



Figura 1. A) Ecocardiograma transtorácico. Izquierda: ventana apical 4 cámaras donde se aprecia compresión de cavidades derechas. Derecha: ventana subcostal, donde se aprecia imagen semilunar de ecogenicidad heterogénea en surco aurículo-ventricular derecho que comprime cavidades derechas. B) TC torácico con contraste. Izquierda: extravasación de contraste a nivel posterior-derecho de aorta ascendente. Derecha: hematoma del surco aurículo-ventricular que comprime cavidades derechas.

disnea aguda, sin otra clínica acompañante. A su llegada a urgencias estaba hemodinámicamente estable, con una saturación de oxígeno del 100% respirando aire ambiente, una auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado y con ruidos (ronquidos) a nivel laríngeo. Refería el uso de metoclopramida en las horas previas por un cuadro gastrointestinal. Inicialmente se orientó como reacción anafiláctica con afectación de la vía aérea y se administraron 0,5 mg de adrenalina IM, 600 mg de hidrocortisona y 5 mg de dexclorfeniramina EV. Al no presentar mejoría clínica, con persistencia de la disnea, se administraron otros 0,5 mg de adrenalina IM y se realizó una nasofibroscoopia que fue normal. Dada la evolución del cuadro se orientó como posible distonía aguda supraglótica, con afectación de musculatura hipofaríngea, y se administraron 2,5 mg de biperideno IM. Con ello se obtuvo una resolución completa del cuadro de manera inmediata, lo que confirmó el diagnóstico de distonía aguda por metoclopramida.

Creemos que este caso es interesante debido a que se trata de un episodio de disnea aislada por distonía aguda por afectación de la musculatura supraglótica, sin afectación de otros grupos musculares^{1,2}, lo que dificultó el diagnóstico³. Tenemos que pensar en esta entidad ante pacientes con el antecedente de consumo de fármacos que pueden dar distonías (dopaminérgicos, neurolepticos, antiepilépticos, antidepresivos...) que consulten por disnea aguda, sin otra sintomatología asociada, y para ello es fundamental una buena anamnesis⁴. La mayoría de los casos hallados en la literatura se refieren a varones jóvenes, incluidos niños^{5,6}, y no tiene relación con el tipo de fármaco empleado ni con la cantidad utilizada⁷. También pare-

ce haber mayor incidencia en enfermos afectados de infección por VIH⁸.

En este cuadro es de elección el biperideno, el cual debería haberse administrado por vía endovenosa, no intramuscular, dado el compromiso vital. Así, su administración no sólo produce la mejoría clínica inmediata, la cual ayuda a confirmar el diagnóstico, sino que evita posibles intubaciones o cricotiroidotomías de emergencia innecesarias.

Bibliografía

- 1 Hugh NJ. Acute upper airway obstruction due to supraglottic dystonia induced by a neuroleptic. *BMJ*. 1988;297:964-5.
- 2 Alappan N, Shyam Sundar A, Varghese ST. Neuroleptic induced laryngo-pharyngeal dystonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20:241-2.
- 3 Woodson G. Management of neurologic disorders of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008;117:317-26.
- 4 Norton J. Laryngeal dystonia in psychiatry. *Can J Psychiatry*. 2001;46:453.
- 5 Tait PA. Supraglottic dystonic reaction to metoclopramide in a child. *Med J Aust*. 2001;174:607-8.
- 6 Yis U, Ozdemir D, Duman M, Unal N. Metoclopramide induced dystonia in children: two case reports. *Eur J Emerg Med*. 2005;12:117-9.
- 7 Christodoulou C, Kalaitzi C. Antipsychotic drug-induced acute laryngeal dystonia: two case reports and a mini review. *J Psychopharmacol*. 2005;19:307-11.
- 8 van Der Kleij FG, de Vries PA, Stassen PM, Sprenger HG, Gans RO. Acute dystonia due to metoclopramide: increased risk in AIDS. *Arch Intern Med*. 2002;162:358-9.

Javier JACOB RODRÍGUEZ,
Eva LISTA ARIAS,
Ferrán LLOPIS ROCA,
Xavier PALOM RICO
Isabel BARDES ROBLES

Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL.
L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona, España.

Disnea por distonía de la hipofaringe inducida por metoclopramida: una emergencia a tener en cuenta

Sr. Editor:

La distonía laríngea es una emergencia infradiagnosticada, que puede constituir una emergencia vital.

Paciente de 25 años sin antecedentes patológicos de interés que consultó por