

* ESTUDIO DE LOS DOLORES DE LA CARA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA, HECHO CON CRITERIO NEUROPSIQUIATRICO

por el

Dr. Angel Suils Pérez

SEGUIRA siendo creencia universal durante muchos años la idea del progreso indefinido de la Ciencia. Llevamos esa idea mostrenca como herencia del siglo XIX; lleva unos cuantos años sirviéndonos de tópico, prometiéndonos una utopía que, particularmente, se nos atoja a nosotros más desoladora que la acostumbrada incógnita con que nuestra educación, más humanista, nos ha enseñado a ver todos los problemas del futuro del destino y de la cultura humana.

Cada adelanto científico, descubrimiento o invención, extiende cada vez más el campo del conocimiento y de la voluntad del hombre, lo cual no quiere decir que le ahorre problemas. Parece como si la Providencia, que nos acaba de dar las sulfamidas y penicilinas, no tuviera para el futuro proyecto alguno de ir disminuyendo el trabajo de los hombres de investigación, ni siquiera después de una docena de próximos descubrimientos tan extraordinarios como los dos citados.

No; después de un descubrimiento, cambia tanto la faz de los viejos problemas y de las viejas soluciones, que resulta un nuevo problema el buscar una nueva orientación entre todo ello. Por ejemplo: desde que se maneja otro tratamiento sensacional, como es el electroschok se nos ha planteado con grave urgencia la comprensión de su mecanismo de acción y se habló del antagonismo con la epilepsia para la cura de las esquizofrenias. Más tarde se vió las posibilidades de utilización en la epilepsia, cosa que parecía entonces paradójica, para terminar siendo después el tratamiento de elección en las psicosis del grupo depresivo.

Lo mismo sucedió al descubrirse la importancia de los focos dentáreos en la génesis de las croniosepticemias más críptogenéticas. Hasta entonces había dominado demasiada oscuridad en este problema; desde aquel momento comenzó un afán

extraccionista, que entre mentalidades de ciertas naciones llegó a extremos delirantes.

Es que en éste, como en los anteriores casos citados a guisa de ejemplar exordio, tras el investigador, tenaz o casual, viene una nube de "filisteos" que creen que los nuevos descubrimientos sirven para discurrir menos, para pasar la consulta en menos tiempo y con menos problemas hasta que lleguemos a saber el secreto para no morirnos jamás. Se dejó de meditar ponderadamente sobre el descubrimiento, prefiriendo sacar piezas dentáreas a destajo, sin discreción. No fué una guerra contra los dientes más o menos dudosos, sino contra los problemas que aquel descubrimiento parecía venir a liquidar con urgencia.

Faltó estructurar entonces aquel descubrimiento con los problemas de su más cercano alrededor. Ah, y destruir algún viejo y fácil concepto que la ciencia deja en el camino de su triunfal carrera, concepto que sigue anquilosado en la indiferencia general muchos años, hasta que llega un nuevo hecho o descubrimiento, con el que es absolutamente incompatible y al que se debe interrumpir su vida facilona para darle un perfil más de acuerdo con la realidad recientemente descubierta.

La idea de la existencia de focos sépticos dentarios en la frecuente génesis de muchas croniosepticemias aparecía con la obligación de precisar y revisar antiguos conceptos. Nosotros, que vamos a eludir hoy la influencia de la extirpación dental para el curso ulterior de la croniosepticemia y también para la desaparición de los dolores por el tronco y extremidades, hemos de revisar hoy el concepto de "dolor de la cara", como debió haberse hecho entonces. Guerra a las ideas fáciles, y más aún, cuando al cabo del tiempo su facilidad resulta perniciosa.

Hay conocimientos que no parecen dignos del médico, ni tampoco de que el psiquiatra se ocupe de ellos. Algo análogo ha podido ocurrir hasta hoy entre psicopatólogos y los lectores de esta revista por falta de comunión frecuente entre todos cuantos nos dedicamos a remediar los males del hombre.

Veámoslo en lo referente a esos "dolores de cara".

* * *

En nuestras actividades docentes hemos procurado trans-

mitir ideas claras a los escolares. Tal es el fin que se proponen cuantos profesores se sienten gustosos de serlo y no creen que sea exclusiva de los filósofos la frase de Ortega, de que la claridad es la galantería del que filosofa. Todos hemos procurado formar en las mentes de nuestros oyentes las ideas más claras sobre la neuralgia del trigémino, la neuritis, las jaquecas que habían de servir para el diagnóstico diferencial con los dolores de cara restantes que pertenecen al dominio exclusivo del estomatólogo. En estas clases se busca insistentemente la imagen clara, el concepto arquetípico y el esquema sencillo.

Mas esto no bastaba, ya que a medida que poníamos a los alumnos en posesión de imágenes de fácil captación por su comprensión y memoria, nos íbamos separando de la realidad clínica, en la que habíamos recogido nuestra experiencia a través de muchos casos y unas cuantas inducciones más o menos personales.

Era preciso confrontar esa clara imagen formada con la realidad de la consulta; era preciso que el alumno oteara el material que al profesor le había servido para sus propias inducciones. Pero esta incursión a la clínica o a la consulta casi nunca se realizaba. Casi siempre había que conformarse con los casos presentados en clase, lo cual, como fácilmente se verá, no es lo mismo. Los casos que en las clases se presentan suelen ser los que en el trasiego habitual de enfermos hospitalarios parecen adaptarse más totalmente con los conceptos arquetípicos mostrados por el profesor. Es por esto por lo que los estudiantes salen de las clases de los buenos profesores diciendo: ¡Qué caso más bonito nos han presentado hoy.

Con la exhibición de estos casos "bonitos", más otros tantos raros o "de barraca", que llenan la mitad de nuestras revistas profesionales, hemos llegado todos a un día de transitoria felicidad, en que creíamos saber toda la patología de los dolores de cara. Sabíamos todos los síntomas de neuritis y neuralgias de la zona que nos ocupa y estábamos prestos a empezar, solos ya, nuestra actividad clínica, en la que se imponía, era forzoso, siempre, un poco de clínica de "cajón de sastre".

Es lo mismo que se suele hacer al diagnosticar un ataque

histérico o epiléptico, como si la realidad no nos fuera a servir nada más que estos casos típicos en lo externo.

Así, pues, todos estábamos predispuestos a que en nuestros casos de dolores reumatoides de todo el cuerpo o en algias faciales de toda clase, a extraer las piezas dentarias de integridad más o menos dudosa, como única posibilidad de terminar con dolores tan resistentes y contumaces. La intervención de la radiografía dental no evitaba estos errores conceptuales tanto como pudiera pensarse, como veremos más adelante.

* * *

Pero hay más aún, hay más motivos para exagerar esta disposición al error, que no son culpables los métodos de enseñanza que hemos indicado. Vivimos en un momento del siglo XX muy extraño y significativo para el porvenir de toda la medicina. Me refiero a la actualidad de la duda sobre la existencia de las especies nosológicas que corren en uso entre los médicos occidentales desde los trabajos de Sydenham.

Si no hubiera surgido la actual inquietud, que obliga a todo espíritu de médico sincero con su época a preguntarse qué hay de cierto o de realidad metafísica en la existencia de las "especies morbosas" de Sydenham, podríamos seguir describiendo en la patología el índice de todas las "especies morbosas" que se han venido relatando desde los tiempos del clínico inglés hasta nuestros días. Pero, por fortuna, no sólo se han visto microbios nuevos estos últimos años, que ayudan a aumentar esos grupos nosológicos independizados por su factor causal; también aparecen nuevos pensamientos, que han levantado el actual estado de inquietud, en el que caben difícilmente descripciones clínicas de un rígido criterio nosológico.

La erisipela, la pleuritis, la gota y el reumatismo, las cuatro afecciones por cuya descripción será eterno el nombre de Sydenham no están actualmente dentro de los límites conceptuales que él estableciera. A medida que vamos avanzando en el orden en que hemos mentado esas cuatro afecciones, se van diversificando las apariencias clínicas por culpa de factores humorales o constitucionales, que hacen de todo enfermar una reacción más que un mero proceso o desarrollo, como en tiempo de Sydenham se quería ver. En un reumatismo se ven infi-

nitos factores que condicionan su cuadro clínico, dependientes, no de la “sustancia morbosa reumática” sino de la constitución somato-humoral de cada paciente. En la erisipela, estos factores “personales” son mucho menores, pero, aun con todo, evidentes.

Basta con lo dicho para que, eludiendo disquisiciones muy importantes, pero no obligadas, comprender que nuestras descripciones de la neuralgia del V par o de la hemicránea clásica no pueden existir aun en el rígido criterio que antes tuvieron y que alrededor de todas estas afecciones productoras de dolor en la cara hay mil descripciones posibles por culpa de personales variaciones individuales, y que hay también mil casos en que lo que más importa no es hacer un diagnóstico diferencial entre dos posibles, sino averiguar el quantum de cada uno con vistas a lograr un tratamiento de ese caso particular que, acaso, no pueda repetirse en las mismas condiciones en los casos siguientes, aunque parecidos.

El tema es más apasionante que muchas investigaciones actualmente en curso en muchos laboratorios. Lo es especialmente para nosotros, odontólogos y neuropsiquiatras, porque actuamos de ese modo, que en nuestro tiempo hemos dado en llamar de especialistas. El médico general puede bastarse, como hasta ahora, sin las preocupaciones que aquí traigo para personalizar, individualizar en cada caso su terapéutica, pero al especialista se le pide bastante más y siempre cuando han fracasado todos los tratamientos e investigaciones de internistas competentes, sabedores casi siempre de todas nuestras técnicas. Una gran parte de los éxitos aún posibles dependerá del gran provecho que sepamos sacar de estas ideas que diluyen y relativizan tanto la rigidez de los antiguos diagnósticos, y con ello dulcifican los pronósticos más fatales o alumbran más posibilidades de tratamientos.

Si un enfermo viene a nuestra consulta con un perfecto diagnóstico de esclerosis en placas—y decimos perfecto porque contiene los diez o los veinte síntomas más frecuentes de la enfermedad—el especialista puede dudar de tan perfecto diagnóstico, en apariencia, por la existencia de dos síntomas más, además de los veinte anteriores. Por aquellos síntomas sobran-

tes se instaura un tratamiento que consigue dar al enfermo su normalidad, si bien el especialista no puede vanagloriarse con haber curado un primer caso de auténtica esclerosis en placas.

En resumen, que no puede decirse que exista realmente y en sentido metafísico “la” neuralgia de trigémino ni “la” jaqueca. Que no es obligado un diagnóstico como los anteriores cuando a ello aboquen todas las apariencias sintomáticas; las cosas que existen no están obligadas a “aparecer”; algunas han de ser investigadas por no “aparecer” a la primera ni a la segunda apreciación. Hay cosas que existen, como Dios, sin hacerse siempre aparentes, y otras, como la electricidad, que sólo las reconocemos por sus efectos, que justifican la interpretación teórica previamente dada. Por último, entre las antiguas especies morbosas de neuritis y neuralgias de la región de la cara hay mil posibilidades particulares de reacción de los individuos, y también otras tantas combinaciones de las antiguas formas nosológicas, capaces de darse de modo simultáneo en distinta proporción.

* * *

Según todo cuanto aquí venimos señalando, con un criterio neuropsiquiátrico deben empezarse a considerar los dolores de cara en la práctica odontológica bajo el siguiente esquema de posibilidades (1):

1.º Caso de un síndrome típico aislado, ej., una jaqueca clásica, un herpes típico de ganglio de GASSER.

2.º Caso de coincidencia simultánea de jaqueca y herpes, poor no decir otros ejemplos.

3.º Caso de aparición sucesiva de ambos u otros cualesquiera; en el caso que indicamos sería la aparición de un herpes que, desaparecido, deja un dolor con todas las características de la neuralgia típica.

4.º Casos de apariencia intermedia; el más frecuente es el diagnóstico dudoso de neuritis y neuralgia. En estos casos no siempre es la mayor agudeza y sagacidad clínica la que resuelve la duda, sino la sinceridad del juicio clínico, que opta por no

(1) Fácilmente se verá que podemos prescindir para nuestra finalidad de hoy lo mismo del dolor de cara de un forúnculo que del de una sinusitis purulenta.

pasar en la decisión de considerar el caso como mixto o, mejor, intermedio; y

5.º Casos en que la apariencia bajo la que se da el dolor no es muy desdibujada de la descripción que se da como típica; a veces puede parecer un caso tan típico como muchos, pero la realidad, o mejor dicho, la naturaleza no va de acuerdo con la apariencia objetiva.

Si no hubiéramos indicado más que los tres primeros casos, habría podido deducirse que no tenía finalidad alguna este trabajo. Así, pues, la explicación de los dos últimos apartados será la labor que nos resta, sin dejar de comentar, también, el de la coincidencia simultánea en el sentido que espontáneamente haya formado el lector.

Tal es la justificación de este trabajo, mas, ¿cómo han venido a parar las cosas para ser precisa tal justificación? Por tres caminos distintos:

1.º Por creer rígidamente en la realidad de la "species morbosae".

2.º Por no creer que haya más realidades que las que se dan en el mundo físico, pensando con exclusivismo positivista. (Diríamos que por no conocer la distinta naturaleza óntica de las distintas realidades, pero nos guardamos de retirar el paréntesis en previsión de descubrimientos posibles aunque dudosos; no podemos, de la misma manera, negar la posibilidad de que algún día se descubra el microbio de la "neurastenia", si bien no esperemos mucho esta posibilidad y, de momento, la consideremos como realidad ontica diferente); y

3.º Por confundir la apariencia con la realidad y la naturaleza de las cosas y los fenómenos.

Pese a esta cita de palabras del lenguaje filosófico, no se asuste con ellas el lector, que, como todos los médicos, ha sido más enseñado a observar que a pensar personalmente sobre lo que recogiera en sus observaciones. Quienes puedan comprender estas intenciones mías, acaso vean más práctica esta parte de mi trabajo que el utilitario final para el que van ordenadas. Aún hay un modo más amplio de hacer un resumen de las anteriores meditaciones que enuncie, con brevedad, la fórmula para nuestra conducta diagnóstica; dice así: no confundir la

“verdad” con “toda la verdad”. En la primera se encierran nuestras verdades clínicas actuales, pero la segunda nos rodea con la inquietud de su misterio prometedora de unas verdades hoy desconocidas.

* * *

Tocaría, después de lo dicho, comenzar la parte de diagnóstico diferencial a que a la postre viene enderezado este trabajo; mas nuestra forma de exposición queremos que sea bien diferente que las que bajo esos títulos figuran en nuestros tratados de Patología. Intentamos hacer un diagnóstico diferencial que empiece donde los otros terminan. Vea nuestro lector cualquiera de los más acreditados tratados en uso y actual vigencia, y vea, más tarde, si hemos logrado realizar el lado práctico de las anteriores disquisiciones teóricas. Solicitamos un poco de perdón comprensivo en todo momento, y más ahora; no somos amigos de escribir lo ya escrito, y al expresar de esta manera esta faceta íntima y personal, damos cara a críticas abundantes y facilonas como no tendríamos prescindiendo de este adarme de originalidad en que queremos situarnos.

La actitud espontánea de quien quiere tratar un dolor de cara es la de buscar la inflamación; pero no es lo mismo buscar que encontrar y, aun a veces, se encuentra lo que no se busca, con la probabilidad de que este hallazgo inesperado nos satisfaga como si fuera el que motivó nuestra búsqueda. Añádase que el hallazgo imprevisto puede darse con mucha probabilidad, probabilidad que le quita mucho de su valor como elemento causal en un caso concreto. La cantidad de focos inflamatorios que pueden originar dolor localizado en la pieza dentaria o en su lecho óseo es tan grande y frecuente que, al encontrar un foco séptico dentario en el comienzo de una exploración de cualquier dolor de cara, lo mejor que podríamos hacer en todos los casos, aunque sea por simple disciplina mental, es abandonar esta posibilidad tan frecuente y hundirnos en las posibilidades de causas más escondidas o invisibles; abandone-mos la pereza mental que supone conformarse con lo primero que se encuentra y no conformarse con el primer diagnóstico sino al final, de un modo exhaustivo, por el diagnóstico negativo de las otras posibilidades. La probabilidad siempre grande de

que el proceso dentario sea la causa del dolor que pretendemos quitar es enorme y aumenta las posibilidades de error por aparecerse esta causa dental a nuestras primeras investigaciones. Entre los odontólogos, esta causa de error es mayor que entre nosotros, los neuropsiquiatras; a nosotros nos salva nuestra ignorancia odontológica y nuestra falta de técnicas e instrumental, ya que para reconocer que existe una causa odontológica tienen que estar muy visibles sus signos de destrucción inflamatoria.

Además, como veremos al final, existe una causa de dolor de cara tan frecuente o más que las inflamaciones dentales y que, por contraste, es la más difícil de ver por el clínico que se obstina en ver nada más que por los ojos de la cara.

Por lo demás, nada queremos, ni podemos, enseñar a los odontólogos sobre los dolores de cara circunscritos al nivel en que reside la inflamación. Mucho menos cuando, por razones de agudeza del proceso u otras causas, la intensidad del dolor y de la inflamación guardan una proporción determinada. Otros son los casos en que procesos dentarios de ínfima extensión producen dolores escandalosos por su intensidad o por su propagación; así pasa en los frecuentes casos en que tenemos que echar mano del diagnóstico de neuritis para justificar esa afectación dolorosa de extensión tan extremada.

Mas hemos topado con la palabra fatídica de neuritis, que intencionadamente, como tabú científico, hemos venido evitando hasta ahora en este escrito. No se puede pensar en lo blanco sin pensar en lo negro; así pasa con el concepto de neuritis, que no podemos manejarlo sin enredarnos con el de neuralgia constantemente.

Quienquiera adquirir un concepto diferencial de neuritis y neuralgia, que busque buenas enseñanzas en los más modernos o consuetudinarios tratados, a los que aquí sólo pretendemos complementar de un modo muy personal. Todos hemos realizado esa búsqueda muchas veces, y de ella hemos vuelto siempre un poco mohinos. En cualquier tratado puede adquirirse la evidencia y claridad de unos procesos rodeados de misterio a lo que se llama neuralgia típica, como la de trigémino. Es el caso de la neuralgia cien por cien. A veces, en ellos pa-

rece desgarrarse aquel misterio con ocasión de encontrar una g'ucemia aumentada; hasta esta hiperglucemia bien tratada nos puede dar la solución de su problema de tratamiento, pero no olvidemos que si pretendemos ser sagaces cazadores de depurados conceptos, no habremos de olvidar que la neuralgia típica no necesita de estas variaciones metabólicas, y que muchos otros organismos diabéticos, por ejemplo, no padecen de esas neuralgias. En una palabra: que el éxito terapéutico está bien que sea aprovechado, pero no es suficiente para promover teorías de urgencia sobre su génesis ni conmover el concepto puro de neuralgia que, esta vez, sí que estamos conformes que existe en la realidad clínica.

A este concepto típico de neuralgia se opone el de neuritis. Confieso que de éste no puedo hablar con la misma contundencia que en el de la neuralgia. En los libros es fácil encontrar una descripción de neuritis con su etiología de microbio, virus o tóxico; incluso con su anatomía patológica, en que la escuela española, con CAJAL y después de CAJAL, se ha puesto a la más elevada altura. Pero esta gloria que constatamos no sirve por hoy de gran cosa para la clínica de las neuritis; todo lo más se puede hablar de un capítulo de neuritis de anatomía patológica conocida o cognoscible, al lado de otros en que esto no es posible. Se puede hablar de la anatomía patológica de la neuritis saturnina, pero ya es más difícil hablar de la de los procesos neurotóxicos postdiftéricos: menos aún de las neuritis psotéricas..., y así sucesivamente iríamos encontrando los más de los casos clínicos que vemos en la diaria consulta y que son los menos descritos en los libros. Estos casos van perdiendo lentamente las características propias de las neuritis antedichas, pero sin dejar esencialmente de serlo. Se diría que su neuritis va perdiendo lentamente la intensidad de sus síntomas sin dejar de ser neuritis; y como lo que pierden en intensidad lo ganan en tenacidad o en sus posibilidades de reincidir en el tiempo (recaídas) o en el espacio, apareciendo en otra rama nerviosa diferente y hasta distante, así vamos llegando a confundirnos con la neuralgia más o menos típica o, cuando menos, con "la neuritis sin neuritis", que puede llamarse neuralgia.

Esta forma expresiva y gráfica de nombrar esta realidad clínica se ve claramente en la exploración clínica, no sólo en la etiología y anatomía patológica. Para la cara, como para otras partes del cuerpo, compadezco sinceramente al clínico odontólogo o médico que se ciñe en el diagnóstico de neuritis a los casos en que se dan los datos de reflejos que nos dicen los libros. Esas neuritis típicas sólo se ven en los casos "para presentar en clase" o en los hospitales de incurables o asilos. La eventualidad de que aparezca la disminución de reflejos o su desaparición absoluta se da muy pocas veces en la clínica o dispensario donde se ven los enfermos por primera vez.

(Esto aparte de que es tan difícil dar iusto valor a pequeñas diferencias de intensidad asimétrica de dos reflejos y de los distintos que se obtienen con las diversas posiciones. No hablemos del estudio de la sensibilidad en la piel, en que tan difícil es que el enfermo demuestre interés por la exploración, como fácil que se fatigue su atención más pronto que lo que el explorador sospeche; o que este último—yo no me considero libre de haberlo hecho sin querer—se va encontrando las zonas de sensibilidad que convienen, sugestivamente, para el diagnóstico que va teníamos previsto y que queríamos ratificar con las débiles pruebas que para la exploración tiene la clínica actual. Tengo para mí la opinión, que sólo digo entre paréntesis, que es un error creer que el martillo de reflejos es la varita de las virtudes de "sábelotodo", y me precio de haber discurrido mejor en los casos que he tenido que examinar con ocasión de haberme dejado el martillo en casa.)

Así vamos llegando a comprender cómo W. ALEXANDER, en la obra de KRAUS habla de que la neuralgia es un síntoma de la neuritis. Aceptamos esta opinión, que fué nueva en su día, por lo que tiene de aire renovador de los viejos conceptos rígidos. Esta cita, contraria a nuestro propósito de no hacer trabajos vertiendo el fichero en las cuartillas, la hemos escrito para seguir con estas afirmaciones: 1.^a, que hay neuritis en las que difícilmente se ven síntomas de tales, según antes hemos indicado (neuritis sin neuritis); 2.^a, que hay neuritis sin neuralgia y viceversa, cosa que todos sabemos, pero que sirve de puente para la última afirmación; 3.^a, que puede haber neural-

gias sin dolor. De estas afirmaciones y de su necesidad de crear un nuevo término más en consonancia con la etimología, no hablaremos hoy, que comentamos el dolor de cara; llámesele, mientras, neuritis sin dolor, como propio de la neuritis "sine neuritis". Me escudo en esto en un término análogo de mi maestro DR. JIMENEZ DÍAZ, que habla de "jaquecas sin dolor", término que no sólo acepto, sino que de él afirmo que no sé moverme sin utilizarlo hasta las más insospechadas consecuencias diagnósticas.

¿Y en qué quedan aquellos puntos dolorosos de VALLEIX y parecidos? Quedan en situación de síntomas posibles o probables a merced del criterio prudente que todo clínico debe tener, porque sabe que sobre la carne del paciente no se leen las cosas como en los libros; o dicho de un modo más cáustico: que los enfermos no tienen obligación de leerse el libro antes de caer enfermos.

Por lo menos, después de la expansión del concepto de mialgias, lo de los puntos dolorosos ha quedado más en posible que en probable. Hay tratados muy en boga entre los estudiantes que exageran el concepto de mialgias de modo extraordinario. Ciertamente dan conceptos diferenciales entre neuritis y neuralgias clarísimos para ser expresados en un examen, pero inútiles de todo valor clínico y más aún en lo referente a la región anatomotopográfica que para el dolor de cara nos interesa. Se ve el modo distinto de irradiación de un dolor en profundidad, en dirección; pero esto sólo se ve con tanta claridad en la clínica en los casos tan claros en que no hubiéramos tenido necesidad de apretar en tantos puntos diferentes al enfermo para acabar en el mismo diagnóstico.

* * *

Es, pues, laxo el concepto neurístico que debemos tener de los conceptos de neuralgia, neuritis y mialgia. Los tres deben ser utilizados en los grados arquetípicos como facilitación mnemotécnica siempre; algunas veces como realidad posible de ser encontrada y, siempre, también, como pesas que mover de platillo en platillo hasta sopesar nuestro juicio diagnóstico con prudencia y agilidad mental como la de los que nos precedieron

con pocos métodos auxiliares de diagnóstico y un ojo clínico que no siempre era banal intuición.

Y aun, para mayores extremos en la laxitud, hemos de combinar un último ingrediente diagnóstico a los antes señalados. Me refiero a la jaqueca. Esta combinación, con la que hemos de terminar este trabajo, es de extraordinaria importancia, primero, por su frecuencia extraordinaria, y, además, porque su existencia existe más que aparece; es uno de los casos a que nos referíamos cuando decíamos que hay que buscar por debajo de las apariencias para comprender que hay que bucear por debajo de las apariencias para comprender que hay en los complejos sintomáticos de muchos dolores de cara realidades sospechadas que sólo de un modo circunstancial pueden dar síntomas, directa o indirectamente.

En parte nos referimos a la jaqueca aquella que tuvo su época a fines del siglo pasado y que cayó en descrédito por cuanto en la vida o en la literatura era pretexto femenino para disculparse de algunas obligaciones sociales. De la exaltación de las enfermedades "nerviosas", acontecida después del apogeo del hipnotismo, tocó a la jaqueca ser la enfermedad de moda. Vino luego la inevitable época de descrédito, hasta que ahora apunta una nueva en que el concepto se extiende de tal modo; a tantas cosas se llaman jaquecas, que no me extraña que vengan después protestas en contra de esa extensión del concepto. Evidentemente choca llamar a tantas cosas con el mismo nombre, y más después de tantos lustros de haber consagrado el término de jaqueca a una especie nosológica bastante definida; en todo caso, en vez de enzarzarnos en cuestiones bizantinas, bastaría con inventar una nueva denominación para "eso" que nosotros queremos decir cuando, en estas fechas, todavía seguimos hablando de jaquecas. En este punto creo que culmina la utilidad para los odontólogos de ponerse al corriente de este nuevo modo de pensar sobre la jaqueca, para poder completar de matizar personalmente, individualmente, cada caso de dolor de cara, sin confirmarse más que en los casos raros de síndrome típico, es decir: neuritis, neuralgia, sino cuanto hay de cada una o de los otros diagnósticos a la manera de un diagnóstico estruc-

tural, como se hace en Psiquiatria. Además, no sólo vemos así los distintos ingredientes que intervienen en cada caso, sino la proporción de cada uno y el momento de intervención de ellos en la génesis de las manifestaciones dolorosas.

Existe la jaqueca clásica y típica, cuya descripción resulta aquí innecesaria. Por su fácil distinción, por sus circunscritas posibilidades sintomáticas y su más circunscrita aparición en el reducido espacio que le vale el nombre de hemicránea, no haría falta alguna traerla aquí a colación. Pero existen casos menos típicos, casos más difuminados, susceptibles de otras determinaciones diagnósticas; hay, además, casos mixtos de jaqueca y neuritis de jaqueca y mialgias, etc., etc.

De momento no hará más falta reparar en la existencia de variedades de jaquecas, que son reconocidas por todos con cierta independencia de la clásica; la jaqueca oftálmica tiene síntomas bien definidos en cuanto a pérdida de visión oftalmoplejía externa transitoria, aparte de síntomas de segundo plano correspondiente a la jaqueca vulgar, en los territorios limítrofes al ojo afectado. Pues bien, esta jaqueca tan definida por sus síntomas y que, por cierto, tan poco frecuente es de ver entre nosotros, demuestra la posibilidad de que los síndromes jaquecosos se corren en determinadas regiones menos acreditadas de jaquecosas. Una de ellas, la gastro hepática, que hace creerse enfermos del hígado o estómago a tantas personas; otra región que queremos señalar es la de la nuca, la que, a nuestro juicio, es confundida con mialgias de los músculos de esta región. Esto, y no los síntomas de acceso jaquecoso que aparecen en las partes acrales de las extremidades, en forma de accesos de adormecimientos parestesias, que vienen acompañados de los demás signos que garantizan la jaqueca, nos hacen ver cuán débil argumento es para la distinción de un síndrome jaquecoso la localización que como más peculiar se daba por característica. Lo que ahora queremos llamar jaqueca, a falta de otra denominación, tiene todo el área de nuestro cuerpo donde manifestarse y puede prestarse a confusión, no sólo con el dolor de una muela careada, caso límite, sino que pueden coincidir estas dos causas de dolores, en cuyo caso conviene no decidir ninguna terapéutica,

y menos la extirpadora, sin sopesar cuanto corresponde a cada uno de los dos factores.

Y ¿por qué estamos tan seguros de nuestras afirmaciones? Algo hemos dicho, pero también queda por decir lo mejor. Ya es cosa vieja en psiquiatría las relaciones entre la jaqueca y la epilepsia; no sabemos decir en qué consiste esta relación, pero es indubitable. Cuando vemos que todos los síntomas que corresponden a la constelación comicial y los de la jaquecosa son los mismos, nos creemos con algún derecho a llamar jaquecosos muchos más dolores que antes, ya que gozan de análoga sintomatología. Estos síntomas de la constelación no son esenciales a la afección, parecen acompañarla por capricho, si bien con constancia; entre ellos y la afección no puede darse ninguna "explicación causal", ni tampoco una "interpretación psicológica". Son signos que valen para garantizar un diagnóstico con la misma objetividad que cualquier estertor subcreítante. Uno de estos estertores puede originar diversidad de opiniones entre los oídos de varios médicos en consulta. Lo que aquí decimos, solamente en el caso en que uno de ellos no conozca ni haya corroborado en su práctica las ideas que indicamos.

Si observamos dolores espontáneos, accesionales, aparecidos en una cara, siempre en el mismo lado o diferente, o en los dos lados, o en la nuca o en la cabeza, etc., etc., fijémonos si aparecen con fotopsias, con nublamiento de vista, con diplopia, con estrechamiento del campo visual. Fijémonos si existe hiperestesia a los ruidos o vértigos y mareos o ruidos de oídos de comienzo de vómito, que casi siempre queda en náuseas solamente, sensación de malestar de cuerpo o estómago, latidos en la cabeza o en las sienes. Entonces tenemos una jaqueca, como todos saben. Sobra para nuestra finalidad de hoy una descripción más detallada y exhaustiva.

Pero sabemos también que quien padece un acceso de estas jaquecas aparece bruscamente cambiado de carácter, o que llevaba unas horas modificado ya. Los unos se sienten disgustados con todos, les molesta que les hablen, que les hagan trabajar, huyen de toda sociedad como de la luz y de los ruidos, encuentran mal las opiniones de los demás, se exaltan,

por cualquier cosa las palabras más violentas se escapan de su boca, y lo que hubiera sido reprensión por pronunciarlas, no tiene tiempo más que para ser arrepentimiento. Se pega a los hijos por el menor motivo, se toman las decisiones más lamentables. Otros, en cambio, tienen verdaderos accesos de tristeza, de depresión, que les dura todo el día, como si fuera una psicosis depresiva en forma de ataque. En fin; siempre que veamos una jaqueca poco típica en los síntomas clásicos, pero acompañada extrañamente de estos datos de reacción psíquica accasional, sospechemos que debajo de la neuritis o neuralgia del trigémino hay una jaqueca evidente, por más que falten los signos más objetivos.

Y aun sabemos la frecuencia grande que en las familias jaquecosas se dan ataques epilépticos; mejor diríamos: la frecuencia que en las personas epilépticas tienen antecesores, hermanos y descendientes con jaqueca. Conviene investigar este genotipo común y veremos la madre, más que el padre, jaquecosa; acaso el padre, bebedor o de genio violento, o bien, que pasaba épocas de mucha depresión. Personas en la familia de temperamento impulsivo, de ideas violentas y dispares entre sí, lo mismo en el sentido religioso que político; fanáticos siempre, bebedores, "malas cabezas", emigrados, gentes con fugas o cleptomanías. No se olvide el valor diagnóstico de los miedos infantiles o los ataques inmotivados de miedo en los adultos. La zurdera, no sólo del que escribe con la izquierda, sino la de los que escriben con la mano derecha, porque así les enseñaron en la escuela, pero parten el pan y juegan al fútbol con los miembros izquierdos. La enuresis hasta edad avanzada de la pubertad en algunos casos; casos de extraordinaria memoria, o, al revés, de personas del círculo familiar de grandes déficits de memoria, de fijación, etc, etcétera. Todos estos síntomas deben hacernos pensar en el síndrome jaquecoso.

Antes de extirpar una pieza dentaria deslindemos cuanto de su dolor va a quedar después de la extirpación, porque una pieza así podrá dar una neuritis, podrá excitar una neuralgia, más cuando es verdadera jaqueca seguirá después de la extirpación; pero al diablo se vaya una muela que no estaba bu-

na, lo cierto es que el enfermo sigue con dolores, nuestro prestigio deteriorado y expuesto a que ese enfermo lo cure cualquiera con el remedio a veces más modesto.

Miremos la muela, miremos el nervio, el metabolismo, etcétera, etc., pero también la personalidad psíquica del enfermo, sus genotipos de orden comicial, que para ello no hace falta tener cultura psiquiátrica. Dirá alguno de los lectores que con tantos síntomas dichos—y los que quedan por decir—¿quién hay que no tenga en su familia algún caso de estos? Esa pregunta es producida por nuestra deficiente cultura de médicos técnicos y positivistas que se han aprendido los tantos síntomas de la apendicitis, los cuantos de la bronconeumonía; no, no basta tener uno o dos síntomas de los señalados ni es preciso tener casi todos. Anímense los odontólogos a hacer preguntas a sus clientes en este sentido; háganlas sin querer sugestionarles ni forzarles a contestar afirmativamente; háganlas sin sugestionarse ellos mismos por mi trabajo. No quiero que me lo rechacen ni que lo aprueben a cierra ojos; todo esto es sugestión, positiva o negativa. Quiero que prueben el uso de estas ideas.

No olvidemos que hay jaquecas sin dolor, como dice nuestro Jiménez Díaz, y yo diría que hay jaquecas sin jaquecas, esto es, sin síntomas de los clásicamente descritos, pero que rezuman signos genotípicos equivalentes que esperan un diagnóstico firme, en ese sentido, sin esperar que “se vea” la jaqueca, como dicen los libros. Que se saque una muela de más no importaría mucho, y más sino era muy sana, pero que no quede odontólogo que sepa sacar esa muela y no sepa quitar ese dolor, que acaso no tuviera con ella más afinidad que la de manifestarse en una parte idéntica del cuerpo.

Demos por terminado este trabajo. En él ofrezco a los amigos odontólogos mis dudas, en vez de las afirmaciones de los tratados; es lo que más quiero de mi caudal de experiencia. He vertido ideas de aspecto relativista, pero que conducen, incluso, a algo práctico. Tómese, pues, mi intento, no como manifestación de escepticismo, sino como un paso a un tipo de clínica menos positiva y más realista que la actual.