



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2025,
Volumen 9, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

SINDROME DE KOUNIS SECUNARIO A PICADURA DE ABEJA EN PACIENTE SIN COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO

**KOUNIS SYNDROME SECONDARY TO BEE STING IN A
PATIENT WITHOUT COMORBILITIES: RELATING TO A
CASE**

José Sáenz-López

Facultad de Medicina Universidad del Sinú – Colombia

Valeria Almeida-Bustillo

Neurodinamia S.A. Cartagena de Indias – Colombia

Jefferson David Jaimes Bautista

Facultad de Medicina. Universidad del Sinú – Colombia

Diana Hernández-Muñoz

Universidad industrial de Santander -Bucaramanga

Gabriel Vergara Vergara

Clínica Neurocardiovascular, Neurodinamia S.A. Cartagena de Indias - Colombia

Marietta Juan Guardela

Clínica Neurocardiovascular, Neurodinamia S.A - Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17302

Síndrome de kounis secundario a picadura de abeja en paciente sin comorbilidades: a propósito de un caso

José Sáenz López¹

josedsaenzlopez@hotmail.com

Facultad de Medicina

Universidad del Sinú, Sección Cartagena

Colombia

Valeria Almeida Bustillo

Valesofiaalmeida@gmail.com

Neurodinamia S.A. Cartagena de Indias

Colombia

Jefferson David Jaimes Bautista

davidmoldred@gmail.com

Facultad de Medicina. Universidad del Sinú,

Sección Cartagena, Colombia

Diana Hernández-Muñoz

dianitamh117@gmail.com

Universidad industrial de Santander -

Bucaramanga

Gabriel Vergara Vergara

gabverver@hotmail.com

Clínica Neurocardiovascular, Neurodinamia S.A.

Cartagena de Indias, Colombia

Marietta Juan Guardela

josedsaenzlopez1@gmail.com

Clínica Neurocardiovascular, Neurodinamia S.A.

Cartagena de Indias, Colombia

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años sin antecedentes patológicos, quien ingresa al servicio de urgencias por cuadro de 30 minutos de evolución consistente en picadura de himenóptero (abeja) quien cursa con dolor torácico intenso, retroesternal, súbito, de características opresiva con elevación de enzimas cardiacas y cambios electrocardiográficos.

Palabras claves: síndrome de kounis, angina de pecho, anafilaxia, abeja, síndrome coronario agudo (deCS)

¹ Autor Principal

Correspondencia: josedsaenzlopez@hotmail.com

Kounis syndrome secondary to bee sting in a patient without comorbidities: relating to a case

ABSTRACT

We present the case of a 45-year-old female patient with no known pathological history, who was admitted to the emergency department with a 30-minute history of a hymenoptera (bee) sting. The patient experienced sudden, intense, retrosternal chest pain with a pressing quality, accompanied by elevated cardiac enzyme levels and electrocardiographic changes.

Keywords: kounis syndrome, angina pectoris, variant, anaphylaxis, bees

Artículo recibido 03 marzo 2025
Aceptado para publicación: 25 marzo 2025

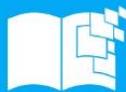


INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis se constituye como una emergencia médica potencialmente mortal que incluye tanto una reacción anafiláctica acompañada de un síndrome coronario agudo. Su descripción se interpuso a finales del siglo XX donde en primera instancia se reportó como una angina alérgica que ocasionaba un vasoespasma coronario, siendo la arteria coronaria derecha la más afectada. Su clasificación incluye dos variantes. La variante de tipo I corresponde a las arterias coronarias normales sin factores predisponentes a la enfermedad arterial coronaria y la variante de tipo II incluye pacientes con enfermedad ateromatosa preexistente culpable pero en reposo, en los que el episodio alérgico agudo podría inducir la erosión o ruptura de la placa manifestando como un infarto de miocardio agudo (1,2).

Descripción del caso

Paciente femenina de 45 años sin antecedentes patológicos, quien ingresa al servicio de urgencias por cuadro de 30 minutos de evolución consistente en picadura de himenóptero (abeja) con posterior edema laríngeo, rash generalizado y dificultad al respirar. Ingres a sala de reanimación con las siguientes constantes vitales: presión arterial: 146/88 mmHg, frecuencia Cardíaca: 100 por minuto, frecuencia Respiratoria: 25 por minuto, temperatura axilar: 36 °C. Es atendida por personal de urgencias donde se aplica dosis de adrenalina intramuscular, se realizan micronebulizaciones con beta 2 agonistas, corticoides endovenosos, instauran antihistamínicos y analgésicos, resolviendo parcialmente crisis respiratoria, reporta paraclínicos en la siguiente tabla (Tabla 1). Posteriormente al pasar 1 hora de evolución, paciente cursa con dolor torácico intenso, retroesternal, súbito, de características opresiva, por lo que realizan electrocardiograma (Figura 1) y nueva toma de troponinas control, dando positiva con cambios electrocardiográficos por lo que se enfoca como infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento st, tipo 2 de probable relación por síndrome de kounis por liberación de sustancias proinflamatorias e hipersensibilidad, por lo que se indicó doble antiagregación plaquetaria y se solicitó ecocardiograma que evidencio: ventrículo izquierdo de tamaño y grosor normal de sus paredes, sin trastornos segmentarios de la contractilidad y función sistólica conservada, fracción de eyección del 64%, función diastólica normal para la edad, ventrículo derecho de tamaño normal con función sistólica conservada, insuficiencia tricúspidea trivial, insuficiencia pulmonar trivial, por lo que ante hallazgos encontrados a nivel electrocardiográfico y de biomarcadores, se indica realización de estratificación



coronaria no invasiva mediante angiotomografía coronaria (Figura 2), reportando: puntaje de calcio coronario 0 unidades Agatston, arterias coronarias con orígenes y trayectos habituales, sin enfermedad aterosclerótica, zonas de estenosis o dilataciones (CAD RADS 0), posteriormente la paciente es dada de alta, con seguimientos ambulatorios por parte de cardiología y medicina interna.

Tabla 1. Evolución en el tiempo y reporte de paraclínicos de la paciente.

Paraclínicos de ingreso	Paraclínicos de 1 hora de evolución	Paraclínicos de 24 horas de evolución
Gases arteriales: PH: 7.41 PCO2: 38 PO2: 100 HCO3: 24.7 BE: -0.5 SO2: 98% PAFI: 278 LÁCTICO: 2.5		TP 12,3 (TIEMPO DE REFERENCIA 13.5) INR 0,91 TPT 31,82 (TIEMPO DE REFERENCIA 33)
Troponina I de alta sensibilidad (Troponina I) 2.06 pg/mL	Troponina I de alta sensibilidad (Troponina I) 30.64 pg/mL	
HEMOGLOBINA 14.3 g/dL HEMATOCRITO 43.1 % LEUCOCITOS. 7.8 10 ³ /uL NEUTROFILOS 24.6 % LINFOCITOS 67.8 % PLAQUETAS 292 10 ³ /uL		HEMOGLOBINA 13.3 g/dL HEMATOCRITO 39.4 % LEUCOCITOS 6.2 10 ³ /uL NEUTROFILOS 49.7 % LINFOCITOS 44.6 % PLAQUETAS 262 10 ³ /uL
Creatinina 0.6 mg/dL		Creatinina 0.67 mg/dL

Figura 1. Electrocardiograma de ingreso que impresiona: amplitud de voltaje de 10mm mV, velocidad de 25 mm/s, Ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 91 latidos por minuto (lpm), eje entre 0-90 grados, no bloqueos auriculoventriculares, sin signos de ischemia ni lesión miocárdica.

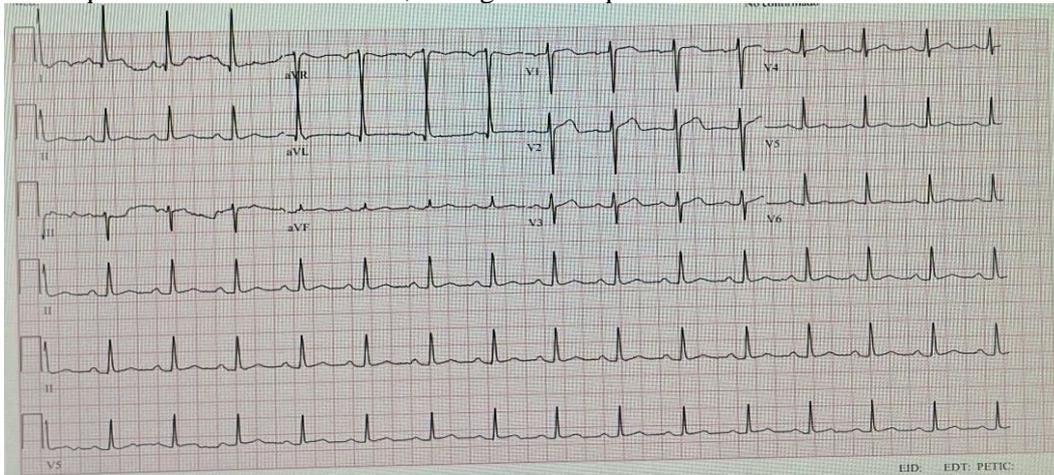
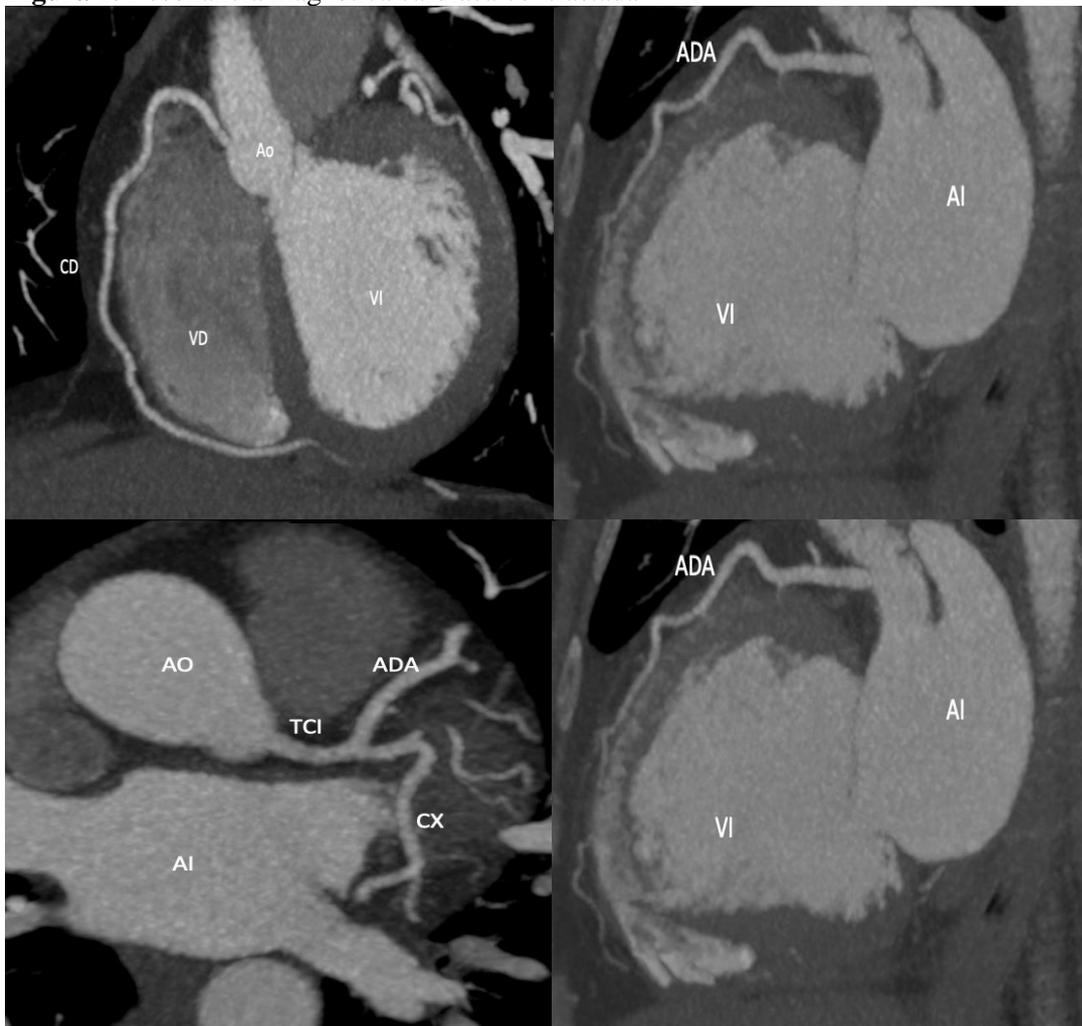


Figura 2. Resonancia magnética cardiaca contrastada



Abreviaciones: AO: Aorta VI: Ventriculo izquierdo AI: aurícula izquierda VI: Ventriculo izquierdo

CD: Arteria coronaria derecha: Origen y trayecto habitual. Sin enfermedad aterosclerótica, zonas de estenosis o dilataciones en sus tres segmentos. Primer ramo agudo sin lesiones. El segmento distal da origen a la DP y ramo posterolateral sin lesiones.

ADA: arteria descendente anterior: Origen y trayecto habitual. Sin evidencia de enfermedad aterosclerótica, zonas de estenosis o dilataciones en sus tres segmentos. Primer y segundo ramo diagonal sin lesiones, Primer ramo septal sin lesiones.

CX: arteria circunfleja: Origen y trayecto habitual. Sin enfermedad aterosclerótica, zonas de estenosis o dilataciones en sus dos segmentos. Primer ramo obtuso marginal sin lesiones.

TCI: tronco coronario izquierdo: Origen y trayecto habitual. Sin enfermedad aterosclerótica, zonas de estenosis o dilataciones. El segmento distal se trifurca dando origen a la DA, CX y RI.

DISCUSIÓN

El síndrome de Kounis es un trastorno coronario de hipersensibilidad que evoluciona hacia un síndrome coronario agudo, provocado por la exposición a medicamentos, alimentos, factores ambientales y otros desencadenantes (1) Esto conlleva a un espasmo coronario que progresa a un infarto de miocardio agudo. Su mayor afectación en la anatomía coronaria se centra hacia la arteria coronaria derecha, debido a que en la mayoría de ocasiones presenta una banda muscular ostial, que es vulnerable al espasmo (3) Este síndrome tiene prevalencia entre las edades de 40-70 sin embargo se pueden presentar en cualquier grupo etario y género, con mayor prevalencia en paciente con antecedentes de alergia, hipertensión, tabaquismo, diabetes y dislipidemia que se consideran factores de riesgo significativos(4). Los desencadenantes más frecuentes son los antibióticos y los AINES (27,4%) seguidos de picaduras de insectos (23,4%), en el 80% de los casos se presenta la reacción en las primeras horas de exposición al alérgeno (1,5,6).

Este síndrome se divide en tres grupos, En el tipo I espasmo de un vaso normal, es el más común en un 72.6% de los casos, la liberación de mediadores de respuesta inmune induce espasmo de la arteria coronaria. Esto puede conducir a un infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructiva con un aumento de las enzimas cardíacas, incluida la troponina, como es característica el presente reporte. En la variante tipo II ruptura de una placa existente, la liberación de los mismos mediadores induce espasmo de la arteria coronaria y, a veces, erosión o ruptura de la placa que se manifiesta como infarto agudo de



miocardio, en personas con enfermedad arterial coronaria asintomática subyacente. La variante de tipo III trombosis del stent incluye a pacientes con trombosis de stent de la arteria coronaria causada por una reacción alérgica (1,2,7).

En nuestro caso, el síndrome de Kounis se presentó posteriori a la picadura de una abeja. Las abejas, pertenecen al orden de los himenópteros de los insectos. Las picaduras de estos insectos son comunes que generen reacciones locales y sistémicas. De las diversas variedades de abejas melíferas, la abeja melífera africanizada (*Apis mellifera scutellata*) es la subespecie más común implicada. Aunque poco frecuentes, las manifestaciones sistémicas incluyen anafilaxia, disnea, broncoespasmo, edema generalizado, vasculitis, insuficiencia renal aguda, neuritis, encefalitis y enfermedad del suero. El síndrome coronario agudo después de las punciones de himenópteros es raro y rara vez se informan (1).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Dimos A, Xanthopoulos A, Bismpos D, Triposkiadis F, Skoularigis J. Delayed Acute Coronary Syndrome Caused by Multiple Bee Stings: A Rare Case of Kounis Syndrome. *Cureus*. 2021 Mar 26;13(3):e14120. doi: 10.7759/cureus.14120
- 2- Tsuruta K, Yokoi K, Yoshioka G, Chen W, Jojima K, Hongo H, Natsuaki M, Sonoda S, Kounis NG, Node K. Different types of Kounis syndrome caused by different episodes of bee sting anaphylaxis: Misfortunes never come singly. *J Cardiol Cases*. 2022 Mar 26;26(1):81-84. doi: 10.1016/j.jccase.2022.03.002
- 3- Bharadwaj P, Joshi A, Banerji A, Singh N. Kounis syndrome: Acute myocardial injury caused by multiple bee stings. *Med J Armed Forces India*. 2016 Dec;72(Suppl 1):S178-S181. doi: 10.1016/j.mjafi.2016.04.003
- 4- Abdelghany M, Subedi R, Shah S, Kozman H. Kounis syndrome: A review article on epidemiology, diagnostic findings, management and complications of allergic acute coronary syndrome. *Int J Cardiol*. 2017 Apr 1;232:1-4. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.01.124
- 5- Pejic AV, Milosavljevic MN, Jankovic S, Davidovic G, Folic MM, Folic ND. Kounis Syndrome Associated With the Use of Diclofenac. *Tex Heart Inst J*. 2023 Jan 1;50(1):e217802. doi: 10.14503/THIJ-21-7802



- 6- Poggiali E, Benedetti I, Vertemati V, Rossi L, Monello A, Giovini M, Magnacavallo A, Vercelli A. Kounis syndrome: from an unexpected case in the Emergency Room to a review of the literature. *Acta Biomed.* 2022 Mar 14;93(1):e2022002. doi: 10.23750/abm.v93i1.11862
- 7- Ollo-Morales P, Gutierrez-Niso M, De-la-Viuda-Camino E, Ruiz-de-Gallarreta-Beristain M, Osaba-Ruiz-de-Alegria I, Martel-Martin C. Drug-Induced Kounis Syndrome: Latest Novelties. *Curr Treat Options Allergy.* 2023 May 30:1-18. doi: 10.1007/s40521-023-00342-9

