

TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA FACIAL POR ELECTROCOAGULACION DEL GANGLIO GASSER

por el

Dr. Jean-Paul Grinda

LA penosa historia de los enfermos que padecen neuralgia facial se resume siempre así: “Sufro desde hace quince o veinte años. Las crisis son más frecuentes de día en día, y cada vez más dolorosas. Todo lo he ensayado; extraerme los dientes uno a uno, morfina, inyecciones de todas clases; tratamientos fisioterápicos; las inyecciones de alcohol repetidas más y más no me han librado de estas abominables crisis dolorosas”.

La neuralgia facial no mata, pero, lo que es peor, conduce al suicidio.

“Es nuestro deber proclamar por todas partes que se puede hoy en día curar, desde luego, a estos enfermos” (LERICHE).

Aunque las inyecciones de alcohol se apliquen correctamente (lo que no es fácil), tienen muchos inconveniente. Prácticamente no curan nunca la neuralgia. Demuestra la experiencia (BEVIEL) que la inyección no es neurolítica (LERICHE).

Quedan dos soluciones: la sección quirúrgica total o parcial de la raíz sensitiva del trigémino, por vía temporal (FRAZIER), u occipital (DANDY), o la electrocoagulación transcutánea (KIRSCHNER).

No describiremos—dice el autor—la técnica de la electrocoagulación: ya la hemos explicado, y remitimos al lector al libro de Zenker (Masson, 1942).

Nos limitaremos a exponer sus principios:

Sobre un radiografía de la base del cráneo, obtenida con el estribo de dirección, es fácil determinar con exactitud el sitio

de los agujeros ovales a X mm. de la línea media y a X mm. por delante del eje de los conductos auditivos.

Así, pues, sea cualesquiera el espesor de las partes blandas y las variaciones individuales del cráneo, se determina exactamente el centro del agujero oval en los tres planos del espacio.

El estribo visor que gira como una visera en torno del eje de los agujeros ovales, guiará la aguja de punción automáticamente al centro del agujero oval, y de allí al ganglio de GASSER.

Según la incidencia elegida, alcanzará la aguja bien el tercio externo, lugar de las neuralgias del maxilar inferior, bien el tercio medio, donde se producen las neuralgias del nervio maxilar superior.

En ningún caso debe llegarse al tercio interno, lugar del ganglio oftálmico, y tampoco excederse en la finalidad, perforando el *cavum* de MECKEL, gracias al tope que limita la profundidad de penetración de la aguja, más allá del agujero oval.

Pocas intervenciones hay tan sencillas y rápidas.

Una vez hecha la anestesia general ligera con Evipán, se introduce la aguja, provista de un trócar, por punción cutánea, reemplazándola después por la sonda electrocoagulante. Un variómetro y un miliamperímetro de precisión nos permiten obtener la coagulación débil, mediana o fuerte, según el resultado que pretendamos.

De este modo, gracias a las variaciones de incidencia y de profundidad de la aguja, y de la intensidad de la corriente, el operador puede destruir electivamente las células ganglionares del ganglio de GASSER, punto de la neuralgia del trigémino.

Esta intervención sólo exige algunos minutos. Al despertar, los enfermos están curados y exentos definitivamente de su espantosa enfermedad.

Nuestros primeros resultados de electrocoagulación—afirma el autor—se mantienen y trataremos de ellos en otra ocasión; confirman, de todos modos, los obtenidos en 1.000 electrocoagulaciones hechas en 1942 por el profesor KIRSCHNER y sus ayudantes.

No hace falta ser ingeniero para aplicarla, ni cálculos complicados; el método es notoriamente sencillo. Su precisión, muy grande.

Siempre hemos acertado—afirma el autor—con el agujero oval, y siempre hemos destruído las células ganglionares, elegidas previamente. Frecuentemente, sobre todo en las corrientes, se peca de timidez y se emplean coagulaciones demasiado débiles. No hay nada más fácil que comenzar de nuevo al día siguiente y destruir las células próximas definitivamente, empleando una coagulación más fuerte.

El resultado de la coagulación es indiscutible y manifiesto desde que el enfermo despierta.

Si se obtiene una anestesia en banda yugomentoniana, las células ganglionares del maxilar inferior son destruídas definitivamente. Si la anestesia alcanza el labio superior y el plano subnasal, han sido destruídas las células ganglionares del maxilar superior y también de un modo permanente.

Creemos que su inocuidad es total. No hemos tenido que lamentar ningún incidente (KIRSCHNER no ha tenido ninguno en los 500 casos últimos), y tenemos la seguridad de que lo contrario no puede suceder, salvo en caso de un grosero error. La técnica está perfectamente reglada.

Jamás se ha alcanzado el terreno del oftálmico (el autor imita a LERICHE, quien, después de la neurotomía retrogasseriana, no obliga a los enfermos “a adoptar ninguna precaución especial, ni en los primeros días ni más tarde. No les hace llevar lentes. Ven bien”).

Y para terminar, cita al mismo autor, que en su admirable “Tratado de la Cirugía del dolor”, escribe: “Cuando la recidiva después de la inyección de alcohol demuestra que el algia es definitiva, debe proponerse la intervención (neurotomía retrogasseriana). En la duda se reinyecta alcohol. ¿Para qué? Pensad en los dolores que volverán a repetirse y en la brevedad de la vida”.—*Miguel Palacios*.

FRACTURA DE LA MANDIBULA EN LA AVULSION DE UN SEGUNDO MOLAR

por

Bond vs. Whitten

EN este caso el demandante, que es músico (saxophon) y actor cinematográfico, exige una indemnización del defendido, el cual sufrió la fractura de su mandíbula por negligencia profesional.

Existen, en este caso, nueve diferentes alegaciones de negligencia:

(a) El defendido intentó extraer el segundo molar inferior—que era de su conocimiento, estaba incluído junto a la muela del juicio—sin obtener, primero, el examen radiográfico.

b) El defendido intentó la extracción con anestesia de óxido nitroso, después de haber fallado la anestesia local.

c) El defendido usó en la intervención un botador.

Tres otras alegaciones fueron abandonadas en el juicio por el demandante, fueron las siguientes: d) que el defendido intentó la intervención sin la presencia de un médico; e) que el defendido intentó la intervención sin conseguir la plena anestesia; f) que habiendo fracturado la mandíbula del demandante, el defendido no tomó las medidas necesarias para conseguir su inmovilización.

Las alegaciones en las que el defendido pudo salir airoso, completa o parcialmente, fueron: c) que el defendido utilizó sus instrumentos de manera que dió lugar a la fractura; e) que empleó demasiada fuerza; y h) que continuó la operación después

de haberse hecho evidente que la extracción normal con fórceps no era posible.

El juez concedió al demandante una indemnización de libras esterlinas 1.500.

En el curso de este juicio el juez manifestó, se ha dicho: "...no es una vez, sino muchas que en el curso de una extracción puede llegar a romperse la mandíbula, continuando de ello que algo ha habido de equivocado en el dentista". Y esto, es una vulgaridad de la que tenemos que prevenirnos. Lo primero en las acusaciones del demandante es aducir que el defendido ha trabajado ciegamente por no haber obtenido las radiografías necesarias. Insiste en que antes del almuerzo el defendido hizo un intento, más o menos prolongado, de hacer la extracción del diente en cuestión y, como consecuencia, debió haberse apercebido de la dificultad del caso y haber entonces, hecho el examen radiográfico. El dentista, por otro lado, dice, que administró al demandante anestesia localmente, pero desistió de intervenir por la reacción violenta del demandante. Yo acepto—dijo el juez—esta declaración. Después del almuerzo le fué administrado al demandante gas y el defendido no proporciona información sobre qué examen clínico realizó, advirtiendo que el examen radiográfico, después de ocurrida la fractura, demostraba que el defendido había practicado todo lo que antes pudo haberle enseñado la placa de rayos X. Los técnicos difieren en el punto esencial, respecto a la interpretación de las radiografías. El punto que el demandante insiste es el de que la muela del juicio estaba unida al molar, de forma que impedía su extracción. Los técnicos del defendido alegan que la placa de rayos X demuestra que no existía tal situación. El mismo testimonio, aduce el ayudante del defendido, que asistió también a la intervención. En mi opinión el defendido tienen razón en que el molar del juicio no era un impedimento para la extracción.

El defendido procedió correctamente con el fórceps para raíces, pero infructuosamente. Comprendiendo que la muela del juicio no era un impedimento, probablemente él pensó en la eficacia de los botadores, aplicándolo sin éxito. Apreció, entonces, que se trataba de un diente que, por su forma, se aferraba

al alvéolo y en un hueso duro; supo entonces, o debió haberlo sabido y debió haber recordado, que si el hueso era duro, era por lo tanto, frágil, y no elástico y más dado a la fractura. El defendido, entonces, procedió correctamente, utilizando fórceps adecuados, con la intención de hacer salir la raíz anterior del molar y efectuando así la extracción. (La raíz anterior fué extraída de hecho, y en el momento de ocurrir la fractura).

“Yo pregunto al defendido como procedió al fracturarse la mandíbula y me muestra el movimiento de la mano que realizó, así como la maniobra que efectuó al romperse la mandíbula. Esta explicación fué mecánicamente nada satisfactoria. La fractura parece causada por la fuerza ejercida en dirección hacia abajo. La maniobra de rotación y giro, con esta presión, podrá ser propia, pero KELSEY FRY no es partidario de ella. Este movimiento debió haberlo evitado el defendido cuidadosamente. La consecuencia de su maniobra fué la fractura ocurrida. Si hubiera tenido presente la dificultad de la extracción, hubiera evitado este movimiento. Creo que el defendido cometió un error, que pasa fuera de las atribuciones que la ley le concede, y es responsable de los perjuicios ocasionados”. (per Th. B. D. J., LXXXI, 8; 269).

A medida que los conocimientos biológicos son mayores, mayores motivos tenemos para la utilización de la leche de mujer en la alimentación del lactante por muy apreciables modificaciones que se efectúen en otras leches.

	<u>Leche humana</u>	<u>Leche de vaca</u>
Vitaminas A (en microgramos, o sea en milésimas de miligramos)	65	33
Caroteno (microgramos)	25	30
Vitamina D (U. S. P. unidades)	0'4 a 0'10	0'5 a 0'4
Vitamina C (miligramos)	5	2
Tiamina (microgramos)	14	38
Riboflavina (microgramos)	37	200
Acido nicotínico (microgramos)	183	85
Acido pantoténico (microgametos)	246	350
Piridoxina (microgramos)	4	67
Biotina (microgramos)	0'8	3

J. M. Lawrence, B. L. Herrington y L. A. Maynard (*Am. Jour. of Dis. of Children*, 70, 3, 193; 1945). per “Mden. Española”, pág. 50, 1946.