Cuadro sugestivo de espasmo coronario del tronco común de la coronaria izquierda tras infiltración anestésica gingival

Sr. Editor:

En 1959, Prinzmetal describió el cuadro clásico de la angina variante secundaria a vasospasmo coronario acompañada de supradesnivelación del segmento ST en el ECG. Desde entonces, el espasmo coronario se ha descrito en relación con múltiples desencadenantes, presentándose no sólo como angina, sino también como infarto y pudiendo manifestarse como lesión subendocárdica (descenso del segmento ST) en el ECG. Presentamos el caso de una mujer de 23 años de edad que acudió al servicio de urgencias de nuestro centro por presentar un dolor centrotorácico opresivo e intenso que se desencadenó tras la inyección local gingival de un anestésico asociado a un vasoconstrictor (36 g de adrenalina más 36 g de tartrato de noradrenalina más 36 mg de clorhidrato de lidocaína) en la consulta del estomatólogo. No presentaba ningún factor de riesgo cardiovascular conocido. A su llegada al servicio de urgencias, todavía con dolor, se realizó un ECG, donde se observó una lesión subendocárdica de hasta 3 mm en todas las derivaciones de miembros y precordiales, junto con una supradesnivelación del segmento ST de 2 mm en aVR sugestiva de una lesión de tronco (fig. 1). Se le administró nitroglicerina sublingual, tras lo cual el dolor cedió, transcurridas dos horas desde su inicio, y se normalizaron en el ECG las alteraciones descritas. Se realizó un ecocardiograma que mostró un ventrículo izquierdo con hipocinesia intensa anteroseptal e insuficiencia mitral severa. Se realizó una coronariografía urgente que mostró unas arterias coronarias angiográficamente normales. En el sexto día de ingreso se realizó un ecocardiograma, que evidenció un ventrículo izquierdo de tamaño normal con la función sistólica conservada, sin alteraciones segmentarias, y una insuficiencia mitral trivial. Con posterioridad, la paciente ha acudido a su dentista en dos ocasiones para realizar el tratamiento dentario que precisaba, sin que aconteciera incidencia alguna (se empleó un anestésico local sin vasoconstrictor).

El espasmo del tronco común izquierdo es una causa de angina poco frecuente y se acompaña de descenso generalizado del segmento ST en todas las derivaciones por oclusión subtotal del vaso[1], lo que lo diferencia de la angina vasospástica típica, que suele acompañarse de una lesión subepicárdica por oclusión total del segmento afectado y que produce isquemia transmural. Son múltiples los factores considerados como posibles precipitantes del espasmo coronario; algunos son químicos, como la ergonovina, la acetilcolina, la serotonina, la cocaína, la noradrenalina, la hiperventilación o los anestésicos, y algunos agentes son físicos, como el frío y el ejercicio.

En el caso que hemos presentado no se demostró el espasmo de ningún segmento coronario durante la coronariografía, ya que la paciente estaba asintomática y con un electrocardiograma prácticamente normalizado durante su realización. No obstante, debido a la presentación clínica desencadenada de forma inmediata con la administración local de un vasoconstrictor y a la presencia de unas arterias coronarias angiográficamente normales junto con un ECG típico de lesión del tronco común izquierdo, se presume que el cuadro estuvo causado por un espasmo de éste. Diversos trabajos exponen los efectos de los vasoconstrictores (generalmente noradrenalina y adrenalina) en el sistema cardiovascular que acompañan a los anestésicos locales utilizados en estomatología[2,3]. El uso de vasoconstrictores está contraindicado de forma relativa en pacientes con angina inestable, infarto reciente, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y arritmias mal controladas. Se han descrito depresiones del segmento ST durante la administración de anestésicos locales, aunque no significativas[4].

Dadas las características de la práctica odontológica (generalmente de ámbito privado), es muy difícil conocer la incidencia de determinadas complicaciones clínicas durante su ejercicio. No obstante, existe un registro basado en cuestionarios cumplimentados por 302 dentistas británicos en el que se indica que la incidencia de dolor torácico sugestivo de angina fue del 0,17 casos/dentista/año y de sólo 0,003 y 0,002 casos/dentista/año la de infarto y parada cardíaca, respectivamente[5]. Ante todo ello, en distintas revistas de odon-

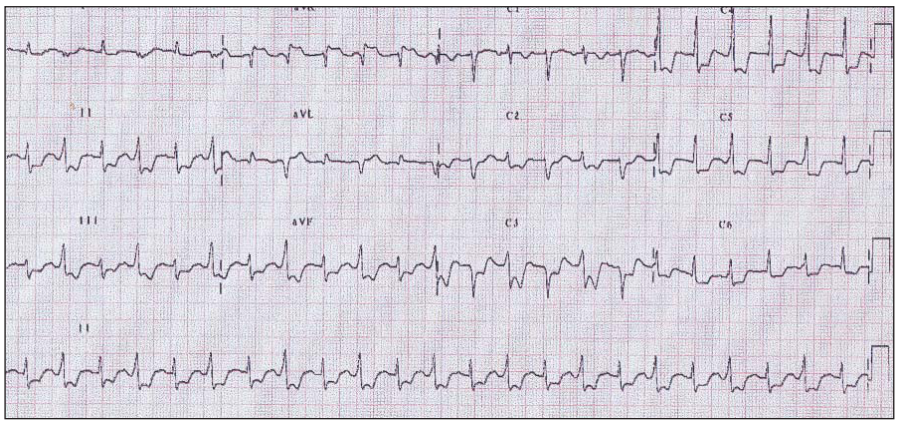

Fig. 1. Electrocardiograma realizado durante el episodio de dolor torácico.

tología extranjeras y españolas se han publicado guías de actuación ante pacientes cardiópatas, sobre todo coronarios[6,7]. Aun así, el estudio citado previamente señalaba que el 50% de los dentistas británicos encuestados desconocía cómo manejar la vía aérea o cómo tomar una vía venosa[5]. Por otra parte, nuestro caso ilustra la posibilidad de encontrar una complicación cardíaca potencialmente grave en pacientes sin ningún tipo de antecedente o riesgo.

Concluimos que es necesario estar atentos a la posibilidad de aparición de vasospasmo coronario en pacientes a los que se administran preparados anestésico-vasconstrictores de forma local, incluso en jóvenes sin antecedentes patológicos. Es importante conocer los antecedentes patológicos de los pacientes y reducir o evitar en lo posible la asociación de vasoconstrictores al anestésico en pacientes coronarios. En las clínicas en las que se practique, es recomendable disponer del material adecuado para afrontar estas situaciones (nitroglicerina sublingual, etc.), así como facilitar a los profesionales la formación adecuada para prevenir y manejar estas situaciones[8].

Susana González Enríquez[a], José M. de la Torre Hernández[b] y Fermín Sainz Laso[a]

[a]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [b]Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rumoroso JR, Inguanzo R, Cembellin JC, Bodegas A, Berrenetxea JI. Left main coronary artery spasm. Int J Cardiol 1995;51:200-3.
2. Frabetti L, Checchi L, Finelli K. Cardiovascular effects of local anesthesia with epinephrine in periodontal treatment. Quintessence Int 1992;23:19-24.
3. Nakamura K, Miuza K, Kurokama H, Abe I, Takata Y. Cardiovascular and sympathetic responses to dental surgery with local anesthesia. Hipertens Res 2001;24:209-14.
4. Vanderheyden PJ, Williams RA, Sims TN. Assessment of ST depression in patients with cardiac disease after local anesthesia. J Am Dent Assoc 1989;119:407-12.
5. Girdler NM, Smith DG. Prevalence of emergency events in british dental practice and emergency management skills of british dentists. Resuscitation 1999;41:159-67.
6. Freymiller EG, Aghaloo T. Dental management of the patients with coronary artery disease. J Calif Dent Assoc 1995;23:41-6.
7. Silvestre FJ, Miralles-Jordá L, Tamarit C, Gascon R. Dental management of the patient with ischemic heart disease: an update. Med Oral 2002;7:222-30.
8. Chapman PJ. Chest pain in the dental surgery: a brief review and practical points in diagnosis and management. Aust Dent J 2002; 47:259-61.