

Manejo terapéutico en Síndrome de Kounis: tratamiento inmunoalérgico coadyuvante al tratamiento antitrombótico

Therapeutic management in Kounis syndrome: allergen immunotherapy adjuvant to antithrombotic therapy

Sr. Editor:

El síndrome de Kounis (SK) se describió en 1950¹ y consiste en la aparición de un síndrome coronario agudo en el contexto de una reacción alérgica². Actualmente su tratamiento es controvertido^{2,3}.

Varón de 44 años, fumador, con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Unos minutos después de una picadura presentó broncoespasmo y síncope. El servicio de emergencias 061, ante la hipotensión (presión arterial 60/30 mmHg) y sospecha de anafilaxia grave, administró inicialmente 1 mg de adrenalina im. El primer electrocardiograma mostró un ritmo sinusal con QRS estrecho y descenso del segmento ST de 3 mm en las derivaciones V4 a V6. Se administró aspirina, clopidogrel, fondaparinaux y metilprednisolona iv, con lo que se consiguió normalización clínica y electrocardiográfica a su llegada a urgencias. El pico de troponina fue de 609 pg/mL. El ecocardiograma mostró un ventrículo izquierdo con hipoquinesia inferolateral en segmento medio y el estudio con angio-TC (tomografía computarizada) mostró una estenosis grave en segmento medio de la arteria descendente anterior (DA) y estenosis moderada en su bifurcación y en la arteria circunfleja por placas ateromatosas. La coronariografía confirmó las estenosis significativas en la arteria DA media (bifurcación de la arteria diagonal, en origen y bifurcación posterior). Se implantó de forma directa un *stent* recubierto de everolimus en la arteria DA, recruzando posteriormente el catéter en origen de dicha arteria, tratada con balón y consiguiendo un flujo

TIMI III. Tras la buena evolución clínica, fue dado de alta con diagnóstico de SK tipo II y enfermedad coronaria de un vaso revascularizada con *stent* farmacoactivo. En el estudio alergológico a las 6 semanas⁴ resultaron positivas las pruebas cutáneas a *Polistes dominulus* (avispa más frecuente en la región mediterránea)⁴; IgE positiva a avispa 4, 86 KU/L y Pol d 5 (proteína alergénica mayoritaria de polistes y de la composición de ITE)^{4,5}, 1,74 KU/L. Se inició la administración de inmunoterapia alergénica (ITE) subcutánea, en dosis semanales ascendentes y progresivas hasta conseguir la dosis máxima terapéutica mensual (Pharmalgen 100% POLISTES, ALK-Abelló®, 100 µg)⁵. Posteriormente, el paciente sufrió picaduras sin reproducirse las complicaciones clínicas descritas. Ambas IgE (a polistes y pol d 5) descendieron progresivamente hasta negativizarse a los 2 años. La efectividad de ITE se objetivó a nivel clínico, sin anafilaxias IgE mediadas ante nuevas picaduras⁵ que pudieran actuar como inductores de nuevos eventos trombóticos o vasoespásticos^{1,3} y a nivel inmunológico, por el descenso progresivo de los anticuerpos IgE del himenóptero desencadenante^{4,5}.

Este es el primer caso clínico documentado de un paciente tratado con inmunoterapia alergénica coadyuvante al tratamiento de revascularización percutánea en un SK tipo II por avispa, cuya efectividad evitó anafilaxias posteriores^{4,5} que hubiesen podido actuar como factor inductor de nuevos episodios isquémicos². Además del potencial beneficio de la inmunoterapia implementada, cabe reseñar la importancia de la revascularización percutánea realizada, pues, probablemente la repercusión clínica de un segundo evento alérgico tras haber corregido la lesión de la descendente anterior hubiera sido diferente. Por tanto, a falta de guías terapéuticas consensuadas, ante el SK se debe tratar el síndrome coronario en primera instancia, seguido del tratamiento sintomático de la reacción anafiláctica. Es de crucial importancia la sospecha clínica, el abordaje terapéutico y la derivación para estudio alergológico. La determinación del desencadenante y la instauración de inmunoterapia alergénica como tratamiento coadyuvante al tratamiento antitrombótico y la revascularización coronaria podrían prevenir complicaciones coronarias ante nuevos cuadros anafilácticos.

Araceli Castro Jiménez¹,
Lorena Olivencia Peña²,
Rosario García García³,
Fernando Florido López¹,
Elena Torres Sánchez²,
Eduardo Molina Navarro⁴

¹Área Alergología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

²Área Medicina Intensiva, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

³Medicina Urgencias y Emergencias, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

⁴Área Cardiología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

maraceli.castro.sspa@juntadeandalucia.es

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal sea publicada.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fàbrega.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Agradecimientos: Al Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Bibliografía

- 1 Conti L, Gatt K, Zammit C, Cassar K. Kounis syndrome uncovers severe coronary disease: an unusual case of acute coronary syndrome secondary to allergic coronary vasospasm. *BMJ Case Rep.* 2019;12:e232472.
- 2 Ghilencea L, Popescu MR, Ghiordanescu IM, Conea C, Melnic M, Popescu AC. Type I Kounis Syndrome after Protracted Anaphylaxis and Myocardial Bridge-Brief Literature Review and Case Report. *Diagnostics (Basel).* 2020;10:59.
- 3 Urushidani S, Kuriyama A. A potential association between myocardial ischemia and epinephrine for anaphylaxis. *Am J Emerg Med.* 2020;38:1297.
- 4 Bilò MB, Pravettoni V, Bignardi D, Bonadonna P, Mauro M, Novembre E, et al. Hymenoptera Venom Allergy: Management of Children and Adults in Clinical Practice. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2019;29:180-205.
- 5 Sturm GJ, Varga EM, Roberts G, Mosbech H, Bilò MB, Akdis CA, et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: Hymenoptera venom allergy. *Allergy.* 2018;73:744-64.