

* LAS SIMPATALGIAS FACIALES (*)

por

Juan José Barcia Goyanes

Catedrático de Medicina, Jefe del Servicio de Neurología
del Hospital Provincial de Valencia

LA intervención del simpático en la conducción de los estímulos dolorosos está hoy lejos de toda duda. Como es sabido, nos hallamos, en primer lugar, ya muy lejos de los tiempos en que la ley de Magendie-Bell se podía mantener en toda su pureza. Hoy sabemos—y es a FOERSTER a quien debemos los datos más decisivos por lo que a la patología humana se refiere—que las raíces anteriores conducen a estímulos aferentes a la médula. No sólo la sección de tales raíces y el estímulo del cabo central produce dolor, sino que el fracaso de la sección de las solas raíces posteriores en el tratamiento de numerosas neuralgias—especialmente cervicales—ha demostrado que existen esas vías centrípetas. Lo que todavía se discute es si las neuronas de tales vías se encuentran todas en los ganglios raquídeos o en parte en éstos y en parte en los ganglios paravertebrales del simpático. Las ideas de RANSON de que todas las fibras de pequeño calibre que se encuentran en las raíces posteriores pertenecen al simpático, harían mucho más probable esta segunda posibilidad además de venir a atribuir al simpático un papel fundamental en la conducción del dolor. Aun sin aceptarlas íntegramente, es lo cierto que poco a poco se ha ido abriendo camino la idea de que el simpático tiene una importancia considerable en tal conducción. Y ello, mejor que en la médula, en la que al fin y a la postre todas las vías centrípetas y centrífugas van a reunirse en los pares nerviosos que forman el mielómero, se puede estudiar en la cabeza en donde hay, como es sabido, una considerable independencia en las vías de conducción de los diferentes tipos de sensibilidad.

(*) Nota breve sobre el estudio de las "Simpatalgias faciales".

Poco a poco la clínica nos ha ido enseñando que en los síndromes dolorosos de la cara había que distinguir dos grupos totalmente opuestos por sus características sintomáticas y por los nervios vectores de los estímulos determinantes de los mismos. En uno de ellos se pueden agrupar las diferentes neuralgias atribuibles a los nervios conductores de la sensibilidad general —trigémino, glosopalatino, glosofaríngeo, pneumogástrico—; de otra, los síndromes dolorosos dependientes del simpático cervical a cuyo cargo corre la inervación simpática de la cabeza.

Las neuralgias dependientes de los nervios del sistema de relación tienen las siguientes características:

- 1.ª Zona de irradiación precisa y coincidente con el trayecto de nervio o la rama afecta.
- 2.ª Dolor intermitente, con intervalos totalmente libres y accesos dolorosos generalmente breves.
- 3.ª Rara presentación de manifestaciones neurovegetativas concomitantes, enrojecimiento, palidez, secreción salivar, sudoral o lagrimal.
- 4.ª Independencia entre la aparición de los accesos y el estado afectivo.

En contra de estas características se señalan para los síndromes dolorosos dependientes del sistema nervioso simpático, las llamadas *simpatalgias*, otras totalmente distintas. He aquí la descripción que hace LERICHE en su magnífica "Cirugía del dolor": "No se trata de dolores intermitentes, sino de dolores continuos, difusos, permanentes, a menudo de carácter ardiente, verdaderas causalgias faciales que el frío o el calor despiertan o exacerban, así como la emoción o la inquietud, es decir, que representan un carácter afectivo. Por el contrario, los movimientos de la cara no tendrían la acción provocadora que ejercen en la neuralgia del trigémino. Los trastornos dolorosos desbordan ampliamente la cara y se extienden a la nuca, al occipucio, al cuello, al hombro y descenden a veces por el miembro superior, y a veces se asocian trastornos vasomotores, congestión del rostro, de la conjuntiva y de la pituitaria."

Esta descripción transcrita por LERICHE siguiendo a St-

CARD y TINE es, como el propio LERICHE sospecha, demasiado esquemática. Si las cosas fueran así, toda confusión entre ambas afecciones sería imposible. Pero, a nuestro juicio, esa descripción corresponde más bien a lo que podríamos llamar *síndrome doloroso del ganglio estrellado*. Por nuestra parte hemos tenido que presenciar varios de estos síndromes, uno de los cuales fué intervenido con extirpación del ganglio estrellado que determinó la curación, que persiste hace más de dos años. Se trataba de una señora de mediana edad en la que, desde varios años atrás, se presentaban crisis dolorosas que abarcaban la hemicara izquierda, el hombro y el brazo izquierdos y en ocasiones la región precordial. Reiterados exámenes no habían demostrado ninguna alteración del aparato cardiovascular ni de la cúpula pleural. Las crisis presentaban una duración variable desde quince minutos a varias horas; en los intervalos no había una acalmia absoluta sino que quedaba un cierto dolorimiento de la zona afecta y una sensación de acorchamiento en la misma. En ocasiones las crisis iban acompañadas de enrojecimiento conjuntival, no de salivación ni hiperhidrosis.

Pero al lado de estos cuadros, nos encontramos otros, para nosotros los que merecen realmente el nombre de *simpatalgias faciales* que en nada se parecen al descrito. Se trata de dolores difusos, sordos, a veces de carácter urgente, cuya localización es difícil, pero que recuerda vagamente el de las ramas terminales de la carótida externa, propagándose hacia el maxilar interna y sus ramas, especialmente la dentaria inferior, o bien al territorio de la temporal superficial y en ocasiones al de la facial. En un caso personal existía un cierto ritmo, alternando entre el territorio de la dentaria inferior y el de la temporal; cuando se agudizaba el dolor en uno se atenuaba en el otro, sin desaparecer nunca por completo. Estos dolores no tienen, por lo menos en los casos vistos por nosotros, la acuidad de los de la neuralgia del trigémino o del síndrome del ganglio estrellado. No van acompañados tampoco de los aparatosos trastornos vegetativos que suelen ser concomitantes de este último. El dolor es descrito por los enfermos como soportable, pero su persistencia los desazona y preocupa, impidiéndoles muchas ve-

ces el sueño y obligándoles a apelar al uso de calmantes. Tales dolores son, a veces, simultáneos, con la existencia de verdaderas neuralgias del trigémino, siendo en tales casos perfectamente discriminables ambas especies de dolor. El enfermo describe muy bien sus crisis dolorosas del V par, con su carácter lancinante, de descarga eléctrica, que dura unos instantes para cesar por completo durante un intervalo más o menos largo. Es en esas fases libres cuando se hace más perceptible el dolor sordo y difuso de la simpatalgia. Conviene conocer tales casos, porque se ha dicho repetidas veces, y es cierto, que la continuidad del dolor excluye el diagnóstico de neuralgia del trigémino. Pero no basta que el enfermo nos diga que el dolor no le abandona nunca. Es necesario que insistamos en nuestro interrogatorio en busca de la posible coexistencia de crisis neuralgiformes con el síndrome doloroso de la simpatalgia facial. Claro es que en estos casos son también de un difícil pronóstico. En ocasiones la neurotomía retrogasseriana suprime radicalmente ambos tipos de dolor; en otras cesan las crisis neuralgias y persiste la simpatalgia. Hay, por último, simpatalgias que se presentan después de la neurotemía retrogasseriana, sin que antes de ella se hubieran presentado. Por mi parte he tenido dos casos de este tipo. En uno de ellos, el enfermo, que llevaba varios años de sufrir una violenta neuralgia de las ramas II y III, me contaba que en el momento en “que le toqué el nervio” durante la intervención realizada con anestesia local y anestesia base con escofedal, sintió que le empezaba un dolor en la cara, que persistió desde entonces. Al preguntarle nosotros si no era el mismo dolor que tenía antes, nos contestó muy extrañado:

—¡Pero si antes no tenía dolor!

Los extrañados fuimos entonces nosotros, y por un momento quedamos totalmente perplejos. La cosa se aclaró al decirnos el enfermo que lo que tenía antes de la operación eran violentas descargas como de electricidad en cuanto se tocaba la cara. A esas descargas no las calificaba como dolor, a pesar del carácter displaciente en extremo que tenían y que le había llevado a hacer un largo viaje—era de Almería—y un sacrificio considerable para su modesta condición en busca de ali-

vio. Sin entrar a discutir la nomenclatura de sus sensaciones que el enfermo utilizaba, queda bien clara la diferencia de ambas. Tengo para mí que el elemento determinante de tales simpatalgias postoperatorias no debe ser la intervención sobre el trigémino, sino más probablemente las manipulaciones sobre la meníngea media.

Se podrá discutir lo adecuado de la nomenclatura que empleamos para distinguir los dos síndromes; pero lo que nos parece indiscutible es que se trata, no sólo de dos cuadros clínicamente distintos, sino que además su causa es también diferente, aun cuando en uno y otro caso localizada en el simpático. En las que llamamos *simpatalgias faciales* debe tratarse de modificaciones en las terminaciones simpáticas de las arterias cefálicas, más concretamente, faciales, mientras que en el *síndrome del ganglio estrellado* debe ser éste el afectado. En todo caso se hace preciso ir introduciendo alguna discriminación en lo que hasta ahora ha sido un cajón de sastre. Y no hablamos aquí de las simpatalgias sintomáticas de procesos muy variados como, por ejemplo, las algias anginosas, que en ocasiones pueden proyectarse también en la cara. Recordamos a este respecto un enfermo de cincuenta y tantos años que vino a consultarse por crisis dolorosas en ambos lados de la mandíbula inferior. Se trataba de un hipertenso arrítmico y diagnosticamos una simpatalgia sintomática de *ángor pectoris*, recomendándole lo viese un internista. Poco tiempo después sucumbía de un ataque anginoso típico.

Resumiendo: Independientemente de las neuralgias faciales de los nervios mixtos que tienen a su cargo la inervación de la cara—trigémino, glosopalatino, glosofaríngeo, pneumogástrico—existen síndromes dolorosos atribuibles al simpático, de los cuales algunos son sintomáticos de afección variada, pero a su lado hay otros que pudiéramos llamar esenciales. Estos son de dos clases: el *síndrome del ganglio estrellado*, al cual corresponden la mayoría de los cuadros descritos hasta el presente con el nombre de simpatalgias y las que nosotros llamamos *simpatalgias faciales*, cuyos caracteres quedan descritos más arriba.