

En la esfera orofacial, la mandíbula, especialmente el ángulo mandibular, es la localización atípica más frecuente, bien como ubicación única del dolor o como lugar de irradiación^{1,3}. En la bibliografía encontramos descripciones esporádicas de casos de cardiopatía isquémica cuyo primer síntoma fue un dolor en un molar mandibular^{4,5}. Presentamos a continuación un caso de infarto agudo de miocardio que comenzó con dolor en la región geniana. En la revisión de la bibliografía realizada entre 1988 y 1994, mediante el sistema informatizado MEDLINE, dicha localización como forma de comienzo de un infarto de miocardio no ha sido descrita.

Varón de 65 años, obeso, fumador de 20 cigarrillos/día y bebedor de más de 80 g/día de alcohol durante más de 5 años, con antecedentes de dislipemia de 2 años de evolución. Seis días antes de su ingreso notó mientras dormía un dolor intenso en región geniana izquierda (premaxila), en cara anterior del maxilar superior a la altura del surco labiogeniano, que se correspondía internamente con la fosa canina. El dolor era de carácter constrictivo, siendo señalado por el paciente con varios dedos extendidos, y no de forma puntiforme. No se acompañó de manifestaciones vegetativas salvo por una ligera sudación. Su duración fue de 30 min y «cedió con una aspirina». A los 4 días volvió a repetirse el mismo dolor pero de forma mucho más leve, a la vez que una ligera molestia precordial, cediendo espontáneamente. La mañana del ingreso, mientras realizaba un esfuerzo, se repitió el dolor geniano, pero esta vez asociado a un dolor precordial opresivo intenso, irradiado a ambos hombros y al brazo izquierdo, de 20 min de duración, acompañado de sudación, disnea y palidez, que le hizo acudir a urgencias. En la exploración, incluida la otorrinolaringológica y la estomatológica, clínica y radiológica, no se observaron hallazgos de interés, descartándose, por tanto, lesiones locales que pudieran haber sido la causa del dolor. En el ECG realizado a su ingreso se detectó un ritmo sinusal a 90 lat/min, con AQRS en -30°, T negativas en D-I, aVL, y de V4 a V6. Se hizo un seguimiento de cifras de CPK, siendo la primera determinación de 550 mU/ml, con una fracción MB de 85, cifra que resultó ser la determinación pico. En un segundo ECG realizado tras la elevación enzimática se observó una onda q en I y aVL. Con la sospecha de necrosis miocárdica de localización lateral, se le realizó una gammagrafía con pirofosfato de ⁹⁹Tc, en la que se detectó captación claramente patológica en la cara lateral. En el informe ecocardiográfico, se observó un ventrículo izquierdo no dilatado con diámetro diastólico de 52 mm, diámetro sistólico de 32 mm y fracción de eyección de 68%. El paciente evolucionó de forma favorable, permaneciendo estable hemodinámicamente, sin nueva sintomatología ni desarrollo de complicaciones. Fue dado de alta con el diagnóstico de IAM de cara lateral.

Dolor en la región geniana como forma de comienzo de la cardiopatía isquémica

isquemia miocárdica/ dolor/ maxilares

Sr. Director: La cardiopatía isquémica presenta como síntoma dominante el dolor, que normalmente se localiza en la región retrosternal o en toda la región anterior del tórax. Entre los lugares de irradiación más frecuentes del dolor destacan los brazos, la región interescapular, el cuello y la mandíbula. La prevalencia de localizaciones atípicas del dolor coronario es muy difícil de establecer, porque muchas veces no son reconocidos, y otras no se publican. Estudios de población sugieren que entre un 20 y un 60% de los infartos no se reconocen clínicamente, cursando la mitad de ellos, aproximadamente, de forma asintomática, mientras que en el resto de los casos el dolor no existe o se manifiesta en una localización atípica. Entre estas localizaciones atípicas destacan la mandíbula, el epigastrio, la garganta o las muñecas como lugar único de aparición o bien como primer síntoma, anticipándose a las manifestaciones típicas¹⁻³.

Con cierta frecuencia se ha venido citando en la bibliografía médica la posibilidad de que la cardiopatía isquémica se manifieste exclusivamente como dolor facial fundamentalmente mandibular⁵⁻⁸. En todos estos casos, se plantea la duda del diagnóstico diferencial con patologías bucodentales, lo que conduce a un retraso del diagnóstico o a un tratamiento erróneo que ha llevado en ocasiones a la pérdida de no pocas piezas dentales.

La fisiopatología de estos dolores atípicos de origen isquémico cardíaco no está del todo aclarada. Pudiera explicarse por la existencia de fibras aferentes viscerales cardíacas que se unen con fibras sensitivas somáticas de la región torácica superior y cervical, produciendo un dolor que habitualmente se irradia al brazo. El dolor facial más frecuente sería en el ángulo mandibular izquierdo, innervado por las raíces cervicales superiores C2 y C3. La irradiación facial hacia el territorio de inervación trigeminal podría ser consecuencia de conexiones in-

terneuronales y enlaces ganglionares entre raíces cervicales superiores y niveles medulares del V par⁷⁻⁹.

El dolor en región geniana es un caso más de manifestación absolutamente atípica de la cardiopatía isquémica y forma parte del complejo campo del diagnóstico diferencial del dolor orofacial. Dado lo trascendente del diagnóstico precoz de la cardiopatía isquémica en la evolución del cuadro, el clínico debe tener siempre presente estas eventualidades y conocer la posibilidad de localizaciones atípicas del dolor anginoso o del IAM de cara a un rápido diagnóstico y encauzamiento correcto del cuadro. La valoración de los factores de riesgo cardiovascular puede contribuir a incrementar la sospecha de patología coronaria en estos enfermos.

*Ascensión Serrano González^a,
Manuel M.^a Romero Ruiz^a, Eva M.^a Leal Rocá^b
y José Antonio Girón González^a*

^aServicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

^bDepartamento de Cirugía. Facultad de Odontología de Sevilla.

^cServicio de Medicina Familiar y Comunitaria.

Hospital Santa María del Puerto. Puerto Santa María. Cádiz.

1. Margolis JR, Kannel WB, Feinleib M, Danker TR, McNamara PM. Clinical features of unrecognized myocardial infarction: silent and symptomatic. Eighteen year follow up: the Framingham study. *Am J Cardiol* 1973; 32: 1-7.
2. Bean WB. Masquerades of myocardial infarction. *Lancet* 1977; 1: 1.044-1.045.
3. Sampson JJ, Cheitlin M. Pathophysiology and differential diagnosis of cardiac pain. *Prog Cardiovasc Dis* 1971; 13: 507.
4. Graham LL, Schinbeckler GA. Oral facial pain of cardiac origin. *JAMA* 1982; 104: 47-48.
5. Natkin E, Harrington GN, Mandel MA. Anginal pain referred to the teeth. *Oral Surg* 1975; 49: 678-680.
6. Matson SM. Pain in orofacial region associated with coronary insufficiency. *Oral Surg* 1963; 16: 284-285.
7. Godefroy JN, Batisse JP. Douleurs dentaires et douleurs cardiaques. *Rev Fr Endod* 1990; 9: 17-21.
8. Peñarrocha M, Silvestre FJ, Rodríguez R. Douleur faciale d'origine cardiaque. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1990; 91: 477-479.
9. Sessle BJ, Hu J, Amano N, Zhong G. Convergence of cutaneous, tooth pulp, visceral, neck and muscles afferents onto nociceptive and non nociceptive neurones in trigeminal subnucleus caudalis (medullary dorsal horn) and its implications for referred pain. *Pain* 1986; 27: 219-235.