

TRATAMIENTO SENCILLO Y EFICIENTE DE LA NEURALGIA DE TRIGEMINO

por el

DR. J. SOLÉ SAGARRA

Neuropsiquiatra del Hospital Clínico de Barcelona

El tratamiento de la neuralgia idiopática del trigémino, o sea, el dolor facial paroxístico no debido a causa orgánica *diagnosticable*, plantea al práctico serios problemas terapéuticos, especialmente en el medio rural y donde se carece de competentes servicios hospitalarios de neurocirugía, muy escasos aún en España. En estos medios, el enfermo no pudiendo reclamar de nosotros una terapéutica urgente, acuciado por la agudeza de su dolor vivo y punzante, a veces insoportable. Una vez agotados los escasos efectos de los medicamentos antiálgicos diversos y de la vitamina B-1, histamina, etc., no nos queda más remedio que enviar al desesperado paciente a un Centro neuroquirúrgico, cuando el caso es de mediana a suma gravedad. Pero ello no siempre es posible, por las mencionadas razones económicas por una parte, y porque esta prosopalgia se instala muchas veces en personas de más de 60 años que aceptan raramente la operación propuesta, por otra parte no exenta de peligro, sea cual fuere el método quirúrgico realizado.

Teniendo en cuenta lo que antecede, hace diez años que venimos ensayando un tratamiento conservador de la neuralgia esencial del trigémino, a base de inyectar en el punto más doloroso gingival de la rama afecta (la II del maxilar superior, o la III del maxilar inferior) una solución de *glicerina fenicada al 20 por 100*. Lo más importante para un efecto terapéutico rápido y duradero, es saber encontrar el punto más doloroso de la encía, inyectando allí de 0,5 a 1 centímetro cúbico de la solución mencionada; si se busca cuidadosamente con un estilete, existe siempre en la encía más dolorosa un punto de máxima intensidad álgica.

Después de la inyección se produce reacción flogística intensa, que en casos excepcionales puede incluso acabar en pequeña necrosis ósea; sin embargo, ambas reacciones inflamatorias suelen ceder, en-

tre pocas horas a tres días. Si la primera inyección practicada no produce el efecto deseado, la repetimos en otro punto doloroso próximo, al cabo de seis a ocho días. En los numerosos casos de nuestra estadística, raramente hemos tenido que repetir más de tres veces tal inyección gingival, para obtener una remisión completa y más o menos larga (de seis meses, a remisión definitiva). Preferimos que ponga la inyección gingival un odontólogo con experiencia de tal tratamiento.

Hace cuatro años publicamos con el odontólogo Alonso de Olarte (*Anales de Medicina y Cirugía*, XXVI, núm. 53, 1949, Barcelona) las historias clínicas de seis casos de neuralgia del trigémino, con los beneficiosos efectos del tratamiento que preconizamos en este trabajo. Dábamos también más amplios datos etiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos generales de lo que podemos exponer aquí, por la tónica de brevedad que domina en esta Revista. A tal trabajo remitimos a los que quieran ampliar lo que hoy sólo podemos esbozar. La comunicación de tales resultados despertó vivo interés, tanto en España como en el extranjero, ya que ha sido de los trabajos científicos publicados por mí que más peticiones de separatas he recibido de todas partes, así como ampliación de datos técnicos del tratamiento. Ignoro todos los resultados obtenidos por quienes lo hayan ensayado, pero tengo la impresión, por los datos que poseo, que han sido algo discordantes. Ello no es de extrañar, ya que varios casos míos, tratados por diversos odontólogos, han dado también remisiones irregulares. Por esto, la insistencia de que sea un odontólogo experimentado y con paciencia el que practique la inyección.

He de proclamar, porque creo es de justicia hacerlo, que casi todos los casos míos de éxito terapéutico definitivo con el método aquí expuesto de tratamiento, que suman 12 ya, los debo a la perspicaz habilidad en su especialidad de Alonso de Olarte. Quien conoce la terrible enfermedad que estudiamos (terrible por las molestias que da, no por sus peligros), sabe lo poco influenciable que es psicoterápicamente, y quien conoce al colega citado sabe aún más de la escasa sugestión que comporta su objetiva práctica odontológica. Esto lo decimos para salir del paso de alguna supuesta acción sugestiva que pudiese pensarse realiza tal destinta. Aparte de su competencia profesional, tiene la ventaja de que cree en tal método de tratamiento, por los éxitos conseguidos con él en su larga experiencia, y apura todas las posibilidades del mismo antes de darlo por fracasado. El

abandono prematuro del tratamiento por otros colegas que nos han consultado sobre el particular, creemos es la causa del poco éxito obtenido por ellos, como sucede con tantas terapéuticas, que rinden mucho más en el creador y en quien las realiza con el entusiasmo que en el médico escéptico *a priori*. Es de subrayar a este respecto, que los mejores éxitos de que tenemos noticias, los han conseguido dos médicos israelitas (de Tel-Aviv) de origen alemán, y otro del mismo origen, nacionalizado en Norteamérica. Tal método no lo hemos inventado Alonso ni yo; pues ya practicaba con éxito el profesor Landete, de la Escuela de Odontología de Madrid, en 1920. Mi único mérito es reivindicar una terapéutica, quizá por extremadamente sencilla, en esta época del tecnicismo complicado, demasiado olvidada, en una enfermedad tan molesta como la prosopalgia.

Debe considerarse la neuralgia esencial del trigémino como una enfermedad monosintomática, en la que el síntoma dolor vivo e intermitente llena toda la sintomatología. Diversas son las causas desencadenantes de las crisis dolorosas (comer, beber, reír, hablar), por lo que el enfermo vive aterrorizado con sólo pensar la posibilidad del paroxismo penoso de su algia, generalmente hemifacial; su fisonomía lo expresa claramente. En la piel afectada por el dolor hay trastornos vasomotores (palidez o rubicundez, sudoración, seborrea). Tanto la exploración neurológica como la orgánica (sensibilidad, serología, etc.) son negativas. Se trata de una hiperestesia e hiperalgisia (mejor, decir hiperpatía) de las regiones faciales correspondientes a las tres ramas del trigémino, en la cual concurren a la par causas periféricas (irritación gingival generalmente) y centrales (tálamo óptico). Suele ser de un solo lado; más frecuente en mujeres que en hombres (el 70 por 100, en nuestro material), empezando generalmente después de los cuarenta años de edad (en nuestro material, el 60 por 100 de los casos tuvieron el dolor por primera vez entre los 55 a los 65 años). No hay acuerdo entre fisiopatólogos y anatomopatólogos acerca del origen del dolor, ya que la anatomía de las vías sensitivas nada dice sobre la esencia íntima de la afección. Las teorías modernas de Speranky (neurodistrofia causal), de Ricker (teoría de relación) y de Seyle (stress, adaptación-alarma) pueden aportar datos valiosos en el problema patogénico, oscuro aún, de la prosopalgia esencial, especialmente la segunda y la tercera citadas. En el fondo, quizá se trata de una faceta más del amplio problema del dolor referido (*referred pain*, de los anglosajones), tan estudiado

por Lewis y Kellegren; en todo caso, es un problema clínico psicosomático.

El tratamiento expuesto sólo lo hemos realizado en casos de dolor en ramas II y III del trigémino. En la neuralgia de la I rama (la oftálmica), hemos intentado sustituir la infiltración fenificada con novocaína primeramente y luego con impletol. Este último medicamento lo hemos prodigado también en las encías y zonas cutáneas en las diversas variedades de prosopalgia, no obteniendo resultados convincentes; nunca hemos visto el "efecto del segundo", de Huneke. En la neuralgia de la rama oftálmica, tampoco ha sido muy eficiente el impletol y otros fármacos antidolorosos locales ensayados. Haubeil (1) refiere buenos efectos a distancia (ciática, jaqueca, etc.) con inyecciones gingivales de impletol, y Zaclis (2) comunica buenos resultados en la neuralgia del trigémino con infiltraciones gingivales de novocaína y sulfato amónico. Todo ello demuestra la importancia de la región gingival para atacar una afección tan rebelde y penosa como es la neuralgia primaria del trigémino, de cuyas infiltraciones ensayadas, a nuestro parecer, la más eficiente es la solución de glicerina fenicada al 20 por 100 (*per Rev. Neu. Cl., II, 2*).

La Penicilina no influye sobre la coagulación sanguínea. Editorial de "Rev. Clínica Española", 1953, 48, 97.

Existe en muchos clínicos el temor de que la penicilina pueda aumentar la tendencia a la coagulación sanguínea y no es raro se restrinja su empleo en pacientes con tromboflebitis o con infarto de miocardio, en los que la mayoría de las veces se encuentra muy indicado. Punto de partida para esta creencia fué la comunicación de Moldavsky y colaboradores, que describieron en la penicilina un efecto trombofílico, el cual fué confirmado por Macht, y colaboradores.

Es notable que también haya sido mantenida la idea opuesta, la de que la penicilina es capaz de inhibir el mecanismo normal de la coagulación sanguínea en determinadas circunstancias. En este sentido se han expresado Hins y Cols.

La indicada discordancia revela ya que solamente en condiciones extremas o por influjo de factores añadidos debe ser posible observar efectos de la penicilina sobre la coagulación sanguínea. Así se explica que sean numerosos los clínicos que no hayan observado nunca trastornos de la coagulación por el empleo de la penicilina.

(1) Haubeil.—Zahnärztl. Welt, 3, e Hippokrates, 2, 1951 (Alemania).

(2) Zaclis.—Arquivos de Neur. y Psiq., 7, 1949 (Brasil).