

granulosa crónica", ha visto una inflamación de la "vaina de la raíz", pero no del hueso. Fué una revolución en la patología odontológica y del maxilar cuando Weski comprobó histológicamente que las llamadas inflamaciones de las vainas radicales de la literatura antigua eran, en realidad, inflamaciones óseas. Los trabajos de Siegmund y colaboradores han confirmado ampliamente este hecho. La llamada "periodontitis" es una osteitis crónica desde un punto de vista anatomopatológico; el llamado "granuloma de la raíz" es un absceso óseo crónico. Es natural que permanezcan las osteitis aun después de extraer las raíces y que puedan desarrollarse en diversas formas de osteitis purulentas o secas o esclerosantes.

El reconocimiento de esta osteitis del maxilar odontógena latente puede escapar fácilmente a los no prácticos, especialmente porque la imagen radiológica, merced a la cortical, no modificada con frecuencia, demuestra a veces sólo finas alteraciones, que técnicamente son invisibles por la imposibilidad de hacer numerosas radiografías.

Merced al establecimiento de cuidadosos diagnósticos pudieron comprobarse por los autores en sus neuralgias algunos hallazgos óseos periféricos en forma de alteraciones óseas crónicas o esclerosantes. Pudieron tratarse con éxito la mayoría de las veces mediante intervención periférica, resultando superfluas la inyección de alcohol o la electrocoagulación del ganglio. Sin embargo, desde un punto de vista odontológico hay que decir que los casos de "neuralgia idiopática" han perdido importancia

N NEURALGIA DEL TRIGEMINO

ODONTOIATRIA

GROOS y FUNFGELD: *La neuralgia del trigémino y su tratamiento.*—

"Munch. Med. Wschr.", núm. 25-26, pág. 340. [616-833].

(1)

Lo que los autores tienen que decir sobre el particular se desvía tan considerablemente de todo lo dicho hasta ahora sobre las neuralgias del trigémino y su tratamiento, que desean exponerlo sin demora en interés de los enfermos.

Dicen que, según sus experiencias, las neuralgias del quinto par originadas por infecciones dentarias, y especialmente las conocidas formas "idiopáticas", tienen una importancia mayor de la que se les atribuye normalmente. En un material de 57 casos de neuralgias de la clínica de enfermedades nerviosas (29 hombres y 28 mujeres) se encontraron 49 veces infecciones de los maxilares provenientes de los dientes y sólo un caso de infección de los senos. De 71 enfermos de la clínica odontológica (36 hombres y 35 mujeres) se consideró, sin duda, a las osteitis de origen dentario como una fuente de las neuralgias en 56 enfermos; 11 de ellos no estaban en condiciones de ser analizados para el diagnóstico por haberseles aplicado previamente numerosas inyecciones de alcohol en el tronco nervioso o por haberseles practicado la electrocoagulación (sin resultado) del ganglio.

I. Punto de vista odontológico

Toda la literatura neurológica, quirúrgica y especialmente la odontológica contiene repetidas pruebas de que la dentadura puede ser fuente de neuralgias. Existen numerosas casuísticas que informan qué síntomas neurálgicos graves han desaparecido al eliminar la caries dental, la pulpitis y los granulomas de las raíces. Estas "molestias neurálgicas" o no senos nasales que puedan considerarse como causas de estos fuertes dolores y pueden excluirse también como causas de ellos otras enfermedades craneales, por ejemplo, tumores o enfermedades generales, por ejemplo, lúes y diabetes, se creará que hay que buscar el lugar del mal en el propio nervio, y se establece entonces el diagnóstico de neuralgia "idiopática". Dicen los autores que la mayor parte de los enfermos que pasan por su clínica ya han sufrido hace tiempo la extracción dentaria o la resección del nervio periférico. El diagnóstico de una neuralgia del trigémino "idiopática" o "genuina" o "típica" parece así confirmado. Si estos casos se investigasen de nuevo, en su mayoría se encontrarían las siguientes conclusiones características: En primer lugar, la anestesia de prueba de la conducción nerviosa libró del dolor por lo menos el tiempo que duró su acción; en segundo lugar, se encontraron en los maxilares manifestaciones roentgenológicas en forma de rarefacción o engruesamiento de las trabéculas óseas; en tercer lugar, se encontraron en la mayoría de los casos, en los maxilares, determinadas

zonas sensibles a la presión o hiperestésicas, que no correspondían, en modo alguno, a los puntos de Valleix en las salidas de los nervios, pero que coincidían con la localización de las manifestaciones roentgenológicas. Algunas veces la anamnesis demostró que se había efectuado con anterioridad una difícil extracción u otros signos de una osteitis odontógena.

Los autores dicen que cuando observaron este hallazgo por primera vez en algunos enfermos y los comprobaron anatomopatológicamente y *ex juvántibus* mediante osteotomía o resección parcial del maxilar, llegaron a la conclusión, consultando la literatura, que Melchior, director del Departamento Quirúrgico del Instituto Odontológico de Copenhague, ya en el año 1910 y en 1925, respectivamente, consideró la osteitis esclerosante y una forma destructora de la "osteitis paradentaria" crónica como causa de la neuralgia del trigémino. Más tarde confirmó también Melchior, en otra serie de enfermos, sus observaciones, y llamó de nuevo muy particularmente la atención sobre la forma esclerosante de la osteitis odontógena crónica del maxilar como causa de la neuralgia. Aunque Melchior, desde 1919, describe estos estados repetidamente que pueden presentarse bajo el cuadro de las formas graves de neuralgia idiopática, hay que concordar con él en que parece como si estas formas de osteitis crónica del maxilar fuesen desconocidas para los médicos y los odontólogos.

El fundamento de esto parece ser que Partsch, en su "Periodontitis

N NEURALGIA DEL TRIGEMINO

ODONTOIATRIA

(2)

en favor de las neuralgias del trigémino de origen periférico cuando se investiga exacta y sistemáticamente. Esto ha podido confirmarse posteriormente en algunos casos que se trataron con resultado negativo mediante coagulación del ganglio.

II. *Punto de vista neurológico*

Los libros de texto hablan de neuralgias del trigémino idiopática y sintomática; contra el concepto de formas idiopáticas se han suscitado ya dudas.

Dicen los autores que las llamadas formas idiopáticas les parecen, por lo demás, indemostradas; lo único cierto en la doctrina de las neuralgias del trigémino idiopáticas es que para que se presenten se necesita una constitución especial, que siempre se hace resaltar en la literatura, pero que nunca se explicó con detalles. Loos, por ejemplo, vió en un "sistema nervioso vasomotor anormal" la disposición especial para que se presente una neuralgia. El mismo llamado "granuloma", la misma osteitis, quedan a veces sin síntomas y se descubre casualmente como una complicación; otras veces, como demuestra la terapia, es la causa de la neuralgia que no puede eliminarse y conduce a la recidiva, a pesar de todas las medidas operatorias (exceptuando, quizá, la sección de la raíz retroganglionar), y a pesar de la electrocoagulación y extirpación

del ganglio. Existen numerosas pruebas para ello; en primer lugar, la extirpación radical de la osteitis produce la curación. Por lo tanto, tiene que existir una particular "predisposición a la neuralgia" en tales personas. Notoriamente es el portador de la sensibilidad de la región cefálica (quizá de todo el cuerpo), así como del aparato sensitivo-animal y del vegetativo. El curso sensitivotrófico normal se basa en su equilibrio y en su colaboración. Este equilibrio parece alterarse en los individuos predispuestos mediante algógenos crónicos y particularmente mediante estímulos inflamatorios, cuando éstos actúan durante bastante tiempo. Debido a esto, ataca la neuralgia del trigémino a individuos mayores que han llevado sus infecciones durante muchos años. En una parte de las observaciones bastó la eliminación de la osteitis crónica para hacer cesar las neuralgias. En otras personas no fué esto suficiente. En tales casos la terapia interna recomendada tiene que extenderse regularmente tanto al sistema animal como al vegetativo. Esto se logra con dosis ascendentes de acónito hasta alcanzar, por una parte, el límite de toxicidad, y por otra parte, mediante la aplicación diaria de inyecciones de Impletol (combinación de novocaína y cafeína). Con esta terapia interna han logrado los autores buenos resultados hasta en portadores de osteitis crónicas, cuando no era posible la operación por la edad de los pacientes o por otras contraindicaciones. Verdaderamente que también en tales casos hay que contar con recidivas.

Cuando fracasa el tratamiento de acónito e Impletol es prueba de la

no radical eliminación de la osteitis crónica. En ocasiones las recidivas que se presentan después de una extirpación total se basan en otras infecciones y generalmente se eliminan con facilidad.

No es sorprendente que la intervención periférica en el nervio produzca no raramente buenos resultados, que, en todo caso, son la mayor parte de las veces pasajeros; mediante tales intervenciones se produce un estímulo vegetativo, que está en condiciones de influenciar el trastornado equilibrio vegetativo-animal. De la misma forma actúan la cauterización del ganglio, la extirpación del mismo, etc. Los autores opinan que todas estas intervenciones quirúrgicas, en el trigémino mismo, están contraindicadas mientras un odontólogo experimentado no haya investigado cuidadosamente el maxilar clínica y radiológicamente, mientras no se haya eliminado el estímulo inflamatorio crónico y no se haya efectuado una terapia de varias semanas del modo indicado anteriormente. Naturalmente que también hace falta eliminar otras causas (infecciones de senos, infecciones generles). Dicen los autores que hasta ahora han observado muy pocos fracasos en individuos que padecían durante muchos años de neuralgias y que habían sufrido repetidas intervenciones quirúrgicas; predominaban los psicópatas graves.—*F. Ruiz Torres.*

(per "Bib. Med. Int.", 4.036.)