

# NEURALGIAS FACIALES

por

PEDRO RUIZ DE TEMIÑO

Jefe del Servicio de Estomatología de la Casa de Salud Valdecilla

Se denominan así los accesos dolorosos en el territorio inervado por el nervio trigémino. No se trata siempre realmente de una enfermedad, sino de la manifestación local de un trastorno, unas veces general y otras local. Entre las enfermedades que pueden dar lugar a esta manifestación dolorosa se encuentran la sífilis, la diabetes, malaria, paludismo, toxinas intestinales, etc. Algunas intoxicaciones, como las producidas por el plomo, tabaco, alcohol, arsénico, etc.; y y entre las causas locales más frecuentes están los dientes, alteraciones del proceso alveolar, tumores, etc.

Lo que sí es ciertamente la neuralgia del trigémino, una de las más terribles afecciones que, como dice Leriche, no precisamente porque ella mate, sino todo lo contrario, por lo que dura.

La enfermedad aparece generalmente después de los treinta años; sin embargo, no es difícil encontrar pacientes más jóvenes. Así Adson, en una estadística de la Clínica Mayo, entre 839 casos, el más joven tenía diecisiete años, y el más viejo, ochenta y ocho. Nosotros hemos tratado una neuralgia del dentario inferior en un joven de diecinueve años. Algunas veces hay períodos de remisión en el curso de la enfermedad, aunque no es esto lo frecuente, pues suele ocurrir que, a pesar del tratamiento, estos períodos sin dolor sean cada vez más cortos, al mismo tiempo que éste aumenta en intensidad. Ante una crisis dolorosa de un enfermo neurálgico, el médico padece también una verdadera angustia, compensada sobradamente cuando mediante el tratamiento consigue la desaparición del dolor. La personalidad del enfermo se transforma: se hace retraído, no habla, se alimenta poco; en fin, evita toda la acción que pueda despertar su dolor. Ninguna enfermedad conduce al suicidio con más frecuencia que la neuralgia, lo que nos indica cuán terrible es este padecimiento.

Corrientemente, esta afección es de un solo lado; pero no es infrecuente hallar neuralgias bilaterales. Así, Cushing da del 4 % al 5 %, y Frazier, el 2 %.

Se clasifican las neuralgias del trigémino, desde el punto de vista práctico, o sea por el tratamiento a seguir, en secundarias o, según Partsch, dolores faciales neuralgiformes, aquellas en las que es posible descubrir una causa, sea general o local, y esenciales, verdaderas o genuinas, aquellas en las que, por no encontrar causa aparente, hay que considerar se trata de una enfermedad propia del mismo nervio.

Las neuralgias secundarias tienen como causa desencadenante o enfermedades generales, en cuyo caso el tratamiento de ésta debe

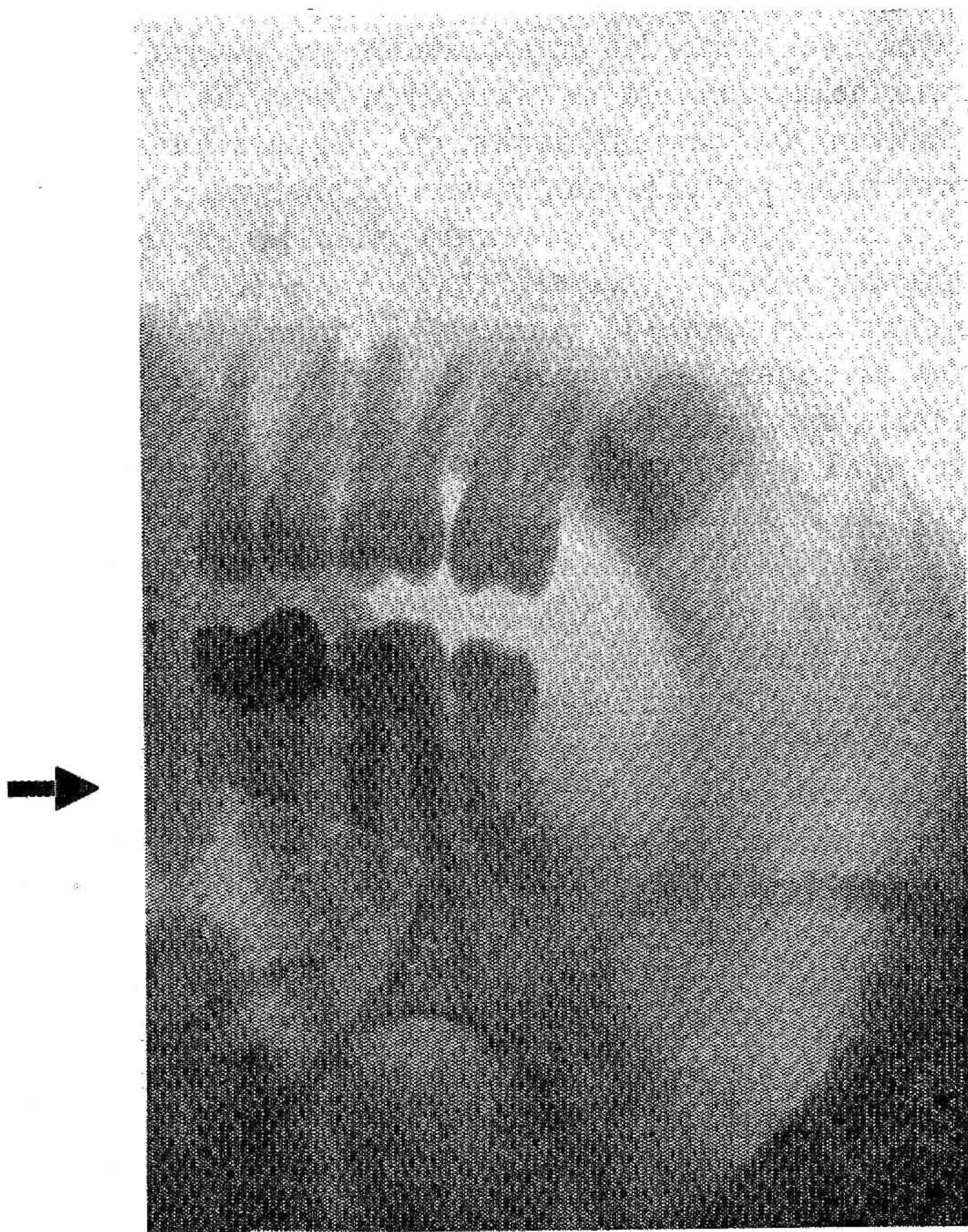


FIG. 1.—Cordal inferior incluido, causante de una neuralgia del trigémino (tercera rama), con accesos dolorosos, frecuentes en la zona del nervio dentario inferior

llevar a la curación de la primera y deben ser tratadas por el internista o neurólogo, según los casos, o causas locales que radican principalmente en la cavidad bucal, maxilares o territorios inmediatos, y es de las que nosotros vamos a hacer un estudio especial.

Una de las causas locales más frecuentes son los dientes, unas veces sanos, como ocurre en el caso de inclusiones, representados en las radiografías números 1 a 5. La número 1 corresponde a un molar de juicio, sano, totalmente incluido en posición normal, que pro-

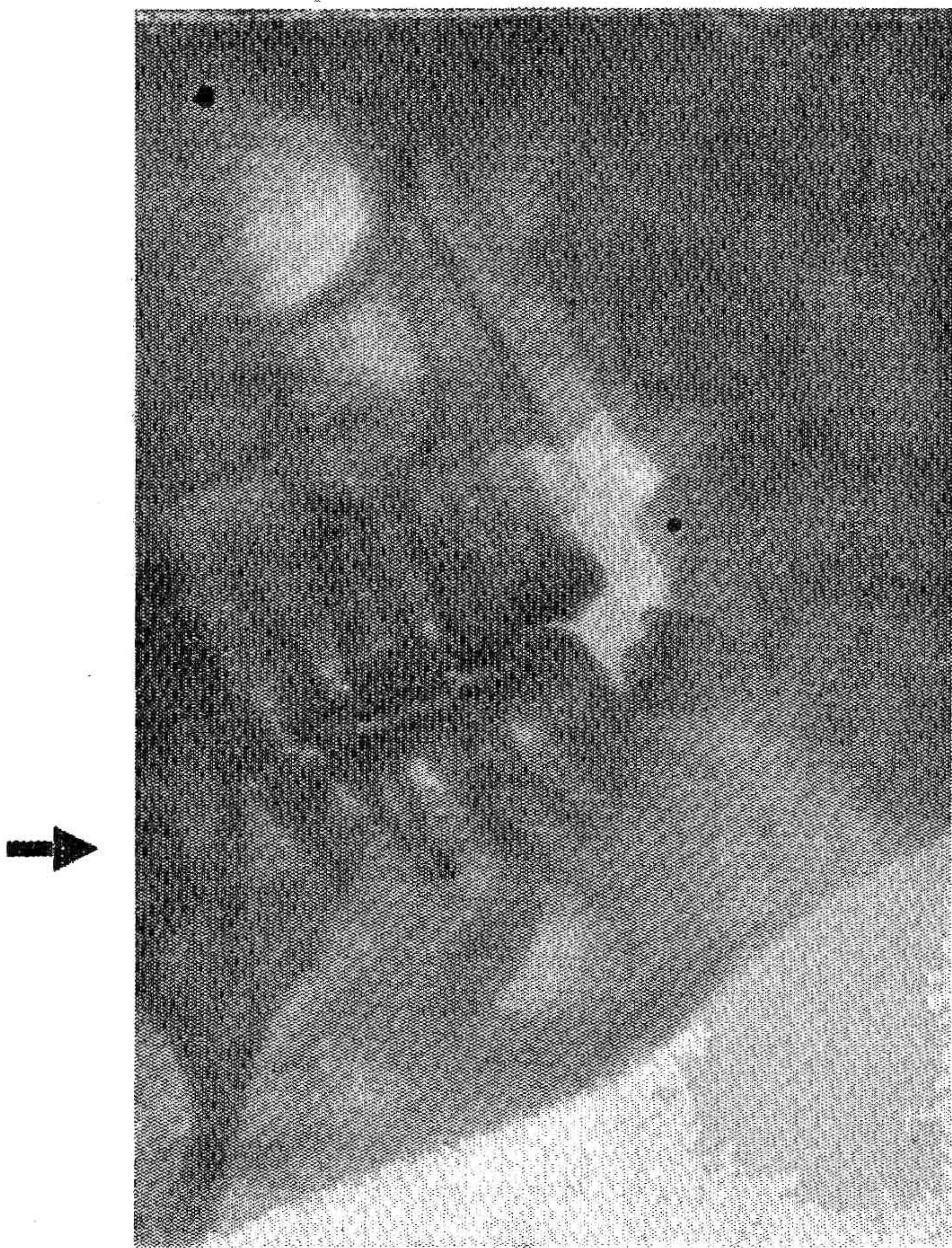


FIG. 2.—Canino inferior incluido, que producía una sintomatología parecida al caso anterior

ducía una neuralgia de la tercera rama, con accesos dolorosos frecuentes en la zona del nervio dentario inferior, irradiados al oído del mismo lado. Es posible que hubiera una compresión del nervio dentario. La anestesia en la espina de Spix hizo desaparecer el dolor, y con la extracción del molar se consiguió una curación definitiva. La figura 2 corresponde a un canino inferior incluído que producía una sintomatología muy parecida a la anterior. La extracción hecha por cara vestibular nos confirmó lo que en la radiografía se sospecha. La punta coronaria del canino presionaba el ápice del primer molar, junto al filete radicular. Eliminado el diente desaparecieron los dolores a los pocos días. La figura 3 representa otro canino in-

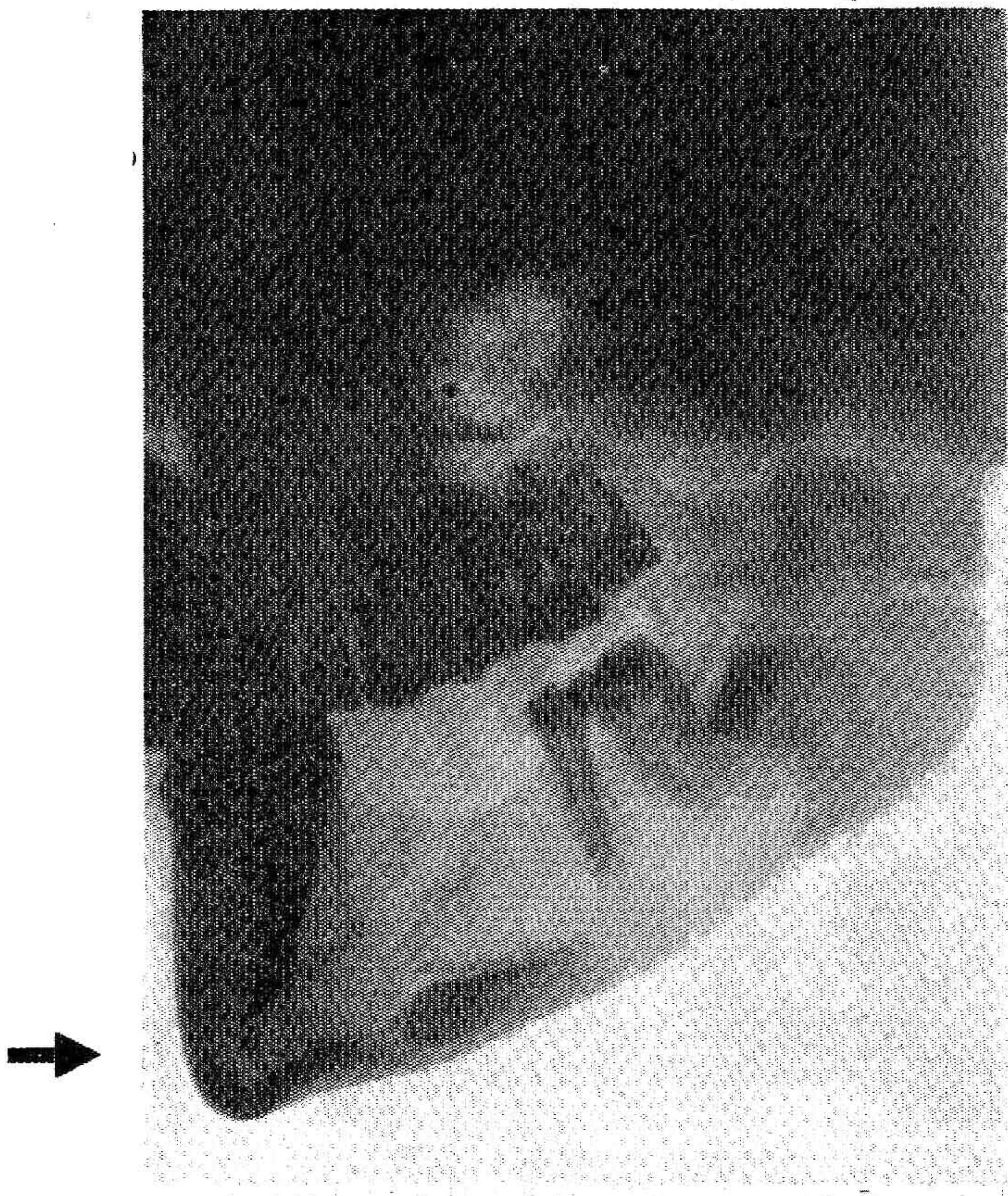


FIG. 3.—Canino incluído, que producía una neuralgia

cluído, que posiblemente, por el mecanismo de compresión que los anteriores, producía asimismo una neuralgia. En este mismo paciente se observa una inclusión de molar de juicio que no interviene para nada en la producción de la neuralgia, ya que fué la extracción del canino, hecha en primer lugar, la que hizo desaparecer el dolor. En la figura 4 vemos un molar parcialmente incluído, con comunicación a la cavidad bucal. Posiblemente la infección secundaria era la causa, ya que la extracción del diente fué seguida de la desaparición del dolor. La figura 5 corresponde a un enfermo que presentaba una neuralgia que localizaba mal, refiriendo alguna vez los dolores a ambos lados de la cara. Se hizo la extracción de los dos caninos incluídos simultáneamente, desapareciendo el dolor.

En otros casos se trata de dientes con caries, visibles a la exploración directa, pero con frecuencia solamente la radiografía nos las muestra, ya que pueden estar situadas en una zona que escapa a la exploración superficial. Normalmente ha de estar afectada la pulpa, aunque es curioso el caso presentado por Corbell y Galei de un enfermo afectado de una neuralgia sintomática grave por la intensidad de los dolores, que se irradiaban a toda la mitad izquierda de la cara, más acentuados a nivel del maxilar inferior y con crisis frecuentes. La exploración bucal no revela ninguna alteración a primera vista, pero en una más minuciosa se encuentra una fisura en



FIG. 4.—Molar parcialmente incluído, cuya infección secundaria fué causa del dolor

la cara oclusal del primer molar inferior, y al explorar esta fisura se pudo desencadenar un acceso doloroso con todas las características, trastornos vasomotores, etc., y dolor muy vivo irradiado a la región izquierda, no quedando más que confirmar el diagnóstico por el resultado del tratamiento, como así fué, siendo además éste conservador. Se trató la caries con nitrato de plata, sin alteración de la

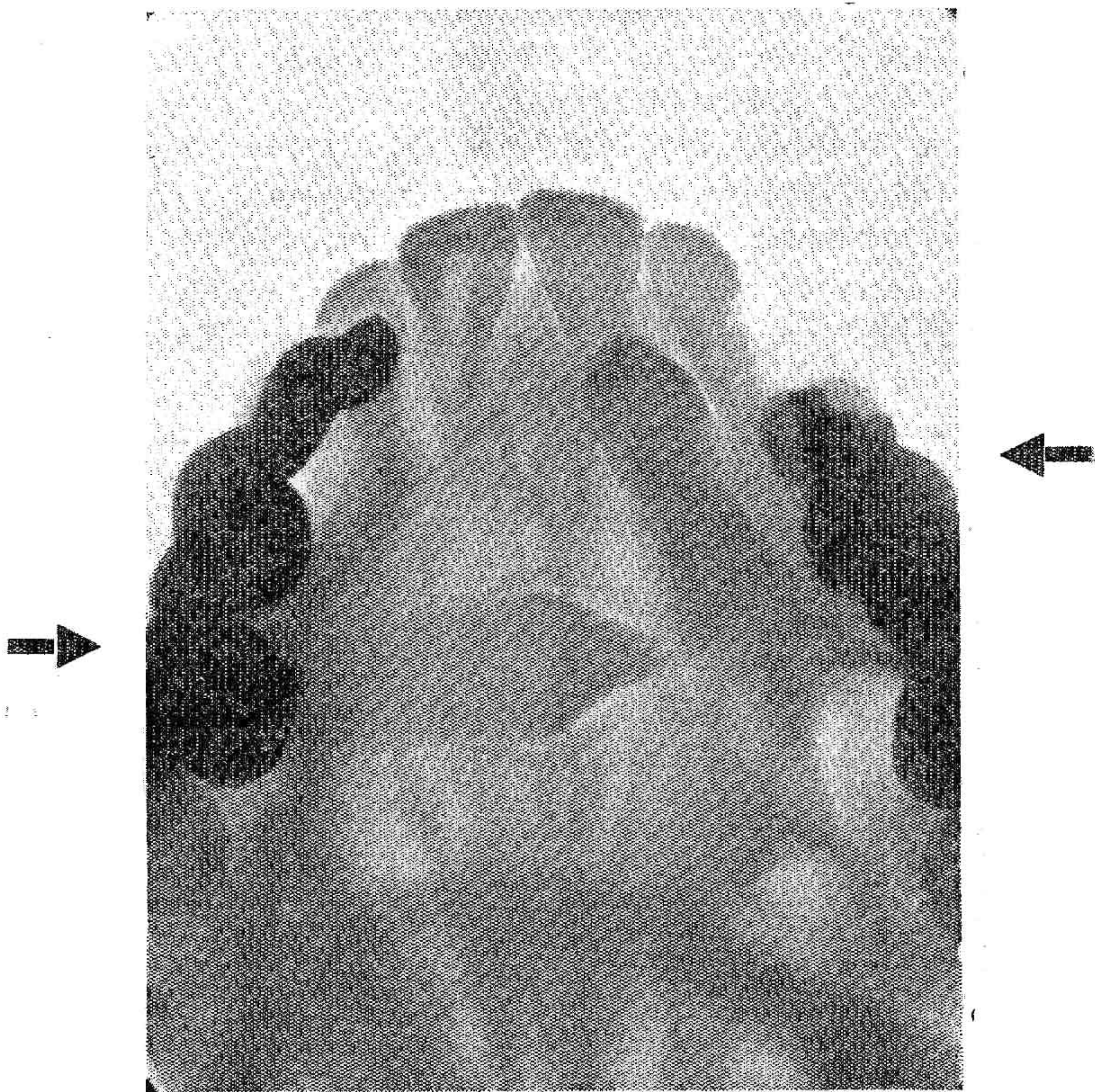


FIG. 5.—Inclusión de ambos caninos con sintomatología, que el enfermo refería a ambos lados de la cara. Con la extracción desapareció el dolor

pulpa dentaria, y se obturó primero provisional y después definitivamente al no reaparecer el dolor durante bastantes días que se tuvo en observación. Este caso tiene el interés de ser la primera comuni-

cación en que una caries superficial con pulpa sana haya sido la causa desencadenante de una neuralgia, y el haber sido confirmado por el éxito del tratamiento.

Son, sin embargo, los dientes con caries profundas en que está interesada la pulpa los que pueden, con frecuencia, dar lugar a una neuralgia, y hay que hacer un diagnóstico diferencial de las pulpitis.

Estas aparecen también de un modo fulminante; pero, a diferencia de la verdadera neuralgia, en ellas el dolor persiste durante más tiempo, incluso horas, y suelen presentarse durante el sueño,

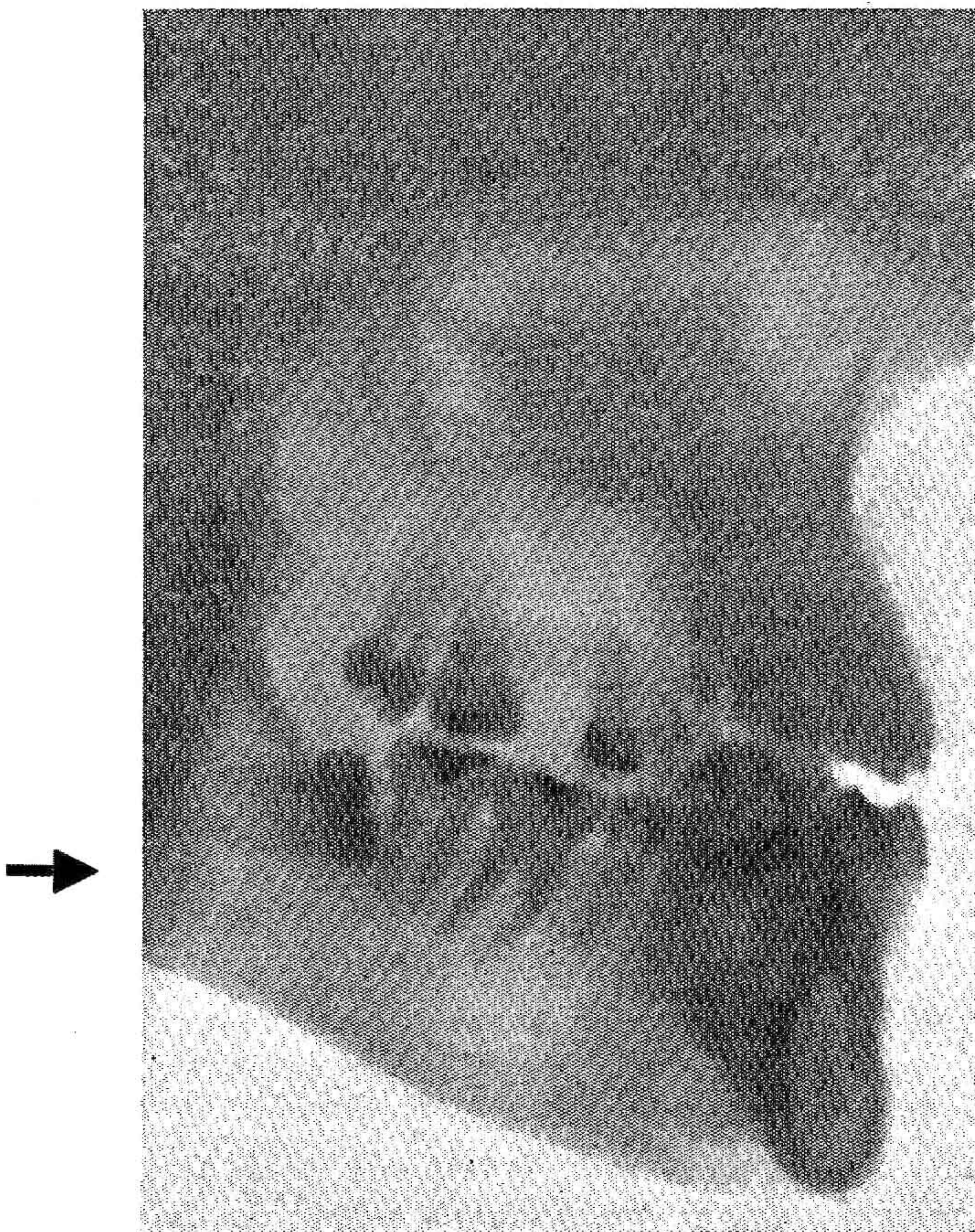


FIG. 6.—Inclusión de un molar del juicio, causante de igual sintomatología

cosa rara en las verdaderas neuralgias, aparte de las formas muy graves. La figura 6 corresponde a un enfermo afecto de una neuralgia consecutiva a una inclusión de un molar de juicio, aunque no fuera éste directamente el desencadenante de la neuralgia, sino la caries penetrante producida por compresión sobre la cara distal de la raíz del segundo molar, no siendo suficiente la extracción del molar incluído para la curación, que no se verificó hasta que una exploración minuciosa de la raíz del segundo molar nos reveló era allí donde radicaba la causa. En la figura 7 vemos, asimismo, un caso idéntico, con caries producida en la corona del segundo molar por la compresión de la muela de juicio incluída.



FIG. 4.—Caries producida en la corona del segundo molar inferior por la compresión del tercero incluído

Otras veces se trata de nódulos pulpaes, como los representados en la figura 8, y que por no producir alteración visible alguna en el diente pasan fácilmente desapercibidos.

Los dientes con pulpa muerta o los restos de raíces dentarios son también a menudo causa de una neuralgia secundaria. La figura 9 nos muestra una radiografía correspondiente a un enfermo afecto de una neuralgia provocada por infección apical en unos dientes sin

caries, cuya pulpa se había necrosado a causa de un traumatismo antiguo. En la figura 10 vemos una raíz dentaria abandonada debajo de una prótesis fija, y en la figura 11, un relleno de canal dentario que rebasa la zona apical, produciendo una irritación en la zona periapical. En todos ellos la neuralgia desapareció después de realizada la extracción correspondiente.

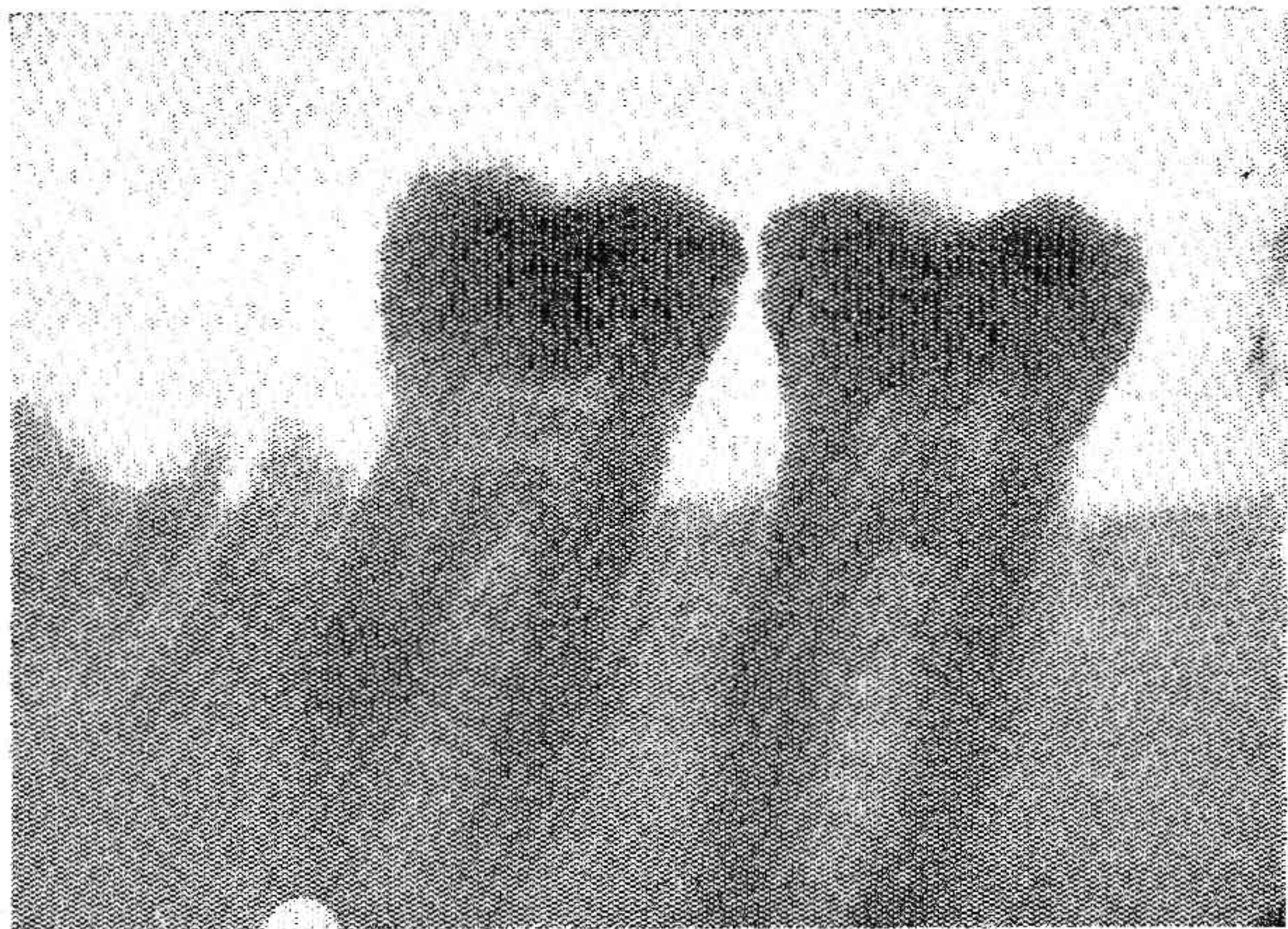


FIG. 8.—Nódulos pulpaes que, por no producir alteración visible alguna en el diente, pasan fácilmente desapercibidos

La figura 12 corresponde a un paciente que aquejaba la misma enfermedad producida por una cementosis, y que curó después de la extracción del diente.

No es raro tampoco que la causa sea una cresta ósea que actúa de espina irritativa, frecuente cuando se hacen extracciones múltiples.

También hemos visto algún caso, aunque no podemos precisar si se trata de una verdadera neuralgia.

Se señalan también por diversos autores otras causas, como fracturas antiguas, cuerpos extraños e incluso alvéolos vacíos por extracciones hechas mucho tiempo antes.

Después de esto no queda sino señalar la importancia en toda neuralgia de una exploración completa, incluyendo radiografías de los maxilares y sus anejos, como los senos.

La neuralgia esencial o verdadera es aquella afección que por no poder descubrir alguna causa tenemos que admitir se trata de una enfermedad del propio nervio, que puede ser central o periférica. Dice Sicard: "La posibilidad de curar una neuralgia de origen central por una intervención periférica tiene, además del interés práctico, un interés teórico considerable que nos permite pensar que la llamada neuralgia esencial del trigémino y las algias secundarias de origen central no son afecciones de naturaleza radicalmente diferentes, y que una aproximación fisiopatológica entre ambas es concebible. Parece existir, además, una causa predisponente constitucional y hereditaria."

El orden de frecuencia para las distintas ramas terminales dado por casi todos los autores es el siguiente: mentoniano, en primer lugar, siguiendo después el infraorbitario, lingual, supraorbitario y auriculo-temporal.

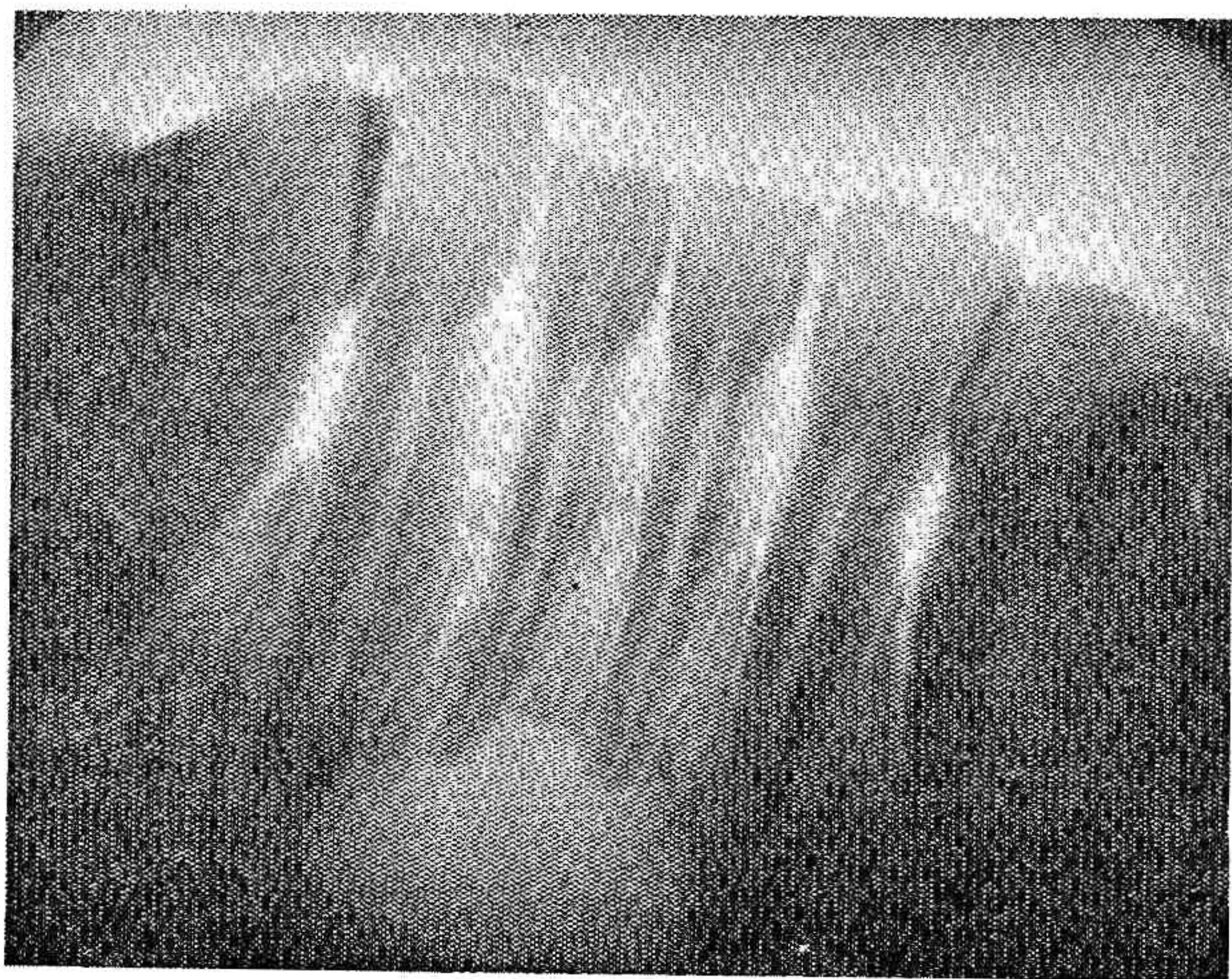


FIG. 9.—Infección apical determinante de una neuralgia. La pulpa, necrosada a causa de un traumatismo antiguo, fué la causa

En el comienzo de la enfermedad es frecuente que el enfermo refiera el sitio doloroso, correspondiendo exactamente a la zona del afectado. Sin embargo, cuando ésta ha avanzado más o en sus formas más graves, el dolor puede aparecer por irritación de zonas ale-

jadas y no ser bien referido, lo que representa una gran dificultad para localizar el nervio afectado y, por lo tanto, ser también un inconveniente para el tratamiento.

La inyección con novocaína de las distintas ramas terminales sucesivamente, unido a una minuciosa anamnesis después de haber eliminado mediante radiografía, análisis, etc., la existencia de una causa local, nos llevará al diagnóstico correcto y localización de la rama o ramas afectadas. Por lo que respecta a la anestesia, obraremos con el siguiente proceder: si hemos llegado a la conclusión de que se trata de una neuralgia de la tercera rama, haremos una anestesia del agujero mentoniano con novocaína al 2 %. Si una vez conseguida ésta los dolores continúan, procederemos igualmente a anestesiar el nervio en la espina de Spix; y si tampoco esto es suficiente, llegaremos al agujero oval. Si se tratara de la segunda rama seguiríamos la misma norma, yendo de la periferia al centro.

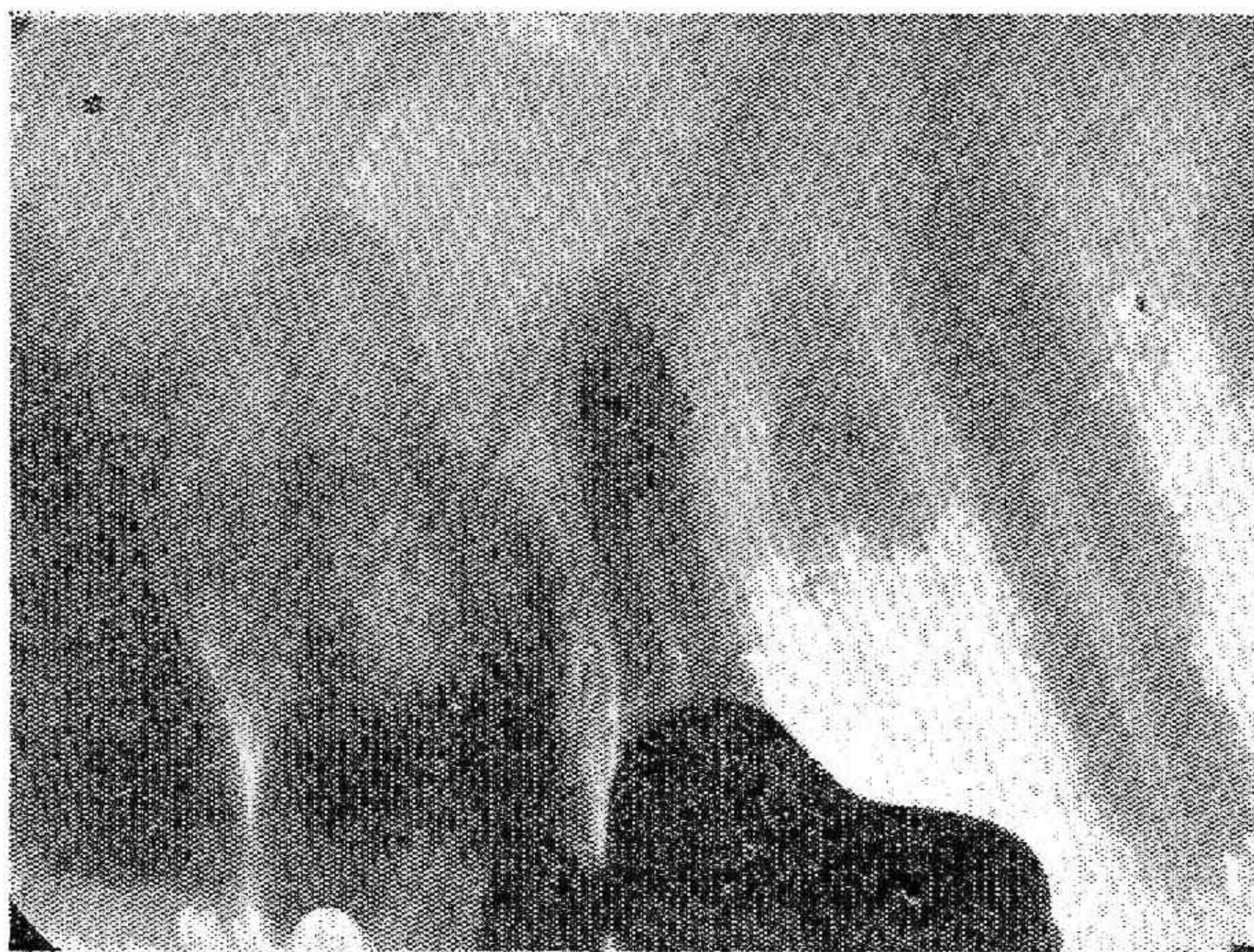


FIG. 10.—Raíz abandonada, bajo una prótesis fija, que causó una neuralgia del trigémino

Sentado el diagnóstico y localización, no queda sino hacer un tratamiento. Este ha de iniciarse gradualmente, comenzando por la medicación más sencilla y suave, pues algunos casos de neuralgia verdadera ceden a estos tratamientos; lo que ocurre es que éstos son iniciados siempre por el médico general y enviados al especialista solamente aquellos que no responden a él. Por tanto, los enfermos cu-

rados por estos sencillos procedimientos no pasan por nuestras consultas, no pudiendo hacer una estadística del tanto por ciento de estas curaciones. Citaremos en esta terapéutica sencilla el calor con envolturas, saquitos, bolsas eléctricas, etc., unidos a los antineurálgicos, como aspirina, etc. De todas maneras, estos tratamientos no deben prolongarse, y si no se advierte una mejoría rápida se debe acudir al único eficaz, que es la interrupción de la rama nerviosa por los tres procedimientos de que disponemos en la actualidad: inyección de alcohol, electrocoagulación o quirúrgico. Como dicen De Seze y Sicard: "Toda neuralgia facial que se presenta bajo la forma de acceso doloroso intermitente, sobre todo cuando se desencadena por excitaciones periféricas, puede ser curada con inyección de alcohol o por neurotromía retrogasseriana." Philippides dice, a propósito del tratamiento: "Tres métodos principales se emplean actualmente para tratar la neuralgia facial: la sección retrogasseriana, que según él es el método más seguro; la alcoholización, método tenido por inofensivo, pero que a menudo produce la destrucción de la primera rama con sus consecuencias oftálmicas (se refiere, naturalmente, a la inyección en el ganglio de Gasser y no en ramas terminales), y, en fin, la coagulación, con la que él ha tratado más de 150 casos, con la que se puede respetar la primera rama, no habiendo tenido ningún caso de muerte. La electrocoagulación, debida a Kirschener, tiene la ventaja de poder hacer una dosificación individual, pero necesita una técnica muy precisa con control radiográfico y el empleo de instrumental especial.

La idea de inyectar alcohol en contacto con las ramificaciones nerviosas del trigémino data de hace unos cincuenta años. En 1902, Verger y Pitres comunican la inyección de alcohol en dos casos de neuralgias faciales rebeldes. Los buenos resultados obtenidos por estos autores hacen que este tratamiento se extienda rápidamente, y son numerosas las comunicaciones que desde entonces se presentan. Posteriormente, Schioesser inyecta alcohol en los troncos nerviosos a la salida del ganglio de Gasser.

En 1908, Sicard indica también que la inyección de los troncos periféricos puede, en la mayor parte de los casos, ser de gran utilidad. Divide los orificios o canales de emergencia del trigémino en tres grupos: el grupo periférico, que comprende los orificios supra-orbitarios, infraorbitario y mentoniano; el grupo medio con los canales del diploe de los dos maxilares, superior e inferior, el canal dentario en su origen espinal, y el canal palatino posterior. Y en el

grupo profundo con los primeros grupos son fáciles e inofensivas, y en la mayoría de los casos, por lo menos en el comienzo de la enfermedad, curativas por más o menos tiempo, que dependerá de la destrucción nerviosa en mayor o menor extensión, y de otros factores no conocidos. La desaparición del dolor no es a menudo inmediata a la inyección. A veces pasan tres o cuatro días antes de que la remisión sea completa. Normalmente suele presentarse un edema bastante intenso.



FIG. 11.—Relleno del canal radicular que rebasa el ápice, cuya extracción acabó con la neuralgia

Polo Arago utiliza para la inyección en el agujero oval la vía retrovestibular intrabucal, siguiendo la técnica que describe en su trabajo publicado el año 1945, y con buenos resultados. También sigue la norma de inyectar las terminaciones nerviosas en las fases de comienzo de la enfermedad; pero en las formas estabilizadas cree es mejor desde el principio actuar sobre los troncos nerviosos en los agujeros oval o redondo, y hace constar que rara vez se ha visto obligado a hacer la inyección en pleno ganglio de Gasser, a pesar de haber tratado más de 400 casos.

Como tratamiento curioso, del que nosotros no tenemos ninguna experiencia, mencionaremos el citado por M. Hamon: se trata de tres casos de neuralgia facial, tratados y curados mediante enfriamiento, siguiendo la técnica siguiente: se proyecta un chorro de clo-

ruro de etilo en la punta de la apófisis mastoides, favoreciendo la evaporación con la inyección simultánea de aire comprimido, durante un minuto aproximadamente. Se forma una pequeña capa de hielo sobre la piel, que queda isquemiada y con bordes violáceos alrededor. Para evitar la formación de un esfacelo, recomienda proteger la piel con vaselina y, al terminar la intervención, hacer un masaje hasta la desaparición de la consistencia acartonada. Localmente se produce una pequeña escara que bien pronto desaparece, dejando una breve cicatriz. El autor reconoce que no puede dar una explicación científica racional; pero, sin embargo, hace constar que en los tres casos así tratados por él consiguió la curación permanente.

Nosotros hemos visto y tratado 32 casos de neuralgia esencial, todos ellos con inyección de alcohol en las ramas terminales, habiendo conseguido en todos, excepto en uno que se negó a seguir siendo tratado, remisiones del dolor, como término medio, de doce a dieciocho meses, todos ellos en un período de enfermedad entre los cuatro y los doce años.

Empleamos una fórmula a base de alcohol, mentol y novocaína, y antes de inyectar el alcohol hacemos anestesia con novocaína al 4 %. Como dato interesante citaremos el de un enfermo de cincuenta años, con una neuralgia del nervio dentario inferior. Hacemos una inyección con alcohol, siguiendo la técnica corriente, en el agujero mentoniano. Desaparecen completamente los dolores. Visto nuevamente el enfermo a los doce meses, presenta una recidiva con caracteres mucho más violentos que la vez anterior. Difícilmente puede el paciente abrir la boca sin que se presente el acceso doloroso. Hacemos una anestesia del dentario en la espina Spix y, una vez desaparecido el dolor, volvemos a inyectar alcohol en el agujero mentoniano; a pesar de la anestesia perfecta del nervio dentario, al inyectar el alcohol se presenta un acceso muy doloroso, siendo necesario, en días sucesivos, repetir la inyección por tres veces. Cuando ya desconfiábamos del éxito terapéutico, a los ocho días de la última inyección queda completamente insensibilizado. Han transcurrido desde entonces tres años y sabemos que el enfermo se encuentra bien, sin que haya reaparecido su neuralgia.

Otro caso de algún interés también es el de una mujer de cuarenta años, con una neuralgia esencial de infraorbitario y dentario inferior. Después de la inyección de alcohol en el agujero mentoniano e infraorbitario desaparecen los dolores, excepto en una pe-

queña zona de comisura bucal en la mucosa de la mejilla, y desaparece completamente el dolor, que reaparece al cabo de algunas horas, al eliminar el anestésico. Entonces inyectamos 1/2 c. c. de la solución alcohólica en el lugar del bucal, y a pesar de ser partes blandas desaparece el dolor permanente, no presentándose más alteración que un pequeño edema que, asimismo, cede al cabo de algunos días.

El resumen de las historias de estos 32 enfermos es el siguiente: de ellos, 14 eran hombres, y 18, mujeres; la edad osciló entre uno de diecinueve años (el más joven) y otro de ochenta (el más viejo), predominando la edad para la mayoría, de cuarenta a 50 años.



FIG. 12.—Cementosis del segundo bicúspide determinante de la neuralgia, que curó con la extracción del diente

La localización ha sido como sigue: 14 veces en el dentario inferior; 11 veces en el infraorbitario; una vez solamente en supraorbitario, para los que estaba afectada una sola rama; en un caso se trata de las dos ramas con localización en dentario infraorbitario y supraorbitario; en cuatro casos se trata de dentario e infraorbitario, y en otro estaban asociados el infraorbitario y el supraorbitario.

Aunque el número de casos visto no sea grande, podemos sentar las siguientes conclusiones: según nuestra experiencia, el tratamiento con las inyecciones esclerosantes de alcohol en las ramas termina-

les da buenos resultados. La técnica es sencilla y no se presentan complicaciones. Es conveniente utilizar en la práctica diaria, para otras intervenciones, la anestesia troncular en mentoniano, dentario e infra-orbitario y supraorbitario, así como en los agujeros oval y redondo, para crear un hábito fácil o, como hacemos en nuestro Servicio, para tener una práctica que nos será muy útil cuando tengamos que emplear las inyecciones neurolíticas.

La exploración radiográfica es absolutamente necesaria para poder hacer el diagnóstico diferencial entre la neuralgia secundaria y la esencial.

#### BIBLIOGRAFIA

Philippides: *Du traitement de la neuralgie faciale par l'electrocoagulación*. "La Pres. med." (París), vol. 55, núm. 37, 1947.—Corbeil et Galei: *Un cas de nevralgie symptomatique*. "Rev. de Stomat", 322, 1947.—Rochette: *Deux cas de nevralgie faciale essentielle traites par les injections neurolysantes d'alcohol*. "Rev. Stomat", 1931.—Leriche, R.: "La Chirurgie de la douleur".—De Seze et Sicard: *Neurologie faciale secondaire d'origine centrale guerrie par la neurotomie retro-gasserienne*. "Soc. Med. des Hospitaux", 1944.—Polo Arago, C.: *Neuralgia facial esencial. Consideraciones clínicas. Tratamiento neurolítico*. "Anales españ. de Odontoestomat.", 1945.

---

*Disostosis endocraneal en cuatro hermanos*.—En este artículo se describe el cuadro clásico de la disostosis cleidocraneal. De modo característico, ese cuadro muestra braquicefalia, aplasia clavicular, fontanelas abiertas, huesos wormianos y transmisión hereditaria. Para el dentista, tienen interés la presencia de dientes supernumerarios, la ausencia de algunos dientes, erupción dilatada y la impactación múltiple.

Se detallan en este trabajo los historiales clínicos de los casos de cuatro hermanos; y se defiende la opinión de que esos defectos tienen lugar como mutantes y se transmiten como factores mendelianos predominantes. En los cuatro hermanos se observaba mala oclusión de la clase Angle III e imperfecto desarrollo del hueso maxilar. Esto, por añadidura a las otras características dentales ordinarias en tales casos, hacen el pronóstico desfavorable para la rehabilitación dental.

(Sandler, Henry C., "American Journal of Orthodontics", 37, p. 548, agosto 1951.)