

EL DOLOR FACIAL: SUS REMEDIOS

por el

Dr. A. Earl Walker

I

DESDE el punto de vista clínico no ha sido hallado un argumento enteramente satisfactorio sobre el dolor facial basado en la localización de los cambios patológicos. La etiología de muchos de estos casos de dolor en la cara es todavía oscura. Una clasificación más aceptable está basada en la descripción del dolor, el cual es frecuentemente tan típico que el diagnóstico puede hacerse de la historia clínica. Esto es particularmente exacto para los casos en que se han aplicado tratamientos quirúrgicos como determinados tipos de neuralgias del trigémino con características clínicas distintas, consecuencia de intervenciones, ya que otras neuralgias faciales difieren clínicamente del tipo primero únicamente por la expresión del dolor, no son afectadas, pudiendo agravarse por la terapéutica quirúrgica.

NEURALGIA TRIGEMINAL

Sintomatología.—La neuralgia trigeminal o del trigémino es una entidad clínica caracterizada por un severo dolor paroxismal, reducido o no a una, dos o tres ramas del nervio trigémino sin disturbios sensoriales o motores en la cara. El paroxismo es descrito como un dolor en los dientes, mandíbula, ojo o sien de pocos segundos de duración y agudo como dardo, cortante, quemador y taladrante. La naturaleza espasmódica de la enfermedad, con completa normalidad entre las crisis, excepto, quizá, una sensibilidad en la cara.

Inicialmente el dolor aparece espontáneamente en la man-

díbula superior o inferior. Comúnmente es referido a algún diente y no obstante ser diagnosticado por el dentista como sano, es finalmente extraído a instancia del propio paciente. Remedio con este tratamiento no es fácil encontrarlo, ya que la condición dental no es el factor etiológico en este estado. El dolor aumenta gradualmente en frecuencias y amplitud, cubriendo un área que irradia el carrillo, la lengua, los labios o la mandíbula. Con el aumento del paroxismo el dolor tiende a extenderse, no obstante puede confinarse durante años en una de las ramas del trigémino, corrientemente la tercera, ocasionalmente la segunda y rara vez la primera.

Areas dolorogenéticas.—El enfermo pronto reconoce que el paroxismo puede exacerbarse por la irritación mecánica de una pequeña área de la piel de la cara o de la membrana mucosa de la boca. Tocando meramente estas áreas o zonas provocamos un aumento del paroxismo. Estas zonas están colocadas corrientemente alrededor de los labios, la nariz o los márgenes alveolares de las mandíbulas. El dolor producido por excitación del trigémino es referido a áreas completamente distantes de estas zonas dolorogenéticas, aun de las anestésicas. Así, pues, esta zona dolorogenética puede estar en el labio superior, mientras el dolor se localiza en el mentón. Hasta una ligera brisa o corriente de aire en la cara puede ser suficiente estímulo, de forma que obliga al enfermo a llevar bufanda. El simple lavado de la cara puede producir tal dolor que se advierte suciedad en los carrillos. El estímulo irritante no necesita ser exterior. La masticación, insalivación, los movimientos de la lengua no hacen falta sean exagerados para que aparezca el paroxismo doloroso. Como clara evidencia de esto puede apreciarse en los enfermos de neuralgia de la rama tercera, el lado afectado de la lengua puede apreciarse saburroso comparado con el limpio opuesto del lado contrario. El dolor, durante la masticación es tal, que rápidamente el enfermo pierde de peso debido a la inanición y deshidratación.

Diagnóstico.—La historia es todo un dato patognomónico de la entidad que estudiamos, máxime no habiendo estudios sobre anomalías neurológicas, de forma que el diagnóstico,

sencillo, puede basarse en la historia. Está caracterizado este estado o condición por remisiones que pueden durar meses y hasta años. No es infrecuente que durante el verano o invierno el enfermo se vea libre de dolores, para reaparecer las molestias con el cambio de tiempo. Puede quizá señalarse que el lado derecho aparezca afectado más frecuentemente que el izquierdo.

Esta condición ocurre comúnmente en el sexo femenino más que en el masculino e invariablemente aparece en la segunda mitad de la vida. Sólo ocasionalmente se encuentra en los individuos jóvenes, pero en tales casos se muestra poco clara. En un 2 a 5 por 100 de los casos se manifiesta en los dos lados de la cara, aunque generalmente no simultáneamente.

Sintomatología de la neuralgia del trigémino.—Algunas veces el dolor facial se presenta idéntico al tic doloroso, como manifestación de otra enfermedad del sistema nervioso. El dolor facial paroxismal se puede presentar en la *esclerosis múltiple*, contingencia más frecuente que la coincidencia de dos enfermedades. Una placa en la raíz espinal del trigémino puede hallarse en algunos casos y es la responsable del dolor. La *siringomielia* o *siringobulbia* pueden, asimismo, mostrarse en la sintomatología. También la *tabes dorsalis* puede aparecer entre los síntomas de la neuralgia trigeminal. El tic facial puede considerarse como un síntoma que esclarece el cuadro, siendo infrecuente los dolores en las extremidades. Raramente una de las manifestaciones primeras del *neoplasma en el ángulo cerebelopontino* se presenta como un dolor paroxístico del trigémino. Ordinariamente la sintomatología del trigémino se presenta claramente diferenciada de las variedades esenciales por la presencia de los cambios neurológicos y particularmente de los disturbios sensoriales en la distribución del quinto par. Tales alteraciones en la función nerviosa de un enfermo que sufre neuralgia del trigémino debiera conducirnos a investigar una lesión intracraneal.

Patogénesis.—La base patológica de la neuralgia del trigémino no ha sido todavía adecuadamente establecida. Primeramente fué atribuído el dolor a disturbios vasculares en el

ganglio gasseriano. Dado que la enfermedad coincide predominantemente en individuos de cierta edad o que muestran algún grado de arterioesclerosis, podría esperarse encontrar cambios vasculares en o cerca del ganglio gasseriano. Sin embargo, estas alteraciones no se muestran en mayor grado que en aquellos otros individuos de la misma edad que murieron de otras enfermedades. Podemos añadir, además, que muchos de estos individuos que sufren neuralgia del trigémino no muestran ni indicios de arterioesclerosis u otras enfermedades vasculares en la región gasseriana. Es, pues, difícil conceder crédito a esta teoría patogenética de la neuralgia del trigémino.

Se ha sugerido que vasos aberrantes que pasaran a través de las raíces del trigémino, entre el puente y el ganglio de Gasser, o placas escleróticas en estos vasos, podrían irritar la raíz del nervio. Dandy ha defendido este punto de vista desde que ha empleado la vía cerebelar para el tratamiento de la neuralgia, siendo así capaz de dominar las estructuras del trigémino mejor que aquellos otros operadores que emplean el tratamiento clásico de la neurotomía retrogasseriana. En 1932 adujo que el 12,5 por 100 de sus enfermos con neuralgia trigeminal sufrían anormalidades vasculares, y un 5 por 100 de tumores asintomáticos en el ángulo cerebelopontino. Siete años después informó que la coincidencia de estos tumores era todavía el 5 por 100, pero que las anormalidades vasculares se presentaban en todos los demás casos. La mayor parte de los neurocirujanos creen que en la mayoría de los casos de neuralgia del trigémino no se conocen factores de grandes cambios patológicos.

Lewy y otros han sustentado la idea de que estos cambios fueran asentados en el tálamo. Sin embargo, este punto de vista no ha sido plenamente aceptado, en gran parte debido al hecho significativo de no haberse encontrado enfermedad talámica en los cerebros de los que han padecido neuralgia del trigémino.

TRATAMIENTO

Principios.—La terapéutica tiende a disminuir los impulsos aferentes que alcanzan el sistema nervioso central a través del nervio trigémino afectado. Esto puede conseguirse por medica-

mentos que disminuyan la conductibilidad del nervio por bloqueo o por interrupción anatómica de una o más ramas del trigémino. No obstante no considerarse las sinusitis u otras lesiones faciales como etiología de estas neuralgias, es medida de previsión médica eliminar todo tipo de infección de la boca o senos. En ocasiones tales medidas aportan una remisión del dolor y a veces duradera. Puede, sin embargo, señalarse que tal proceder no puede tener otra pretensión que eliminar la sinusitis o la enfermedad dental y no la neuralgia del trigémino per se.

TRATAMIENTO MEDICO

Medicamentos.—El tratamiento de los casos incipientes o poco iniciados puede dar alguna mejoría. Recientemente DAVIDOFF⁵ ha resucitado el antiguo tratamiento sugerido por Hutchinson, es decir, por la administración de carbonato ferroso en dosis diarias de 60 grams. La persistencia de esta terapéutica libera del dolor neurálgico aun cuando nuestra experiencia personal con este medicamento no pueda afirmar lo mismo.

La Thiamina hidroc্লórica ha sido sugerida también para el tratamiento de la neuralgia del trigémino. Los resultados en momentos críticos no son muy esperanzadores. Es decir, que el tratamiento ha de ser administrado durante varios meses antes que podamos apreciar sus resultados, pero conociendo la tendencia de la neuralgia del trigémino de remitirse espontáneamente, parece como si tales remisiones hubieran ocurrido durante el tratamiento de estos enfermos, los cuales hubiérase dicho haber recibido beneficio de la terapéutica con la vitamina B₁²⁵.

Una vez que el paroxismo ha sido establecido, la medicación no tiene significación. Durante la crisis, hasta tanto una terapéutica más adecuada pueda instituirse, el triclorethylene puede ser de cierto valor. El efecto predominante de esta droga fué reconocido durante la primera guerra mundial. La técnica del tratamiento consiste en depositar XV-XX gotas del medicamento en un pañuelo en un cono de papel. El en-

fermo, echado o sentado, inhala el medicamento hasta que su olor haya desaparecido. Si esta inhalación se realiza pocos minutos antes de la comida, ésta puede realizarse sin dolores. El enfermo debe evitar inhalar la droga más de tres o cuatro veces al día, pues la mayor frecuencia produciría intoxicación. Una enferma sufriendo una aguda neuralgia del trigémino fué traída al hospital en estado comatoso. Su marido afirmó que dados los agudos dolores la enferma se había visto obligada a inhalar más de la dosis aconsejada. Necesitó varios días para recobrase de su intoxicación. Mientras los narcóticos libran del dolor su administración, no es aconsejable por el peligro de su habituación y transformarse así en un problema más grave que el originario.

Inyecciones de alcohol.—Para todos aquellos enfermos cuyos dolores sean severos, el tratamiento de elección es la interrupción del trigémino o de sus ramas. Esto puede ser hecho por las inyecciones de alcohol en los nervios periféricos, del ganglio gasseriano o por la intervención quirúrgica en su raíz.Cuál de estos procedimientos ha de aplicarse es cuestión a decidir en cada caso. La inyección de alcohol produce una parálisis temporal del nervio, el cual vuelve a su función y ordinariamente con los mismos dolores, en tres o dieciocho meses. Circunstancialmente la inyección en el ganglio de Gasser puede aliviar durante varios años ¹⁴. Si el enfermo sufre débiles o infrecuentes paroxismos o muestra tendencias neuróticas, puede ser acertado inyectar alcohol en la ramificación de los nervios periféricos para determinar como reacción del enfermo una parestesia. No solamente el enfermo decidirá si prefiere un adormecimiento al dolor, sino el propio cirujano puede inducir a la intervención neurotómica retrogasseriana, que aportará el remedio. Por esta razón algunos cirujanos son de opinión de que todos los enfermos debieran sufrir una inyección de alcohol antes de la intervención cruenta. Sin embargo, dado que la inyección representa peligro y dolor, la neurotomía retrogasseriana es aconsejable en enfermos cuyas condiciones generales físicas puedan permitirle la intervención y no estar soportando la dolencia años o aquellos otros

que sufren duros paroxismos a intervalos relativamente frecuentes.

La siguiente casuística ilustrará el valor de las inyecciones.

E. P., de cincuenta y dos años conductor ferroviario, sufre un dolor en el carrillo izquierdo desde hace tres años. Un año después del comienzo un dentista, a quien consultó, le encontró una "mancha blanca" en un bicúspide, haciéndose extraer todos sus dientes superiores. En vista de que el dolor no cesaba se hizo extraer todos los inferiores, persistiendo el dolor. En marzo de 1943 se hizo tan insoportable, que se le hizo imposible dormir una noche. Se le dió una serie de 22 "disparos", que le alivió el dolor durante dos semanas, pero cuando volvió se hizo más fuerte que antes.

El dolor estaba localizado más precisamente en la articulación témporo-mandibular. Por períodos de diez minutos a dos horas se hacía más agudo. El enfermo perdió diez kilos de peso.

No mostraba anormalidad alguna. Su memoria parecía haberla perdido en parte, pero hemos de achacarlo a la falta de sueño. El examen neurológico era normal, salvo una ligera hipoalgesia sobre el labio superior en el lado izquierdo y en el carrillo.

El diagnóstico no aparecía claro. La descripción del enfermo no era típica de la neuralgia del trigémino. La exacerbación del dolor tenía lugar al hablar, comer, haciéndolo atípica el dolor constante. Fué ensayada la inyección de alcohol.

El 3 de agosto del 43, después de anestesiar una pequeña área del carrillo, se puncionó con una aguja a través del foramen oval hasta el ganglio de Gasser. Después de la inyección de 0,5 c. c. al 1 por 100 de novocaína, la piel inervada por la segunda rama quedó anestesiada, siguiendo otra inyección de 0,5 c. c. de novocaína para la tercera. Una inyección de 1 c. c. de alcohol absoluto se puso e introduciendo un centímetro más la aguja se colocó otros 0,5 c. c. El enfermo experimentó una sensación de quemazón.

A la mañana siguiente los disturbios sensoriales eran menos pronunciados, limitándose su área a la de la inervación de

la tercera rama. El dolor disminuyó, para aparecer nuevamente el día 6, colocándose en el ganglio de Gasser 1,2 c. c. de alcohol, y obteniéndose la anestesia de la segunda y tercera ramas. El dolor desapareció. El enfermo no volvió a nuestra consulta hasta un año después. Su cara estaba afectada por parestesias, pero no recordaba ni con mucho sus primitivos dolores. Todavía sufre la completa anestesia de la segunda y tercera ramas del trigémino con parálisis de los músculos temporal y masetero. Había ganado peso y se encontraba bien.

Este caso ilustra sobre el valor de las inyecciones de alcohol. En los casos atípicos es necesario el bloqueo del quinto para establecer el diagnóstico.

La inyección de alcohol puede hacerse en las ramas del trigémino, periféricamente, en la región supraorbital, infraorbital, o en el foramen mentoniano, según la localización del dolor. De estar afectadas más de una rama se aconseja la inyección en el ganglio de Gasser. Mientras es posible inyectar la tercera rama únicamente en el foramen oval, es imposible hacerlo en las dos otras ramas con certeza.

La inyección debe hacerse estando el paciente en estado de vigilia y poder determinar así con certeza la posición de la aguja, inyectando 0,5 c. c. al 1 por 100 de novocaína. De no obtener una anestesia del área inervada, no debe usarse el alcohol por el peligro de inyectar en las estructuras intracra-neales y producir serias secuelas. La ceguera, la parálisis del oculo-motor y la sordera unilateral no son desconocidas como secuelas de los intentos de inyectar alcohol en el ganglio de Gasser. De no encontrarlo en nuestro tercero o cuarto intento es mucho mejor desistir, dejándolo para días después, pero la infiltración de novocaína lentamente en los tejidos, pudiendo así alcanzar el nervio, mientras que la aguja tan lejos no sería útil de inyectar alcohol. Corrientemente 1 c. c. de alcohol es todo lo que se exige para un buen bloqueo del nervio periféricamente o del ganglio.

No obstante la preliminar novocainización, tan pronto como el alcohol alcanza las fibras nerviosas, un dolor de quemazón percibe el enfermo, desapareciendo en pocos minutos

y dejando anestesiada la zona. Antes de proceder a esta técnica es recomendable administrar al enfermo un $1/4$ ó $1/6$ gr. (0,015—0,010 gm.) de morfina.

TECNICAS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Hace cincuenta años la terapéutica quirúrgica de la neuralgia del trigémino fué reducida a seccionar o destender las ramas del quinto par ¹⁹. Ya entonces se reconocía que tal proceder era sólo de resultado temporal, propugnando Floroley ¹⁵ y Rose ²⁶ intervenir sobre la raíz o el ganglio. Las técnicas quirúrgicas sobre las ramas periféricas han sido excluidas excepto para la avulsión supraorbital. Esta técnica todavía es realizada en determinados casos de dolor en la primera rama, si el enfermo no puede sufrir otra intervención más seria, o en casos en los que se ha de evitar una queratitis aun a riesgo de que el dolor recurra nuevamente.

Neurotomía clásica retrogasseriana.—La neurotomía clásica u operación de Spiller-Frazier es la técnica más segura para el tratamiento quirúrgico de la neuralgia del trigémino. Su mortalidad es más baja del uno por ciento y su morbilidad muy pequeña. Ordinariamente, el período de hospitalización no es mayor de cinco-seis días. Se hace posible con dicha técnica la sección de la rama o ramas deseadas, dejando intacto su porción motora. Esto es así en la mayoría de los casos por reducirse el dolor a la parte más baja de la cara, evitándose la primera rama. Si la sección es correcta, el dolor cesa en absoluto. Grant ⁹ posee una estadística de 949 intervenciones con abolición del síntoma dolor en 942 casos. En siete de aquellos casos se determinó no ser neuralgia del trigémino, y en consecuencia no debió haberse realizado la intervención. Este error de diagnóstico pudo haberse evitado con la previa inyección de alcohol.

Resultados operativos.—La compilación de Grant ⁹ es la más extensa de las que se poseen en Philadelphia, operados la mayoría por Carlos Frazier.

Recidivas.—De una serie de 359 casos siete enfermos sufrieron recidivas (2 por 100). En otra serie de 590 enfermos a los cuales se les sometió a sección parcial, 44 sufrieron nuevamente los síntomas (7,4 por 100). De todos ellos sólo en cuatro se trataba de la primera rama, que había sido respetada. La avulsión del nervio supraorbital fué suficiente para hallar remedio en treinta de estos casos.

Parestesias.—Siguiendo la neurotomía retrogasseriana la mayoría de los enfermos no pueden quejarse de anestias de la cara. Aproximadamente, el 13,8 por 100 sufren parestesias, tales como frío o calor, picazones, tirazones, etc. En la estadística de Grant, el 3,4 por 100 padecen severas parestesias referidas como sensaciones de quemazón y agudo dolor. Estas parestesias pueden aparecer inmediatamente después de la operación o aun dentro de uno o dos años. Algunos enfermos se acostumbran de tal manera a estas parestesias que llegan a no molestarles, aun cuando la severidad sea mayor o menor. La absoluta abolición de estas molestias no suele ser muy satisfactoria. Una segunda intervención sobre las raíces sensoriales no obtienen mayor mejoría.

Complicaciones.—*Keratitis.*—Tras la completa sección de la raíz sensorial, la keratitis resulta en un 16,7 por 100 de los casos y en un 10 por 100 aproximadamente la enucleación del ojo es necesaria para poder controlar la infección. Siguiendo, por el contrario, a la subtotal sección de la raíz, la keratitis es mucho menos—aproximadamente en el 4,4 por 100—frecuente. Esta complicación puede resultar de afectarse la córnea por el herpes que invade frecuentemente el labio después de la intervención y debido generalmente al trauma ocasionado por el indoloro raspado de la córnea debido a polvo o cenizas alojado en el saco conjuntival. Para evitar esta complicación el enfermo debe ser advertido proteja sus ojos adaptando a lentes algún dispositivo que los cierre a la órbita. Para proteger estas lentes de empañarse, pequeños agujeritos han de ser hechos en tal protección o frotar los cristales con *ceras*. Deberá lavarse los ojos mañana y noche con una solución de ácido bórico remitiendo el enfermo al oftalmólogo a la menor sospecha. Des-

graciadamente no todos los enfermos cuidan de este serio aviso. Tenemos nosotros un enfermo que en lugar de estos cuidados se frotaba la córnea con un algodón empapado en la solución. Esto causó un trauma que le produjo una keratitis. Si la simple irrigación no cura esta keratitis es aconsejable la sutura de los párpados. Bajo ningún concepto debe colocarse un algodón sobre los ojos, siendo capaz el enfermo de abrir sus párpados frotándose así la córnea anestesiada. El aceite de castor empleado en gotas mañana y noche en el saco conjuntival mantendrá la córnea húmeda.

Parálisis facial.—La parálisis se aprecia en el 3,4 por 100 de la estadística de Grant. La mayoría de estos enfermos se recuperan en un plazo de seis meses, y pocos no se curan. Ha sido sugerido que la causa de esta complicación puede ser o las hemorragias en el puente debida a la avulsión de la raíz sensorial del quinto par o a lesión del nervio o vena petrosal por raspado de la dura madre en la base del cráneo. Garduer y Babbitt ⁷ han registrado hemorragias en el oído medio complicadas con parálisis facial.

Otras complicaciones.—Raramente el tercero, cuarto o sexto par puede lesionarse durante la intervención retrogasseriana. Dado que muchos de estos enfermos son ya de edad algo avanzada nada de particular tiene que sufran ocasionalmente una hemiplejía debida a trombosis.

En algunos casos puede concurrir una anemia cerebral debido a la rápida caída de la presión sanguínea que puede producir en el momento de la intervención áreas necróticas en la región paracentral seguida de muerte por neumonía. Rara vez se desarrollan disturbios trópicos en el área anestésica de la cara. Corrientemente esto puede ser consecuencia de irritaciones crónicas de la piel o mucosa. Estas lesiones son áreas necróticas cubiertas por tejidos de granulación, y responde muy pobremente a cualquier terapéutica.

Neurotomía retrogasseriana posterior.—Dandy ^{2, 3, 4} ha utilizado para la sección de la raíz posterior del trigémino la región subcerebelar, propugnando la sección parcial por este camino no produce nunca disturbio corneal, ni pérdida de la

rama motora, poca o ninguna pérdida de la sensibilidad de la cara, rara vez parálisis del facial o hemiplejía. Este método, en manos de un experimentado cirujano, tendría definitivas ventajas; sin embargo, muchos cirujanos neurólogos lo consideran técnicamente más difícil y peligrosa que la clásica neurotomía retrogaseriana. Hyndman ¹⁷ ha obtenido iguales buenos resultados utilizando la vía subtemporal y seccionando parcialmente la raíz posterior del trigémino. Estas observaciones sugieren que la raíz del trigémino reúne sus fibras al pasar del ganglio gasseriano al puente, de forma que las ramas ya no se separan.

Tractotomía medular.—Con la idea de eliminar las parestesias de la cara seccionando únicamente las fibras sensitivas del quinto par, Sjöquist ²⁷ en 1938 introdujo esta técnica con la pretensión de aliviar el dolor facial. La intervención es llevada a la práctica por la vía suboccipital, siendo seccionado el tracto descendente del trigémino al nivel de la oblongue. Olivecrona ²⁴ ha publicado su estadística de casos operados con esta técnica. En 30 enfermos que padecían neuralgia unilateral del trigémino, intervenidos por tractotomía medular, no tuvo ninguna defunción. En 80 casos quedó una analgesia de la cara, en nueve una hipoalgesia y en tres no fué apreciada alteración alguna del sensorio. El dolor fué abolido inmediatamente a la intervención en la mayoría de los casos, aun cuando en ocho casos sufrieron recidivas, dos de ellos con una subtotal o completa analgesia de la cara. Las alteraciones en la apreciación de las temperaturas no va paralela a la supresión del dolor. En dos tercios de los casos se presentaron alteraciones del equilibrio. Grant y Olivecrona encuentran que los enfermos se lamentan de parestesias; en la estadística de este autor el 16,7 por 100 padece tales disturbios. Pero es más significativo el que ocho de la estadística de Olivecrona sufre parálisis unilateral de las cuerdas vocales. También aparece el herpes labial y keratitis. En cuatro casos de Grant sufrieron hipo, no obstante ser una complicación temporal. Olivecrona ha operado cuatro casos sufriendo neuralgia trigeminal bilateral, aunque sólo en tres de ellos lo hizo en ambos. En el caso unilateral y en uno

de los bilaterales poco o ningún alivio se obtuvo, mas en los otros dos casos bilaterales se consiguieron éxitos de la operación.

Casi todos los cirujanos neurólogos que han practicado esta técnica han obtenido éxito en la mayoría de los casos. De todo esto concluyen Grant y Olivecrona que esta técnica no representa un ideal para seguirla sistemáticamente, pero que debe ocupar un lugar preferente en el tratamiento de ciertos casos.

(per "Symp. on Neurops. Diseases". W. B. Saun. Co. 1945.)



El doctor Lerga Luna comunicó a la Real Academia de Medicina de Zaragoza, en 7 de marzo de 1943, el caso de una enferma que le fué remitida para hacer un examen radiológico, por acusar ligeras molestias gástricas.

"Nuestro asombro—dice el doctor Lerga—no tuvo límites al tener ante nuestros ojos la imagen de un tenedor metálico de forma y dimensiones corrientes, tamaño de adulto. Mostró la enferma—continúa el doctor Lerga Luna—una desagradable sorpresa ante el hallazgo, y prorrumpió en llanto, preguntándonos desesperada qué le iba a pasar llevando dentro un tenedor. Procuramos calmarla diciéndole que no tenía importancia, y procedimos inmediatamente a obtener una radiografía, que bien lo merecía. Su madre, que estaba presente, también quedó sorprendida, y las dos, al parecer con sinceridad, aseguraron ignorar cuándo y en qué circunstancias había sido ingerido el tenedor. La enferma fué presa de alguna excitación nerviosa, e inmediatamente le surgió como única preocupación el que le sacara el tenedor. Dejé para el día siguiente obtener una radiografía lateral, con objeto de localizar bien el cuerpo extraño dentro del estómago y su situación respecto de las paredes gástricas. La enferma no volvió a nuestra consulta, careciendo de noticias de ella por espacio de algún tiempo. Por fin supimos que había ido al Hospital Provincial y que en dicho establecimiento le habían extraído el tenedor, practicándole la gastrotomía después del examen con rayos X. Este curioso caso ofrece particularidades muy dignas de ser comentadas. Un tenedor dentro del estómago, llegado a él por ingestión, es un caso raro que se habrá dado pocas veces, pues confesamos no conocer ninguno registrado en la literatura médica. Muy extraño resulta también el que la paciente ignorara llevaba alojado en su estómago semejante huésped. (Per "La Gac. del Medco.", núm. 60, 1945.)