

# Infarto de miocardio alérgico por consumo de ciruela, presentación de caso clínico

## *Allergic myocardial infarction due to plum consumption, case report*

Juan Sebastian Theran León<sup>1</sup>, Luis Andrés Dulcey Sarmiento<sup>2</sup>, Laura Yibeth Esteban Badillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico residente de medicina familiar. Universidad de Santander. Bucaramanga (Colombia)

<sup>2</sup> Médico especialista en medicina interna. Universidad de los Andes. Mérida (Venezuela)

### ABSTRACT

We present the case of an elderly patient who presented with an allergic reaction secondary to fruit consumption and subsequently developed a non-ST-elevation coronary syndrome.

**Keyword:** Ischemia, Kounis syndrome, histamin, anaphylaxis.

### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente adulto mayor que presenta un reacción alérgica secundaria al consumo de fruta y posteriormente desarrolla un síndrome coronario sin elevación del ST.

**Palabras clave:** Isquemia, síndrome de Kounis, histamina, anafilaxia.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis o infarto de miocardio alérgico se describe como el síndrome coronario agudo en el contexto de una reacción alérgica, de hipersensibilidad y en anafilaxia, la etiología no es clara pero se ha postulado que se genera por la liberación de mediadores inflamatorios durante la activación y posterior degranulación de los mastocitos en el tejido del corazón, arterias y placas coronarias<sup>1</sup>. Existen 3 variantes principales del síndrome, el tipo I sin enfermedad coronaria, tipo II con coronariopatía y tipo III en reestenosis o trombosis de un stent; el tratamiento de la reacción alérgica puede aliviar el dolor; sin embargo, en caso de isquemia cardíaca se deben realizar manejo específico<sup>2</sup>, debido a que existen varios factores que la pueden desencadenar con pocos registros en la literatura médica, se considera una entidad clínica infradiagnosticada sin guías de práctica clínica para el tratamiento de elección. A continuación, se presenta un caso de síndrome de Kounis tipo I en paciente sin antecedentes alérgicos conocidos.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 78 años procedente de área urbana, con antecedentes de hipertensión arterial en manejo con losartan, herniorrafia inguinal y corrección de fractura traumática de tibia y peroné, quien presentó reacción alérgica posterior a ingesta de fruta (ciruela) dado por disnea, taquicardia (frecuencia cardíaca 110 latidos/minuto) prurito generalizado, lesiones tipo habón, edema periorbitario y en lengua, a la auscultación torácica con sibilancias espiratorias y ruidos cardíacos rítmicos, manejado con adrenalina intramuscular, hidrocortisona e hidroxicina, con mejoría de los síntomas. Sin embargo, posteriormente presenta dolor torácico opresivo, electrocardiograma en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca 100 lpm, con necrosis en cara inferoanterior y signos de hipertrofia ventricular izquierda (Figura 1), paraclínicos con troponina I 229.30 pg/mL. Se administró carga anti isquémica con ácido acetil salicílico 300 mg y clopidogrel 75 mg y se realizaron paraclínicos complementarios con creatinina 1.22 mg/dL, nitrógeno ureico en suero 18 mg/dL, hemograma sin alteración en líneas celulares (hemoglobina 12 g/dL, hematocrito 38%, leucoci-

tos 8500 cel/mm<sup>3</sup>, conteo de plaquetas 340000), TSH 3.01 uU/mL. Ecocardiograma transtorácico que informo cardiopatía dilatada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 25-30%, estenosis aórtica severa e insuficiencia mitral severa. Cateterismo cardíaco con coronarias sanas con lo cual se llegó al diagnóstico de Síndrome de Kounis Tipo I.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Kounis descrito por primera vez en el año 1991 por Kounis y Zavras, es una urgencia médica caracterizada por la aparición de un síndrome coronario agudo secundario a una reacción alérgica<sup>3</sup>, se conoce que cualquier reacción alérgica podría facilitar el espasmo coronario o la disrupción de la placa y se requiere una alta sospecha clínica para realizar el diagnóstico. En el caso presentado, aunque el paciente presentaba una cardiopatía evolucionada dada por estenosis aórtica e insuficiencia mitral severas, no tenía historia previa de angina ni otros síntomas de falla cardíaca, se realizó el diagnóstico de Síndrome de Kounis por los síntomas alérgicos presentados en concurrencia con la angina, documentación de cambios electrocardiográficos de necrosis con biomarcador cardíaco positivo y arterias coronarias sanas, con desaparición del dolor ante el tratamiento para la reacción alérgica.

A pesar que hace 30 años se describió el síndrome de Kounis, aún es una patología infradiagnosticada con epidemiología desconocida, que por ser una manifestación coronaria aguda compleja requiere decisiones rápidas encaminadas no solo a la vascularización del miocardio, sino al tratamiento de la reacción alérgica concomitante. No existen diagnósticos claros ni una guía para su tratamiento, pero en términos generales se recomienda el manejo con antihistamínicos, corticoides y antitrombóticos<sup>4</sup>, además se recomienda eliminar el desencadenante alérgico, uso de adrenalina intramuscular, resucitación con líquidos endovenosos y oxígeno en casos necesarios, además para pacientes jóvenes sin comorbilidades el tratamiento de

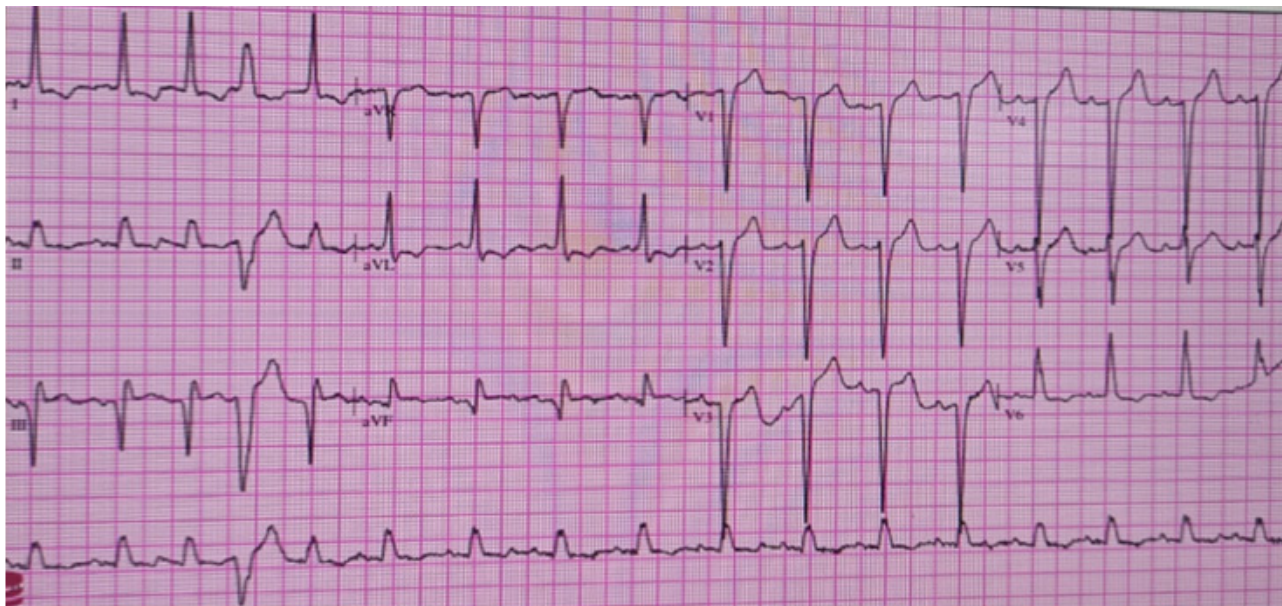


Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones que muestra supradesnivel del segmento ST de la cara inferoanterior y signos de hipertrofia ventricular izquierda.

primera línea recomienda incluir agentes vasodilatadores (nitratos y antagonistas del calcio)<sup>5</sup>. Nuestro caso coincide con la presentación clínica descrita en la literatura y se realizaron las medidas generales recomendadas para el manejo de la reacción alérgica, se tuvo la precaución de observar al paciente, lo cual permitió un tratamiento oportuno para el síndrome presentado.

Se resalta que las reacciones alérgicas graves pueden generar síndrome coronario agudo en pacientes con coronarias sanas<sup>6</sup>, por lo cual se debe sensibilizar al personal de salud para evitar que el síndrome de Kounis continúe siendo un problema infradiagnosticado. Asimismo, llama la atención la poca claridad en la etiología del mismo, lo que invita a estudiar más a fondo los casos presentados.

#### CONFLICTO DE INTERESES

No existe ningún tipo de conflicto de interés por parte de los autores.

#### FUENTE DE FINANCIACIÓN

No fue requerida.

#### ASPECTOS ÉTICOS

Se declara que se han seguido los protocolos establecidos por la institución de salud para acceder a los datos de las historias clínicas a los fines de poder realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica. Asimismo, se da cumplimiento a las normas éticas sobre investigación en seres humanos contempladas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bohórquez-Rivero J, Polanco-Guerra C, Gutiérrez-Baiz C, Angulo-Ríos K, Angulo-Ríos K, Torrens-Soto J, et al. Síndrome de Kounis: una revisión exhaustiva. *Rev Ciencias Biomédicas*. 2022;11(1):28–49.
2. Alblaihed L, Huis in 't Veld MA. Allergic Acute Coronary Syndrome-Kounis Syndrome. *Emerg Med Clin North Am*. 2022;40(1):69–78.
3. Molina Anguita M, García Rodríguez C, Méndez Díaz Y, Galindo Bonilla PA. Síndrome de Kounis, urgencia diagnóstica. *Semer - Med Fam*. 2016;42(7):e133–5.
4. García Núñez I, Algaba Mármol MA, Barasona Villarejo MJ, Suárez Vergara M, Espínola González F, Reina Ariza E. Kounis syndrome after levofloxacin intake: A clinical report and cross-reactivity study. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2016;26(5):335–6.
5. Fassio F, Losappio L, Antolin-Amerigo D, Peveri S, Pala G, Preziosi D, et al. Kounis syndrome: A concise review with focus on management. *Eur J Intern Med*. 2016;30:7–10.
6. Alberto Pérez Fernández G, Clara V, para correspondencia Maceo AN, Miguel Candelaria Santa Clara Villa Clara Cuba S. Síndrome de Kounis. *Rev Gastroenterol México*. 2018;88:79–81.