



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO DIVERSO

Complicações cardíacas em síndrome de Kounis tipo I induzida por metamizol

Jose F. Martínez Juste*, Tomas Ruiz Garces, Rafael Gonzalez Enguita, Pedro Cia Blasco e Jara Altemir Trallero

Departamento de Anestesiologia, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Espanha

Recebido em 28 de maio de 2013; aceito em 9 de julho de 2013

Disponível na Internet em 6 de março de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome de Kounis;
Metamizol;
Choque cardiogênico;
Assistolia

KEYWORDS

Kounis syndrome;
Metamizole;
Cardiogenic shock;
Asystole

Resumo A síndrome de Kounis é definida como a ocorrência concomitante de reação alérgica e síndrome coronariana aguda secundária ao vasoespasm. Os medicamentos anti-inflamatórios estão incluídos como uma das múltiplas causas. Os dados atuais disponíveis sobre essa síndrome são provenientes de relatos de caso. Relatamos o caso de um paciente que apresentou síndrome de Kounis com choque cardiogênico e assistolia após infusão intravenosa de metamizol e no qual não foram observadas lesões na coronariografia.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Cardiac complications in a metamizole-induced type I Kounis syndrome

Abstract Kounis syndrome is defined as the coincidental occurrence of allergic reaction and acute coronary syndrome secondary to vasospasm. Anti-inflammatory drugs are included as one of the multiple causes. Current data available about this syndrome come from case reports. We present the case of a patient who suffered Kounis syndrome with cardiogenic shock and asystole after intravenous infusion of Metamizole, and in which no lesions were observed in coronariography.

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

Introdução

A associação entre evento coronariano e reação alérgica aguda foi descrita pela primeira vez em 1950 em um relato de caso de paciente com reação alérgica à penicilina.¹ Posteriormente, em 1996, a síndrome de Kounis foi definida como o surgimento concomitante de reação alérgica e

* Autor para correspondência.

E-mail: signalis@hotmail.com (J.F.M. Juste).

síndrome coronariana aguda secundário a vasoespasmos.^{2,3} Duas variantes foram descritas: tipo I, que ocorre em pacientes com artérias coronárias normais, e tipo II, que ocorre em pacientes com doença aterosclerótica da artéria coronária angiograficamente mostrada, nos quais a reação alérgica pode ocorrer e provocar ruptura da placa de ateroma, além de vasoespasmos.^{4,5} Várias condições foram relatadas como capazes de induzir a síndrome de Kounis, incluindo medicamentos, alimentos, picada de mosquito, exposições ambientais.⁴ O mecanismo pelo qual esses alérgenos produzem vasoespasmos coronarianos é por meio da degranulação de mastócitos e, finalmente, pela liberação de mediadores vasoativos (histamina, leucotrienos, serotonina) e proteases (triptase, quinase).³

Neste relato, o paciente apresentou síndrome coronariana devida a vasoespasmos com choque cardiogênico e assistolia após infusão intravenosa de metamizol (*dipirona* – nota de revisão).

Relato de caso

Descrevemos o caso de um homem de 66 anos sem história conhecida de alergias a medicamentos, mas com história de dislipidemia e bronquite crônica, prostatectomia radical, várias polipectomias endoscópicas e ressecção anterior de adenocarcinoma retossigmoide. O paciente foi submetido à bipartição hepática com ligadura do ramo portal direito e excisão de duas metástases hepáticas nos segmentos II e IV, sob anestesia geral.

No fim da cirurgia, durante o fechamento da parede abdominal e coincidindo com a administração de 2 g de metamizol, o paciente apresentou elevação do segmento ST nas derivações monitoradas (II e V5), hipotensão e bradicardia graves, juntamente com o surgimento de erupção cutânea no tronco e pescoço. O tratamento consistiu em 100 mg de efedrina, 2 mg de atropina, 4 mg de adrenalina, 5 mg de dexclorfeniramina, 100 mg de hidrocortisona e reposição de líquidos.

Naquele momento, fizemos um ECG que mostrou bloqueio atrioventricular total e elevação do segmento ST nas derivações II, III, aVF, V5 e V6. O paciente foi transferido para a unidade de hemodinâmica assim que o fechamento da parede abdominal foi terminado. Durante a transferência, a instabilidade hemodinâmica piorou e a assistolia ocorreu; foi iniciada reanimação cardiopulmonar e administrada mais adrenalina. Dentro de alguns minutos, uma mudança de assistolia para fibrilação ventricular foi observada na tela do monitor, dois choques foram aplicados e o ritmo sinusal foi recuperado. Cateterismo cardíaco revelou dominância direita e ausência de lesões coronarianas na coronariografia.

O paciente foi posteriormente transferido para a unidade de terapia intensiva, onde houve uma elevação das enzimas cardíacas (pico de troponina I de 1,26 mg.mL⁻¹) e dos níveis séricos de triptase, com declínio posterior de ambos os valores. O ecocardiograma feito revelou contratilidade completamente normal. Durante sua internação em UTI, o tratamento com vasopressores foi gradualmente diminuído até ser descontinuado. A elevação do segmento ST retornou ao valor basal e as enzimas cardíacas e a triptase voltaram aos valores normais nas primeiras 24 horas. A extubação foi feita no terceiro dia, o paciente recebeu alta da UTI e foi

transferido para a enfermaria de cirurgia geral, por causa da sua evolução satisfatória.

Discussão

A relação entre anafilaxia e sintomas coronários foi bem documentada em várias ocasiões desde a publicação do primeiro caso, em 1950. Apesar disso, a síndrome de Kounis continua sendo uma entidade subdiagnosticada^{3,6} que deveria ser considerada no diagnóstico diferencial de choque cardiogênico.⁶ Além disso, seria útil aprimorar o seu diagnóstico para descartar a reação alérgica como uma possível causa em todos os pacientes de serviços de emergência que apresentam dor torácica e elevação do segmento ST no eletrocardiograma.⁷

Os dados atuais relativos à etiologia, à clínica, ao diagnóstico e às possibilidades terapêuticas são provenientes de quase 300 casos publicados na literatura.⁵ Em termos de etiologia, os agentes que podem causar uma síndrome de Kounis são numerosos. Quanto aos medicamentos, os beta-lactâmicos, Aines e contraste iodado foram descritos como os agentes envolvidos com mais frequência no aparecimento da síndrome.^{3,6} Neste relato, embora o paciente tenha recebido outros analgésicos durante a cirurgia, a coincidência de sinais sugestivos de vasoespasmos coronarianos e choque anafilático terem ocorrido durante a administração intravenosa de metamizol nos levou a considerar esse medicamento como o alérgeno causador do quadro clínico.

A degranulação de mastócitos com liberação de mediadores vasoativos é o mecanismo fisiopatológico dessa síndrome, diagnosticada principalmente por manifestações clínicas, na qual as manifestações cardíacas e as alterações eletrocardiográficas são muito variadas. Angina instável, com ou sem dados de vasoespasmos, e infarto agudo do miocárdio são as formas descritas mais comuns para evento coronariano na síndrome de Kounis.^{3,8} A manifestação como choque cardiogênico é extremamente rara,⁶ com apenas dois relatos anteriormente publicados.^{6,9}

Não há diretrizes clínicas específicas para o tratamento da síndrome de Kounis.^{3,6} O tratamento atual recomendado é a terapia combinada para síndrome coronariana aguda e anafilaxia,³ tendo em mente que alguns medicamentos usados para tratar a síndrome coronariana podem agravar a reação anafilática e vice-versa.

Em resumo, apresentamos um caso em que metamizol intravenoso atuou como alérgeno e desencadeou uma reação alérgica aguda seguida por síndrome coronariana, com ausência de lesões em artérias coronárias – quadro definido como síndrome de Kounis tipo I. A característica particular deste relato é que o paciente apresentou choque cardiogênico e assistolia como manifestações cardíacas, ambos altamente incomuns nessas situações.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Pfister CW, Plice SG. Acute myocardial infarction during a prolonged allergic reaction to penicillin. *Am Heart J.* 1950;40:945-7.

2. Kounis NG, Zavras GM. Allergic angina and allergic myocardial infarction. *Circulation*. 1996;94:1789.
3. Rico Cepeda P, Palencia Herrejón E, Rodríguez Aguirregabiria MM. Síndrome de Kounis. *Med Intensiva*. 2012;36:358–64.
4. Kounis NG. Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction): a natural paradigm? *Int J Cardiol*. 2006;110:7–14.
5. Franco Hernández JA, García Hernández A, Lahoz Rodríguez D. Síndrome de Kounis secundario a reacción alérgica a metamizol. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2012;59:217–9.
6. Garcipérez de Vargas FJ, Mendoza J, Sánchez-Calderón P, et al. Shock cardiogénico secundario a síndrome de Kounis tipo II inducido por metamizol. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:646.
7. Biteker M. Kounis syndrome: a forgotten cause of chest pain/cardiac chest pain in children. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2010;10:382.
8. Gómez Canosa MS, Castro Orjales MJ, Rodríguez Fariñas FJ, et al. Tratamiento del síndrome de Kounis. *Med Intensiva*. 2011;35:519–20.
9. Tanboga IH, Karabay CY, Can MM, et al. Kounis syndrome presenting with cardiogenic shock. *J Cardiovasc Med*. 2011;12:833–6.