

Bloqueos anestésicos de los ganglios cervicales superiores en las parálisis faciales, en las algias y lesiones tróficas de la extremidad cefálica

por el

DR. TOMÁS ARETA

Antes de entrar en el tema objeto de esta publicación creo conveniente hacer una somera síntesis anatómica del ganglio cervical superior y algunas consideraciones fisiopatológicas referentes a las algias, parálisis y lesiones tróficas.

El ganglio cervical superior es de una dimensión de cuatro a cinco centímetros de largo por medio de ancho. Es el más grande del sistema simpático. Situado por delante de la aponeurosis prevertebral, a la altura de las segunda y tercera apófisis trasversas cervicales (axis y tercera cervical), por dentro y atrás del paquete vásculonervioso del cuello, y separado de él por tejido celular laxo y la vaina carotídea. Provisto de linfáticos muy numerosos y de una rica vascularización, proveniente de las arterias faríngea y tiroidea superior, de una rama propia de la carótida interna y ramas de la arteria cervical ascendente, se compara, según Rouviere, a ciertas glándulas muy activas, como el cuerpo tiroideo, por ejemplo. Efectivamente, la función del ganglio cervical superior es considerable. El ganglio presenta ramas eferentes y aferentes. Las primeras se distinguen en anastomóticas, viscerales y vasculares; las anastomóticas se unen unas al nervio laríngeo superior dependiente del ganglio plexiforme de origen vagal en concepciones tan íntimas, que a veces llegan a fusionarse en uno. Desde el punto de vista fisiológico, la existencia vago-simpática pareciera ser demostrada por Leriche y Fontaine. Otros fisiologistas lo niegan. La naturaleza histofisiológica de las anastomosis entre los dos ganglios han sido precisadas por los trabajos de Kiss y Fik. Existirían fibras blancas con delgada vaina de mielina, preganglionares de origen vagal y fibras más numerosas amielínicas de origen simpático que darían gran aporte al nervio neumogástrico. Del polo superior del ganglio emergen dos nervios importantes: el carotídea, que contribuye a la inervación simpática del encéfalo, compartiéndola con el nervio vertebral. En realidad forma con sus innumerables ramas el plexocarotídeo interno, cuyas ramas terminales van a los confines de los territorios arteriales, dando además filetes anastomóticos a ganglios y nervios craneanos.

El otro nervio, llamado yugular, penetra al cráneo por el agujero desgarrado posterior, dando anastomosis al ganglio de Andersh y al ganglio yugular.

Las ramas viscerales se distribuyen en el fárinx, laringe, tiroidea timo, siguiendo siempre a los vasos nutricios de estos órganos.

Las ramas vasculares: en primer término, el nervio cardíaco superior, que luego va a contribuir a formar el plexo paricarotídeo-aórtico, antes de distribuirse en el corazón, siguiendo a sus vasos. En el trayecto da numerosas anastomosis y a veces se fusiona con los nervios cardíaco mediano y el inferior antes de volcarse en el plexo-aórtico. Otros filetes nerviosos ganglionares eferentes son destinados al ganglio intercarotídeo o contribuyen a formar el plexo de la carótida interna y de la carótida externa y sus ramas, asegurando la inervación vegetativa de la cara y sus dependencias.

Las fibras aferentes del ganglio cervical superior nacen en la medula desde la última cervical a la séptima dorsal. Salen de los cuernos anteriores de la medula siguiendo los ramos comunicantes blancos, preganglionares, y se vuelcan al ganglio estrellado, para llegar después, por intermedio de la cadena simpática cervical, a la extremidad del ganglio cervical superior. Muchas de las fibras que emergen del estrellado siguen el camino de la arteria vertebral o de las carótidas sin pasar por el ganglio cervical superior; de ahí la complejidad del aporte simpático para la extremidad cefálica, además de las múltiples conexiones que se establecen en el trayecto.

Los ramos aferentes del simpático cervical provienen, como hemos dicho, de la medula dorsal. La medula cervical está desprovista de grupos celulares simpáticos y sólo existen algunas células aberrantes, como recuerdo del desarrollo embriológico. Las ramas aferentes del ganglio cervical superior toman, pues, nacimiento en los segmentos medulares bajos. No hay ramos comunicantes blancos, a nivel de la medula cervical alta. Los ramos comunicantes del ganglio cervical superior van directamente a los nervios cervicales del sistema nervioso espinal por fibras amielínicas, que controlan la sudación y pilomotricidad de los nervios cervicales.

Algias reflejas de la cara y probable mecanismo de las mismas

En las algias cefálicas hay un grupo de hechos que a medida que se los estudia toman una importancia capital y pueden enfrentarse al grupo clásico de las neuralgias del trigémino (Alejouanine y Thurel). Son las neuralgias del facial.

La neuralgia del trigémino, según muchos autores, es una neuralgia simpática refleja. Cualquiera irritación producida en su periferia no provoca la neuralgia facial con todos sus caracteres (tic doloroso de la cara, extensión al territorio del facial con sus localizaciones múltiples, con sus descargas eléctricas terribles y con sacudidas musculares) si no es por la provocación refleja de los centros sensitivos del trigémino y que se propagan al núcleo facial.

La neuralgia facial sería refleja también. Se puede, pues, incluir todo

el grupo de simpatalgias reflejas de la cara, en las perturbaciones vasomotoras del simpático. Estas se caracterizan por el dolor continuo en un territorio difuso e impreciso, sensaciones indefinidas y angustiosas de hormigueos, de quemadura, de hinchamientos, adormecimientos y latidos vasculares.

Las neuralgias paradoxales que no desaparecen a la alcoholización de las ramas del trigémino, ni a la neurotomía retro-gasseriana, se debe a que la irritación o excitación no está en la esfera del trigémino. Cuando ella está en una de las ramas del trigémino, la neurotomía es eficaz.

Las causas de las neuralgias faciales simpáticas son numerosas: lesiones dentales o periósticas, inflamación de los senos, afecciones nasales u oculares o irritaciones de cualquier rama del trigémino. Creo personalmente que la inmensa mayoría de las espigas irritativas, productoras de las algias faciales, están en simples trastornos funcionales de las mucosas bucofaríngeas, afectada de inflamaciones crónicas, caracterizadas por edemas visibles de las mismas o hipertrofia de sus glándulas. Esto me explicaría los efectos tan favorables provocados por las cauterizaciones leves o fuertes de las mucosas de los cornetes y las anestias de las mismas en las algias más variadas. Se suprimiría la causa provocatriz de muchos reflejos simpáticos que darían cuenta de algias de la cara y de otras muy alejadas del sitio tratado a los cuales les llegarían los reflejos perturbadores por las innumerables e intrincadas conexiones que tiene el simpático en el organismo. Así se explicaría el efecto favorable y hasta curativo que produce muchas veces la anestesia del ganglio esfeno-palatino en los lumbagos persistentes y rebeldes a la medicación clásica habitual.

Tinel cita tres historias clínicas muy interesantes: una algia simpática de la cara, después de la inyección de alcohol en las encías. Observación: con dentadura sana la inyección se efectúa a nivel de la encía dolorosa; estalla una algia simpática más exacerbada que dura tres años con todo el cortejo vasomotor del vegetativo. Después de tratamientos medicamentosos, ionizaciones, anestesia del nervio maxilar superior por novocaína y alcohol, recurren a la neurotomía retro-gasseriana. Esta fracasa. Como la presión ejercida sobre el simpático cervical del cuello, en toda su extensión, provoca una sensación muy dolorosa de la mejilla y del maxilar, se cree con acierto que están en juego las fibras sensitivas del simpático cervical. Las otras dos historias nos surmergen en la complejidad del problema y me hacen pensar en la importancia del factor individual, laboratorio específico a cualquier irritación o fenómeno biológico del organismo humano y en la ignorancia en que estamos todavía, frente a este complicado sistema vegetativo. Sabemos que además de presentar centros coordinadores, verdaderos cerebros de su sistema, extiende en el organismo una intrincada red de centros más o menos autónomos y conexiones infinitas entre sí y con el sistema de la vida de relación. No olvidemos que el sistema nervioso vegetativo periférico, además de las conexiones citadas, es susceptible a las influencias humorales sobre todo endocrinológicas; en fin, nos pone en contacto con los

problemas de la vida de los elementos más simples del organismo y, por lo tanto, nos enfrenta al problema insoluble de la esencia de la vida misma.

Dadas las dificultades de un diagnóstico cierto sobre las irritaciones locales productoras de las algias, la cirugía, en su tentativa de curación, cuando ella no suprime radicalmente la causa, es en muchos casos más nefasta que útil. Gran prudencia, pues, en la cirugía del neuro-vegetativo para no regalarle al enfermo que sufre, mayores pesares, en vez del lógico alivio buscado.

El estudio de las algias simpáticas refleja demuestra las relaciones que existen entre el sistema vegetativo y las funciones sensitivas del cerebro-espinal. Estas funciones, atribuidas hasta el presente a la esfera del cerebro-espinal por la mayor parte de los fisiologistas, es contestada por Leriche y otros observadores. Estos, con fuertes argumentaciones, experimentaciones y observaciones clínicas quirúrgicas, sostienen la existencia de la sensibilidad vegetativa como propia de su sistema o estableciendo con el cerebro-espinal una interdependencia, correlación o conexiones que se complementan, sustituyen o se ligan íntimamente en todos los fenómenos dolorosos de vaso-constricción.

Según Leriche, Frank confirma la existencia de fibras y células sensitivas, correspondiendo al simpático.

En las algias simpáticas, como en la causalgia, que es la mejor estudiada, están comprendidas todas las algias simpáticas extensivas o irradiadas. Estos últimos caracteres hacen continuar el círculo vicioso del dolor, entre las excitaciones periféricas cada vez más numerosas y los centros reflejos cada vez más hiperexcitados, al punto de formar de ellos verdaderos centros funcionales casi organizados.

Es difícil la clasificación de estas algias. Ellas se confunden, se aproximan y sólo algunos caracteres tienden a aislarlas. Unicamente tiene la importancia de pequeñas diferenciaciones como hechos clínicos. La explicación de su existencia es la misma y obedecen a iguales causas etiológicas.

Los ejemplos clínicos, con sus variados matices, justifican para algunos autores el conglomerado de tipos de algias, sin importancia para el problema en sí.

Leriche, al estudiar la estrecha relación entre la inervación de origen y la simpática; el dolor por vaso-constricción; la naturaleza del fenómeno extensivo de las algias, sobre todo en las causalgias, y la creación del dolor por el dolor mismo, afirma que la perturbación vasomotora es la causa misma de los fenómenos dolorosos. El dolor no nace en el simpático; no es simpático, pero es de mecanismo esencialmente simpático.

En conducta de tratamiento cree que si vemos al enfermo al principio cuando el dolor está localizado, no hay que dudar, las inyecciones anestésicas bloqueadoras del foco irritativo es lo mejor. La idea dice ser de Wertheimer, quien trató a un enfermo con trastornos tróficos de un dedo, por alcoholización de los nervios colaterales, obteniendo una rápi?

da curación. Leriche creyó con gran lógica que si la finalidad es interrumpir un fenómeno funcional es preferible usar el bloqueo anestésico más fácil, menos doloroso y menos peligroso para la integridad tisural.

En una larga y amplia práctica para los bloqueos anestésicos me he convencido que ellos constituirán con el tiempo el primer eslabón en la cadena de los tratamientos razonables frente al dolor. Se aplicará también en muchos estados mórbidos donde el vegetativo ofrezca la disfunción originaria o transmitida.

Por las mismas razones, creo que la repetición de los bloqueos anestésicos, seguidos de una atenta y prolija observación del enfermo, deben preceder siempre a las intervenciones cruentas sobre los nervios, los ganglios o sus cadenas. Con esa conducta evitaremos a los enfermos muchas perturbaciones persistentes y trastornos irreparables. Los bloqueos nos servirán además de testigos para cuando la cirugía se convierta en el último y supremo recurso.

Parálisis faciales

En cuanto a estas que afectan músculos voluntarios de la vida de relación y, por lo tanto, bajo la acción del sistema cerebro-espinal, debemos considerar la gran relación establecida en el organismo entre los dos sistemas nerviosos. La nutrición de los músculos con sus intercambios íntimos tisulares, así como el tono de sus fibras y el metabolismo de sus células y fibras constitutivas, que reciben el influjo vital del vegetativo para su funcionamiento, pone en evidencia la interdependencia de los dos sistemas nerviosos. Incluyo en ellos el poco conocido, pero cuya existencia no está en duda, al vegetativo periférico local con toda su acción autónoma o de coordinación.

La isquemia de los músculos paralizados, el enfriamiento de la región afectada, hablan de la vasoconstricción que ejercen los filetes simpáticos irritados, por vecindad o por acción refleja de las fibras sensitivas del mismo nervio, de los nervios perivasculares regionales o acción mórbida de cualquier naturaleza que sea y que afectan a los músculos voluntarios en su función.

Conociendo la acción inhibidora de los bloqueos anestésicos sobre el simpático, debemos pensar que la vasodilatación producida por la acción paralizante debe traer a la zona un mayor aporte sanguíneo, es decir, una mayor defensa para el buen y normal funcionamiento de los tejidos. Está probado plenamente el mayor aporte fagocitario en la región bloqueada, y aun por acciones reflejas el aumento en las zonas similares o en otras. Al aporte nutricio y vital se unen la defensa fagocitaria y el aumento de calor local que debe obrar como un emoliente para el dolor y el nervio afectado. El descanso de las fibras simpáticas, debido al anestésico, debe contribuir en gran parte para que los nervios tengan su irritación al no haber transmisión de las excitaciones y favorezca así el retorno a la normalidad de todo el complejo local afectado.

Ya se ha discutido mucho sobre si en las parálisis de Heine Medin especialmente hay inhibición, espasmo o incoordinación. El tratamiento de estos casos por el método Kenny, con fomentaciones a fin de combatir los espasmos o incoordinación, no tienen seguramente el cariz científico de los bloqueos. Estos están respaldados hasta ahora por las interpretaciones en las observaciones clínicas y cierto empirismo oculta en parte nuestra mucha ignorancia.

Para el bloqueo de los ganglios cervicales superiores uso mi técnica bucofaríngea, ya conocida por muchos de los lectores. Tiene la ventaja de ser fácil para cualquier médico, aplicable para la mayoría de los enfermos que la necesitan, segura en su acción bloqueadora, por tener un punto de referencia ósea fijo y no ser peligrosa, pues deriva todo escollo. Da un 100/100 de positividad.

En muy raros casos, donde es dificultoso mantener la boca abierta por gravedad o estado especial del paciente, practico las técnicas de Leriche, Orsoni o Albanese. Son retro-externo-mastoidea, a las cuales les falta el punto fijo de referencia, dando por ello un porcentaje grande de negatividad. En "El Día Médico" del 22 de mayo último los doctores Juan Carlos Casiraghi y Guillermo Buzzi proponen un método parecido a los anteriores y, por lo tanto, con los mismos inconvenientes.

Referente a las parálisis faciales debo exponer: todos los casos de parálisis faciales, llamadas a frígori, que muchos creen son de origen a virus y que he visto tratar o tratado desde el año 1909, hasta el año 1946, por los métodos clásicos, han evolucionado de la siguiente manera:

Las parálisis benignas, sin reacción de degeneraciones musculares al electrodiagnóstico, han curado todas en veinte a treinta días diarias de corrientes farádicas suaves. La recuperación muscular fué casi completa; sólo en algunos perduraron pequeños rastros. Las parálisis con degeneración muscular acentuada, acusada por el electro-diagnóstico, las he visto evolucionar de distinta manera, de acuerdo a la gravedad de la degeneración. El tratamiento principal ha sido por corrientes galvánicas y después de los ocho o diez días de instalada la parálisis. En algunos enfermos la recuperación muscular no se obtuvo sino a los tres o cinco meses; en otro, recién a los ocho meses, y en pocos no se consiguió recuperación alguna. En casi todos los casos favorables, siempre han dejado reliquias claras de parálisis.

Desde el año 1946 uso los bloqueos anestésicos del ganglio cervical superior como tratamiento primordial y de fondo para las parálisis faciales. Las aplicaciones de corrientes farádicas o galvánicas; las excitaciones mecánicas de los nervios y la medicación vitamínica o estricnínica las empleo como coadyuvantes.

En los nueve casos en que me ha sido posible la aplicación de los bloqueos antes del tercer día de la aparición de la parálisis, la recuperación de la función muscular fué casi inmediata, la parálisis fué frenada y fué evidente la pronta reaparición de las contracciones. La curación la daba por completa antes del quinto día, en el sentido de con-

seguir débiles contracciones musculares y la certeza de que la función ya en actividad conseguiría la recuperación total. Los elementos coadyuvantes fueron aplicados para el mayor estímulo.

En un caso en que el bloqueo fué efectuado después de los ocho días de instalarse la parálisis, la he visto persistir bastante pronunciada a pesar de las transfusiones sanguíneas efectuadas con el fin de combatir la enfermedad a virus y de aplicaciones eléctricas bien regladas.

Ultimamente atendí a una señora que la sorprendió una desviación de la boca, estando afectada de herpes Zóster del pabellón de la oreja. Tres bloqueos bastaron para dar cuenta de las parálisis musculares. Como los racimos vesiculares del herpes estaban en supuración, agregué penicilina inyectable al tratamiento y pomada de Clinal local. Pequeñas excitaciones de corriente galvánica y mecánica en los nervios fueron aplicadas. La recuperación fué total y completa antes de los quince días.

En las parálisis crónicas, los resultados me han sido dudosos; sin embargo, he creído ver una mejoría regional y algunos de los enfermos aseguraban sentirse mucho mejor. Creo que la aplicación de los bloqueos en estos casos debe efectuarse como tratamiento de prueba.

Algias cefálicas

En las algias cefálicas aconsejo en primer término determinar, si es posible, la causa, con el examen minucioso de la cavidad bucal y faríngea. Siempre recuerdo un caso interesante ejerciendo la profesión en Rafaela en 1911. Se trataba de un jefe de estación con una neuralgia de la cara. Había consultado a médicos especialistas en Rosario, Buenos Aires, Turín y no sé qué otras ciudades de Italia. Cuando lo examiné por primera vez su dentadura me pareció sana, pero intrigado e interesado por el interrogatorio, examiné prolijamente su cavidad bucal, encontrando a nivel de la tercera molar en la base de la encía externa un punto algo doloroso y que me dió una leve sensación de ablandamiento profundo. Le propuse una pequeña incisión a ese nivel, que aceptó. Una insignificancia de pus manchó la punta del bisturí. La neuralgia desapareció como por encantamiento y fué persistente la cura.

Desde el año 1946 he tratado muchas algias cefálicas con el bloqueo del ganglio cervical superior y me he dado grandes satisfacciones.

En algunos casos que encontré resistencia en las algias agregué el bloqueo del estrellado. Ya he dicho anteriormente que muchas fibras del simpático no pasan por el ganglio cervical, llegando a la extremidad cefálica por las fibras simpáticas de la arteria vertebral u otras conexiones cérvicocefálicas.

Hace varios meses he recibido de Bruselas dos interesantes trabajos del doctor Moyson, "Anatomía médica quirúrgica del ganglio simpático cervical" y "Las cefaleas post-raquideas y su tratamiento". De ellos he sacado conocimientos muy valiosos y sugerencias alentadoras sobre

el mecanismo de la acción de la función lumbar por su acción de vasoconstricción cefálica por excitación del simpático. La acción curativa del bloqueo por su acción vasodilatadora encefálica que trae la normalidad tensional del líquido céfalorraquídeo, disminuía a su vez por las enormes pérdidas de líquido por el agujero de la duramadre medular en la función efectuada.

Lesiones tróficas

En cuanto a las lesiones tróficas, he tenido oportunidad de aplicarlas en úlceras tórpidas de la córnea y me ha parecido su acción benéfica. Por ello he incitado a colegas especialistas que no descuiden esta nueva acción terapéutica para las afecciones oculares que entran en la esfera del neurovegetativo.

Estoy dispuesto a una activa colaboración con ellos, que son los que pueden controlar mejor las lesiones y certificar la bondad o no del nuevo elemento terapéutico. Creo que cualquier lesión trófica, úlceras atónicas, pueden beneficiarse de la acción bienhechora-nutricia y activante de los bloqueos anestésicos. Como el ganglio cervical superior y su cadena, junto con el estrellado, tiene mucho que hacer en los trastornos cardíacos; invito a los colegas clínicos, y sobre todo a los cardiólogos, a interesarse por esta terapéutica que se está abriendo camino y aclarando procesos fisiológicos y patológicos.

Este trabajo fué leído en la primera reunión científica del Circuito de Ciencias Médicas de San Francisco el 9 de junio de 1950.

(per "Sem. Méd.", BA, 886, 1950.)

Ciertas enfermedades pueden modificar las huellas digitales

Sabida es la importancia que internacionalmente se concede en el campo de la medicina legal y de la identificación personal a las huellas digitales. Mientras que hasta ahora ha prevalecido la creencia de que las huellas digitales del hombre permanecían inalterables, nuevas investigaciones han demostrado que dos enfermedades, la lepra y la tisis medular, borran de tal modo las huellas dactilares, que éstas acaban por desaparecer.