

* LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO Y SU TRATAMIENTO

por el

Dr. M. Bustamante

Del Instituto Cajal y Expensionado de la A. v. Humboldt-Stiftung.

ENTRE los padecimientos neurálgicos, constituye la neuralgia del trigémino el más frecuente. En un trabajo reciente, en el que recoge su experiencia de 1.113 casos, describe KIRSCHNER, con su pluma magistral, la tortura de estos enfermos, equiparable a la de las formas rebeldes y persistentes de la causalgia. Cuando el tratamiento quirúrgico de la neuralgia del trigémino tenía un 40 por 100 de mortalidad y probabilidades de éxito mediocres, no vacilaban muchos de estos pacientes en poner su cabeza en manos del cirujano. Este dato constituye un testimonio dramático de la desesperación a que puede conducir el sufrimiento de estos enfermos. Actualmente, el éxito curativo alcanza el 97 por 100. La mortalidad se ha reducido al 1 por 100. Merece, pues, ocuparse en un breve trabajo de la terapia de esta enfermedad. Todo médico ha comprobado siempre de nuevo que el tratamiento farmacológico y físico no conduce jamás en las neuralgias a la desaparición duradera del dolor.

Nuestra experiencia en los servicios neuroquirúrgicos alemanes desde 1938 a 1944 se eleva a 190 casos de neuralgias del trigémino. En todos ellos se obtuvo de primeras la curación mediante la neuroexairesis, la infiltración con alcohol, según la técnica de FOERSTER, la electrocoagulación de KIRSCHNER o la operación de DANDY.

Actualmente, entendemos por neuralgia idiopática o esen-

cial aquellas afecciones del sistema nervioso en las cuales el síntoma dolor, con carácter paroxismal, localizado en el nervio sensitivo afecto y a su territorio de inervación, domina el cuadro clínico a la vez que faltan los trastornos neurológicos objetivos. Etiología y anatomía patológica son desconocidas. Frente a la neuralgia idiopática o esencial hay que separar la neuralgia secundaria, la cual constituye un síntoma dentro de una determinada enfermedad y en la que neurológicamente se presentan trastornos de la sensibilidad, de la motilidad y de los reflejos. Frente a la neuritis se establece la delimitación por el carácter continuo del dolor y la existencia de una etiología toxi-infecciosa. Histológicamente, por la presencia de signos de inflamación. De lo expuesto se desprende que, en tanto no sepamos lo que es una neuralgia, su delimitación puede tener meramente un carácter relativo. Hay casos en que una neuralgia de aspecto idiopático se testimonia con el tiempo como de naturaleza sintomática. Hay formas en que por el dolor continuo hay que diagnosticar una neuritis, pero la etiología toxi-infecciosa es negativa o falta la historia de traumatismo. En otras, la etiología toxi-infecciosa es clara, pero los medios habituales de exploración no objetivan fenómenos neurológicos de naturaleza patológica. Seguramente en muchos casos de neuralgia idiopática se trata de una neuritis atenuada. Del mismo modo que en muchas neuritis post-diféricas no hay dolor ni se presentan trastornos de la sensibilidad, puede haber formas de neuritis cuya única manifestación sean los dolores paroxismales. En numerosas publicaciones se supone que en la mayoría de los casos se trataría de una esclerosis de los vasos que irrigan la raíz, el ganglio o una de sus ramas. Es posible que la cápsula dural, en el sentido de irregularidades de revestimiento, tenga influencia. Chocante es que el cuadro clínico de la neuralgia típica se reduzca casi al nervio trigémino. Según CALZADA, la anomalía en la arquitectura ósea de los maxilares constituye un motivo frecuente de neuralgias idiopáticas del V par. Este punto de vista puede explicar, sin más, algunas neuralgias de tipo periférico. Teniendo la duración y la sumación de estímulos en la génesis del dolor neurálgico una importancia fundamental, es indu-

dable que el punto de vista de CALZADA podría tener igualmente validez en algunos casos de neuralgias típicas. A nuestro juicio, las causas de la neuralgia idiopática del trigémino son múltiples y las localizaciones diferentes (es decir, pre-ganglionar, ganglionar y retroganglionar: probablemente en algunos casos en las vías y núcleos centrales). Pero la raíz del proceso reside, con seguridad, siempre en el sistema mismo del V par. El factor "sensibilizante" de los receptores o de determinados grupos celulares es, según este criterio, consecutivo a influencias de naturaleza local. De no ser así, resulta difícil explicar el carácter circunscrito que tiene la neuralgia del trigémino.

La enfermedad aparece en la regla después de los treinta años. FOERSTER, KIRSCHNER y DANDY han descrito casos aislados en la pubertad. Puede afectar aisladamente una de las ramas o presentarse en las tres. La forma más típica y más frecuente afecta a los N. N. maxilaris mandibularis. El dolor corresponde exactamente al territorio de inervación y tiene un foco de origen. Este corresponde casi siempre a la zona de los premolares del maxilar inferior (N. alveolaris del III par), a el ala nasi (N. infraorbitalis del II par) y a la zona temporalis anterior (rami temporales superficiales del N. aurículo temporalis del III par). Es característico de la neuralgia idiopática del trigémino el que la irradiación que parte del foco no progrese regularmente a lo largo del nervio, sino que salte y afecte tan sólo a determinadas ramas sensibles dejando otras libres. Este dato constituye, a nuestro juicio, un signo diferencial frente a las neuralgias de tipo periférico que afectan sólo una de las ramas y en las cuales el dolor tiene un carácter más continuo y más en concordancia con el trayecto de cada nervio. En el esquema I se señalan el territorio de inervación superficial de la cara que corresponde exclusivamente al V par y los límites con el plexus cervical. La zona marcada con círculos (tragus, crux hélicis, concha auriculae y meatus acústicus externus) es inervada por el V y en grado individualmente variable por los pares VII, IX y X y con el plexus cervical (occipitalis minor y auricularis magnus). Esto explica por qué en la operación radical del V no se presentan alteracio-

nes de la sensibilidad en esta zona. La membrana tímpani, oído medio y célula mastoides son inervados por el V, intermedius, IX y X. Por este motivo duele el oído en todas las neuralgias de estos nervios. La sensibilidad de los sinus craneales y del ojo es determinada exclusivamente por el trigémino. La mucosa nasal, con excepción del cavum, corresponde

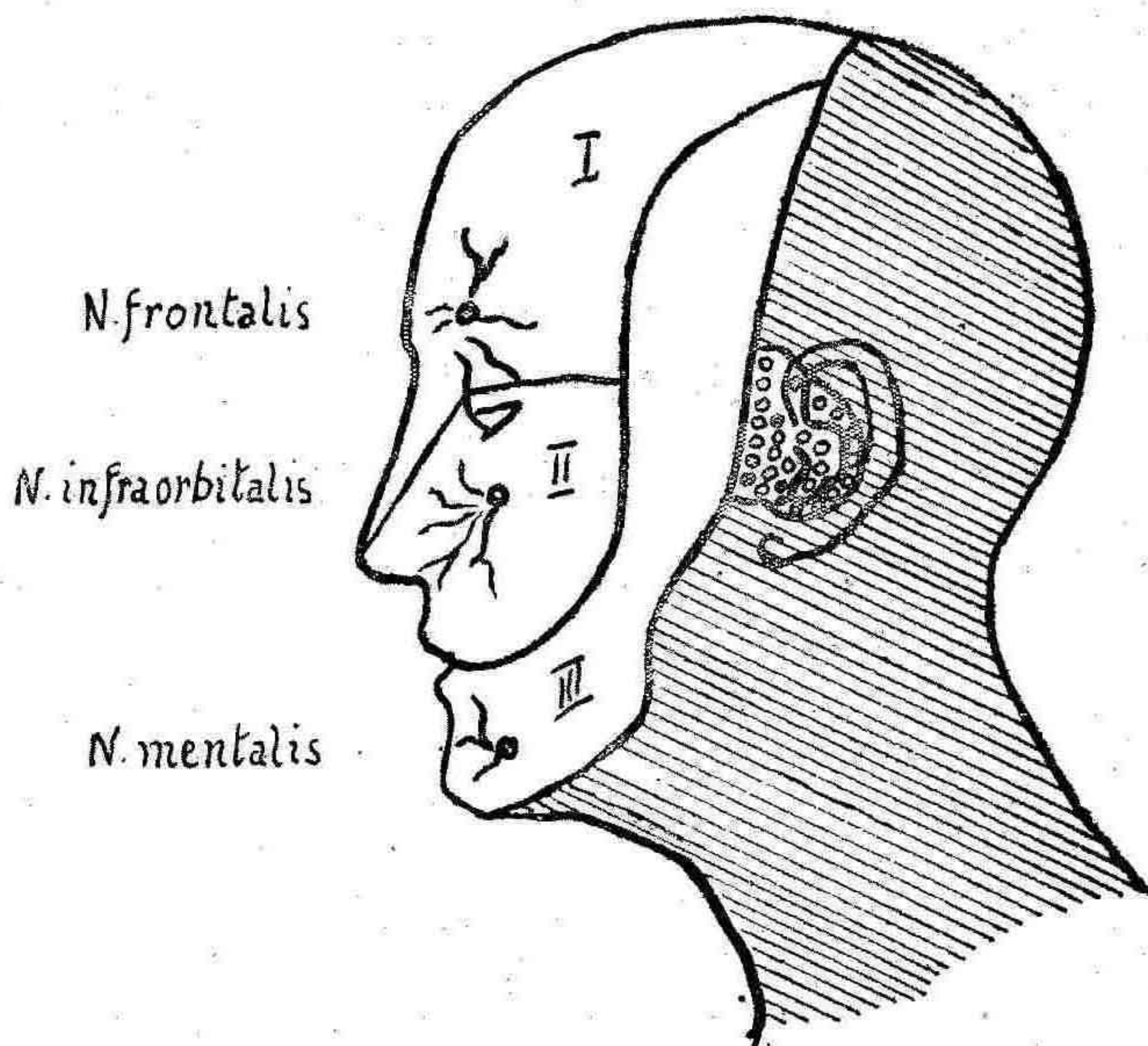


Fig. 1.—I: N. oftálmico. II: N. maxilar. III: N. mandibular.
En círculos zona de inervación común para el trigémino, los pares craneales VII, IX, X y los nervios cocipitalis menor y auricularis magnus.

igualmente al V. En el cavum interviene también el intermedius y el IX. La lengua es inervada sensiblemente en su mitad posterior por el IX, en su mitad anterior por el V y, en parte, en lo que concierne a las fibras dolorosas, por el intermedius. El sentido del gusto permanece indemne después de la extirpación del ganglio GASSERI. Las sensaciones gustativas corren, pues, a cargo del IX y del intermedius (corda tímpani). La mucosa bucal que reviste las paredes óseas es inervada por el V; el resto, en su mayor parte, por el IX, X y el trigémino.

Respecto a la sensibilidad profunda de la cara, el asunto no se halla resuelto. El punto de vista de FOERSTER, apoyado en muchos casos de lesiones de guerra y operaciones quirúrgicas, es el que concuerda más con los hechos. Según FOERSTER la sensibilidad profunda es determinada, en su mayor parte, por el V, pero en parte por el VII y el simpácticus: en la lengua, en parte, por el hipoglossus. Por el contrario, la sensibilidad dental y de los maxilares es procurada exclusivamente por el trigéminus. Los ataques, con una duración de diez a treinta segundos, surgen espontáneamente y son facilitados por los actos de comer, hablar, etc. El contacto con el foco de irradiación los desencadena siempre. Si el foco corresponde al II par, la presión sobre el N. infraorbitalis, a su salida por la foramen correspondiente, es sumamente dolorosa. En las neuralgias aisladas del N. frontalis se comprueba su hiperalgesia a la salida por la foramen supraorbitalis. Muchas veces, en el momento del acceso se produce un calambre de los músculos triangularis, quadratus labii y caninus. En las neuralgias, que afectan grupos sensibles del N. oftálmicus, se acompaña el ataque de la contracción del M. orbicularis oculi.

Una curación espontánea no se presenta nunca. En general, en los cambios de estación y en el invierno, los ataques son más frecuentes y violentos. El estado afectivo tiene una gran influencia. Con el tiempo se reducen los pacientes físicamente, a causa de que la toma de alimentos favorece la presentación del dolor.

El diagnóstico diferencial se plantea, en primer lugar, frente a las neuralgias del glossofaríngeus, del vagus y del intermedius. Luego se plantea el problema sobre si trata de una neuralgia del trigémino idiopática o sintomática.

En la neuralgia del glossofaríngeus el foco del dolor radica en la zona tonsilar, mitad posterior de la lengua y paredes laterales de la faringe, desde donde irradia a la tuba Eustaquii y al oído. En casos de duda diagnóstica, basta anestésiar con cocaína o novococaína la tonsila y la pared lateral correspondiente de la faringe. Si cesa temporalmente el dolor, se trata de una neuralgia del IX.

En la neuralgia de RAMSAY-HUNT (*intermedius*) el centro del dolor radica en el oído y apófisis mastoides, desde donde irradia a la tuba Eustaquii y punta de la lengua. Esta neuralgia es poco frecuente. En general, sólo se observa alguna que otra vez como un síntoma más de la parálisis de BELL. Puede presentarse, sin embargo, aisladamente con caracteres exactamente iguales a las neuralgias del trigémino, lo que se explica por las relaciones entre el ganglio genículi y el trigéminus, a través de los N. N. petrosus menor y mayor y la corda timpáni. Algunos casos de fracaso operatorio en la neuralgia del V par se deben a esta confusión. En caso de duda se puede hacer el diagnóstico diferencial infiltrando con novocaína el ganglio GASSERI.

En la neuralgia del X par existe hiperalgesia en la membrana del tímpano y en la laringe. Si se presentan accesos, se acompañan éstos en la regla de tos y náuseas.

Las causas de neuralgia sintomática del trigéminus son muy numerosas (neurinomas de la raíz del trigémino, tumores del ángulo-pontocerebeloso y del lóbulo temporal, especialmente meningeomas, metástasis carcinomatosas que engloban el ganglio GASSERI, aneurismas de la A. carotida int.). Manifestaciones dolorosas en la esfera del trigémino se presentan además en numerosas enfermedades (tabes, meningitis, siringobulbia, esclerosis múltiple, diabetes, alcoholismo, anemia, malaria, septicemias, etc.) Otras veces constituye un síntoma tardío de traumatismo craneal. DANDY ha descrito casos en los que las causas radicaban en pequeños angiomas que rodeaban la raíz o de vasos aberrantes que producían un embridamiento de la misma. FOERSTER ha llamado la atención sobre la presentación de neuralgias del trigémino en afecciones abdominales. MANN ha descrito dos casos de neuralgia sintomática del trigémino a causa de la trombosis de la A. cerebeli poster-inferior.

En la práctica es importante la exclusión del tumor cerebral y de un foco infeccioso de los maxilares o de los senos craneales. Prácticamente es de suma importancia la constatación de que la neuralgia es consecutiva a un herpes zóster. Estos

casos, si no curan espontáneamente son, según la experiencia de KIRSCHNER, muy rebeldes al tratamiento.

Cuando se presentan manifestaciones neurológicas concomitantes, el diagnóstico de neuralgia sintomática es fácil. Toda neuralgia del trigémino que no presente caracteres típicos (dolor accésional), sobre todo si se acompaña de dolores de cabeza, debe levantar la sospecha de sintomática. Pero neuralgias, absolutamente típicas, especialmente del N oftálmicus, o que engloban al I par, son igualmente sospechosas, de constituir el primer síntoma de un tumor cerebral, en la regla del ángulo pontocerebeloso.

El tratamiento de las neuralgias sintomáticas es, en principio, exclusivamente causal. Tan sólo si, después de tratada la causa, subsiste la neuralgia como manifestación independiente, se halla justificado recurrir a los tratamientos que se llevan a cabo en la neuralgia idiopática. Estos pueden dividirse en cinco grupos:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Los que actúan en las ramas del trigémino. | { | Neuroexairesis de los nervios terminales.
Infiltración de alcohol de los nervios maxilares y mandibularis.
Sección en la base de las ramas del V par. |
| 2. Los que actúan en el ganglio Gasseri | { | Extirpación del ganglio Gasseri (operación de Krause y similares).
Infiltración del ganglio Gasseri con alcohol.
Electrocoagulación de Kirschner. |
| 3. Las operaciones en la raíz del trigémino ... | { | Operación de Frazier.
Operación de Dandy. |
| 4. La tractotomía | { | Operación de Sjöqvist. |
| 5. Las operaciones en el sistema vegetativo... | { | Estelectomía.
Simpatectomía periarterial. |

En los cuatro primeros grupos el tratamiento es puramente sintomático, presentando de común la intención de aislar el foco del dolor mediante una interrupción de la conducción nerviosa.

La *neuroexairesis* de los nervios terminales del trigémino (mentalis, lingualis, cigomáticus, alveolaris, etc.) carece de interés práctico por tres razones: constituye la neuralgia aislada

de un nervio una rareza, sus resultados son, en la regla, negativos, posteriormente reaparecen casi siempre los dolores con más intensidad. La única intervención de este tipo que debe mencionarse es la neuroexairesis del N supraorbitalis. En nuestras experiencias se presenta en el 4 por 100 entre todos los tipos de neuralgias idiopáticas del V por la neuralgia aislada del N frontalis. Esta tiene siempre un carácter atípico, en el sentido de que el dolor no se presenta en accesos, sino que es continuo, con variaciones de intensidad, comprendiendo el borde superior de la órbita y la mitad frontal correspondiente. La operación se lleva a cabo a nivel de la foramen supraorbitalis. Para cerciorarse de si efectivamente tiene sentido la intervención se infiltra previamente el nervio con novocaína. Si desaparecen los dolores, la operación constituye un éxito seguro. Esta sencilla intervención tiene además interés práctico, porque, prescindiendo de las neuralgias idiopáticas aisladas del N frontalis, las neuralgias de origen post-traumáticas de este nervio son relativamente frecuentes.

La infiltración de 1-2 c. c. de alcohol al 90 por 100 de las ramas II y III.—Esta intervención debe hacerse, a nuestro juicio, siempre que se presentan neuralgias aisladas del II y III par o en las combinadas, pero con carácter leve. Se halla exenta de peligros; nos sirve de orientación sólo la localización del punto de partida del dolor (si es ganglionar o retroganglionar, el efecto es negativo; si es post-ganglionar, el efecto curativo es fulminante, con una duración media de seis meses), y la puede llevar a cabo todo médico que conoce la región. Muchas veces, después de una segunda infiltración, el dolor no reaparece. En caso de presentarse recidiva, no perjudica en nada otras intervenciones. Especialmente responden a la infiltración de la II rama las neuralgias que presentan el foco del dolor en una de las zonas de inervación de los N N palatinus. Para SLUDER, en las neuralgias localizadas en el territorio del N maxilaris constituye en numerosos casos el ganglio esfenopalatinum la causa de la dolencia, y sólo tiene sentido para la curación de la neuralgia la infiltración del ganglio con alcohol o la extirpación quirúrgica del mismo.

Previa infiltración con novocaína, procedemos nosotros se-

gún la técnica de FOERSTER: inyección perpendicular entre el processus coronoideus y la articulación temporomaxilar para la III rama, e inmediatamente por delante del processus coronoideus para la II rama. Procediendo así se infiltra el N mandibularis en la fosa infratemporalis a su salida por la foramen oval y el N maxilaris en la fosa esfenopalatina en seguida de su salida por la foramen rotundum, a la vez y con sólo modificar ligeramente la inclinación de la aguja hacia abajo se logra la infiltración del ganglio esfenopalatinum.

La sección de las ramas I, II y III en la base del cráneo constituye una operación que hoy no se hace nunca. Si el dolor tiene un origen post-ganglionar, basta para su eliminación la infiltración con alcohol. Si tiene un origen glangional o más central, la sección basal resulta totalmente ineficaz.

La extirpación del ganglio GASSERI. — KRAUSE realizó en 1893, por primera vez con éxito, esta operación por vía temporal. Actualmente se halla esta operación superada y tanto ella como las similares no se llevan a cabo. No obstante, la operación de KRAUSE tendrá siempre en la historia de la neurocirugía un puesto de honor.

La infiltración del ganglio GASSERI con alcohol. — Este tratamiento, del que se ha abusado con harta frecuencia, se ha demostrado en las neuralgias graves como absolutamente ineficaz y en todos los casos como peligroso. DANDY ha demostrado "ad oculus", por medio de un preparado anatómico, por qué la inyección de alcohol en el ganglio GASSERI puede provocar un exitus fulminante. La inyección se lleva a cabo según la técnica de HARTEL. Para evitar complicaciones es fundamental proceder a la inyección de alcohol lentamente: 0,25 c. c. cada quince minutos. La inyección de 1 c. c. debe, pues, invertir como mínimo una hora; la de 2 c. c., de dos a tres horas. Durante este tiempo se deben vigilar las pupilas y los movimientos oculares. De presentarse midriasis o el más leve estrabismo, hay que interrumpir *ipso facto* la infiltración, pues dichos fenómenos indican que el alcohol se difunde fuera del saco dural que envuelve el ganglio GASSERI y ha penetrado en el cavum leptomeningicum. Se comprende que inyectando de golpe el alcohol y sin posibilidad de control, se deja al azar la vida del paciente. Nos-

otros no conocemos ningún caso en que procediendo a la inyección rápida del alcohol no se hayan presentado complicaciones más o menos pasajeras (parálisis aisladas o combinadas de los N N III, VI y VII). Casos de ceguera y de hemiplejía son conocidos en la literatura. La inyección previa de 0,50 c. c. de novocaína al 1 por 100 orienta sobre la posición de la aguja; pero supuesta ésta en el centro del ganglio, la inyección de una vez lleva siempre el peligro de que se rompa la cápsula del ganglio, con la subsiguiente difusión del alcohol en el espacio subaracnoideal. En resumen: la infiltración del ganglio GASSERI sólo se debe llevar a cabo en aquellos casos en que no sea posible actuar quirúrgicamente (operaciones de DANDY y SIOQVIST) o proceder a la electrocoagulación de KIRSCHNER. De llevarse a cabo, sólo lentamente y vigilando de continuo el estado del enfermo.

La electrocoagulación del ganglio GASSERI.—Esta técnica, ideada por KIRSCHNER, se halla descrita minuciosamente por GULECKE en la "Operationslehre de Kirschner" (traducción al castellano por BOFILL). Con la electrocoagulación se obtiene un 90 por 100 de curaciones. En el 25 por 100 es necesario repetirla dos o tres veces. El riesgo es mínimo. Durante el período primero de su aplicación y perfeccionamiento dió un 0,50 por 100 de mortalidad. Debido a esto, a su sencillez y a que no dificulta posteriores intervenciones, constituye el método de elección en la mayoría de las neuralgias graves del trigémino. La destrucción del ganglio progresa desde los grupos celulares correspondientes a la III rama a los de la I. Debido a esto no se debe llevar a cabo, a nuestro juicio, la electrocoagulación en los casos rarísimos en que la rama III se halla libre, presentándose afectas las ramas I y II, o en los casos, igualmente raros, en los que el foco del dolor reside en una de las zonas de inervación de la rama I. En estos casos y en aquellos en que, después de verificada una vez la electrocoagulación, persisten dolores residuales en el territorio del N oftálmicus, es preciso, para lograr la desaparición total del dolor, una electrocoagulación masiva, que lleva consigo una abolición de los reflejos corneal y conjuntival y de la secreción lagrimal. Sin duda se destruye a la vez en estos casos el N petroso superficial mayor. Después

de la electrocoagulación se constata casi siempre una debilitación temporal de los M M masticadores del lado correspondiente. Por este motivo, en las neuralgias bilaterales—2 al 4 por 100—sólo se debe proceder a la electrocoagulación de un lado. Según nuestra experiencia, las formas que corresponden mejor a la electrocoagulación son las que presentan el foco del dolor en el III par. El peligro de la queratitis neuroparalítica queda excluido si no se procede masivamente a la electrocoagulación.

Las operaciones de FRAZIER y de DANDY (raíz del trigémino).—En la operación de FRAZIER el acceso es por vía temporal, como en la de KRAUSE. Para evitar el peligro de queratitis neuroparalítica, en lugar de proceder a la extirpación del ganglio GASSERI, efectuó FRAZIER la resección retroganglionar de la raíz del trigémino, con conservación del fascículo oftálmico (el más central), y de la raíz motora. FRAZIER aceptó en concordancia con la doctrina de STOFFEL, que en el tronco del trigémino se hallaban representadas las fibras correspondientes a cada rama periférica en tres zonas diferentes, susceptibles de ser aisladas operativamente. Según FRAZIER, corresponde la parte inferior del tronco a la rama III, la parte superior, a la rama II, y la más central, a la rama I. Como toda la doctrina de STOFFEL, esto corresponde sólo en parte a la realidad, y se halla sujeto a considerables variaciones individuales. La operación de FRAZIER es indudablemente superior a la de KRAUSE. Sin embargo, tiene, en cuanto al acceso, los mismos inconvenientes que ésta; es decir, que hay que vencer las adherencias que presenta la dura madre de la región medio basal con el temporal. El vencimiento de estas adherencias lleva consigo el peligro de la traumatización del lóbulo temporal, lo cual tiene gran importancia tratándose del lado izquierdo. El “resentimiento” del lóbulo temporal es inevitable, por muy cuidadosamente que se opere, debido a la gran vulnerabilidad del tejido nervioso en las personas de edad, especialmente si existe arterioesclerosis, por leve que ésta sea.

Otro inconveniente que presenta esta operación es que para aislar la raíz del trigémino hay que levantar el sinus petrosus sup., con el consiguiente peligro de lesión y de hemorragia. Fi-

nalmente, la operación se acompaña en el 10 por 100 de una parálisis más o menos duradera del facial. Esta se debe, según TAYLOR, al arrancamiento del N. petrosus superficial mayor, y con ello, a través del ganglio geniculado, a un ligero traumatismo del facial. Sin embargo, tiene que haber otros motivos, ya que en la operación de DANDY, si bien raramente, se presenta también alguna vez.

Prescindiendo de las complicaciones, la mortalidad en la operación de FRAZIER es de un 2 por 100.

Actualmente hay que considerar la operación de DANDY como superior a la de FRAZIER. Prácticamente se la puede estimar como exenta de complicaciones. El único peligro consiste en la lesión de la vena petrosa; la mortalidad es sólo de 0,50 a 1 por 100. En esta operación de acceso quirúrgico tiene lugar por vía subtentorial, y el aislamiento de las raíces sensitiva y motora del trigémino es mucho más fácil que en la operación de FRAZIER. Según DANDY, seccionando la mitad posterior de la raíz sensitiva desaparecen los dolores, conservándose en cambio en gran parte la sensibilidad táctil y dolorosa. Si se tiene en cuenta que las fibras conductoras del dolor se hallan representadas en los nervios difusamente, y que en la regla son más resistentes que las fibras que conducen la sensibilidad epicrítica, cuesta trabajo aceptar que la hipótesis de DANDY tenga validez general. Por otra parte, faltan datos estadísticos seguros sobre el número de recidivas que se presentan procediendo a la sección parcial de la raíz sensitiva, y si en los casos de neuralgias graves es suficiente para eliminar el dolor. En los casos de neuralgias leves es una experiencia corriente que con pequeñas infiltraciones de alcohol o con electrocoagulación mínima del GASSERI se consigue la desaparición del dolor, conservándose casi intacta la sensibilidad. Estos hechos parecen apoyar la hipótesis de que en muchos casos de neuralgias se trata de una neuritis leve. La sustancia nerviosa inflama y responsable del dolor sería, en su condición patológica, más vulnerable a la destrucción. Esta hipótesis no invalida el hecho de que precisamente las neuralgias graves sean las que presentan mayor resistencia a los tratamientos, ya que en es-

tos casos las causas radican más centralmente y tienen un carácter diseminado.

Al realizar la operación de DANDY hay que cerciorarse de que no cursan raíces supletorias, que pueden ser la causa de un fracaso si no se seccionan.

La operación de DANDY se halla contraindicada cuando existe una mastoiditis en el lado de la neuralgia y sordera en el lado opuesto. Esta última causa, de todas suertes, no constituye una contraindicación formal, ya que, operando cuidadosamente, no debe provocarse ninguna lesión del N. stato-acústicus. Prescindiendo, pues, de aquellos casos que ofrezcan un peligro de meningitis, constituye actualmente la operación de DANDY el proceder quirúrgico de elección.

La operación de SJOQVIST.—Partiendo de que en la cordotomía (operación de FOERSTER) se obtiene una interrupción de la conducción del dolor—temperatura y la conservación del resto de la sensibilidad—, ha procedido SJOQVIST a un análisis de las fibras sensitivas del trigémino, llegando a la conclusión de que las fibras conductoras del dolor y de la temperatura terminan en los núcleos espinales y de la medula oblongata (sustancia gelatinosa ROLANDI), antes de lo cual se reúnen y aíslan para formar el tractus spinalis. Este haz constituye así, en el tronco para el V par, el equivalente del cordón anterolateral de la medula espinal. Esta posibilidad fué ya antes supuesta—como reconoce SJOQVIST—para explicar el síndrome de WALLENBERG.

SJOQVIST procedió por primera vez a la tractotomía del haz descendente del trigémino en un caso de recidiva después de la radicotomía de DANDY. El enfermo curó. Recientemente ha publicado cuatro casos operados así, y en los cuales la conservación de la sensibilidad confirma su hipótesis y experiencias previas. (Estas no han sido aún publicadas.) Un juicio sobre la operación de SJOQVIST sería aún prematuro. En este contexto se expresa SJOQVIST mismo del siguiente modo: “Ich glaube aber, dass mit vermehrter Erfahrung in der Technik des Eingriffes und besonders seiner Gefahren, diese Methode in der Zukunft selbst bei typischen Trigemini-neuralgien zur Anwendung kommen kann.” Nosotros carecemos

de experiencia personal en esta operación. La operación subyuga por su elegancia y por las reflexiones que guiaron a su autor en el hallazgo. Si la experiencia las confirma y demuestra a la vez que la proximidad del núcleo ambiguos no constituye un peligro, es seguro que desplazará todas las técnicas quirúrgicas ideadas por ahora. Teóricamente cabe objetar que realizando la tractotomía a la altura que lo ha hecho SJOQVIST (al nivel entre el tercio superior y medio de la oliva), quedan muchas fibras libres, pues las vías correspondientes a la rama III terminan más arriba.

La simpatectomía periarterial y la estelectomía.—Partiendo de que el angioespasmus se acompaña muchas veces de dolor con carácter paroxismal, se trató de explicar la neuralgia del trigémino en relación con estados irritativos de la cadena simpática cervical, y se pensó que como ésta conduce los nervios vasoconstrictores de la cara, se lograría con la simpatectomía periarterial o con la estelectomía la curación de la neuralgia del V par. La experiencia ha demostrado que esta concepción es errónea. Ya FOERSTER objetó que en la mayoría de las neuralgias del trigémino se observa una hiperemia vascular de la cara.

Sin embargo, que el ganglio estelátum y la red simpática periarterial de la A. carotis tiene una gran influencia en las manifestaciones dolorosas de la cara y del cráneo constituye una experiencia corriente. Por ejemplo, en la arteriografía y en la estelectomía acusan casi siempre los pacientes dolores en la región occipital (¿tentorium?), en el oído y en la dentadura.

Si bien en la neuralgia típica del trigémino las operaciones en el sistema simpático cervical no conducen al éxito deseado, en el síndrome de la hemicránea trigeminalis se obtiene, por el contrario, con la estelectomía resultados absolutamente positivos. En la literatura se señalan casos de éxito en el mismo síndrome con la simpatectomía periarterial de las A. A. carótida interna y externa y de la A. vertebralis. Se han señalado igualmente éxitos procediendo a la ligadura de la A. meníngea media.

Si se tiene en cuenta que la sensibilidad profunda para el dolor de la cara, además de la conducción fundamental por el trigémino, se halla en parte determinada en escala accesoria por el intermerius y por el simpáticus, cabe pensar que algunos casos de neuralgia aparente del V par sean debidos a estas inervaciones accesorias. Quizá algunos casos que se comunican en la literatura (KIRSCHNER), en los cuales tanto la electrocoagulación como las operaciones de DANDY y SJOQVIST fueron infructuosas, reconozcan esta patogenia.

El resumen de nuestro criterio sobre el tratamiento de los diferentes tipos de neuralgia del trigémino es:

1. En las neuralgias aisladas del N. oftálmicus se debe proceder a la neuroexairesis del N. frontalis siempre que la infiltración previa de este nervio conduzca a la desaparición del dolor.
2. En las neuralgias leves de las ramas II y III, así como en las neuralgias atípicas que dejan reconocer un origen periférico y en aquellas del N. maxilaris que presentan la forma descrita por SLUDER se debe proceder a la infiltración con alcohol según la técnica de FOERSTER.
3. En las neuralgias intensas que dejan libre el N. oftálmicus se debe proceder a la electrocoagulación de KIRSCHNER. Los resultados más óptimos se obtienen en las formas típicas con foco del dolor en el territorio de inervación del N. mandibularis.
4. Siempre que fracase la electrocoagulación, la cual nunca debe tener un carácter masivo, se debe recurrir a la operación de DANDY. Esta operación constituye actualmente el proceder quirúrgico de elección.
5. En las neuralgias bilaterales se debe proceder a la operación de DANDY en el lado más intenso y a la electrocoagulación del otro lado.
6. En los casos de hemicránea trigeminalis se halla indicada la estelectomía.

En la lámina 2 se exponen gráficamente—con excepción de las operaciones en el simpático—las diferentes intervenciones que se han demostrado eficaces y exentas de peligro en el tratamiento de la neuralgia del trigémino.

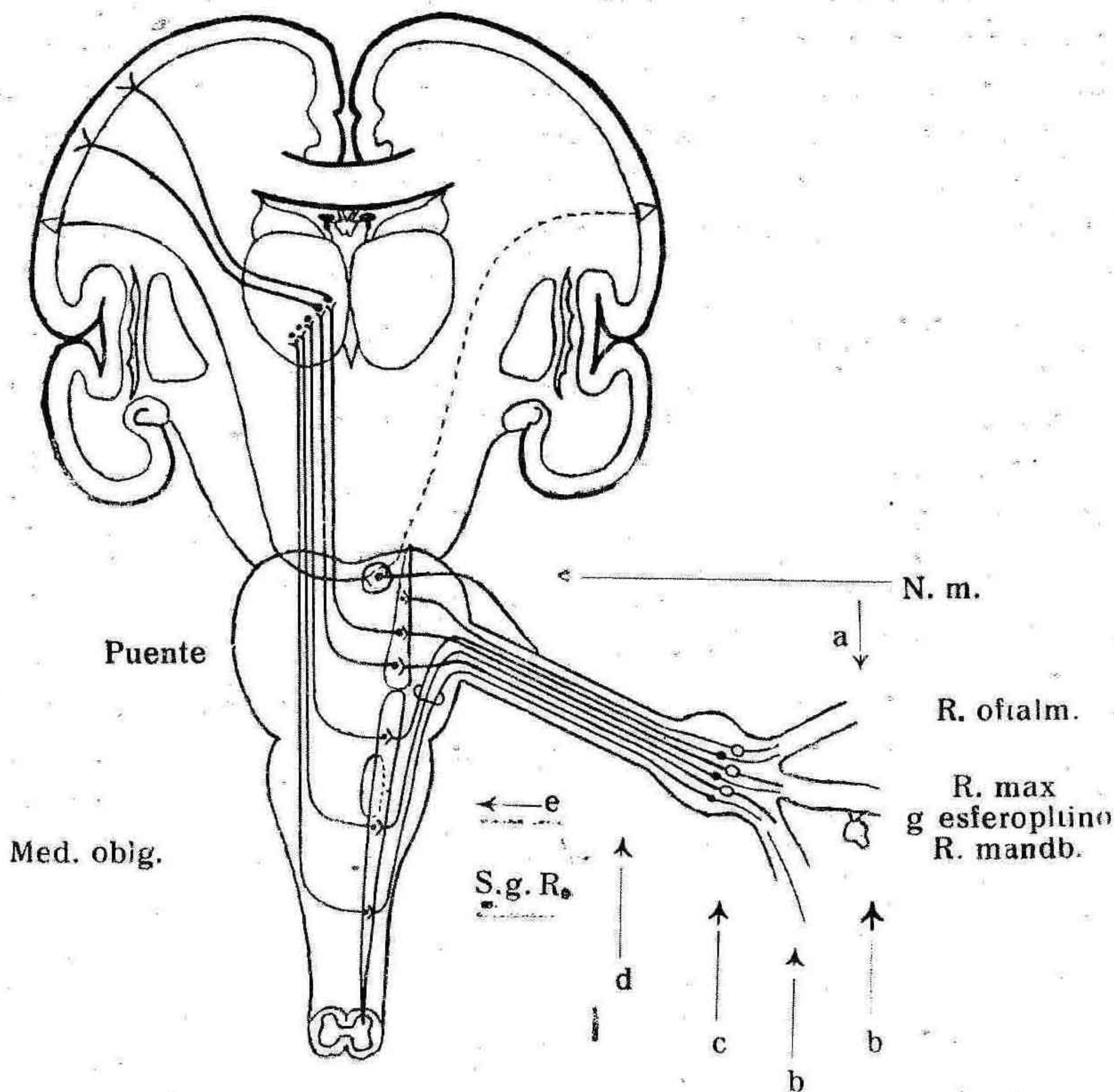


Fig. 2.—N. m.: Núcleo motor del trigémino, S. g. R.: Substancia gelatinosa Rolandi, L. Coe.: Locus Coeruleus. (Ambos constituyen la neurona de segundo orden del V. par sensitivo. Según Sjöqvist, sólo el sistema de la S. g. R., al que corresponde el T. e.: Tractus espinalis, conduce las percepciones del dolor y temperatura.) L. m.: Lemniscus medialis, T. o.: Talamus opticus con enlace talámico-cortical, para Head sólo en relación con la sensibilidad epicrítica. N. a.: Nucleus ambiguus del vagus.

Flechas: a) Neuroexairesis del N. frontalis. b) Infiltración con alcohol según Foerster Electrocoagulación de Kirschner. d) Op. de Dandy. e) Op. de Sjöqvist.

Al comienzo hemos dicho que, en conjunto, la neuralgia del V par es curable en el 97 por 100. La proporción varía de unos autores a otros; pero el término medio hace un 2-3 por 100 de fracasos. Prescindiendo, pues, de las manos del opera-

dor, que, naturalmente, hay que tener en cuenta en todas las estadísticas, es indudable que un corto número de neuralgias idiopáticas del trigémino resisten a todos los tratamientos. KIRSCHNER comunica algunos casos, sucesivamente tratados con electrocoagulación, operación de DANDY y operación de SJOQVIST, en los cuales persistieron los dolores con la misma intensidad bajo la imagen de la anestesia dolorosa. En estos casos hay que pensar que la causa del dolor reside más central, quizá en la sustancia reticularis o en el tálamus mismo.

Otros casos de fracaso se deben indudablemente a una confusión con la neuralgia del intermedius y del simpáticus, que inerva accesoriamente la sensibilidad profunda de la cara. A nuestro juicio, siempre que se presente hiperpatía profunda de la cara se debe pensar en esta posibilidad y proceder como primer recurso a la infiltración del estelátum con novocaína.

Para explicar otros fracasos hay que pensar en el hecho, demostrado por FOERSTER, de la aferencia de fibras sensitivas con las raíces motoras.

Otro punto que necesita esclarecerse es el de los casos en que, curada la neuralgia de un lado, se presenta luego en el otro. Para intentar una explicación de este fenómeno sería de gran importancia averiguar si su frecuencia es mayor en relación con alguno de los procedimientos curativos que hemos expuesto.

LA CARA, ESPEJO DE ENFERMEDADES

Nuevos caminos para el diagnóstico

Durante una sesión pública celebrada por la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Jena (Universidad de Federico Schiller) el profesor Dr. de Crinis, director de la Clínica de enfermedades nerviosas de la Universidad de Berlín, pronunció una interesantísima conferencia sobre el sugestivo tema "La importancia para el diagnóstico de la expresión facial humana".

* 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 neuralgicas 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.