



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

327/14 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR HIPERSENSIBILIDAD.

L. Moreno Suárez¹; I. García Díaz²; P. Alonso Abaitua²; L. Rodríguez Vélez³; R. Correa Gutiérrez⁴; M. Cobo Rossell⁵; M. Alonso Santiago⁶; R. Maye Soroa⁷; C. Marinero Noval⁸; O. Casanueva Soler⁷.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Santander.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Santander. Cantabria.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de La Sal. Cabezón de La Sal. Cantabria.; ⁶Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁷Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.; ⁸Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años de edad que a los 15 minutos de estar bañándose en el mar, presenta un episodio de dolor centro torácico opresivo con irradiación a ambos MMSS con sensación de pesadez, dolor abdominal, mareo, visión borrosa y sudoración profusa, asociado a un cuadro de urticaria generalizada y angioedema.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado sin dolor torácico ni molestias en MMSS, bien perfundido, TA:120/80, FC: 70, Saturación 02:97%. Pulso carotideo rítmico no bocio ni adenopatías, ACP: Rítmico, no soplos, MVC, no ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalias. No edemas. ECG: RS a 65lpm T negativa en III, ascenso ST de 1mm en V2. Bioquímica con troponina I suero, inferior a 0,017. Se le practica coronariografía sin evidencia de lesiones. Se realiza pruebas cutáneas a neumoaérgenos y a alimentos con resultados negativo. Test del cubito de hielo positivo. Se realiza hemograma, bioquímica y serología siendo normal. Crioglobulinas negativas

Juicio clínico: Síndrome de Kounis tipo I

Diagnóstico diferencial: Anafilaxia por frío. Urticaria por frío. Síndrome de Kounis

Comentario final: El inicio súbito de dolor torácico acompañado de síntomas alérgicos hace sospechar de síndrome de Kounis. El diagnóstico es clínico, y se acompaña de alteraciones en el EKG (elevación del segmento ST en derivaciones anteriores e inferiores) y/o enzimas cardíacas (en el tipo I, suelen ser normales o poco elevadas). Las manifestaciones como SCA incluyen angina inestable, con o sin datos de vasoespasmismo y el IAM. Hay 3 variantes del s. de Kounis, El tipo I, en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular y con arterias coronarias sanas, debido a vasoespasmismo coronario. El tipo II, en pacientes con enfermedad ateromatosa conocida o no. El tipo III, en pacientes con trombosis con stent vasoactivo. Se trató con Bilastina 20mg (1 comprimido al día); Prednisona 10 mg (2 comprimidos al día). Actualmente en tratamiento con bilastina 20mg, 1 comprimido diario, aumentando hasta 3 a día cuando hace frío y sale a la calle.

Palabras clave: Infarto de miocardio alérgico, Angina alérgica, kounis.

Bibliografía

1. Cevik C, Nugent K, Shome GP, Kounis NG. Treatment of Kounis syndrome. *Int J Cardiol.* 2010;143(3):223-226. doi:10.1016/j.ijcard.2010.02.040.
2. Erxun K, Wei L, Shuying Q. Kounis Syndrome Caused by Chronic Autoimmune Urticaria: A Case Report. *J Emerg Med.* 2016;50(1):37-40. doi:10.1016/j.jemermed.2015.01.036.
3. Fassio F, Losappio L, Antolin-Amerigo D, et al. Kounis syndrome: A concise review with focus on management. *Eur J Intern Med.* 2016;30:7-10. doi:10.1016/j.ejim.2015.12.004.
4. Kounis NG. Coronary hypersensitivity disorder: The kounis syndrome. *Clin Ther.* 2013;35(5):563-571. doi:10.1016/j.clinthera.2013.02.022.
5. Kounis NG. Kounis syndrome: An update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapeutic management. *Clin Chem Lab Med.* 2016;54(10):1545-1559. doi:10.1515/cclm-2016-0010.
6. Kounis NG, Giannopoulos S, Soufras GD, Kounis GN, Goudevenos J. Foods, Drugs and Environmental Factors: Novel Kounis Syndrome Offenders. *Intern Med.* 2015;54(13):1577-1582. doi:10.2169/internalmedicine.54.3684.
7. Lieberman P, Simons FER. Anaphylaxis and cardiovascular disease: therapeutic dilemmas. *Clin Exp Allergy.* 2015;45(8):1288-1295. doi:10.1111/cea.12520.
8. Renda F, Landoni G, Trotta F, et al. Kounis Syndrome: An analysis of spontaneous reports from international pharmacovigilance database. *Int J Cardiol.* 2016;203:217-220. doi:10.1016/j.ijcard.2015.10.003.
9. Simons FER, Arduzzo LR, Bilò MB, et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2014;7(1):9. doi:10.1186/1939-4551-7-9.