

PELIGROS DE LA ANESTESIA LOCAL

por el

DR. ANGEL GUERGUÉ

816.314-089.578.163

La anestesia local o regional ha merecido una reputación de casi absoluta seguridad. Sin embargo, no son pocas las observaciones que han venido a ofrecernos los serios accidentes a que puede dar lugar la infiltración anestésica local.

Estos accidentes pueden ser debidos: a hiperdosificación, lo que es ahora menos frecuente; a la penetración del anestésico en un vaso, por falta quizás de técnica; a causa de una demasiado rápida infiltración del líquido, lo cual es relativamente corriente, o, por último, a error debido a la inyección de cocaína, en lugar de novocaína, mucho menos tóxica. Tampoco son ajenos estos accidentes al punto elegido para la puntura de la inyección.

Las grandes infiltraciones cutáneas o mucosas de novocaína al 0,5 por 100 sólo raramente dan lugar a accidentes; no así ese otro tipo de anestesia por contacto (Klotz), tan frecuente en otorrinolaringología. Y es que este tipo de anestesia no permite el fácil control de la cantidad absorbida, mucho menos tratándose de las mucosas laríngea, traqueobronquial o uretral, más sensibles que las mucosas oral o vesical.

De forma, decimos, que los otorrinolaringólogos han de ver más frecuentemente que los odontólogos estos accidentes de la anestesia local, debido también a la posición en que operan, a que trabajan sobre regiones más vascularizadas y a que infiltran mayores cantidades de anestésico que lo que utilizan nuestros especialistas odontólogos.

Indudablemente que la constitución orgánica del individuo juega papel preponderante en estos accidentes, siendo más propensos a ellos los vagotónicos, asmáticos o emotivos.

Los accidentes producidos por la infiltración anestésica pueden presentarse de una manera más brusca al inyectarse la primera gota que una vez infiltrado el total de la dosis.

Nosotros solamente recordamos un caso típico en un sujeto pícnico en el cual tratábamos de preparar una cavidad en una bicúspide

superior, para lo que se recurrió a la infiltración de un cencímetro cúbico de novocaína-corbasil, solución E al 2 por 100. Tan pronto como se hubo terminado de inyectar, el paciente comenzó a sentir una molesta sensibilidad a la luz solar—eran las doce del mediodía—, que fué incrementándose hasta presentarse intensa fotofobia, con sensación de pesadez sobre ambos arcos superciliares y marcado dolor irradiado a las sienes, que producía malestar general, en un cuadro que, aumentándose gradualmente, imponía al enfermo una preocupación superlativa, que no consiguió de momento ser dominada por razonamiento. Sólo después de pasadas dos horas revirtieron en parte estos síntomas, que todavía necesitaron dos horas más para desaparecer del todo.

Los accidentes tardíos, aunque son más raros, suelen también presentarse, pero generalmente con alguna manifestación prodrómica que los anuncie o haga sospechar. Este cuadro de intoxicación se caracteriza por angustia, náuseas, sudores, palidez y taquicardia.

Klotz considera que la manifestación más frecuente es la forma convulsiva, pérdida del conocimiento, con convulsiones tónicas o clónicas, con las que llega a finalizar el cuadro; mas de no ser así, puede sobrevenir un síncope cardíaco que termine con la vida del enfermo.

Existe otra sintomatología para los posibles cuadros de intoxicación anestésica, como el correspondiente al de la embriaguez cocaínica, fenómenos de excitación cortical que pueden asimismo terminar con la muerte. Muy recientemente hemos conocido dos casos.

En las formas *nitroides* se expresan por una baja tensión, con palidez y síncope cardíaco.

La patogenia de estas manifestaciones tóxicas es muy difícil de determinar, dependiendo de la sensibilidad individual. De todas formas, la cocaína las produce más fácilmente que la novocaína, y el hombre las sufre también más fácilmente que el animal.

Por orden de toxicidad, los anestésicos locales han sido clasificados por este orden: novocaína, estovaína, cocaína, pentocaína y percaína, siendo de éstos la novocaína la menos tóxica.

Lógicamente, la concentración juega un papel muy importante, pero de tal manera que una solución de novocaína al 2 por 100 no es el doble de tóxica que una al 1 por 100, sino cuatro veces más; la cocaína es seis veces más tóxica que la novocaína en igualdad de pesos. También la vía de administración tiene su significación: la cocaína es más peligrosa en pinceladas que infiltrada. El modo o manera de realizar la inyección facilita o dificulta la presentación de cualquier sintomatología tóxica, ya que una rápida infiltración los facilita. En

pocos minutos (diez, por ejemplo) puede el organismo neutralizar una dosis tóxica de cocaína; inyéctese, pues, medio centímetro cúbico, o hasta menos, y dése un reposo de algunos minutos (tres o cuatro), para reanudar nuevamente la inyección, y nuevo descanso. Este proceder nos permitirá además no sólo reconocer inmediatamente cualquier posible alteración, sino que en caso de presentarse ésta será de mucho menor grado la sintomatología tóxica.

Como consecuencia de la dificultad del estudio de la patogenia es prudente no proceder a la anestesia local, sin medidas previas, en los individuos con antecedentes o tarados orgánicos (alérgicos, epilépticos o cardíacos), para lo cual una amnanesis u observación clínica deben ser indispensables, aun tratándose de intervenciones simples exodónicas, y en los casos que después de la intervención lleguen a ofrecernos sospecha, no abandonar la observación del enfermo hasta media o una hora después del acto operatorio.

He aquí la dosificación anestésica expuesta por Klotz ("Méd. et Hygn.", 146, 1950):

<i>Técnica</i>	<i>Anestésico</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Total c. c.</i>
Infiltración	Novocaína	0,5	200/50
Idem troncular	Idem	2	1
Contacto	Cocaína	10	4
Idem	Líq. d. Bonain	10	1/2
Idem	Butelina	5	2
Idem	Pantocaína	1	4

Las medidas o recursos que han de tomarse en estos accidentes obligan a toda clínica a estas preparada, colocando, cuando menos, al enfermo con la cabeza baja, administrándole los analépticos habituales: cafeína, lobelina, alcanfor, acetato de desoxicorticosterona, etc. En los casos con convulsiones puede recurrirse a inyectar barbibutíricos solubles, gardenal sódico, etc., y en caso de síncope, hasta practicarse la respiración artificial, la oxigenoterapia, etc.