

# Hipersensibilidad a los Anestésicos Locales sin P-Aminofenol

---

*Dr. Cristian Kafie L\**

---

## RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 34 años de edad, quien consultó a éste Centro de Especialidad por problemas de "Alergia a anestésicos locales utilizados por su Odontólogo". Presentó en tres sesiones: prurito, urticaria generalizada, taquicardia, edema de labio y lengua, náuseas e hipotensión. Se realizó en ella el Protocolo de hipersensibilidad a anestésicos locales de Patterson y De Suarte (1), resultando altamente positiva a la Xilocaína y Mepivacaína del grupo de anestésicos locales sin contener P-aminofenol. Las pruebas para anestésicos locales con P-aminofenol fueron negativas. La paciente fue clasificada y pudo continuar con su tratamiento odontológico. Su último reporte fue haber practicado en ella, biopsia de Quiste de Mama izquierda con anestesia local (Procaina) sin riesgo alguno.

**PALABRAS CLAVES:** Prueba de Pichazo (Prick Test), Prueba Intradérmica Dirigida.

Control Negativo, Control Positivo. Hipersensibilidad Anafilaxis.

Director Clínica Santa María y  
Centro para Estudios Interdisciplinarios de Inmunología  
Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A.

## INTRODUCCIÓN

La hipersensibilidad a los anestésicos locales es reportada en la literatura mundial entre 0.5 a un 3%. (1)(2).

Está demostrado que los anestésicos locales son capaces de causar liberación de Histamina (2). Muchas de estas reacciones ocurren en una primera exposición a ellos, jugando un rol importantísimo la susceptibilidad individual. (3).

Estudios han reportado mecanismos de daño que sugieren intervención del complemento y/o mediación de IgE y en reacciones tardías a estos anestésicos se han descrito mecanismos de hipersensibilidad mediados por células (4). Teniendo en cuenta los riesgos de anafilaxis que involucra éste problema deseamos brindar al lector información al respecto con la presentación documentada de un caso clínico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

SL, paciente del sexo femenino de 34 años de edad, de profesión Administrador de Empresas, la cual consultó a éste Centro de Especialidad en Inmunología por problemas de alergia a anestésicos locales durante procedimientos odontológicos, en tres ocasiones; presentando: Prurito generalizado, urticaria, edema de lengua y labio, náuseas, taquicardia, sudoración, hipotensión. (Tabla No. 1).

TABLA I ANESTETICOS UTILIZADOS, FECHAS Y EFECTOS ADVERSOS		
ANESTETICO REPORTADO POR LA PACIENTE	FECHA APLICACIÓN ODONTÓLOGO	EFECTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LA PACIENTE
MEPIVACAINA	2 febrero, 1988	Prurito, Urticaria Generalizada, y Taquicardia.
XILOCAINA	20 sept., 1988	Prurito, Sudoración, Edema Labio y Lengua. Taquicardia, Hipotensión.
CARBOCAINA	15 enero, 1990	Prurito, Náuseas, Taquicardia, Urticaria Generalizada, Edema Labial.

## MATERIAL Y MÉTODO

ANTECEDENTES NEGATIVOS DE: Atopía, hipersensibilidad a medicamentos, picaduras de insectos, cardiovasculares, siquiátricos, dermatológicos, reumatológicos, nefrológicos, hematológicos, infecciosos, neurológicos, transfusiones sanguíneas, Inmunizaciones en los últimos 6 meses.

Ginecológicos: G:I, P:I, A:0 C:0, HV:I, F.U-R: 25/ Abril 89. El resto de su historia médica no fue contribuyente.

## EXAMEN FÍSICO

Paciente en la cuarta década de la vida, buen estado general y nutricional. Bien documentada de su caso particular P/A: 120/80, T:37. °C, FC: 86x', P:86x', Peso:130 lbs.,Estatura; 1.60 mts.

El resto del examen físico fue completamente normal.

## EXAMENES:

Hemograma: HCT:34% HB: 11.5g% Eritrocitos: 3,570.000x $\text{mm}^3$ ,

VCM:95 U<sup>3</sup>, HCM:32 ug CHMC:33gr/dl.

VES: 40 mm/hora

RETICULOCITOS: 0.8%; Plaquetas: 300,000/mm<sup>3</sup>

LEUCOCITOS: 4,700x $\text{mm}^3$ NS:68% EOS: 1% LINF:31%

EOS totales: 5x $\text{mm}^3$

NIVEL DE IgE: 20 UI/ml(VN:hasta 100 UI/ml)

GLICEMIA: 92mg% BUN:25 Creatinina:0.3

Orina, heces, Citograma Nasal,TP.TYT,Frotis Sangre Periférica, Niveles de C3, C4, IgG, Ig, IgA,fueron normales

RX de Tórax: Normal.

Se procedió a citar ala paciente en el cuarto de emergencia donde se preparó equipo de resucitación; luego se canalizó vena con catetery se colocó líquidos IV, teniendo todos los accesorios y medicamentos para tratar una anafilaxis a mano.

Se procedió a realizar en primera instancia la Prueba de Pinchazo (Prick-Test) con anestésicos locales con y sin P-Aminofenol (4). (Tabla II y III).

TABLA II

## ANESTÉSICOS LOCALES CONTENIENDO P-AMINOFENOL PRUEBA DE PINCHAZO

ANALGÉSICO LOCAL •	LECTURA	LECTURA
	15min.	30min-
+ CONTROL NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
"CONTROL POSITIVO	3mm.	3mm.
FROCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO
BENZOCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO
PONTOCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO
TANTOCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO
LAROCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO
MONOCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO
BUTACAINA (BUTYN)	NEGATIVO	NEGATIVO
BOROCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO
AMIDA PROCAINA	NEGATIVO	NEGATIVO

\* Dilución de cada vial: 1/10,000

o Control Positivo: Histamina  
+ Control Negativo: NaOH 0.1 N

TABLA III  
ANESTETICOS LOCALES SIN CONETENER  
P-AMINOFENOL  
PRUEBA DE PINCHAZO

ANSTESICO LOCAL*	LECTURA 15min.	LECTURA 30mm.
o CONTROL NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
♦CONTROL POSITIVO	3mm.	3mm.
XILOCAINA	4mm.	4mm.
CARBOCAINA	4mm.	4mm.
NUPERCAINA	3mm.	3mm.
HOLOCAINA	2mm.	2mm.
METICAINA	3mm.	3mm.
ALIPINA	2mm.	2mm.
ESTOUDINA	3mm.	3mm.
DIOTANE	3mm.	3mm.
APOTESINA	2mm.	2mm.
EMTRACAINA	2mm.	2mm.

\* Diluciones de cada vial: 1/10,000

+ Control Positivo : Histamina

" Control Negativo: NaOH =.1 N.

Se utilizó control positivo: Histatrol (Img sulfato base de Histamina) de la Casa Comercial Center Laboratories (New York, USA.) y control negativo NAOH O.IN preparado en nuestro laboratorio. Los viales de anestésico en diluciones de 1,10,000 y 1,100 fueron obtenidos en el Center for Study Interdisciplinary of Immunology of Georgetown, USA. Se procedió a la lectura a los 15 y 30 minutos.

Se consideró positivo; induración (pápula) mayor o igual de 3 mm, con o sin eritema. Posterior a la Prueba de Pinchazo, continuamos con la Prueba Intradérmica Dirigida para confirmar la hipersensibilidad con viales de 1:100 y colocando 0.02 ml. de los anestésicos a investigar. Todo éste procedimiento se desarrolló dentro del Protocolo de Patterson y DeSuarate para anestésicos Locales. (1),(2),(3),(4).

## RESULTADOS

En la Tabla II se reporta los hallazgos de la Prueba de Pinchazo a anestésicos locales conteniendo P-Aminofenol, donde sólo el control de Histamina resultó positivo. Todos los anestésicos investigados por ésta prueba resultaron negativos, haciendo concordancia con la información de la paciente sobre cuales eran los anestésicos con los que había manifestado hipersensibilidad ella. (Tabla I).

En la Tabla III, claramente se demuestra la hipersensibilidad de la paciente a anestésicos locales sin P-Aminofenol, donde la Xilocaina (Lidocaina) y la Carbocaina (Mepicaina) obtuvieron las lecturas más altas (4 mm). El control positivo (histamina) se mantuvo igual (3 mm). La Prueba Intradérmica Dirigida practicada 72 horas más tarde en el mismo cuarto de emergencia (Tabla IV) y con similares precauciones resultó contundente al obtener para el anestésico Mepivacaina a los 15 minutos, 5 mm de induración con 12 mm de eritema y para la Xilocaina 6 mm induración y 18 mm de eritema; presentando en ese momento la paciente efectos adversos como: Eritema local y prurito, adormecimiento de lengua, edema de labio y taquicardia, lo que nos obligó al bloqueo de su anafilaxis y suspender la prueba considerándola positiva.

TABLA IV  
PRUEBA INTRADÉRMICA DIRIGIDA  
ANESTÉSICOS SIN P-AMINOFENOL

ANESTÉSICO LOCAL (1/100)	LECTURA 15min.	LECTURA 30min.
■ CONTROL POSITIVO	3mm.	3mm.
+ CONTROL NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
MEPIVACAINA	5 mm. INDURACIÓN	5 mm. INDURACIÓN
	12 mm. ERITEMA	15 mm. ERITEMA
XILOCAINA	6 mm. INDURACION	6 mm. INDURACION
	18 mm. ERITEMA	18mm. ERITEMA

• Control Positivo: Histamina +

Control Negativo: NaOH 0.1 N.

## DISCUSIÓN

Estos casos de hipersensibilidad a los anestésicos locales, aunque no muy frecuentes comparados a otros problemas de hipersensibilidad son de alto riesgo por la reacción sistémica que se produce (Anafilaxis) (5). Ello obliga a una abordaje especializado para llegar a una clasificación de su problema médico lo antes posible para garantizar el beneficio y no la iatrogenia.

Nosotros realizamos ésta documentación en base al protocolo de alergia a drogas y problemas de hipersensibilidad a anestésicos, de Roy Patterson y Richard DeSuarate. Son considerados factores de riesgos

en éste tipo de problemas: Sexo,(femenino), historia de alergia o atopías, de asma, de reacciones adversas a anestésicos locales y/o anestesia general (6) (7).

Un 50% de estos pacientes tiene asociada hipersensibilidad a la penicilina, relajantes musculares, analgésicos no esteroideos y/o medios de contraste(8),(9),(10),(11). Este primer caso que reportamos estaba exento de riesgo. Después de su clasificación, la paciente pudo someterse a procedimiento de biopsia de Quiste de Mama Izquierda sin riesgo alguno.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Roy Patterson MD, Richard DeSuarde MD, Paul A. Greenberg. Drug Allergy and Protocols for Managment Of Drug Allergies. N.E.R. ALLERGY PROCEEDINGS. Vol. 7, No.4, Pag: 325-342. July-August. 1986.
2. DeSuarde R. D. Drug Allergy. Diagnosis and Managment.3era. Edición. Philadelphia. J.B Lippincott Co.505-661. 1985.
3. Patterson R. Allergic Disea. 's: Diagnosis and Management. 3ra. Edition. Philadelphia. J.B. Lippincott Co. 1985.
4. Schats M. MD et al. Skin Testing and incremental challenge in the evaluation of adverse reactions to local anesthetics.
5. Valentín Filip et al. Anaphylactic reactions incidence in allergic and atopic patients. Allergol Et Immunopathol. Vol. 16, No.2, Pag: 73-75.1988.
6. Donald R. Offman PhD., Page Hudson MD, and SJ. Carlyle. MD. Three cases of fatal anaphylaxis to antibiotics in patients with prior histories of allergy to the drug. Annals of Allergy Vol. 62, No.2. Pag: 91-93, February, 1989
7. GreenbergPA,PattersonR.TapioCM.Profhyllaxis against repeated radiocontrast media reactions in 857 cases. ARCH. INTERN. MED. 145: 2197-2200,1985.
8. Greenberg PA, Halwing JM, Patterson R. Wallermar CB. Emergency Administration of radiocontrast media in high risk patients. J. Allergy and Clinical Immunology 77: 630-634 1986.
9. Stevenson DD. Diagnosis, prevention, and treatment of adverse reactions to aspirin(ASA) and no-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID). J Allergy Clin Immunol. 74: 617-622, 1984.
10. Tobias Enright MD, Amada Chu-LimMD, Eugene Duda MD. The role of a documented allergic profile as a risk factor for radiographic contrast media reaction. Annals of Allergy. Vol. 62, No.4. Page: 302- 305. April, 1989.