

# ° ALGIAS FACIALES (\*)

por el

Dr. Barcia Goyanes

**E**L estudio del diagnóstico de la neuralgia esencial del trigémino lo hemos de hacer—dice el doctor Barcia Goyanes—dividiendo los casos clínicos en dos categorías: uno de fácil y otros de difícil diagnóstico. En el primer caso nos hallamos ante un enfermo que ha pasado por las manos de varios especialistas, con mayor frecuencia del odontólogo; enfermo que al hablarnos de sus sufrimientos nos describe con un dedo el trayecto que recorren sus dolores, diferente según esté afecta su rama oftálmica o maxilares. Habla del ligero estímulo que produce el ataque, unos al afeitarse, al sonarse, al lavarse la cara, durante la masticación. Sigue describiendo los síntomas característicos de las crisis de dolor, actitud del paciente, etc.

Una característica interesante es la inmunidad breve que deja la crisis dolorosa en algunos casos.

El diagnóstico en la rama del nervio maxilar inferior es menos fácil, sobre todo si es la rama temporal; en este caso el dolor se irradia hacia el oído y región parietal y puede confundirse la neuralgia del nervio glosofaríngeo.

En cuanto a su etiología, no sabemos nada, estamos poco menos que en tiempos de Trousseau. La tesis de Leriche acepta que es producida por modificaciones histo-patológicas del ganglio de Gasser.

Olivecrona inculpa a la orientación de salida del nervio trigémino intracraneal, que es ascendente desde el Puente de Varolio hasta el cavum de Meckel; como con la edad el neuroeje

---

(\*) El día 20-X-44, la Real Academia de Medicina de Zaragoza celebró su primera sesión científica. Bajo la presidencia del doctor Horna Alcorta, y ante nutrida asistencia de señores académicos y médicos, el doctor Barcia Goyanes pronunció una conferencia sobre "Algias faciales", demostrando sus profundos conocimientos y gran práctica de la Neurocirugía. He aquí su extracto, tomado por nuestro corresponsal.

desciende, el nervio sufre un estiramiento. Pero esta hipótesis deja sin explicación las neuralgias juveniles. Asimismo se ha hablado de trastornos vasculares y de orden alérgico. Esta desorientación, oscuridad, en cuanto a la etiología, ha obligado a seguir tratamientos sintomáticos, tratamiento que podemos dividirlo en médico y quirúrgico. Entre la serie infinita de los medicamentos empleados se ha utilizado la aconitina, introducida por Siccard (*similia similibus curantur*); se sigue utilizando rutinariamente el nitrato de aconitina, obteniéndose mejorías que no son prolongadas, de tipo psicológico. De la vitamina B se puede repetir lo mismo. La radioterapia produce mejorías más duraderas, de meses. El tricloretileno, vertiendo unas gotas en un pañuelo para inspiraciones, produce alivio, pero a la larga provoca fenómenos de intoxicación, como mareos, vómitos, anemia, etc., por lesión hepática. El ácido nicotínico también se emplea.

Actualmente estos enfermos tienen un portillo de esperanza con el uso de la histamina, pensando en la etiología de trastorno vascular. De los trabajos del doctor Landete aún no se pueden sacar conclusiones por el poco tiempo de experiencia: su uso es inocuo. El tratamiento médico debe ensayarse siempre en los comienzos del mal. Intermedio entre el tratamiento médico y el quirúrgico está el de las inyecciones neurolíticas de alcohol de 80 grados, en el que se basaron grandes esperanzas; con una técnica adecuada se obtiene un alivio del dolor que dura algunos meses, pero que no es totalmente inocuo; en apoyo de este aserto tenemos un caso de miositis del músculo masetero con trismus total; otro con parálisis de los músculos del ojo y ambliopía, etc.

Sin embargo, abundamos con Leriche en que no hay que dramatizar y exagerar los peligros de dicha inyección; si bien produce un alivio instantáneo; en el mejor de los casos no dura más de catorce meses; la anestesia que se produce es un síntoma molesto; la segunda inyección es de más difícil ejecución, pues el alcohol, desarrollando su acción cáustica en los tejidos, los esclerosa, se hace una cicatriz que dificulta la punción.

Sin embargo, estos enfermos no se substraen a una intervención quirúrgica. Los primeros intentos quirúrgicos fueron

hechos por Sir Víctor Horsley, que acometió la extirpación quirúrgica del ganglio de Gasser en 1888. A éste siguió Krause en 1894. Pero estas intervenciones eran muy vulnerantes, de peligrosidad enorme; de cada cuatro moría uno y otro perdía un ojo (por queratitis neuroparalítica); de modo que el 25 por 100 de mortalidad de los cirujanos de esta época, Horsley, Krause, Keen, no significaba precisamente una garantía.

Es preciso grabar la memorable fecha en que Spiller Frazer ideó la Neurotomía retrogasseriana, por vía temporal, operación más sencilla que las anteriores, de gran delicadeza, que precisa operar con mimo, no tener prisa; la mejor prueba de su inocuidad es que estos enfermos se restauran muy pronto. Este es un problema resuelto. Fleischer, en series de seiscientos casos, no tiene ninguna muerte. Leriche tiene un dos por ciento de mortalidad.

Dandy, en 1925, propuso la vía occipital. En la intervención anterior el principal inconveniente es la anestesia total. Para evitar este inconveniente Dady secciona las fibras más posteriores e inferiores de las raíces, cerca del puente, que son las que llevan la sensibilidad dolorosa, y así no se produce más que analgesia: el enfermo siente el contacto al pinchar con una aguja, pero no siente dolor. Esta operación tiene el inconveniente de penetrar a través de la *dura* y ser más traumatizante; además hay una vena petrosa en su proximidad que puede ser lesionada y producir hemorragias de graves consecuencias.

En el año 1937 el sueco Olof Sjoqvist ideó seccionar las vías centrales del trigémino, el tractus spinalis o raíz descendente por encima del núcleo de dicho tracto en el bulbo, y como es en éste donde termina la sensibilidad dolorosa, el enfermo deja de percibir el dolor y conserva la sensibilidad táctil.

Este procedimiento es el desiderátum, pero también es el más traumatizante y de gran peligro por la posibilidad de herir núcleos vecinos tales como el núcleo ambiguo, cuerpo restiforme, etc. No queremos dejar de señalar la labor realizada por el doctor Luis Jiménez González, de la Facultad de Medicina de Zaragoza, investigando el trayecto y relaciones del tractus

spinalis (1). Olivecrona aconseja esta intervención de la tractotomía en los enfermos jóvenes; después puede escogerse el Dandy o la técnica de Krause, y en los viejos el Frazer.

Nosotros aconsejamos la intervención precoz en vez de hacer perder el tiempo a los enfermos debilitados. Aconseja hacer una prueba de inyección alcohólica para que el enfermo se habitúe a la anestesia permanente. Kirschner y sus colaboradores—Zenker—, con su electrocoagulación del ganglio de Gasser, creen haber resuelto el problema. Pero éste tiene grandes dificultades técnicas y no está exento de peligros.

La intervención quirúrgica es de elección, pues la mortalidad es nula, aserto que apoyamos en nuestra casuística ya abundante, pues no hemos tenido el uno por ciento de muertos, como en la técnica de Kirschner. Podemos resumirnos diciendo que el problema de las algias faciales es un problema resuelto. Debe ensayarse la histamina, después la inyección neurolítica y después el tratamiento quirúrgico, pues el mito de la gravedad de esta operación no debe ser mantenido.

---

(1) Jiménez González Luis. "Topografía del tractus spinalis nervi trigemini en relación con la operación de la tractotomía". Archivo Español de Morfología número 9