LAS NEURALGIAS FACIALES SINTOMATICAS E IDIOPATICAS

por

H. Krayenbuchl

La prosopalgia se produce por la acción de una irritación nociva sobre el organismo y se convierte, como el dolor en general, en una vivencia psíquica. La exteriorización del dolor es un fenómeno sumamente variable en la patología cotidiana, cuya valoración no resulta nunca fácil al médico. Esto depende de la relatividad del dolor, que, de un lado, es diferente según edad, sexo, raza y temperamento, y, de otro, de que, como vivencia psíquica, carece de toda fenomenología aprehendible objetiva y clínicamente: el dolor, en suma, no puede ser visto ni medido.

Todas las dificultades que se derivan de este hecho se encuentran en especial en el reconocimiento y en el tratamiento de la prosopalgia. Desde las investigaciones famosas de Magendie y las observaciones clásicas de Ch. Bell aceptamos sin más que el trigémino es "el nervio de la sensibilidad de la cara". Nicolesco ha comprobado, en 1924, que el dolor facial o es producido por una alteración de la neurona periférica, esto es, del glandio de Gasser, o se debe a un trastorno de la sustancia gris de la medula oblongada, o, finalmente, obedece a una lesión del tálamo óptico. Recientemente se le reconoce, ocasionalmente, una cierta significación al sistema nervioso simpático como vía de conducción de la sensibilidad dolorosa, incluso en la cara. Se debe especialmente a la escuela francesa (Alaujouanine) y otros) la explicación del fenómeno paradójico de la anestesia dolorosa, por la participación del simpático. Si el proceso morboso llega a producir una destrucción en las neuronas periférica

o central del V par, se tiene la anestesia, y con ésta, la desaparición del dolor. Para el tipo de dolor intermitente y aguda es para el que se creó el término de neuralgia. El dolor simpático tiene otro carácter: los ataques son prolongados, violentos, quemantes y fácilmente exacerbados por excitaciones psíquicas. La realidad de dicha colaboración de los filetes simpáticos, la efectividad de esta "simpatalgia facial" la demuestra el alivio por las operaciones sobre el simpático servical, aunque la comprobación causal del papel de la misma no se pueda demostrar con nuestros actuales conocimientos anatómicos y fisiológicos, por lo que no podemos ocuparnos más con esta variedad de causalgia.

I. *Neuralgia sintomática del trigémino*

La prosopalgia se encuentra como fenómeno acompañante de todos los estados morbosos que determinan una lesión de las vías conductoras de la algestesia en el dominio del V par: ante todo, noxas toxi-infecciosas—caries y granulomas dentarios, quistes, etc.; sepsis periférica a consecuencia de piorrea, absceso, antral, sinusitis, etc.; diabetes, porfiria, alcoholismo, lúes—. Al neurocirujano le interesan especialmente aquellas afecciones intracraneales que afectan a la neurona periférica en la región del ganglio de Gasser o, en sus proximidades, la neurona central. Estas neuralgias faciales están condicionadas por un proceso inflamatorio de la base del cráneo, por un neoplasma asentado en las fosas media o posterior del cráneo, por cualquier tumor intracraneal merced a una acción a distancia o por un aneurisma de la base del cerebro. Se caracterizan siempre por las parestesias y anestesias concomitantes, así como por la mayor o menor constancia del dolor, y se asocian, más o menos tardíamente, con otro síntomas cerebrales. He aquí algunos ejemplos:

B. Hans, de cuarenta y cuatro años; maestro pintor. Ingresado a causa de una grave oftalmoplejía y amaurosis izquierdas. El proceso actual comenzó hace ocho meses con una sensibilidad obtusa y dolores en la mejilla izquierda, que se atribuyó a una supuración del incisivo superior lateral izquierdo. Pese a una extracción de éste e incluso la extirpación de un quiste en el maxilar superior, persisten las molestias en el lado izquierdo sobre el labio superior, el ala de la nariz y la mejilla. A los once meses se presentan repentinamente, al parecer en relación con la acción de una corriente de aire, dolores en el ojo izquierdo, que luego se hicieron cada vez más violentos y constantes, terminando por extenderse también a la sien del mismo lado. Dos meses más tarde, diplopia, por vez primera, y poco después, imposibilidad para la apertura del ojo y ambliopía progresiva.

Examen al ingresar: Exoftalmos ligero, pero indudable, en el lado izquierdo. Ligera palidez de la papila izquierda. Visión en el lado derecho, 6/6; a la izquierda, percepción de la luz colocada inmediatamente delante del ojo. Pupila en dilatación media; algo más la izquierda que la derecha. Aquélla no reacciona a la luz y ofrece una reflectividad consensual y a la convergencia perezosa. El globo ocular izquierdo mira espontáneamente a la izquierda y abajo. Ptosis izquierda. Reflejos corneales izquierdos superior e inferior muy debilitados. Hipalgesia ligera en la zona de distribución de la primera rama del trigémino izquierdo, y en la de la rama segunda, analgesia y anestesia táctil. No se ausculta ningún ruido anormal intracraneal. Sangre y "liquor" normales en el sentido de la lúes. Presión sanguínea, 140/85.

En el radiograma craneal, destrucción completa de la apófisis clinoides anterior izquierda, y en la proyección a. p., además, extensa erosión del tercio interno del ala menor del esfenoides, con una manifiesta dilatación de la "fisura orbitalis" superior.

Se plantea el diagnóstico entre un aneurisma y un meningioma de la fosa craneal media. La arteriografía, mediante dos infecciones, cada una de ocho c. c. de Torotrast, en la carótida interna izquierda, demuestra un rechazamiento hacia atrás y un acodamiento en ángulo recto de la porción inicial de la arteria cerebral media izquierda, concluyéndose en la existencia de un proceso compresivo en la región del ala menor del esfenoides, en dicho lado.

A los diecisiete meses del comienzo se le practica, pues, una craniotomía transfrontal izquierda, descubriéndose la zona del quiasma. Se encuentra un tumor globoso tenso, de superficie lisa, en la mitad medial del ala menor izquierda del esfenoides. Se le punza, en vista de su aspecto, extrayéndose, por aspiración, sangre pura, con lo que se tiene por asegurado el diagnóstico de aneurisma de la carótida, y no hay que pensar en la extirpación, cerrándose seguidamente la diéresis. Tres semanas más tarde se pone al descubierto la arteria carótida primitiva izquierda y se liga con dos hilos de seda, después que algunos días antes la compresión repetida de la arteria ha sido bien soportada. El paciente no ofreció en los días siguientes ningún síntoma neurálgico ni tuvo tampoco molestias subjetivas.

La autopsia, realizada año y medio más tarde, demostró que el tumor interpretado equivocadamente como un aneurisma, durante la primera intervención, era en realidad un hemangioendotelioma maligno propagado del seno maxilar.

A continuación refiere otro caso semejante, éste de verdadero aneurisma carotídeo intracraneal en el punto de arranque de la arteria comunicante posterior izquierda. El enfermo es dado de alta bastante mejorado, después de haber sufrido la ligadura de la carótida primitiva y, media hora más tarde, de la carótida interna. A los nueve meses los síntomas objetivos están muy mejorados y no ha reaparecido la prosopalgia, aunque se exacerbara en la semana siguiente a la intervención.

Los tumores primarios en la región del ganglio de Gasser conducen como síntoma capital a un dolor facial intenso y continuado combinado con la existencia de zonas circunscritas y localizadas de anestesia, en forma de focos o limitada a determinada rama. Por el contrario, en el neurinoma del trigémino los dolores son de lo más ligero y hasta faltan completamente, caracterizándose el cuadro por la sintomatología de un tumor del ángulo ponto-cerebeloso. Finalmente, los tumores supratentoriales que crecen lentamente con elevación considerable de la presión intracraneal, pueden conducir a trastornos trigeminales o prosopalgias intensas a consecuencia de un aumento de la presión localizada sobre el ganglio de Gasser. El autor aporta una observación demostrativa.

II. *Neuralgia idiopática del trigémino*

Se trata de una enfermedad monosintomática, caracterizada por ataques dolorosos cortos, desencadenados paroxísticamente, violentos, excruciantes, en una determinada porción del rostro. Otro carácter es el de no aparecer casi nunca antes de la pubertad: por regla general nunca antes de los veinticinco años, presentándose con los avances de la edad un aumento de la frecuencia y de la intensidad de los paraxismos. En los casos del autor la afección duró por término medio nueve años; el que menos, dos años y medio, y veinticinco el que más. En un caso fué bilateral y en la mayor parte de ellos el ataque se localizó en la zona de distribución de las ramas II y III.

Tales prosopalgias ofrecen como características el desencadenamiento de los ataques por irritaciones sensitivas, como corriente de aire, lavado de la cara, afeitado, el hablar, el comer, etc., y muestran el cuadro típico del "tic douloureux", esto es, sacudidas contráctiles en una mitad de la cara, con enrojecimiento y tumefacción de la misma, sialorrea, epífora, flujo

nasal, crisis sudorales y hasta dilatación pupilar. Ni durante el ataque ni en el intervalo libre pueden ser observados trastornos de la sensibilidad objetiva. Como únicos síntomas objetivos han podido ser señalados una debilitación del reflejo corneal en el mismo lado y un punto de Velleix de dolor a la presión.

La etiología de esta temible enfermedad sigue siendo desconocida. Las operaciones quirúrgicas y experimentales indican con gran probabilidad que la noxa actúa en el ganglio de Gasser o, más centralmente, en la raíz del trigémino, el tracto bulgoespinal o en los núcleos ventrales del tálamo. Existe también la teoría vascular que la interpreta como una angiopatía en la región de los citados núcleos ventrales del tálamo. Olivecrona ha hablado recientemente de un desencadenamiento mecánico de esta neuralgia. "Se pudiese pensar—escribe—que, cuando después de finalizar el período de crecimiento, se deja sentir paulatinamente el acortamiento de la columna vertebral a consecuencia de la compresión de los discos intervertebrales, el cerebro se hunde algo hacia el agujero occipital. Puesto que la raíz del trigémino está fijada al ganglio de Gasser, la consecuencia de ello será la distensión de dicha raíz que, además, es favorecida por el hecho de que la raíz discurre en ángulo sobre la punta del peñasco. En estas circunstancias resulta posible una irritación mecánica." Las peculiaridades de la neuralgia facial y particularmente su carácter paroxístico hacen poco satisfatcoria esta teoría.

Pese a su oscuridad patogenética, el "tratamiento" es prometedor, sobre todo el quirúrgico. Sin embargo, todavía se ve cómo estos desgraciados, después de haber agotado todos los recursos posibles, caen en la "quiropractia" o en el "coueismo" y algunos terminan en el suicidio.

De entre los métodos quirúrgicos, ni la neuroexéresis ni la inyección de alcohol entran seriamente por más tiempo en consideración. Tales acciones no influyen perdurablemente sobre la

neuralgia de génesis central. El método recientemente señalado por Ertl de la colocación de una laña de plata sobre una de las ramas periféricas, al objeto de bloquear las excitaciones por la acción química de dicha laña, que causa la degeneración de muchos cilindro-ejes, está todavía sometido a control. También la inyección de alcohol en el ganglio de Gasser pierde actualmente en importancia ante los métodos propiamente operatorios. Si hay ue decidirse por el método de la sección de la raíz sensitiva del trigémino (método temporal de Spi:er-Fraizer, método suboccipital de Dandy), por la sección intramedular del "tractus espinalis n. trigemini" (tractomía v. Sjoqvist) o por la electrocoagulación del ganglio de Gasser, depende, de un lado, del punto de vista personal del cirujano y de su habilidad quirúrgica, y de otro, en todo caso, de un establecimiento estricto de las indicaciones.

Desde hace años emplea el autor el método de Spiller-Fraizer como método "de rutina" y sin mortalidad inmediata.

La operación se practica en narcosis mixta intratraqueal o faríngea (mezcla de gas hilarante-éter-oxígeno), en posición sentado del paciente, por vía extradural, en el temporal. El descubrimiento y la sección total o parcial de la raíz posterior inmediatamente antes de su ingreso en el ganglio de Gasser se realiza así, después de la apertura del "cavum de Meckel", por vía intradural. Se debe rechazar la proposición de Schoercher de buscar la raíz del trigémino por vía intradural en la fosa cerebral media, porque con ello se aumenta el peligro de una lesión del lóbulo temporal. La dura es la mejor protección, además, para el cerebro. La mortalidad operatoria no debe jugar hoy papel alguno en la elección del método. Los mejores operadores tienen una del 1 por 100. Peet opina que con una técnica ejercitada se pueden evitar todas las lesiones operatorias accidentales en el método temporal. De los casos del autor, una paresia del oculomotor fué aquejada por uno de los operados, la cual no

desapareció luego totalmente, mientras que en los restantes no observó nunca un trastorno duradero. En uno de sus primeros casos la queratitis neuroparalítica fué causa de la pérdida de un ojo. Desde entonces ha aprendido a evitarla por la aplicación de un vendaje con vidrio de reloj y, eventualmente, con la tarsorrafia. Tal evitación de todas las complicaciones graves postoperatorias no parece posible, ni incluso empleando la mejor técnica, con la electrocoagulación: es éste, en realidad, un procedimiento aquirúrgico, en el que "se trabaja a oscuras".

Tocante a los resultados tardíos, es indudable que el mayor peligro de recidiva lo tienen los métodos de destrucción del ganglio de Gasser por la inyección de alcohol. El método temporal ofrece uno del 3,5 por 100.

En la sección parcial de la raíz, según Dandy, este autor ha tenido un 11,5 por 100 de recidivas. La fórmula ideal de Schaer, "conservar la sensibilidad haciendo desaparecer las molestias", sólo parece alacanzable, a lo sumo, por la tractotomía y también, eventualmente, con el método de Dandy. La electrocoagulación no parece poder alcanzar esta meta.

A las desventajas de los grandes riesgos de recidiva y de la producción de una anestesia masiva se asocia en la electrocoagulación, según Kischner, y en la inyección del ganglio de Gasser, una enfermedad secundaria: la llamada anestesia dolorosa. Kirschner admite teóricamente "que la causa del dolor se encuentra centralmente al luga rde la interrupción completa del n. trigémino o que la cicatriz endo o perineural originada por aquélla comprime las fibras del cabo central, o que el dolor discurre por vías distintas que las interesadas". Una sensasión de parte muerta, de tiesura y de calor continuo en la mitad de la cara es aquejada por estos desdichados, que recuerdan su estado anterior como menos insoportable. Tanto Harris y Kirschner como Olivecrona, que hasta ahora es el único que ha observado seguidamente a una sección total de la raíz, subrayan que en el

tratamiento de esta segunda enfermedad fracasan todas las medidas operatorias, incluso las intervenciones sobre el simpático. Al autor no solamente le ha fallado en un caso el ensayo de anestesia del ganglio estrellado, sino que éste fué seguido de un empeoramiento. Tal anestesia dolorosa se corresponde, en muchos aspectos, con la "simpatalgia facial" de los autores franceses, con la diferencia de que el dolor quemante es especialmente atormentador por la anestesia concomitante. Parece probable, aunque no esté demostrado, que se trate de una afección simpática tal vez en la región del plexo nervioso vascular de seno cavernoso y que las propias vías sensibles del trigémino no jueguen el menor papel. La presentación de esta enfermedad secundaria, extremadamente desagradable, el gran peligro de recidiva y la masividad de la anestesia facial inducen al autor a rechazar la electrocoagulación del ganglio de Gasser como método ordinario, pese a los brillantes resultados que obtiene en manos de los ejercitados. La sección operatoria de la raíz ha alcanzado hoy tal perfeccionamiento técnico, que se ha colocado en el primer lugar. En los sujetos muy viejos y corporalmente decrépitos, la inyección de alcohol en el ganglio de Gasser puede prestar todavía valiosos servicios. En concordancia con Olivecrona y la mayor parte de los autores anglo-sajones, el autor considera como método de elección para la mayor parte de los casos la sección parcial de la raíz según el método de Spiller-Frazier, puesto que con él son mínimos el riesgo de muerte, las complicaciones postoperatorias y los peligros de recidiva.

("Schweiz. med. Wschr." núm. 53, pág. 1.563, 1943 [616.833], per Bibl. Med. Int. 3.140.)