

ARXIU S D'ODONTOLOGIA

VOL. IV

GENE R I FEBRER DE 1936

Núm. 18

TREBALLS ORIGINALS

*Neuralgias de la cara. Diagnóstico diferencial y tratamiento**

por el Dr. M. Corachán Llori.

Asistente a los Servicios de Neurología (Dr. Barraquer), y Cirugía General (Dr. Corachán). Hospital de San Pablo. Barcelona.

El problema de las neuralgias de la cara interesa por un igual a odontólogos, neurólogos y neuro-cirujanos. Solamente cuando cada uno de estos especialistas examine al enfermo lo más detenidamente y procure no verlo sólo con los ojos de su disciplina, sino que piense como patólogo general, solamente este día, los diagnósticos serán más exactos y las indicaciones más precisas.

No es necesario insistir en el problema de la inervación sensitiva de la cara: los puntos generales son conocidos de todos y en los puntos dudosos no se ha llegado a un acuerdo. Recordemos solamente y de modo general que las impresiones dolorosas de este territorio son recogidas por varios nervios craneales y vegetativos, a saber: el trigémino, el glossofaríngeo, el facial, el intermediario de Wrisberg y filetes simpáticos que nacen de los ganglios oftálmico, esfenopalatino ótico. Veamos las características que presentan las algias según sea el origen o la vía de conducción.

* Conferència pronunciada en el Círcol Odontològic de Catalunya el dia 28 de novembre del 1936.

I. Neuralgias faciales propiamente dichas, neuralgia esencial del trigémino, o "tic doloroso" de los americanos, cuyas características en líneas generales, son: presentación en forma de irradiaciones dolorosas en relámpago que aparecen con intermitencias de corta duración, pero de una intensidad terrible que obligan al enfermo a gritar, y una vez calmada queda el enfermo con poco dolor; que empiezan en un territorio determinado, en general perteneciente a una rama o dos del V par y casi nunca son totales de "emblée", pero sí con el tiempo tienen una tendencia a generalizarse. Las crisis pueden provocarse al tocar la piel de la zona que corresponde a la rama afectada (trigger zone), con los cambios bruscos de temperatura, al hablar, al masticar o al deglutir (no confundir con las neuralgias del IX). Pueden existir fenómenos motores, hemiespasma facial al sobrevenir la crisis y trastornos de tipo simpático, aumento de secreción sudoral, vasodilatación, etcétera.

II. Las *neuralgias del trigémino sintomáticas* tienen características clínicas que permiten distinguirlas bastante fácilmente de las esenciales. El dolor es continuo, y aunque tenga exacerbaciones en forma de crisis agudas, éstas no tienen ni la intensidad ni la frecuencia del tic doloroso. La presión en los puntos de salida de las ramas periféricas provoca violento dolor, pero rápidamente se instaura en el territorio del nervio o de la rama afecta una anestesia o, mejor, una hipoestesia al tacto, discriminación, dolor, temperatura, etc. Cuando la lesión radica en el tronco, va seguida de una parálisis de los masticadores con atrofia del masetero y de la fosa temporal.

El trastorno local puede estar situado extracranealmente, neuritis periférica, neuralgias de verdadero origen dentario no tan frecuentes como se acostumbra a creer, pero existentes y desarrolladas a consecuencia de una inflamación alveolar o una avulsión dentaria. Las neuralgias de la primera rama, que pueden aparecer a consecuencia de lesiones sinusales o por compresión en su paso por la hendidura esfenoidal, formando parte de un síndrome caracterizado por algias, seguidas prontamente de anestesia de la región supraorbitaria, parálisis de los motores del ojo, ptosis palpebral y midriasis. Las neoplasias de la cueva de Higmore o del rinofarin, comprimen la 2 y 3 rama a su salida de los agujeros oval y redondo, así como ciertos tumores de la parótida o un aneurisma de la carótida interna.

Dentro del cráneo, el V par puede estar comprimido por delante del ganglio de Gasser, por un tumor hipofisario, un meningioma de la pe-

queña ala en sus tres variedades: interna, media y externa, o por un proceso de meningitis basilar específica, realizando el síndrome de Foix o de la pared externa del seno cavernoso (dolores en la 1 y 2 rama, parálisis de los motores del ojo, edema palpebral de la conjuntiva y exoftalmia). Los tumores de la trompa de Eustaquio y ciertos cordomas basilares que penetren por el agujero rasgado anterior, pueden dar lugar al desarrollo del síndrome de Jacob o de la encrucijada petro-esfenoidal (atrofia óptica, oftalmoplegia, dolores seguidos de anestesia en la 2 y 3 rama). Si es el mismo ganglio el comprimido, ya sea por tumor extrínseco, ya sea por un intrínseco, el dolor es sordo y continuo, con sensación de peso en toda la mitad de la cara, acompañado de exacerbaciones en forma de "corriente eléctrica" subintrantes, seguidas más tarde de anestesia, parálisis de los masticadores y trastornos atróficos (queratitis). Por detrás del ganglio, las compresiones tumorales raramente producen dolores en forma de crisis y rápidamente van seguidos de anestesia. El síndrome de Gradenigo, consecuencia casi siempre de una otitis con destrucción del peñasco, consiste en dolores en el territorio del V y parálisis del VI par. El síndrome paratrigeminal, estudiado por Van Bogaert, consiste en una algia del V par, predominante en territorio del oftálmico acompañada de un síndrome de Cl. Bernard Horner y parálisis del VI par. Es consecuencia siempre de una otitis sifilítica de la punta del peñasco, con irritación de los filetes simpáticos del plexo carotídeo. Los tumores del ángulo-ponto-cerebeloso y las aracnoiditis localizadas en esta región, pueden en algunos casos ponernos en duda para el diagnóstico. Lesiones intraprotuberanciales de origen vascular, la siringobulbia, ciertos tumores bulbares y del IV ventrículo, pueden tener como manifestación inicial un dolor de tipo "tic doloroso". Intoxicaciones generales pueden ser la causa de algias del trigémino, y entre ellas descuella el paludismo y la diabetis (GONZALO LAFORA). No describimos otras algias faciales de características muy diferentes y que se presentan raramente, como por ejemplo las algias de las parálisis faciales a frigore, las algias del zona oftálmico, las luéticas.

III. La *neuralgia de origen en el ganglio geniculado* se caracteriza por dolores en el conducto auditivo interno y región auricular profunda, acompañados de una erupción de zona en la concha de la oreja, hipoacusia y ligera parálisis facial periférica. Fué HUNT quien en 1908 describió esta neuralgia, y en sus cinco casos la lues era responsable. En 1909,

TAYLOR y CLARK operaron un enfermo seccionándole el intermediario de Wrisberg.

IV. Las simpatalgias faciales, dolores continuos profundos, que se presentan de una manera lenta y persisten largo tiempo, disminuyendo de intensidad luego, pero sin desaparecer completamente, sin localización precisa, extendiéndose a toda la cara y a veces al cráneo, sin zonas hipersensibles. El dolor no se exacerba con ningún estímulo, y va acompañado de manifestaciones vasculares intensas de sudoración, que aparecen al mismo tiempo y siguen una evolución paralela. A veces aparece un síndrome de Cl. Bernard Horner. Entre éstos incluidos el síndrome simpático posterior estudiado por Barré.

V. Las neuralgias del IX que describiremos al final, después de ocuparnos de la terapéutica de las formas que hemos descrito.

Esta diferenciación tiene un valor extraordinario, pues solamente los casos de neuralgia del V par son tributarios de una terapéutica dirigida sobre el mismo nervio, mientras que nuestra conducta será en los otros casos muy diferente.

Cuando tenemos este diagnóstico exacto y estamos absolutamente convencidos de la responsabilidad del trigémino, se plantea qué tipo de tratamiento hemos de utilizar. Si en la anamnesis del enfermo se encuentra diabetes o lues, se instituirá el tratamiento adecuado. R. GONZALO LAFORA ha publicado casos muy interesantes de neuralgia de origen diabético del V par, curados con la insulina. Si no se encuentra una causa aparente y tiene los caracteres de una neuralgia esencial, el tratamiento deberá ir dirigido al mismo nervio. Los americanos (FRAZIER) tienen un criterio definido, el único tratamiento seguro y duradero es la sección retrogasseriana; su cifra de mortalidad operatoria es muy baja, y las complicaciones oculares aparecen alguna vez, pero su promedio es aceptable. Someten únicamente a tratamiento médico, alcoholización, los enfermos que tienen una presión arterial por encima de 20 o tienen una enfermedad cardíaca. Nosotros pensamos como POPPEN, CAVINA y otros; se debe someter a todo enfermo primero a una alcoholización periférica, no sólo porque esto le proporcionará un alivio más o menos largo, sino porque además servirá para probarnos la responsabilidad del trigémino. La alcoholización del ganglio de Gasser tiene serios inconvenientes, y nosotros recurrimos muy raramente a ella. Las complicaciones oculares son, después de la alcoholización del ganglio, muy frecuentes, tan frecuentes

como, después de la antigua gasserectomía y otras muchas veces, aparecen parálisis de varios pares craneales IV, VI, III, y graves reacciones meníngeas. PEIPER, cree que las inyecciones en el ganglio a veces empeoran al enfermo, y sobre todo le producen lesiones graves de meningitis química. CUSHING, en 1920, también cree perjudiciales estas inyecciones en pleno ganglio de Gasser, y FLOESTH calcula que las complicaciones oculares se observan en un 50 por 100 de los casos. La faradización, la creemos de efectos terapéuticos nulos; a veces la mejoría que se observa después de largo periodo de faradización es debida, con seguridad, a coincidir con los periodos de mejora espontánea que se observan en toda neuralgia. Con yonización de aconitina es muy dudoso que se hayan obtenido buenos resultados; nosotros no tenemos ninguna experiencia sobre ello. POPPEN consigue buenos resultados con las inhalaciones de Clorilen; en 100 casos, obtiene un 45 % de alivio completo o parcial al inhalar unas de clorilen al comenzar la crisis; en un 20 %, muy poca mejoría, los ataques son menos frecuentes, pero no calman totalmente, y en un 35 %, no se observa mejoría. Los intentos de tratar la neuralgia del trigémino con inyecciones de diversas sustancias a nivel de sus ramas, fueron ya preconizadas por RYND, en 1843, y LUTON, en 1870, utilizándose desde entonces gran variedad de productos como, por ejemplo, Antipirina, Atropina, Cocaína, Cloroformo, Acido ósmico, Acido fénico, Nitrato de plata al 10 %, Suero fisiológico hipertónico, etc. En 1903, SCHLOSSER recomendó el uso del alcohol, demostrando que los resultados que se obtenían eran más duraderos. Las inyecciones periféricas están indicadas en todos los casos de neuralgias poco intensas o muy localizadas; su efecto, aunque transitorio, es de gran utilidad al enfermo, y a nosotros nos comprueba la responsabilidad del V par. Será, pues, el tratamiento a que deberá someterse inicialmente a todo enfermo. La inyección de la primera rama se verifica en la salida del ramo supraorbital por el agujero supraorbital, que es fácil de hallar explorando digitalmente el borde superior de la órbita. DOLLINGER recomienda, en algunos casos, inyectar la parte intraorbitaria; para esto se punciona en dirección a la frente, a nivel también del agujero supraorbitario, haciendo penetrar la aguja unos milímetros, inyectando poca cantidad de alcohol para no lesionar la musculatura ocular. Si a los ocho días no se encuentra mejoría, debe repetirse la inyección. Si fracasa de nuevo y se observa que la neuralgia se extiende a todas las ramas del oftálmico pero no al maxilar superior o inferior, se puede intentar la inyección a nivel de la hendidura orbitaria, como indicaremos luego.

La segunda rama es fácil de inyectar en su parte más periférica, buscando el agujero infraorbitario por el que salen los filetes del nervio infraorbitario. Se punciona aproximadamente a unos 7 mm. por debajo del borde orbitario a nivel de una pequeña elevación que por palpación se encuentra, se procura introducir la aguja en el agujero, sintiendo enton-

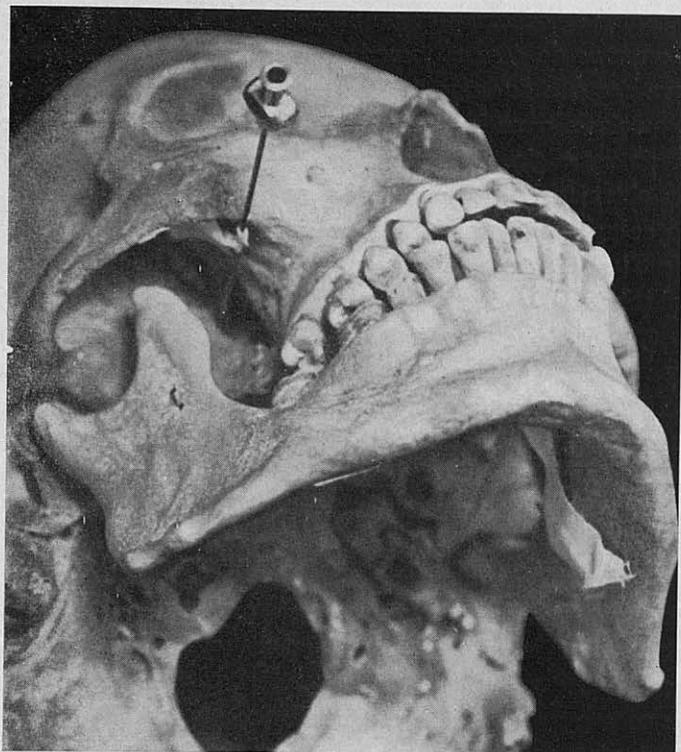


Figura 1.

ces el enfermo un vivo dolor y se inyecta primero novocaína y después 1 cc. de alcohol. LEVY y BADOUEN, creen que el agujero infraorbitario se encuentra a 5 mm., término medio, por fuera de la vertical que pasa por el agujero supraorbitario, siendo éste fácil de hallar por la palpación. PEREYRA encuentra que esto no es fijo, y que a veces se halla ya en la misma vertical, ya por fuera o por dentro.

La tercera rama puede inyectarse periféricamente a nivel del nervio mentoniano. Para los dos primeros se puncionará por dentro la cavidad bucal, en la superficie interna de la rama ascendente del maxilar, a nivel

de la espina de Spix; para el mentoniano, se buscará el agujero mentoniano situado aproximadamente a 1,5 cm. por encima del borde inferior del maxilar, entre el 1 y 2 premolar.

La duración de la anestesia es muy variable y oscila entre un mes y seis meses. En este tiempo la neuralgia puede haber evolucionado, alcanzar otras ramas y tener otra intensidad. Si se quiere hacer un tratamiento radical, deberá practicarse una neurotomía retrogasseriana; si no, deberemos dirigir las inyecciones de alcohol a las ramas en su salida de la base del cráneo. *Inyecciones basales.*

Para la primera rama puede seguirse la técnica de DOLLINGER; sin embargo, nosotros consideramos dicha punción no exenta de peligros, por la vecindad del nervio óptico y del seno cavernoso. La inyección en este nivel provoca casi siempre parálisis de los músculos oculares.

La inyección de la segunda rama a su salida por el agujero redondo, se practica puncionando con una aguja de 8 cm. de largo y 0,7 en el borde anterior del masetero a nivel del ángulo del malar, y haciendo resbalar la punta de la aguja por la cara externa del maxilar superior hasta llegar a la fosa pterigomaxilar; entonces se busca, dando diferentes orientaciones a la aguja, la entrada del agujero que se reconoce, además, porque provoca parestesias en el territorio de la segunda rama. Estas maniobras deben hacerse con cuidado, pues es fácil perforar o lesionar la arteria maxilar interna (Fig. 1).

La inyección en la tercera rama es la más sencilla y segura, siguiendo la técnica de BRAUN o la de OFFERHAUS. Se punciona, según BRAUN, por debajo del arco zigomático en su parte media, dirigiendo la aguja verticalmente a la articulación del maxilar; al llegar a 4, 5 ó 5 cm. de profundidad encuentra la articulación de la apófisis pterigoides; entonces se dirige la aguja hacia atrás y con la misma profundidad, produciéndose las parestesias en la tercera rama. DOGGLIOTTI recomienda la vía transorbitaria para inyectar a nivel del agujero redondo u oval; sin embargo, dicho procedimiento es engorroso, necesita anestesia general y siempre debe hacerse bajo control radiológico. HORRAX y FOPEN puncionan la tercera rama por vía externa; se punciona (previa anestesia local) inmediatamente por debajo del arco zigomático, en un punto equidistante del cóndilo y de la apófisis coronoides dirigiendo la aguja ligeramente hacia atrás y muy poco hacia abajo hasta llegar al agujero oval (Fig. 2).

La inyección de la segunda y tercera rama viene facilitada empleando aparatos indicadores de la dirección que debe imprimirse a la aguja; entre ellos está el indicado por GRANT que nos parece muy complicado,

y el que preconiza VAN DER BERG que creemos más útil. El instrumento consiste en una barra plana que se apoya a lo largo del arco zigomático, la parte anterior se continúa por un arco que en su parte distal está provisto de una pieza en forma de V que se apoya en la nariz, la parte posterior del instrumento tiene una pieza para ser introducida en el con-

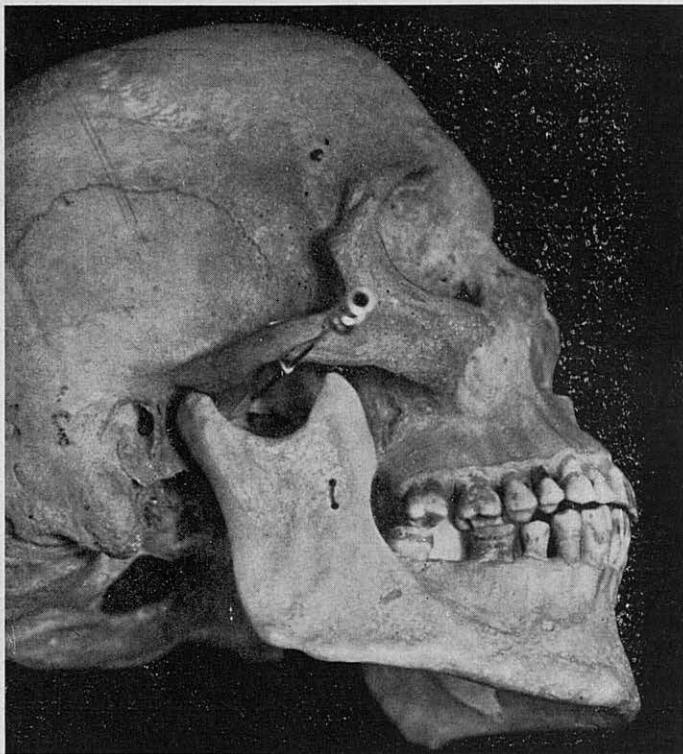


Figura 2.

ducto auditivo externo. Las guías para conducir la aguja están situadas en la parte media de la pieza, que se apoya en el arco del maxilar y su situación exacta ha sido determinada por un estudio previo en el cadáver y confirmada por la experiencia en el vivo. Colocado el instrumento tal como indica la figura núm. 3, se anestesia la piel de la mejilla y se punciona con la aguja siguiendo la orientación que da la guía, a veces puede chocar con la apófisis cigomática y debe rectificarse ligeramente la posición, entonces la aguja sigue por el espacio situado entre la apófisis coronoides y el cóndilo del maxilar y penetra en la fosa pterigo

mastóidea y a 5 cm. aproximadamente, encuentra la tercera rama y a 5'5, la segunda; entonces la inyección de alcohol se hace en el interior del nervio y no a su alrededor y los efectos terapéuticos son más duraderos.

Este tratamiento proporciona una cesación de los dolores por un periodo más o menos largo de 4 a 5 meses, pudiéndose repetir la inyección.

Cuando el efecto terapéutico de la alcoholización cesa, se plantea el problema de la nueva terapéutica a indicar. Para nosotros, si se trata de un enfermo con un aparato cardiorenal normal o de buen rendimiento

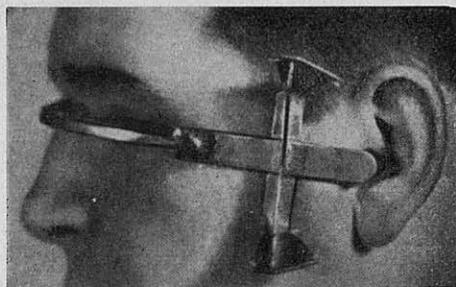


Figura 3.

funcional, si su presión arterial máxima está por debajo de 20 cm., la única terapéutica a seguir es practicar la sección retrogasseriana. Solamente si se trata de un individuo con hipertensión o con un defecto cardíaco, pulmonar o renal, intentaremos nuevas alcoholizaciones transculares o más raramente la alcoholización del ganglio de Gasser. En cuanto a las neuroexéresis periféricas, siguiendo las técnicas de THIRSCH no creemos que tengan otra indicación que los casos localizados de neuralgia anfraorbitaria. Después de una neuroexéresis, en la salida de las ramas en la base del cráneo, los dolores pueden a veces continuar y sobre todo se suprime la función motriz tan importante, por ejemplo en la tercera rama.

La inyección del ganglio en el Gasser (cuando esté indicada por ejemplo, para calmar los dolores producidos por tumores malignos inextirpables de maxilar, de las mejillas, etc.), puede hacerse siguiendo varias técnicas; para nosotros la más sencilla es la indicada por HARTEL. Se emplea una aguja de 10 cm. de longitud por 0'8 mm. de espesor con bisel muy corto y bien rígida, provista de un disco pequeño de corcho que indica los 6 cm., profundidad a la cual se encuentra el plano infra-

temporal y de un mango preconizado por BRAUN que facilita su manejo. La punción se practica en posición medio sentada con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás. Se anestesia la mejilla y se punciona en su cara externa a nivel del último molar superior, a veces es necesario colocar un dedo entre la cara interna de la mejilla y los dientes y con las mandíbulas cerradas se introduce la aguja entre el masetero y el bucinador hacia la fosa infratemporal. La aguja debe tener la dirección de la pupila y del agujero auditivo externo, entonces se reconoce la parte ósea infratemporal, moviendo ligeramente la aguja se obtienen parestesias en el territorio del maxilar inferior. Estamos entonces delante del agujero oval, haciendo penetrar la aguja se obtiene la sensación de entrar en un canal al mismo tiempo que se provoca un dolor vivísimo, la inyección de novocaína nos probará, si se produce una anestesia en el territorio del trigémino, que estamos en el ganglio. Al cabo de un rato se inyecta medio centímetro de alcohol. PAYR y MATAS puncionan por el agujero redondo penetrando a través de la órbita. VILA ABADAL, para escoger el punto de punción tira una línea que desde la inserción superior del pabellón de la oreja va al mentón y otra que desde la raíz de la nariz va al ángulo del maxilar, en la intersección de las dos líneas se encuentra el punto de elección para puncionar, pero generalmente debe hacerse un centímetro por abajo y acercarse un poco a la comisura labial.

A veces pueden salir unas gotas de líquido cefaloraquídeo por la aguja y entonces no deberá inyectarse de ninguna manera alcohol, sino que se abandonará para otra sesión. Pueden producirse también hemorragias de diversa intensidad, según sea el vaso lesionado.

Existen series muy diversas de métodos de punción, ZAPTAS, BROCKAERT, etc.; sin embargo, creemos el método de HARTEL el más sencillo y útil.

SGALITZER y BRUCKE verifican la punción bajo el control radiológico; para estos autores la inyección de alcohol a ciegas tiene muchos peligros; si se inyecta fuera de la cavidad craneana puede llegar por la trompa de Eustaquio al oído medio; si se inyecta demasiado profundamente pueden producirse lesiones meningoencefálicas graves. Para ello practican la punción siguiendo la técnica de Hartel, en la misma mesa de rayos X, controlando la posición de la aguja.

(Acabarà).

PER LES SEVES PROPIETATS

Astringents
Antiséptiques
Hemostàtiques
i Calmants :

l'antiséptic dental Donner

EST L'AUXILIAR DE L'ODONTOLEG

LABORATORI WIPLA

PALMA DE SANT
JUST, N.º 1, 1.ª
Telèfon 21641
BARCELONA

●
PERSONAL ESPECIALITZAT PER A CADA CLASSE DE TREBALL

Treballs de pròtesi en general.
Estampació de plaques amb premsa hidràulica.
Acer inoxidable Krupp (V. 2A). Or i els seus aliatges.

LA INSTAL·LACIÓ MÉS IMPORTANT D'ESPANYA

KALOGEN

PRODUCTE NACIONAL

RECALCIFICANT: Soluble, no àcid.

ASSIMILABLE: Sense modificar la composició del suc gàstric, ni alterar les funcions digestives.

INALTERABLE: Indefinidament, a desgrat dels compostos de què està integrat.

● ● ●

MOSTRES I PROSPECTES EXPLICATIUS:

Laboratori Dr. Tayà & Dr. Bofill

Plaça St. Agustí Vell i Comerç, 28. - Barcelona

F Ò R M U L A

Ca Cl₂ 0'10 grams.
Ca Br₂ 0'50 »
Ca I₂ 0'62 »
H₂ O 1'00 cm².

UNIC PREPARAT QUE, A L'ACCIÓ REMINERALITZANT DEL CALCI, UNEIX L'ANTIESCROFULOSA DEL IODE. SENSE IODISME.