultó normal. El estudio de anemias mostró probable causa hemolítica. Dados los hallazgos en la exploración física, el antecedente de tratamiento con sulfonas y las discordancias entre la pulsioximetría y la gasometría arterial, se solicitó la determinación de metahemoglobina, que resultó del 6%, por lo que, con la orientación diagnóstica de metahemoglobinemia secundaria a tratamiento con sulfonas, se interrumpió dicho tratamiento y se iniciaron oxigenoterapia y tratamiento con vitamina C. El estudio para déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa resultó negativo. Con el tratamiento instaurado la paciente presentó una clara mejoría desde el punto de vista de la disnea y la cianosis. A los 7 días los valores de metahemoglobina eran del 0,7% y la saturación de oxígeno por pulsioximetría del 97%, por lo que se retiró definitivamente la oxigenoterapia y se dio el alta a la paciente.

La metahemoglobinemia se ha descrito como complicación del tratamiento con sulfonas¹, pero hay múltiples fármacos que pueden producirla, especialmente los anestésicos locales^{2,3}. Los pacientes pueden presentar disnea, cianosis acra o dolor

torácico³, y se debe sospechar al aparecer en la gasometría arterial una presión de oxígeno superior a la esperada por la pulsioximetría. El contexto del paciente (consumo de determinados fármacos) puede acabar de orientar. El diagnóstico se confirma por cooximetría. Se considera que hay metahemoglobinemia cuando la metahemoglobina es superior al 1-2% de la hemoglobina circulante^{2,3}.

En la mayoría de los trabajos publicados, la cianosis aparece cuando las concentraciones de metahemoglobina se encuentran entre el 15 y el 20%, y puede haber otros síntomas, como cefalea, fatiga y disnea, a partir de valores del 25-40%⁴. Sin embargo, se han descrito casos que han presentado cianosis y disnea con valores de metahemoglobina en sangre de entre el 8 y el 12%⁵. La mayoría de los pacientes tenía anemia, lo cual parece influir en los valores de metahemoglobina necesarios para presentar clínica. Éste era el caso de nuestra paciente, que presentaba simultáneamente anemia hemolítica, secundaria al tratamiento con dapsona.

Para concluir, creemos que ante un caso de disnea con cianosis y discordancia entre la gasometría arterial y la pulsioximetría, una vez descartada la afectación respiratoria y cardiológica, en un paciente en tratamiento con sulfonas, debe sospecharse metahemoglobinemia, y hay que tener presente que, en el contexto de anemia, la clínica puede aparecer con valores de metahemoglobina inferiores a los descritos en la mayoría de los trabajos.

Bibliografía

- O'Dwyer D, McElvaney NG. A case of dapsone induced methaemoglobinemia. *Ir J Med Sci.* 2008;177:273-5.
- Moore TJ, Walsh CS, Cohen MR. Reported adverse event cases of methemoglobinemia associated with benzocaine products. *Arch Intern Med.* 2004;164:11926.
- Guay J. Methemoglobinemia related to local anesthetics: a summary of 242 episodes. *Anesth Analg.* 2009;108:837-45.
- Curry SC. Methemoglobinemia. *Ann Emerg Med.* 1982;11:214-21.
- Ash-Bernal R, Wise R, Wright SM. Acquired methemoglobinemia: a retrospective series of 138 cases at 2 teaching hospitals. *Medicine (Baltimore).* 2004;83:265-73.

Estefanía Sánchez-Martínez *, Ignasi Garcia-Olivé y
Joan Ruiz-Manzano

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dodger83@hotmail.com (E. Sánchez-Martínez).

doi:10.1016/j.arbres.2009.08.020

Aspiración de pila de botón: caso único en la literatura médica**Aspiration of a Button Battery: A Unique Case in the Medical Literature**

Sr. Director:

La aspiración de cuerpos extraños es relativamente frecuente en la infancia y supone un elevado riesgo para la vida. La tendencia de los niños a llevarse objetos a la boca, la ausencia de molares a estas edades, así como la falta de coordinación entre la deglución y el cierre de la glotis, favorecen la

aspiración. La naturaleza de los objetos es muy variada, si bien predominan los orgánicos (frutos secos, semillas de frutas). También pueden aspirarse objetos de plástico (piezas de juguetes) y objetos metálicos (imperdibles, clips). Presentamos el caso inédito de un niño atendido por la aspiración de una pila de botón de audífono.

Se trata de un varón de 5 años previamente sano. Los padres referían que, estando en su domicilio, el niño se había introducido en la boca una pila de la prótesis auditiva de la madre, tras lo cual presentó un episodio de sofocación con rubefacción facial, tos intensa y dificultad respiratoria, realizando un vómito con la tos. A la llegada a su centro de referencia, los síntomas habían