



## INFORMACIÓN CLÍNICA

# Síndrome de Kounis intraoperatorio con mejoría de las alteraciones electrocardiográficas y de la situación hemodinámica después de la administración de nitroglicerina

Victoria O. Sánchez\*, Luisa C. Roca y Angel del P. Moreno

Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España

Recibido el 11 de abril de 2013; aceptado el 10 de junio de 2013

Disponible en Internet el 27 de junio de 2014

### PALABRAS CLAVE

Síndrome de Kounis;  
Cefazolina;  
Rocuronio

**Resumen** Paciente del sexo femenino, 58 años de edad, sin factor de riesgo cardiovascular, sometida a cirugía para la reparación del manguito rotador. La inducción del bloqueo del plexo braquial interescalénico fue realizada sin interurrencias, pero después de su posicionamiento para la cirugía, la paciente presentó broncoespasmo grave, hipotensión, reacción alérgica cutánea y elevación del segmento ST al electrocardiograma. Hubo sospecha de choque anafiláctico que fue tratado, pero hasta que la perfusión de nitroglicerina se iniciase no hubo resolución de las alteraciones electrocardiográficas. Después del test diagnóstico necesario, el diagnóstico final fue de variante tipo I del síndrome de Kounis debido a la cefazolina y al rocuronio. La epinefrina es la base sólida del tratamiento para la anafilaxia, pero ¿debemos usarla si la reacción anafiláctica también viene seguida de isquemia miocárdica? La respuesta es que no debemos usarla porque la isquemia miocárdica en ese síndrome está causada por el vasoespasmo; por tanto, fármacos como la nitroglicerina serían más útiles. Sin embargo, ¿y cuando no sabemos si es o no un síndrome de Kounis? En este artículo, relatamos nuestra experiencia que, tal vez, pueda ayudarle a usted a hacer frente a una situación similar.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia [CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

### KEYWORDS

Kounis syndrome;  
Cefazolin;  
Rocuronium

## Intraoperative “Kounis syndrome” that improved electrocardiography changes and hemodynamic situation after administering nitroglycerine

**Abstract** A 58-year-old female without cardiovascular risk factors, was going to be operated to repair the rotator cuff. Induction and interscalene brachial plexus block were uneventful, but after her placement for surgery the patient started with severe bronchospasm, hypotension, cutaneous allergic reaction and ST elevation on the electrocardiogram. An anaphylactic shock was suspected and treated but until the perfusion of nitroglycerine was started no electrocardiographic changes resolved. After necessary diagnostic test the final diagnosis was variant I

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [alsuelovas@hotmail.com](mailto:alsuelovas@hotmail.com) (V.O. Sánchez).

of Kounis syndrome due to cefazolin and rocuronium. Ephinephrine is the cornerstone of treatment for anaphylaxis but should we use it if the anaphylactic reaction is also accompanied by myocardial ischemia? The answer is that we should not use it because myocardial ischemia in this syndrome is caused by vasospasm, so it would be more useful drugs such as nitroglycerin. But what if we do not know if it is a Kounis syndrome or not? In this article we report our experience that maybe could help you in a similar situation.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia [CC BY-NC-ND](#)

## Introducción

El síndrome de Kounis se describió por primera vez en 1991 por Kounis y Zavras en el estudio: *Histamine-induced coronary artery spasm: the concept of allergic angina*<sup>1</sup> (Histamina inducida en el espasmo arterial coronario: el concepto de angina alérgica).

El síndrome de Kounis se caracteriza por el surgimiento simultáneo de una reacción alérgica y síndrome coronario agudo. Se le conoce también como angina alérgica o infarto alérgico del miocardio<sup>2</sup>. El síndrome de Kounis se clasifica en 2 grupos:

*Grupo I:* pacientes sin factores de riesgo cardiovascular y enfermedad arterial coronaria desconocida.

*Grupo II:* pacientes con factores de riesgo cardiovascular, con o sin enfermedad arterial coronaria asociada.

Recientemente, fue propuesto un grupo III<sup>2-4</sup>, designando a pacientes portadores de *stents* liberadores de fármacos, que están afectados por trombosis y en cuya histología se observó infiltrados de mastocitos y eosinófilos.

Ese síndrome raro es subdiagnosticado porque requiere un registro electrocardiográfico durante la reacción alérgica, normalmente priorizando el tratamiento de la anafilaxia, y cuando finalmente lo realizamos, el electrocardiograma ya no está alterado. Además, muchas de esas reacciones ocurren en la calle, y cuando los pacientes llegan al centro de salud, sus electrocardiogramas están normales porque las alteraciones eléctricas tienden a desaparecer en un corto período de tiempo.

La cuestión surge en el momento de usar la adrenalina. La epinefrina es la base del tratamiento para choque anafiláctico, pero debemos pensar 2 veces antes de usarla en el síndrome de Kounis, porque podría agravar la isquemia cardíaca producida por el vasoespasmo.

Esa duda también aparece con otros fármacos como el ácido acetilsalicílico, indicada en el tratamiento del síndrome coronario agudo, pero que a su vez puede causar reacciones anafilácticas, o en el caso de la nitroglicerina, que también se usa en el síndrome coronario agudo pero puede empeorar la hipotensión y la taquicardia causadas por la anafilaxia<sup>5</sup>.

Relatamos un caso de síndrome de Kounis intraoperatorio que se resolvió principalmente debido a la administración de nitroglicerina.

## Caso clínico

Paciente del sexo femenino, de 58 años de edad, 65 kg, con hipercolesterolemia en tratamiento dietético y operada de fibroadenoma mamario y tonsilas. La paciente no tenía historia personal o familiar de alergia.

La paciente iba a ser sometida a la cirugía de reparación del manguito rotador por artroscopia. En quirófano, se hizo la monitorización con oximetría de pulso, presión arterial no invasiva y electrocardiograma. La paciente estaba ansiosa, pero hemodinámicamente estable, con presión arterial de 190/90 mmHg.

Como medicación preanestésica, la paciente recibió 2 g de cefazolina, 50 mg de ranitidina y 4 mg de ondansetrón. En quirófano se administraron 2 mg de midazolam, 10 mg de propofol y 4 mg de dexametasona.

El bloqueo del plexo braquial interescalénico fue realizado con ropivacaína al 0,5% (20 mL) sin complicaciones. Se procedió entonces a la inducción de fentanilo (300 µg); propofol (100 mg); atropina (0,5 mg) y rocuronio (50 mg). La paciente fue entubada por vía orotraqueal y la anestesia se mantuvo con sevoflurano inhalado. La analgesia preventiva se administró con paracetamol (1 g) y dexcetoprofeno (50 mg), y la paciente posicionada en decúbito lateral para la cirugía.

La incisión cutánea fue realizada por el traumatólogo para la infiltración de lidocaína (4 mg) con adrenalina (25 µg). De pronto, observamos un aumento de la frecuencia cardíaca de 140 lpm, seguido de broncoespasmo grave con dificultad de ventilación mecánica y presiones de hasta 40 cmH<sub>2</sub>O de las vías aéreas. La auscultación cardiopulmonar identificó taquicardia e hipoventilación, con disminución del murmullo vesicular. Posteriormente, la concentración de dióxido de carbono espirado cayó a 9 mmHg y la saturación de oxígeno al 75%. Finalmente, observamos la elevación del segmento ST en las derivaciones II y III en el monitor. Hasta entonces, la medición de la presión arterial estaba programada cada 5 min, por tanto, en aquel instante marcaba 120/70 mmHg.

La cirugía fue inmediatamente interrumpida, la paciente posicionada en decúbito dorsal, e iniciamos la ventilación manual con FiO<sub>2</sub> de 1. Enseguida, la medición de la presión arterial arrojó una hipotensión de 63/39 mmHg. Suspendimos la administración de sevoflurano e iniciamos fluidoterapia intensiva. Cuando retiramos el campo quirúrgico, observamos una erupción cutánea generalizada. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones en el cual

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749875>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749875>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)