

<http://www.semergen.es>

424/1139 - DOCTORA, ME PICA EL CUERPO

P. Fernández García¹, A. Jiménez Rivas², L. Noguera Sánchez³ y J. Estrada Caro⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartinas. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente que consulta por prurito, eritema cutáneo y lesiones habonosas de aparición brusca acompañado de sudoración con posterior aparición de cuadro de dolor centro torácico opresivo con taquicardia objetivada de 135 lpm y descenso del ST en II,III y aVF. Sin claro desencadenante (posible relación con ingesta de plátano). Niega de consumo de tóxicos u otra sustancia.

Exploración y pruebas complementarias: En sala de emergencia comienza con sudoración, palidez cutánea y cifras tensionales bajas (70/30 mmHg). Se coloca al paciente en posición Trendelenburg y se administra 500 ml de suero fisiológico al 0,9%, 125 mg metilprednisolona, 300 mg hidrocortisona, alprazolam 0,5 mg y 5 mg de dexclorfeniramina con mejoría de la clínica. Sat O₂ 96%, Corazón rítmico sin soplos ni roce a 135 lpm. BMV bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen blando depresible sin masas ni megalías sin dolor a la palpación. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis. Presencia de lesiones habonosas y eritema en extremidades y tronco. No edema de úvula. Hemograma sin alteraciones destacables. Eosinófilos $0,1 \times 10^9/l$, bioquímica sin alteraciones, troponina 1 evolucionada 0,015, PCR 14,3 mg/L, Hormonas tiroideas normales, Ana ANCA normales, IgE en curso, IgE 2,30, Serología VHB, VHC y VIH negativos. Complemento C1 inh y C1 q normales. ECG a ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización con eje a 30°. Rx de tórax sin hallazgos destacables. Ergometría negativa para isquemia miocárdica. Baja carga de extrasistolia supraventricular aislada. Ecocardiografía sin anomalías estructurales.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Kounis. Dolor torácico autolimitado en el contexto de reacción alérgica.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Kounis. Cardiopatía isquémica. Patología tiroidea.

Comentario final: Ante la clínica de un dolor torácico asociado a un proceso alérgico descartando otras posibles causas se llegó al diagnóstico del síndrome de Kounis y se derivó el paciente para continuar estudio con alergología para conocer la etiología de dicho episodio. No hay guías de práctica clínica específicas para el síndrome de Kounis y la mayoría de la información acerca del tratamiento de este síndrome proviene de casos individuales o series de casos. El tratamiento es el específico del síndrome coronario agudo y el de la anafilaxia.

Bibliografía

1. Rico Cepeda P, Palencia Herrejón E, Rodríguez Aguirregabiria MM. Síndrome de Kounis. Med Intensiva. 2012;36(5).

Palabras clave: Síndrome de Kounis. Angina alérgica.