

METODO DESCOMPRESIVO EN LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO (*)

por los

DRES. DÍAZ GÓMEZ, ELISO QUÍLEZ Y RÁBANO NAVAS

En nuestras operaciones por neuralgias del trigémino, observamos varias veces el hecho de que al tener que interrumpir la operación por diversas circunstancias, después de haber efectuado el tiempo óseo, los enfermos quedaban libres o muy aliviados de sus dolores.

En cinco enfermos con la pequeña trepanación temporal quedaron dos completamente curados y tres con neuralgias soportables y desaparecidas con ácido nicotínico y vitamina B₁. La lectura de los trabajos de Taaenhj preconizando el método descompresivo para el tratamiento de estas neuralgias, nos decidió a ensayarlo en tres casos. Los tres casos operados son: el primero, enfermo de cincuenta años, con una neuralgia de la segunda rama del trigémino derecho; le hicieron una inyección de alcohol en ganglios con intensa reacción. En región temporal le hacemos una trepanación seguida de la técnica de Taarnhoj y al día siguiente presentó una afasia motriz de la que tardó en recuperarse un mes y la cicatriz operatoria se fistulizó dando salida a grandes cantidades de líquido cefalorraquídeo que exigió una segunda intervención.

El segundo caso, enfermo de treinta y seis años, con una neuralgia de la segunda rama del trigémino derecho que aceptamos el diagnóstico de neuralgia esencial. Practicamos la operación descompresiva con curso postoperatorio perfecto y desaparición total de los dolores, y sólo le queda una hipoestesia muy marcada.

El tercer caso hace referencia a una enferma de setenta y cinco años con neuralgia de la tercera rama del trigémino derecho. Operada con la misma técnica que el caso anterior, consiguiendo gran mejoría de los dolores, pero reaparecen mucho menos intensos, al punto que el ácido nicotínico permite a la enferma alimentarse sin difi-

(*) Sesión del 6 de diciembre de 1954 de la Acad. Méd.-Quirúrgica. España.

cultad alguna, pero en la actualidad la neuralgia ha reaparecido en la misma forma que antes.

En 1952, Taarnhoj publica su primer trabajo sobre el método descompresivo en la neuralgia del trigémino, y en mayo de 1954 publica un segundo trabajo sobre el mismo tema.

Ciertamente, el método nos parece muy interesante y prometedor de resultados, pero la duda que nos queda es la siguiente: ¿debe emplearse en todos los casos? Este asunto se puede enfocar desde dos ángulos diferentes. El primero es el de aquellos casos en los cuales después de una neurotomía retrogasseriana correctamente hecha se reproducen los dolores al cabo del tiempo. Ante esto piensa uno si no sería preferible el hacer siempre la descompresiva, que, en fin de cuentas, es a veces menos operación. El segundo es que cuando se ha conseguido poner al descubierto el cayum y tener bien a la vista el ganglio y su raíz, si no sería preferible el seccionar esta última, cosa bien fácil en esas condiciones, y reservar la descompresión para aquellos casos en los cuales las maniobras supongan peligro para el enfermo.

Intervención del Dr. Obrador Alcalde.

Dejando a un lado el difícil y oscuro problema de la patogenia, discutiremos solamente su tratamiento quirúrgico, que es el único eficaz y duradero que podemos ofrecer a estos enfermos. En relación con esto, la sección fraccionada retrogasseriana de Frazier por vía extradural, instaurada ya definitivamente, es una magnífica operación, que se tolera perfectamente, con una mortalidad alrededor del 1 por 100. Pero es necesario practicar la operación correctamente, llegar a la raíz y seccionar las fibras que se desee. Todos hemos visto casos en los cuales la simple exposición de la región sin seccionar la raíz puede traer una mejoría transitoria.

Las estadísticas sobre esta operación de Frazier son ya un gran número. Las complicaciones corneales son mínimas si el enfermo cuida su ojo. Paresias faciales transitorias se presentaban en un 5 por 100 y las recurrencias del dolor en menos del 10 por 100. Las estadísticas extensas de Olivecrona, Peet, etc., demuestran la excelencia y escaso riesgo de la intervención; una intervención bien practicada tiene un riesgo escasísimo y alcanza un excelente resultado en cerca del 90 por 100 de los casos operados con sección retrogasseriana y

fraccionada de la raíz por la vía extradural y que pueden evitarse así años de dolores. Nuestra experiencia personal, en los últimos años, alcanza solamente noventa operaciones por neuralgia del trigémino y de las cuales la gran mayoría se han hecho con la técnica de Frazier y sólo algunas (sujetos jóvenes) por la vía de Dandy o más raramente con la sección bulbar o tractotomía de Sjöquist. Solamente hemos tenido una muerte post-operatoria. Otros trabajos de neurocirujanos españoles como Adolfo Ley, que reúne más de 200 casos; Díaz Gómez, Barcia, Tolosa, etc., han insistido en estos puntos.

Es decir, la operación descompresora de Taarnhoj es una técnica más difícil que la de Frazier, que debe hacerse por vía intradural y descomprimiendo ampliamente toda la raíz hasta el peñasco. La descompresión extradural de Love es también una intervención que requiere disecar perfectamente todo todo el cavum y abrirlo ampliamente.

Pero, además, los resultados con estas técnicas no son tan buenos como cuando se secciona la raíz. La estadística más amplia que se ha publicado, además de las citadas por Díaz Gómez, es una reciente de la Clínica Mayo, en la cual Love recoge cien descompresiones extradurales. La mortalidad es prácticamente igual a la intervención de Frazier (un caso). Una desaparición inmediata de la neuralgia sólo ocurría en 51 enfermos, y del resto muchos han sido operados con sección radicular. La única ventaja esencial de la descompresión radicular es que deja la sensibilidad facial intacta y se evitarán así las secuelas muy molestas y rebeldes de anestias dolorosas que aparecen después de la denervación en alrededor del 5 por 100 de los operados. Estas parestesias dolorosas plantean un grave problema terapéutico que incluso nos ha llevado a leucotomías frontales unilaterales o bilaterales con muy malos resultados por ser enfermos viejos. Pero seguramente en estos sujetos no sería suficiente una descompresión previa a la sección.

Pero actualmente y en nuestro medio escéptico a estas operaciones antiálgicas, me parece mejor continuar con una técnica como la operación de Frazier, aunque algunos enfermos queden con parestesias y anestias dolorosas. La actitud del enfermo escandinavo o americano no es muchas veces vigente aquí en nuestra Península, y por ello debemos, a mi juicio, hacer desde el comienzo las operaciones más seguras y afianzadas ya por una extensa práctica.

Rectificación del Dr. Díez Gómez

Agradezco al doctor Obrador su intervención. He empezado diciendo que al llegar al cavum creemos que es más razonable cortar la raíz que limitarse a la compresión, a más que la técnica es más fácil y la propia descompresión creemos que no sea siempre utilizable y sí sólo cuando en el enfermo no podamos hacer otra cosa.

CONGRESO DEL A. R. P. A. ITALIANA, BELLAGIO

Terapéutica inmunitaria con el suero de Bogomolez, por el doctor Mario Mariani, de Roma.

El autor hace una exposición de la terapéutica por inmunización aplicada a las paradontopatías, según Albanese. También llama la atención sobre el modo de acción del suero de B. Este se basa en la relación estrecha entre el histiófilo con el histiocito del sistema retículo-endotelial. El autor propone utilizar como modo de aplicación de la vejiga el vaciarla de su contenido e introducirla tres veces, una vez por semana, con dosis crecientes de suero B. Se realiza así un contacto estrecho entre el medicamento biológico y un tejido rico en elementos histiocitarios, del que el autor describe la técnica. En los casos de parodontitis inflamatoria de origen alérgico, el tratamiento anti-hialuronidasa y anti-histamínico da muy buenos resultados.

El autor utiliza esta técnica sobre él mismo, habiendo podido apreciar ligeros trastornos, manifestados por manchas rojas y sensación de fatiga; de otra parte, advirtió la reactivación de un foco articular, por lo que propone la utilización del suero de Bogomolez para hacer los diagnósticos de infección focal.

(per "Parodlgie.", 9, 3, 126, IX, 1955.)