

NEURALGIA DEL TRIGEMINO SECUNDARIA

POR

S. OBRADOR y J. R. BOIXADÓS
De la Universidad de Londres

Servicio de Neurocirugía del Instituto de Investigaciones
Clínicas y Médicas. Profesor: C. Jiménez Díaz. Madrid.

En diversas publicaciones de nuestro grupo hemos descrito los aspectos neurológicos, radiográficos y quirúrgicos de los síndromes producidos por las impresiones basilares, platibasias y otras malformaciones de la región occipitocervical ("Rev. Clín. Esp." 28, 180, 1948; 32, 21, 1949; 52, 217, 1954, y "Arch. Neurocir. Buenos Aires", 7, 13, 1950).

De nuestra casuística total de nueve ejemplos de impresión basilar y platibasia, el último caso tiene un especial interés clínico porque la enferma aquejaba solamente dolores en el área del trigémino derecho. Ninguno de los otros enfermos de este grupo había presentado preoperatoriamente este síndrome, aunque en algunos estaba disminuido el reflejo corneal, y solamente el primer caso personal presentó también dolores trigeminales unilaterales varios años después de la intervención.

El resumen de la historia de la enferma es el siguiente:

P. D. P., enferma de treinta y dos años, soltera, enviada por el doctor Armesto García, de Lugo.

Ingresa en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas (Clínica de la Concepción) el 11 de abril de 1955.

La historia actual comienza hace cuatro años con dolores en la mitad derecha de la cara, que se inician en el territorio de la segunda rama del trigémino, y se extienden por toda su área y especialmente hacia la primera rama. Los dolores aparecen en forma brusca, "como latigazo", durando dos o tres minutos, y quedando después un dolor continuo, sordo y constante en la misma región. Las crisis intensas se sobreañadían a esta molestia, más duradera y constante, y se desencadenaban espontáneamente o al hablar, masticar, etc. Últimamen-

te, además de los dolores, ha presentado también, en el área del trigémino derecho, sensaciones parestésicas y "acorchamiento".

Aparte de estos dolores trigeminales, la enferma no aquejaba ninguna otra molestia; pero su aspecto somático, con un cuello muy corto, cabeza grande, ladeada y fosa posterior encajada y pequeña, eran típicos de una impresión basilar occipital (figs. 1 y 2). La motilidad cervical, activa y pasiva, estaba muy limitada, especialmente para la retroflexión y movimientos de lateralización. El perímetro cefálico era de 51 centímetros y se percibía una asimetría facial. También el hombro izquierdo estaba más elevado y la columna presentaba una desviación escoliótica. Hábito corporal, frágil y asténico, con cierto grado de aracnodactilia.

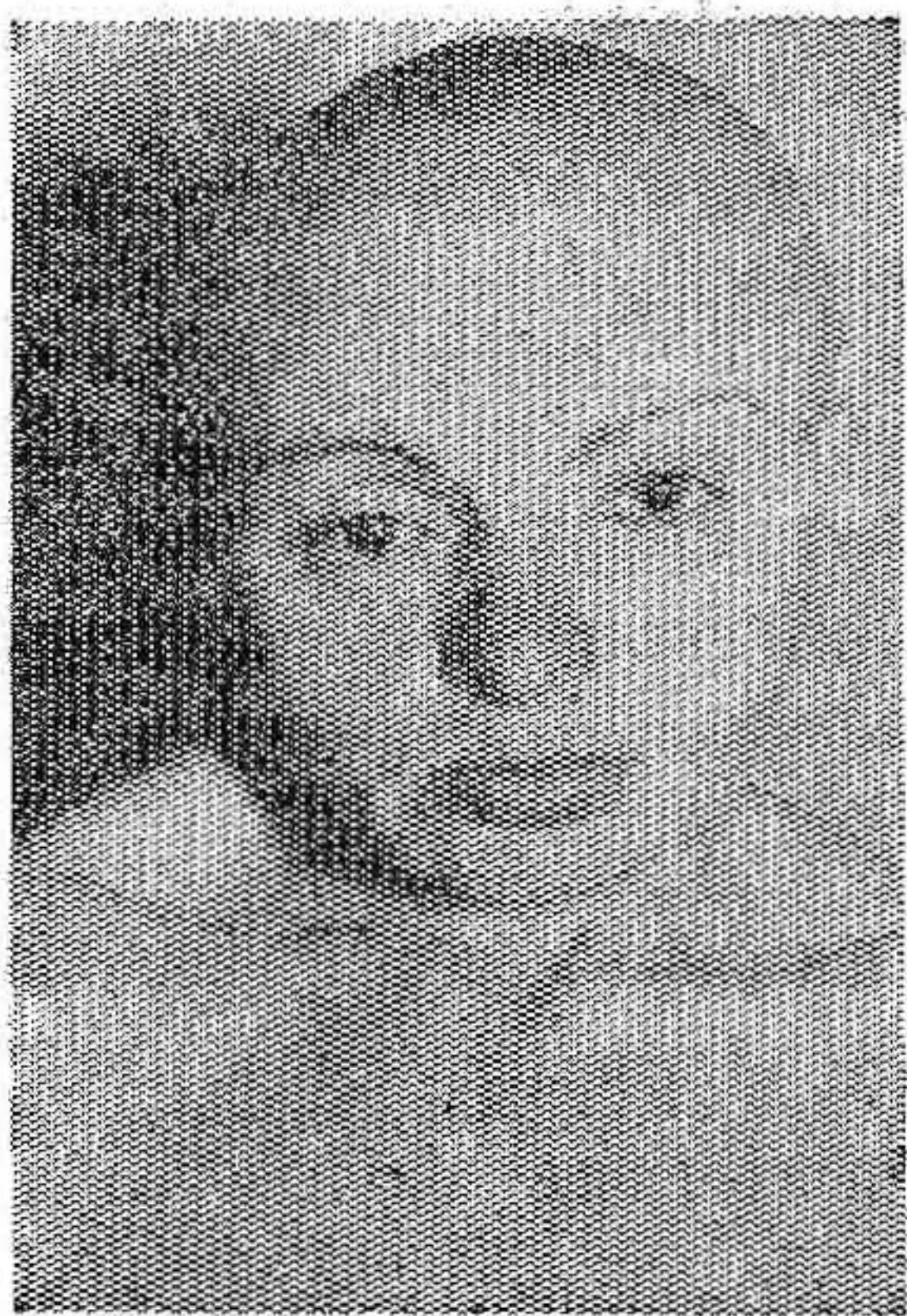


FIG. 1.—Cuello corto



FIG. 2.—Cabeza grande

Pares craneales: Fondo de ojos normal. Motilidad ocular y reflejos pupilares, normales. No aparecía nistagmus. Disminución del reflejo corneal derecho. Hipoestesia táctil y dolorosa en el territorio trigeminal derecho. Facial y auditivo, bien. Buena motilidad del velo del paladar con situación normal de la úvula. Poca fuerza e inervación en ambos esternocleidomastoideos. Algunas fasciculaciones linguales generalizadas.

El resto de la exploración neurológica era completamente normal y no existía ninguna modificación de la fuerza, tono, reflejos y sensibilidades ni en las diferentes pruebas cerebelosas.

Exámenes hematológicos sin interés especial.

Radiografías de cráneo: En la posición lateral se apreciaba una platibasia marcada con gran impresión basilar, asimilación de atlas y encajamiento cervical en la fosa occipital (fig. 3). En la posición ántero-posterior se confirmaba la elevación de la punta de la apófisis odontoides por encima de la línea de Fischgold.

En la primera intervención (13 de abril de 1955) practicamos, bajo anestesia general, una craniectomía suboccipital con incisión en la línea media y con la enferma en posición sentada. El arco posterior del atlas era muy rudimentario y estaba asimilado al occipital. Después de la craniectomía suboccipital, y abierta la dura, se exploró la región del ángulo ponto-cerebeloso derecho, rechazando el hemisferio cerebeloso. La disposición anatómica de esta región estaba muy alterada y la elevación ósea anterolateral, en forma de un acusado promontorio, dislocaba la posición de los pares craneales. El agujero rasgado posterior estaba elevado y los nervios IX, X y XI aparecían estirados. Inmediatamente por encima se encontraba el poro acústico interno y el VII y VIII nervios estaban muy distendidos sobre el promontorio óseo de la fosa posterior y muy próximos a los pares

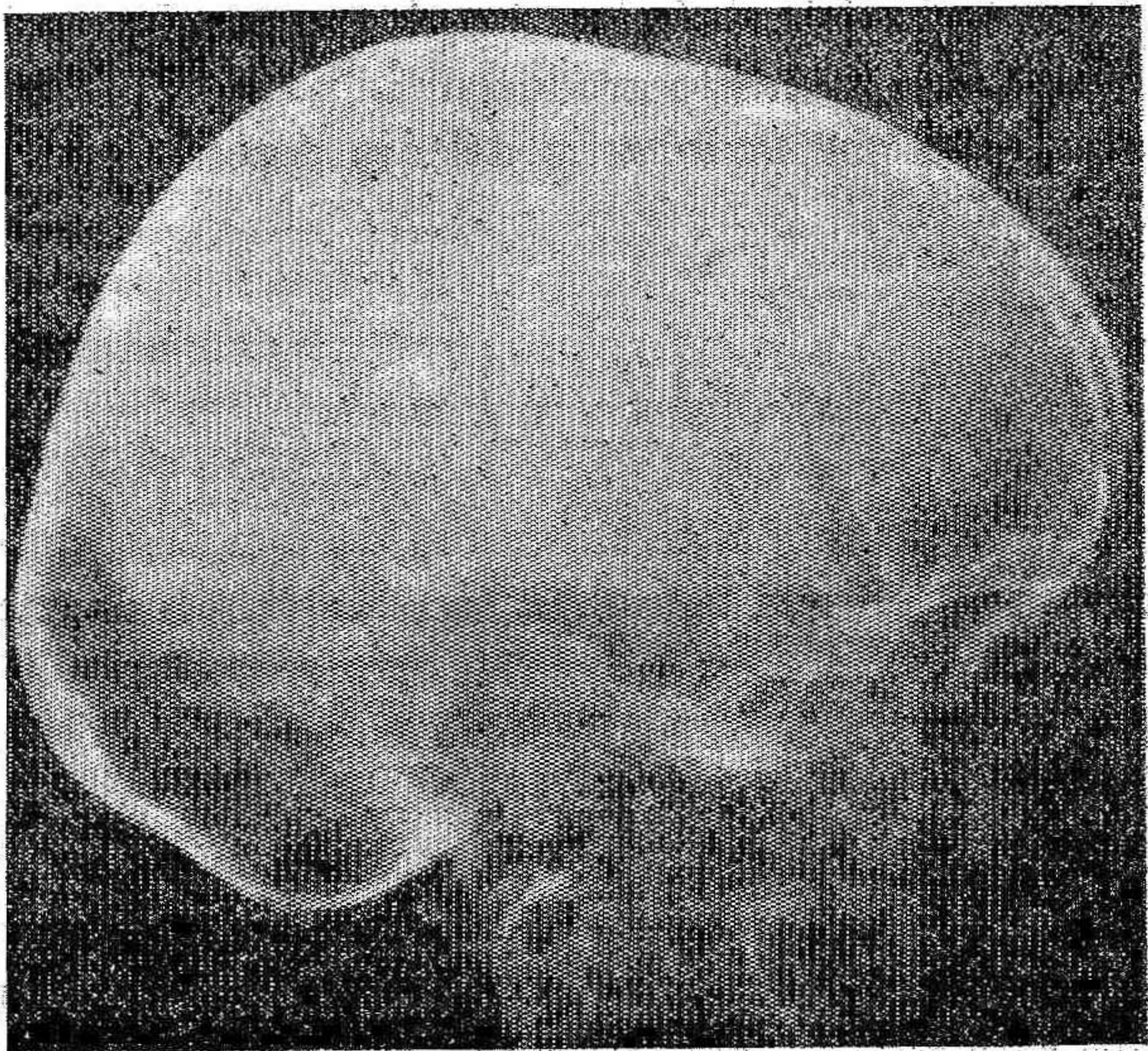


Fig. 3. Encajamiento cervical con la fosa occipital.

más inferiores. El trigémino no podía reconocerse a pesar de una perfecta exposición de la región profunda tentorial. Incluso levantando con sumo cuidado el facial y auditivo, apenas visualizamos algunas fibras situadas por debajo y delante, que se seccionaron pensando se trataba de la raíz del trigémino. No existía malformación de Arnold-Chiari, aunque las amígdalas cerebelosas estaban ligeramente descendidas. Sutura de la dura y partes blandas con puntos sueltos de seda en la forma habitual.

El curso postoperatorio fué bueno, pero la sección trigeminal fué insuficiente, según demostró la persistencia de los dolores y conservación parcial de la sensibilidad de la cara. Además, quedó una afectación del facial y auditivo derechos.

En una segunda intervención (29 de abril de 1955), y también bajo anestesia general, abordamos la región del ganglio de Gasser, por la vía subtemporal y extradural de Frazier. La disposición anatómica de la fosa media también era bastante anormal y fué necesario reseca, con escoplo, algunas porciones del hueso. Después de disecar la dura, que estaba muy adherida, y exponer la región del ganglio de Gasser y el cavum, se abrió este último haciendo una sección retro-gasseriana de la raíz.

La intervención fué bien tolerada y se logró una completa anestesia en el territorio del trigémino derecho y una desaparición de los dolores que tanto sufrimiento producían a la enferma. Antes de salir de alta se practicó una tarsorrafia del ojo derecho para proteger la córnea (doctor Leoz).

COMENTARIOS

El cuadro de neuralgia de trigémino de esta enferma tenía algunas características de una neuralgia secundaria, como el dolor sordo y constante de la cara, acompañado de "acorchamiento". Pero sobre este fondo las crisis accesionales recordaban al "tic doloroso" por la aparición brusca e intensa, de corta duración y en forma paroxítica, iniciada muchas veces por los movimientos de la musculatura facial.

En el examen físico y radiográfico la existencia de una impresión basilar con platibasia era evidente. Además, la afectación de la sensibilidad del área trigeminal y del reflejo corneal indicaban claramente el carácter secundario de la neuralgia.

Desde el punto de vista patogénico, el estiramiento de la raíz sobre el promontorio óseo antero-lateral de la fosa posterior, que ocurre en las impresiones basilares tan acusadas como ésta, debe considerarse responsable del cuadro.

Terapéuticamente fracasó el primer intento de seccionar la raíz en la fosa posterior y tuvimos que recurrir a la sección retrogasseriana subtemporal, que suprimió por completo los dolores al interrumpir el nervio estirado y distendido desde su salida de la protuberancia hasta su anclaje en la dura de la región del ganglio de Gasser en la fosa media. Otra alternativa quirúrgica que consideramos era la práctica de una descomposición amplia de la raíz trigeminal del tipo Tarnhooj, pero el resultado era mucho más inseguro y la enferma deseaba una curación radical de sus molestias. De todas formas, este caso confirmaría, en cierto modo, el concepto patogénico de TARNHOOJ en el sentido que la distensión del trigémino pueda ser la causa de las crisis neurálgicas, aunque en el gran grupo de las neuralgias idiopáticas, no secundarias, no tenemos datos evidentes en favor de este origen.

RESUMEN

En un material de nueve casos operados de impresión basilar y platibasia tenemos un ejemplo con sintomatología clínica casi exclusiva de neuralgia secundaria del trigémino. Se presenta la historia de este caso y el tratamiento quirúrgico, que consistió en un intento fracasado de seccionar la raíz por vía posterior, y la práctica, en un segundo tiempo, de una sección retrogasseriana subtemporal, que llevó a una desaparición completa de los dolores.

Se discute brevemente la patogenia de la neuralgia trigeminal en estas malformaciones de la fosa posterior y el papel patogénico del estiramiento y distensión del nervio a su paso desde la protuberancia hasta la fosa media.