

Desensibilización rápida al ácido acetilsalicílico en pacientes con intolerancia a AINE afectos de síndrome coronario agudo

Sr. Editor:

El ácido acetilsalicílico (AAS), como antiagregante plaquetario, desempeña un papel importante en la reducción de las complicaciones isquémicas de la enfermedad coronaria y del intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Se recomienda su administración junto con ticlopidina o clopidogrel para disminuir los efectos adversos cardiovasculares en pacientes con síndrome coronario agudo y en aquéllos que precisan la implantación de *stent*^{1,2}. La hipersensibilidad o la intolerancia a AAS, ambos términos aceptados en referencia a las reacciones alérgicas y pseudoalérgicas de los fármacos inhibidores de la enzima ciclooxigenasa 1 (COX-1), se pueden manifestar como rinitis o rinosinusitis y asma, como urticaria-angioedema o como anafilaxia³. Aparece hasta en el 10% de los pacientes asmáticos, mientras que en la población general la prevalencia de urticaria en relación con la exposición a AAS oscila entre el 0,07 y el 0,2%⁴. Son varias las revisiones de estudios sobre los protocolos de desensibilización a AAS en pacientes con enfermedad cardiovascular⁵⁻⁷, y todos concuerdan en la importancia de su realización una vez coinciden ambos factores: enfermedad coronaria y sensibilidad a aspirina.

Presentamos a 5 pacientes de edades comprendidas entre 53 y 79 años, con antecedentes de reacción adversa tras la toma de AAS en forma de urticaria en 3 de ellos y angioedema facial en los 2 restantes; ninguno de ellos había presentado broncospasmo ni reacción anafiláctica. Todos padecieron enfermedad coronaria aguda que requirió implantación de *stent* intracoronario y doble antiagregación con clopidogrel y AAS.

De acuerdo con los pacientes y previa firma de consentimiento informado, se realizó pauta de desensibilización rápida oral a AAS, adaptada y modificada de Wong et al⁸ y Silberman et al⁹, consistente en la administración de dosis crecientes a intervalos de 15-20 min, comenzando por 0,1 mg y finalizando por 100 mg (0,1, 0,3, 1, 3, 10, 25, 50 y 100 mg), realizada en medio hospitalario con monitorización de constantes vitales y estricta vigilancia médica, y sin premedicación con antihistamínicos o corticoides. En todos los casos el proceso de desensibilización al AAS finalizó con éxito, alcanzando la dosis recomendada de 100 mg, en un tiempo

máximo de 2,20 h, sin aparición de reacciones adversas. Actualmente los 5 pacientes toleran dosis diaria de 100 mg de AAS. El tiempo de tolerancia desde la realización de la desensibilización hasta el momento actual oscila entre 5 y 46 meses. No se confirmó la intolerancia a AAS mediante prueba de provocación oral controlada al tratarse de pacientes afectos de SCA, situación en que se halla contraindicada⁸⁻¹⁰.

La hipersensibilidad a AAS parece presumiblemente debida a un mecanismo más bien farmacológico que inmunológico por la inhibición de la COX-1, y depende de la dosis. El diagnóstico de hipersensibilidad a AAS implica normalmente no prescribir dicho fármaco y, dado que el tratamiento con AAS disminuye la mortalidad en la enfermedad coronaria, en estos casos estaría indicada la desensibilización. Los protocolos publicados de desensibilización a AAS proponen la administración de las dosis a intervalos de entre 2 y 24 h, según las diferentes pautas. Este intervalo tan largo implica que se tarde días hasta completar la desensibilización, lo cual es poco aconsejable en pacientes con enfermedad coronaria inestable, especialmente tras la implantación de *stent*. En estos casos, un intervalo corto entre dosis como el que proponemos (15-20 min) facilita que la desensibilización se lleve a cabo de forma urgente y rápida. A diferencia del protocolo de Wong, nosotros no realizamos premedicación con antihistamínico H₁, con buenos resultados.

Una pauta de desensibilización rápida al AAS puede ser eficaz y segura en pacientes con antecedente de urticaria o angioedema facial que tienen indicación de doble antiagregación por presentar un síndrome coronario agudo.

Gaspar Dalmau^a, Pere Gaig^a, Vanessa Gázquez^a y Jordi Mercé^b

^aSección de Alergología. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Bardají A, Alonso J, García-Moll X, Bueno H. Actualización en cardiología isquémica 2005. Rev Esp Cardiol. 2006;59:3-19.
- Silber S, Albertsson P, Avilés FF, Camici PG, Colombo A, Hamm C, et al. Guías de práctica clínica sobre intervencionismo coronario percutáneo. Rev Esp Cardiol. 2005;58:679-728.
- Stevenson DD, Sánchez-Borges M, Szczeklik A. Classification of allergic and pseudoallergic reactions to drugs that inhibit cyclooxygenase enzymes. Ann Allergy Asthma Immunol. 2001;87:177-80.
- Jenkins C, Costello J, Hodge L. Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice. BMJ. 2004;328:434.

5. Page NA, Schroeder WS. Rapid desensitization protocols for patients with cardiovascular disease and aspirin hypersensitivity in an era of dual antiplatelet therapy. *Ann Pharmacother.* 2007;41:61-7.
6. Pfaar O, Klimek L. Aspirin desensitization in aspirin intolerance: update on current standards and recent improvements. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2006;6:161-6.
7. Gollapudi RR, Teirstein PS, Stevenson DD, Simon RA. Aspirin sensitivity: implications for patients with coronary artery disease. *JAMA.* 2004;292:3017-23.
8. Wong JT, Nagy CS, Krinzman SJ, Maclean JA, Bloch KJ. Rapid oral challenge-desensitization for patients with aspirin-related urticaria-angioedema. *J Allergy Clin Immunol.* 2000;105:997-1001.
9. Silberman S, Neukirch-Stoop C, Steg PG. Rapid desensitization procedure for patients with aspirin hypersensitivity undergoing coronary stenting. *Am J Cardiol.* 2005;95:509-10.
10. Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Mastalerz L, Swierczynska M, Picado C, Scadding G, et al. EAACI/GA2LEN guideline: aspirin provocation tests for diagnosis of aspirin hypersensitivity. *Allergy.* 2007;62:1111-8.