

CUANDO DEBE OPERARSE LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO

por el

PROF. A. VALLEJO NÁGERA

Facultad de Medicina de Madrid

Los indiscutibles progresos de la neurocirugía y, sobre todo, de la anestesiología, han disminuído en tal manera la mortalidad de las operaciones intracraneales, que algunos neurocirujanos mantienen que el quirúrgico constituye el único tratamiento de la neuralgia facial. Criterio tan rotundo podría justificarlo el frecuente fracaso de otros tratamientos, particularmente del neurolítico, bien de la rama afectada, bien del ganglio Gasser; pero, basado en mi personal experiencia, discrepo del criterio enunciado, y mantengo desde hace muchos años que *la neuralgia del trigémino sólo debe someterse a tratamiento quirúrgico cuando hayan fracasado el farmacológico o el fisioterápico*. Nunca he sido partidario de la destrucción de la sustancia nerviosa con alcohol, que esclerosa los tejidos y resta éxitos terapéuticos a la intervención quirúrgica. Tanto la experiencia personal en los pocos casos en que la he empleado, como la de otros colegas, justifican el exilio a que la condeno.

La indicación terapéutica en la neuralgia facial se desprende de su etiología y el primero de los problemas que debe resolver el médico es el etiólogo. A tal efecto debe establecerse el diagnóstico diferencial entre la verdadera neuralgia del trigémino, o sea, la "idiopática", y la pseudoneuralgia, que puede ser congénita, sintomática, secundaria a otras lesiones o psicogenética. Los neurólogos distinguimos entre *neuritis* de las ramas del trigémino (infecciosa, tóxica, neoplásica, etcétera), y *neuralgia* del quinto par, según que el trastorno consista en hiperestesia en las zonas de distribución de las ramas del trigémino o de auténticos dolores que tienen su origen en lesiones esclerosas o vasculares del ganglio de Gasser.

Actualmente no puede hablarse de *neuralgia idiopática facial*, pues las investigaciones histopatológicas y la experiencia quirúrgica de-

muestran la existencia de lesiones macro o microscópicas en casos presuntamente idiopáticos. Hace años que Huhges contradecía a Harris, afirmando que en aquellos casos en que no se encontraban lesiones degenerativas o esclerosas en el ganglio se hallaban en las paredes de los vasos ganglionares y también en las raíces sensitivas y núcleos de origen. Las investigaciones efectuadas por Dandy son las más demostrativas, pues ha a en el 60 por 100 de los casos tumores, angiomas cavernosos, anomalías periféricas vasculares e incluso de los huesos del cráneo.

El problema fisiopatogénico de la neuralgia facial idiopática es muy oscuro, y observaciones que prueban una u otra de las teorías se contradicen con otras. A la teoría neurógena se opone la de Quincke, que atribuye la neuralgia facial a una perturbación de la regulación vaso-motriz del ganglio, y la de Werzeberg-Kulenkampf, que presumen crisis angiospásticas de los vasos del ganglio que explican la neuralgia idénticamente a como Wenckebach explicaba los ataques de angina de pecho. Para Kulenkampf no se trata de una enfermedad de trigémino, sino de crisis convulsivas dolorosas desencadenadas por trastornos de metabolismo proteínico, que operan sobre el ganglio de Gasser, produciendo espasmos vasculares de origen simpático. También Ehrenfeld presume un trastorno vasomotor de la vía simpática, pero supone que obra sobre los *vasa vasorum* y *nervi nervorum*, determinando un trastorno de la nutrición del ganglio. A ambas teorías se opone Braencker, que indica que no existe una demostración microscópica o anatómica experimental que compruebe que las fibras simpáticas transmiten el dolor. Para el último autor, en todos los casos existiría un proceso patológico irritativo de las terminaciones, vías, raíces o centros del trigémino, pues sin noxa irritativa sería imposible la neuralgia. Las hipótesis fisiopatogénicas de Harris-Parker y Frazier parecen explicarnos mejor el dolor por la intervención de mecanismos nerviosos centrales, pero tanto dichas teorías como las enunciadas y otras más o menos peregrinas, nos llevan a la conclusión de que las curas radicales no alcanzan la fuente dolorosa, pero que sin alcanzarla resultan muy eficaces para interrumpir el arco reflejo determinante de la crisis neurálgica. Empero, el hecho de que en algunos casos la sección de las ramas periféricas del trigémino no supriman muchas veces los dolores, demuestran que el dolor no se propaga exclusivamente por las vías sensitivas. Ante una neuralgia facial, el práctico debe plantearse, en primer

término, el problema del diagnóstico etiológico, como ya hemos indicado anteriormente, y diferenciar la *seudoneuralgia* producida por agentes infecciosos, tóxicos, traumáticos o tumorales de la auténtica neuralgia facial primaria consecutiva a lesiones esclerosas del ganglio de Gasser. A tal efecto, han de individuarse los casos, pues cuando se trata de *seudoneuralgias* observaremos casos agudos o crónicos, graves o leves, remitentes o inaccesibles a todos los tratamientos. Contrariamente, en la neuralgia facial esencial el curso es progresivo, y habitualmente fracasan las más acreditadas terapéuticas. Aunque se obtengan remisiones más o menos prolongadas, en algunos casos.

Infiérese de la progresividad e incurabilidad de la neuralgia primaria del trigémino que está justificada *teóricamente* la inmediata intervención quirúrgica. Y digo que *teóricamente*, porque en muchos casos considerados esenciales, el tratamiento farmacológico o fisioterápico ha conseguido la curación, seguramente por tratarse de *seudoneuralgias* que remitieron al intentarse un tratamiento empírico que resultó etiológico. De aquí que tres autores que han tratado gran número de casos, W. Scharpe, Payr y Kulenkampf, aconsejan que antes de llegar al quirófano se proceda a un tratamiento comprensivo de varias etapas, consejo que he seguido repetidamente con provecho. Ahora bien, si transcurrido un plazo prudencial, generalmente de seis meses, persisten los dolores, o éstos recidivan luego de una temporada de remisión, debe procederse a establecer las indicaciones de la neurolisis o electrocoagulación del ganglio de Gasser, y, mejor todavía, las de la intervención quirúrgica.

Me abstengo de la mención y resultados de los infinitos analgésicos que se han considerado específicos contra la neuralgia facial (aconitina, gelsemina, etc.) para ocuparme de aquellos tratamientos de que tengo experiencia personal y he usado con éxito.

Aunque los casos que llegan al neurólogo son raros, he tenido ocasión de observar algunas neuralgias del trigémino *prediabetoides* (Marañón, Lafora), contra las que produce buenos resultados la terapéutica insulínica habitual, combinada con el adecuado régimen alimenticio.

Desde hace años mantengo la idea de que la neuralgia idiopática del trigémino tiene un origen virásico, y atribuyéndolo a un virus del tipo del que produce el herpes zoster, la he tratado con sales de oro, o con salicilato en inyección intravenosa, y, últimamente, con

antibióticos que operan contra los virus filtrables (aureomicina, cloromicetina). Con las sales de oro he conseguido buenos resultados temporales en unos treinta casos, pero me han parecido más persistentes y profundos los que se logran con la inyección intravenosa diaria de un gramo de salicilato, al que se agrega un centímetro cúbico de una concentración fuerte de aneurina (betabión o benerva fuerte). También he utilizado la urotropina y la tripaflavina como antivirásico, pero con resultados inferiores a los conseguidos con el salicilato, que propino durante treinta días.

Desde un punto de vista rigurosamente científico, en la neuralgia esencial deben resultar ineficaces las vacunas polivalentes (vaccineurina, neurisán, neurovacuna, neuro-yatren, omnadina, etc.), combinadas con proteinoterapia. Sin embargo, contrariamente a lo presumido, se obtienen, a veces, inesperados y sorprendentes éxitos, incluso en casos rebeldes a otros tratamientos. Consecuentemente, en mi práctica combino siempre la administración de un antivirásico con la de una vacuna polivalente.

He de señalar el curioso hecho de que la neuralgia del trigémino sífilítica se muestra extraordinariamente rebelde a los tratamientos salvarsánicos y bismúticos.

Como resumen de mi experiencia puedo decir que, idénticamente que otros clínicos, he obtenido éxitos y fracasos con pretendidos tratamientos etiológicos, y coincidido con W. Enke y W. Dahl, en que el tratamiento conservador puede curar algunas neuralgias del trigémino, a condición de que se emplee enérgica terapéutica etiológica y sintomática. Empero, fracasada ésta, hay que decidirse por las intervenciones directas sobre el ganglio de Gasser.

Los tratamientos *fisioterápicos* (diatermia, ionización, ondas ultrasónicas), tienen efectos muy pasajeros o ilusorios, y por lo que respecta a la *radioterapia*, puedo afirmar que al lado de los efectos favorables en las neuralgias agudas y leves, el fracaso es constante en las formas crónicas graves, aunque, a veces, mejoren aquellas formas en que predominan los fenómenos vasomotores paroxísticos. En cambio, se influyen favorablemente con la radioterapia las neuralgias del trigémino sobrevenidas en el curso de la esclerosis múltiple.

De siempre he sido opuesto a la *neurolysis troncular* propuesta por Sicard, pero he visto pacientes que gustosos se sometían cada cuatro o seis meses a esta práctica, que les libera de dolores, conti-

nuando el tratamiento durante largos años sin decidirse a la intervención quirúrgica, inevitable, muchas veces. Mi oposición a la neurolisis troncular dimana de que produce lesiones esclerosas de los tejidos neurítico y perineurítico que mantienen al cabo del tiempo los dolores, con el inconveniente de que en muchos casos no ceden, precisamente por causa de la indicada esclerosis, cuando se procede a una intervención radical sobre el ganglio de Gasser. Antes de que los casos se decidieran por causa de la indicada esclerosis, cuando se procedía a una de las intervenciones sobre el ganglio, aconsejaba la neurolisis gasseriana, que practicada correctamente libera a los enfermos de dolores durante varios años, sin inconveniente para la ulterior intervención quirúrgica. Kirschener sustituye la neurolisis por la electrocoagulación del ganglio de Gasser, que practica mediante un aparato y técnica de intervención personal, con buenos resultados, según el autor. De todas suertes, ha de contarse con recidivas en el 75 por 100 de los casos, por lo cual, actualmente prefiero aconsejar la curación radical cuando ha fracasado el tratamiento antivirásico y prescindo en absoluto de la neurolisis.

Tres técnicas quirúrgicas se usan actualmente contra la neuralgia facial: La gasserectomía, de Krausse; la radiocotomía por vía temporal, de Frazier, y la radiocotomía retroganglionar, de Dandy. La operación de Krausse puede considerarse como un método abandonado, por ser muchos más fáciles y menos sujetas a complicaciones las otras técnicas, usando la mayoría de los cirujanos la de Frazier para los casos vigentes de radioterapia o neurolisis, y la vía posterior de Dandy para los casos en que se han practicado dichas terapéuticas. En nuestro Servicio de Neurocirugía de la Cruz Roja, tenemos una estadística de unos cuarenta casos operados por el doctor Ley, con una sola defunción en una enferma hipertensa.

Los resultados de la intervención quirúrgica sobre el ganglio de Gasser son sorprendentes, y la mayoría de los operados se muestran entusiasmados del resultado de la intervención durante los primeros meses; pero el entusiasmo disminuye cuando comienzan a manifestarse las muchas complicaciones consecutivas a la intervención quirúrgica consistentes en trastornos faciales de la sensibilidad y de la motilidad, perturbaciones de las secreciones lacrimal y nasal, lesiones cutáneas y, principalmente, la presentación de una queratitis neuroparalítica, con producción de úlceras corneales, tan graves que, en ocasiones, originan la pérdida del ojo, no obstante las precauciones

tomadas. La casi totalidad de los neurocirujanos hablan de recidivas de los dolores, que atribuyen a imperfecciones técnicas y que obligan a nueva intervención en muchos casos. Por otra parte, advierte Djorup que los dolores persisten en el 8 por 100 de los casos, sin que puedan explicarse las causas. Aparte de la recidiva en el lado operado, he tenido ocasión de observar dos casos operados con éxito en que al cabo de dos años ha sobrevenido la neuralgia en el lado sano. Ante la importancia de las complicaciones y dificultades de la técnica, se han propuesto recientemente intervenciones sobre el cerebro, del tipo de las lobectomías o topectomías, cuyos resultados todavía no podemos enjuiciar, aunque nos parecen problemáticos.

Vemos, pues, que la neuralgia del trigémino idiopática es una grave enfermedad, tributaria de la intervención quirúrgica en gran número de casos, sin que dicha intervención asegure definitivamente el éxito, debiendo procederse a un tratamiento antivirásico en todos los casos antes de proponer el quirófano (per "Rev. Neu. Clín.", 5, 1954).

En pro o en contra de la hibernación ("Pour ou contre l'hibernation).—

Ducuing, J. (Pres. Méd., 62, 21-24, 1954.)

Ante la hibernación, los médicos han adoptado, en general, dos posiciones que, por desgracia, no son del todo correctas: o bien la recomiendan y emplean a ultranza, o bien, por el contrario, la rechazan y la condenan ya por principio.

Ahora bien, la hibernación no debe ser considerada como una cuestión de moda, sino que representa un eficaz método terapéutico para luchar contra la agresión brutal, ya espontánea, ya quirúrgica, frente a la cual muestra homeóstasis, y nuestros medios de defensa están en peligro de ser desbordados, con el consiguiente peligro para la vida. En estos casos el paciente puede salvarse sometiéndolo a la invernación hasta que el agente agresivo, bien espontáneamente, bien por la oportuna terapéutica, haya desaparecido.

No cabe duda que la hibernación nos pone frente a problemas nuevos que revolucionarán la fisiología, la fisiopatología, la farmacología y la terapéutica, y ante ellos no cabe una actitud de "en favor o en contra", sino el aplicarnos con todas nuestras fuerzas a su estudio.

Respecto al futuro de la hibernación, el autor opina que habrá casos en que las indicaciones de la invernación serán las mismas que ahora—shock traumático, hemorragias copiosas, infarto de miocardio, neurocirugía, etc.—, en otros se prescindirá por completo de la invernación más intensa que ahora, gracias a nuevos productos—shock, hemorragias, septicemia, etc.—, y, en fin, habrá otros casos en los que podrá ser "aligerada" por el descubrimiento de nuevos fármacos que permitirán acabar rápidamente con el agente agresor.—*J. Espín Herrero.*