

SINUSOPATIAS POR NEURALGIAS ESENCIALES DEL TRIGEMINO (*)

por el

DR. NESTOR A. DOMENICONE

(De Buenos Aires)

Los diagnósticos clínicos y radiológicos de sinusitis que no obedecen a los tratamientos corrientes no son sino alteraciones tróficas correspondientes al territorio del quinto par.

Por nuestra parte, estamos de acuerdo con la designación propuesta de sinusopatías. Existe, sin embargo, gran similitud entre las imágenes radiológicas de las sinusitis de tipo infeccioso y alérgico y las provocadas por las neuralgias esenciales del trigémino.

NEURALGIAS DEL TRIGÉMINO

El trigémino y sus ganglios inervan la mucosa nasal y la de los senos paranasales, lo mismo que la piel de la cara y del globo ocular.

En cuanto al otro componente que siempre se encuentra en juego en estos procesos, son las artritis de las articulaciones occipitoatloidea y atloaxoidea, con la neuritis concomitante de las dos ramas posteriores y superiores del plexo cervical, que dan sus dolores irradiados hacia arriba del cuero cabelludo (nervio occipital de Arnold).

PUNTOS DOLOROSOS

El frontal (supraorbitario).—Se busca en la escotadura supraorbitaria y se hace presión, tratando de aprisionar el nervio, y siempre duele con esta maniobra.

Infraorbitario.—Se palpa con el pulgar, haciendo presión a la altura de la parte media del reborde orbitario inferior y a un centímetro por debajo; maniobra positiva en neuralgias del infraorbitario.

Nasal.—En el ángulo súperointerno de la nariz, casi en el ángulo interno de la órbita, en el punto de emergencia del nervio.

Dentario inferior.—En el maxilar inferior, entre el canino y el

(*) Rsmdo. de "Sem. Méd.", 733.

incisivo, a medio centímetro por debajo del reborde dentario; maniobra que se realiza con el dedo pulgar.

Punto occipital.—Se toman como referencia la apófisis mastoidea y el punto occipital. En el punto medio de esta línea se coloca el pulgar, doblado en ángulo recto, y el resto de la mano derecha, aprisionando la región parietooccipital. La mano izquierda, en la región frontal. Haciendo presión fuertemente con el dedo pulgar en el punto indicado, se imprime al mismo tiempo con ambas manos un movimiento hacia atrás. Esta maniobra despierta un dolor agudo.

NEURALGIAS

Con estas maniobras hemos llegado a encontrar el frontal (supraorbitario) positivo en un 95 por 100 de los casos, le sigue en orden el infraorbitario, y luego el dentario inferior.

El punto doloroso occipital y el supraorbitario los hemos encontrado siempre juntos, por la costumbre de efectuar el lavado de cara juntamente con el cuello. El frío del agua, al levantarse con el cuerpo aún caliente por el abrigo de la cama, es una de las causas desencadenantes más frecuentes.

INTERROGATORIO DEL ENFERMO

Es necesario interrogar prolijamente al enfermo, especialmente en lo referente al tiempo de la iniciación de sus dolores; veremos así que sus cefaleas comienzan, por regla general, a la edad de diez a trece años. Es decir: ¿qué relación tiene el desarrollo con la génesis de estos dolores neurálgicos, la entrada en acción de las glándulas genitales en ambos sexos y que luego el frío se encarga de completar la obra?

Al comienzo estos dolores fueron pequeños, espontáneamente cedían dando una tregua y alivio de meses y años, para luego hacerse más frecuentes. Es decir, las neuralgias del trigémino, al igual que las úlceras gastroduodenales, tienen un ritmo que les es propio. Los analgésicos comunes que al principio sedaban el dolor, no tienen acción al final.

SÍNTOMAS DE LAS NEURALGIAS

La más frecuente de todas, la neuralgia del frontal (supraorbitario) tiene siempre su punto de Valaix positivo, de modo que siempre he descartado las hemicráneas, jaquecas, etc., para hacer el diagnóstico de neuralgia del o de los frontales (supraorbitarios).

Estas neuralgias se manifiestan bajo dos formas clínicas bien evidentes:

1.º La *neuralgia de intensos dolores* que el enfermo localiza en la región frontal, irradiándose hacia atrás, aparecen bruscamente, pero algunos lo hacen dentro de un mismo horario. Ceden espontáneamente o con los analgésicos comunes.

Náuseas, vómitos: Estas neuralgias producen una intensa hiper-crínea con vómitos (en unos de tipo bilioso, de ahí que sean rotulados de hepáticos), y decrece el dolor y el enfermo vuelve a su estado normal.

Nerviosos: Irritabilidad; todo ruido, etc., les molesta; mareos.

Oculares: Fotofobia, dolor en el globo ocular.

Párpados: Pequeño edema del borde de los párpados. Paresia transitoria del párpado superior (jaqueca oftalmopléjica).

Cuero cabelludo: Dolor en parietal, en las ramas terminales del frontal (supraorbitario).

Piel: Congestión de la cara, especialmente localizada en región frontal y mejillas.

Occipital: Dolor en región occipital irradiado hacia arriba.

2.º *Neuralgias con medianos o escasos dolores*, pero con intensa sintomatología extraneurálgica. Son enfermos que nos refieren siempre su intensa sintomatología nasal y poco nos hablan de sus dolores, pero siempre su punto de Valaix positivo como la anterior.

Si la neuralgia es de un solo lado, la obstrucción se hará en la fosa nasal correspondiente; si es bilateral, en las dos, siendo predominante donde es más doloroso el punto de Valaix.

Todas estas neuralgias tienen un síntoma que las acompaña siempre, el mareo. Este se produce cuando apoya o levanta bruscamente la cabeza de la almohada. Radiológicamente, se observa una opacidad de los senos paranasales; donde la densidad aparece mayor, dice el informe: sinusitis.

Lógicamente ante un informe de esta naturaleza, los antibióticos juegan un papel importante, pero la realidad es que siguen sólo con discreta mejoría, por cuanto no se ha combatido la causa.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es el salicilato de sodio y el nitrato de aconitina, en ionoforesis. Un electrodo de diez por doce centímetros

de superficie, y un milímetro de espesor, enlazado al polo negativo del manantial galvánico; un electrodo de cuatro por diez centímetros de superficie y de igual espesor, enlazado al polo positivo. Ambos, aplicados sobre dos gruesas planchas de algodón humedecidas en agua. Sobre este algodón humedecido se vierte una solución de salicilato de sodio en el polo negativo, y de nitrato de aconitina en el polo positivo.

El polo negativo se coloca en la región occipital, justamente al nivel que corresponde a la articulación lesionada, porque las neuralgias evolucionan mejor tratando simultáneamente las dos.

El polo positivo sobre la región frontal, de modo que cabalgue sobre los arcos superciliares y parte del dorso de la nariz, con lo que tomamos bastante bien ambos frontales (supraorbitarios), y el nasal.

Combino siempre el tratamiento con inhalaciones suaves, sin mentol o alcanfor, por ser éstos muy irritantes para el trigémino.

Como regla, diremos: mientras el nervio duela a la presión, habrá siempre recaídas.

REGULACIÓN HORMONAL DE LA ERUPCIÓN DENTARIA, por el Dr. L. J. Baume, per "*Schweiz. med. Wschr.*", 83, 24, 560 [616.053] B. M. I, 9947.

Para estudiar las hormonas que rigen la erupción dentaria, se ha recurrido a experimentos sobre los incisivos de las ratas, cuya erupción es continua.

En una primera serie de experiencias, ha estudiado los efectos de la tiroidectomía seguida de la administración de tiroxina. De este modo, ha comprobado que la tiroxina restablece condiciones poco más o menos normales. La hormona del crecimiento, administrada aisladamente, actúa más bien sobre los tejidos paradentarios que sobre el tejido dentario. Asociada a la tiroxina, ejerce una influencia sinérgica sobre el crecimiento en grosor y sobre la cuantía de las erupciones.

En otra serie de experiencias, se ha procedido a la hipofisectomía, que ha provocado un síndrome muy complejo con relación a la tiroidectomía. La hipófisis no opera solamente por la tireotropina, sobre la erupción dentaria, sino que intervienen otros factores.

En una tercera serie de experiencias, se ha procedido, después de la hipofisectomía, a la administración de la hormona del crecimiento, que no acelera la erupción dentaria, pero que estimula el crecimiento en grosor: son activados los tejidos de sostén, pero no es influida la génesis del esmalte.

La tiroxina aumenta la celeridad de la erupción. Lo que da mejor resultado, en los animales, es la administración simultánea de estas dos hormonas: la velocidad de la erupción pasa del 13 al 38 por 100, y, en todos los casos, el órgano odontógeno atrofiado se reorganiza de forma completa, incluso cuando el esmalte está completamente degenerado. La lentitud general de la erupción dentaria puede hacer pensar, cuando el crecimiento de las raíces está avanzado, en un estado hipotiroideo, y entonces, un extracto de tiroides ejerce sobre los dientes en retención una acción neta.—J. Marín.