

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

*por el Dr. M. Corachán Llort.*

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

*(Conclusión)*

La sección quirúrgica de la raíz del trigémino y la resección del ganglio de Gasser es una operación que se practica desde finales del siglo pasado. Vista la ineficacia de las resecciones parciales de las ramas periféricas, los cirujanos que se interesaban por la neurocirugía, intentaron la sección de la raíz. HORSLEY y MACEWEM separadamente seccionaron en 1886 la raíz por vía intradural y según contaba HORSLEY en una conferencia en 1900, sus operados murieron de shock a las pocas horas. PRINCETAU en 1899 intentó también practicar la neurectomía retro-gasseriana por vía intradural; el enfermo murió a las 48 horas de meningoencefalitis. En 1890, ROSE propone la extirpación del ganglio por vía extradural, y el mismo año FERRIER, discutiendo la operación de ROSE, emitió la opinión que la simple sección de la raíz sería suficiente para la curación; sin embargo, los cirujanos siguieron la idea de ROSE y, perfeccionando la técnica y utilizando la vía temporal, se obtuvieron buenos resultados en manos de LEXER, KRAUSE, RIBAS Y RIBAS, entre otros. En 1900, CUSHING describió la vía temporal infra-arterial, evitando la meníngea media; la mortalidad disminuye progresivamente para ser, según PRAT, de un 14 %. No obstante, las complicaciones oculares ensombrecían el éxito operatorio. Los trabajos experimentales de FRAZIER y SPILLER, demostrando la no regeneración de la raíz después de la sección y la completa degeneración de la raíz bulboespinal en el perro, indujeron a SPILLER a hacer operar a FRAZIER un enfermo el 12 de octubre de 1901. En 1904 presentan los resultados obtenidos en 4 enfermos, y hacen notar la superioridad del método por la mayor facilidad, menos duración, menos peligro de lesionar los órganos vecinos (III, VI seno cavernoso) y

la posibilidad de no seccionar la raíz motora. Las complicaciones oculares fueron menos frecuentes, pues el ojo conservaba las relaciones con su centro trófico. FRAZIER y SPILLER atribuyen gran importancia a los filetes simpáticos que llegan directamente al glandio de Gasser, y pasan por el nervio oftálmico. Los estudios de SPILLER fueron repetidos por VAN GEHUCHTEN en 1903, y BEULE presentó en 1907 a la Sociedad de Cirugía Belga el primer caso en Europa de neurotomía retrogasseriana. Desde entonces todos los neurocirujanos han adoptado esta técnica, y la neurotomía retrogasseriana ha ido simplificándose, gracias en parte a los progresos instrumentales.

Nosotros seguimos la técnica de FRAZIER en nuestros tres últimos operados y creemos que la comodidad que proporciona el colgajo de piel y músculo no la da la incisión vertical, por muy buen retractor que se tenga. La preparación del enfermo consiste: 1.º examen de su aparato cardiorenal. 2.º el día antes de la operación se le ponen unas gotas de sulfato de atropina en sol. al 1 % para prevenir su queratitis. 3.º una inyección de morfina media hora antes de la operación. Nosotros practicamos la operación en posición sentada, la cabeza ligeramente reclinada hacia atrás y bajo anestesia local. No hemos encontrado ningún enfermo en el cual haya sido imposible practicarla por déficit anestésico. FRAZIER aconseja empezar la operación con éter y cuando se ha llegado al ganglio inyectarlo con novocaína y entonces continuar con anestesia local. ROBINEAU utiliza el éter por vía rectal. A CL. VINCENT le hemos visto utilizar la anestesia local. BEULE utiliza también la anestesia local. La raíz debe abordarse mediante una pequeña ventana de unos 5 cm. de diámetro, practicada en la escama del hueso temporal. Los colgajos osteoplásticos no deben ya hoy día practicarse, pues el campo que proporciona la pequeña trepanación osteoclásica, es suficiente. Podremos escoger dos incisiones cutáneas, una vertical de CUSHING, etc., otra en forma de colgajo que preconiza FRAZIER. Para la primera trazaremos una incisión lineal que empieza a 1 cm. por delante del tragus y medio cm. por debajo del arco zigomático y dirigiéndose hacia arriba y un poco hacia atrás, termina a 5 cm. por encima del pabellón de la oreja. Comprimiendo con los dedos se evita que sangre, mientras con pinzas hemostáticas se coge la galea y los vasos. Al separar los bordes de la piel se ve la arteria y la vena temporal que, situadas a medio centímetro del borde de la oreja, se deben ligar y cortar. La aponeurosis temporal y el músculo deben incidirse 1 cm. por adelante de la incisión cutánea. En la parte inferior y por debajo del músculo existe un acúmulo

de grasa por el que pasan varias pequeñas venas que es necesario ligar o coagular. Se desprende medio centímetro a cada lado el músculo temporal de su inserción semitendinosa en el arco zigomático y entonces se coloca un fuerte separador de garfios. Si seguimos la técnica de FRAZIER y GARDNER practicaremos una incisión cutánea, que se compone de una parte horizontal de 1 cm. de longitud que comienza a medio centímetro delante del tragus, a lo largo del arco zigomático y encima del mismo, una parte vertical ligeramente curva hacia delante de unos 5 cm. que termina incurvándose más hasta hacerse horizontal, siendo esta parte horizontal de unos 2 ó 3 cm. de longitud. El colgajo de piel que resulta se fija, mediante unos hilos, a las tablas y queda entonces una amplia zona aponeurótica al descubierto. La incisión musculoponeurótica tiene una forma inversa al colgajo cutáneo. Se fijan también los dos colgajos musculares a las tallas y queda la superficie del periostio al descubierto.

Incindido el periostio y separado a cada lado, practicaremos con una fresa redonda un agujero por fuera de donde pasa la meníngea y con la pinza gubia ampliamos la brecha hasta conseguir una ventana circular de unos 5 cm. de diámetro. Una vez practicada la hemostasia del hueso, se incinde la dura en la parte superior de la ventana para dejar salir un poco de L.C.R. y facilitar la elevación del lóbulo temporal y evitar, sobre todo, una compresión demasiado intensa. Entonces se procede a la separación de la dura madre, del hueso, mediante algodones y aspirador y a medida que se puede se coloca un separador maleable provisto de una lámpara iluminadora que levanta el lóbulo temporal, así se llega al agujero redondo por el que entra la arteria meníngea media, se coloca un clip en la parte superior y se introduce mediante un gancho como una pequeña bolita de algodón para taponar el agujero, entonces se corta la arteria sin que generalmente sangre nada. Este tiempo es indispensable para orientarse bien y es el mejor punto de referencia para encontrar el agujero oval. Prosiguiendo la separación de la dura madre llegamos al agujero oval y distinguimos en seguida el relieve de la tercera rama del ganglio de Gasser. Entonces empieza el tiempo más difícil, pero de dificultad diferente según la calidad de la dura madre del sujeto. La mejor técnica consiste en ir despegando muy cuidadosamente la dura madre de la vaina que envuelve el ganglio y por consiguiente también de la rama que tenemos a la vista. Nos dirigimos entonces hacia atrás hasta llegar a la superficie aracnoidea que cubre la raíz, justo al borde óseo superior del peñasco, teniendo mucho cuidado a este nivel de no lesionar un pequeño seno venoso, cuya

hemorragia es muy molesta, aunque se cohibe bien con un poco de músculo. Al separar la cubierta del ganglio de la dura a nivel de la segunda rama, también podemos lesionar un seno venoso. Una vez el ganglio descubierto se incide su cápsula a lo largo de sus fibras y dirigiéndose hacia atrás se verá bien distinta la raíz y utilizando unos ganchos largos podrá distinguirse, por debajo o por dentro de ella, la raíz motora que será preciso evitar. La sección de la raíz la practican diversos neurocirujanos de modo diferente. De MARTEL y CUSHING la arrancan para evitar su regeneración. FRAZIER la secciona en su tercio externo respetando las fibras más internas que cuidan de la inervación de la órbita. ADSON utiliza su guillotina. OLIVE-CRONA ha hecho construir por STILLE un instrumento con el mismo fin. Nosotros pensamos que el arrancamiento es demasiado brutal y sacrifica las fibras de la órbita; en un caso que lo hemos hecho, se presentó tardíamente una queratitis. DANDY aborda el nervio por la fosa posterior, la raíz motora es más visible y se puede evitar mejor; las complicaciones oculares son mucho más raras.

#### CURSO POSTOPERATORIO

Generalmente el curso postoperatorio es extremadamente simple; por la tarde y al día siguiente de la intervención los enfermos tienen un ligero ascenso térmico que no pasa de 38. Si se deja un pequeño tubo de drenaje, se puede retirar a las 24-48 horas. A los 6 días retiramos los puntos y a los 7 días se puede levantar el enfermo de la cama. Este es el curso ideal que se tiene en la mayoría de los enfermos.

La principal complicación, por su frecuencia y trastorno que ocasiona al enfermo, es la queratitis. Parecía que siguiendo la técnica de FRAZIER esta complicación desaparecería completamente. Sin embargo esto no es así, pues el mismo FRAZIER tiene todavía complicaciones oculares. En 1921, habiendo operado 221 enfermos observa que han sufrido un 10% de ellos una queratitis. La gravedad de estos casos es mucho menos que después de la gaserectomía; ya casi nunca se debe proceder a la enucleación del ojo como era frecuente extirpando el ganglio. Actualmente FRAZIER deja siempre los filetes internos, aunque HORRAX en 1921 le hacía la objeción razonable de que frecuentemente se ve la aparición de dolores en la zona oftálmica.

ADSON divide las queratitis en dos grupos, las que aparecen cuando existe una parálisis facial debiendo jugar un papel el lagooftalmos, y otras en que no existe lesión del facial. En éstas encuentra siempre, en

Unicament les solucions originals de les  
**AMPOLLES DE NOVOCAÏNA**  
garantitzades per



reuneixen les condicions d'una  
Elaboració perfecta  
Seguretat màxima  
i Innocuïtat absoluta

com a fruit de trenta anys d'inlassables experiències,  
representant l'ANESTÈSIC IDEAL INSUSTITUÏBLE.

Ampolles de Novocaïna-Suprarrenina  
per a la pràctica general.

Ampolles de Novocaïna-Corbasil  
per a pacients hipersensibles.

Sistema "CARPULE"

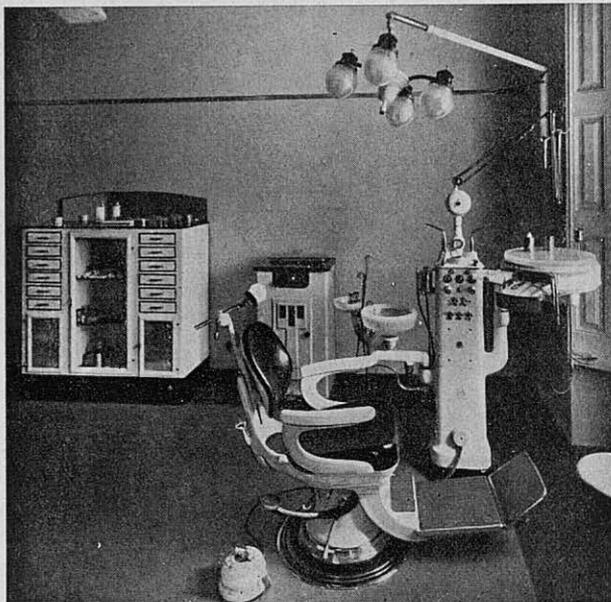
DARRERA NOVETAT EN ANESTÈSIA ODONTOLÒGICA

**La Química Comercial i Farmacèutica, S. A.**  
BARCELONA **SECCIÓ DENTAL** APARTAT 280

# *clínicas modernas*

*dipòsit dental*

*humbert serra fargas*



*agent exclusiu per a la venda de les unitats  
rahtbone*

*fabricat per la the dental manufacturing c.<sup>o</sup>  
de londres «alston»*

*xuclà, 25. - telèfon 18133. - barcelona  
adreça telegràfica serra, xuclà, 25*

el protocolo operatorio, un motivo de traumatismo sobre el ganglio durante cierto tiempo, porque se produjo una pequeña hemorragia venosa encima del mismo.

CUSHING aconseja un buen cuidado postoperatorio. Proteger el ojo la primera semana con un vidrio de reloj y llevarlo dos veces al día con suero fisiológico tibio; se aconsejaba que el enfermo practique toda su vida el lavado ocular y el uso de lentes de auto siempre que esté expuesto al aire o al polvo. CUSHING arrancaba la raíz totalmente.

El hecho de que existan neuralgias de la cara atípicas (FRAZIER), o sea, que no presenten los caracteres de la neuralgia del trigémino de una rama o de las tres "neuralgie majeure" de V. GEHUCHTEN, ha hecho que varios autores propongan para el tratamiento de las mismas, operaciones dirigidas sobre el simpático y de ello ha resultado cierta confusión en la literatura, ya que se ha pretendido curar la neuralgia del V par con la sección del simpático cervical, la extirpación del primer ganglio cervical o la simpaticectomía peri-carotídea. La bibliografía puede encontrarse resumida en un artículo de PIERI ("Archivio Italiano di Chirurgia", pág. 357, año 1930). No creemos que deba practicarse ninguna operación simpática en los casos de neuralgia de trigémino típica, en los que las inyecciones de alcohol no han provocado una mejoría, ni hacer, como hace LERICHE, una inyección de alcohol alrededor de las arterias facial y temporal en los casos de neuralgia poco intensa, pues a pesar de que HOVELAQUE haya descrito comunicaciones entre el simpático que existe en la adventicia del seno cavernoso y el ganglio de GASSEL y las relaciones simpáticas que tiene el V par a través de los ganglios ciliar, esfenopalatino, ótico y submaxilar, parece que no es el simpático el responsable del síntoma dolor. Estas operaciones tienen indicación en muchos casos de hemiciáneas de las cuales no nos ocupamos aquí.

PIERI mismo ha operado tres casos de neuralgia sin resultados definitivos.

La neurotomía retrogasseriana está indicada, además, para hacer desaparecer el síntoma dolor en los casos de neoplasias inoperables de maxilar superior, inferior, labios, mejillas, etc.

Las algias de origen simpático tienen unos caracteres especiales que hacen bastante fácil su diagnóstico diferencial. No tienen un carácter agudo, son dolores fijos, terebrantes, dando a veces la impresión de una torsión o de una presión, pueden ser superficiales o profundos a veces dando la impresión de que se trata de quemaduras o de escozor

más o menos intenso. Persisten con una constancia desesperante para el enfermo y pronto se extienden a territorios vecinos. Como dice ANDRE THOMAS, tienen la propiedad de reflejarse en otros territorios produciendo alteraciones en el funcionamiento de centros situados a distancia. Así, por ejemplo, un enfermo de THINEL, después de una avulsión dentaria, comenzó a sufrir una neuralgia facial continua primero, más tarde evolucionando en forma de paroxismos acompañados de crisis sincopales con hemianestesia de la cara, parálisis del motor ocular externo. Todos estos fenómenos cesaban a los 5 minutos sin dejar traza. Existen, además, signos de lesión simpática, como son trastornos vasomotores y secretores, un síndrome de CL. BERNARD-HORNER más o menos completo. La exploración del simpático facial proporciona en algunos casos, no en todos, signos de alteración. El reflejo naso facial puede estar alterado (dilatación de la pupila, congestión de la conjuntiva, lagrimeo, después de la excitación de la mucosa nasal a nivel del cornete medio o inferior). Alteraciones en la acción de los colirios a la adrenalina, atropina, etc., alteraciones del reflejo pilomotor. Los síndromes algícos simpáticos pueden originarse por una lesión en los centros simpáticos, en los ganglios o en la periferia.

Los de origen central en los centros simpáticos de la cadena cervical, son los más conocidos; ya CLAUDIO BERNARD había observado la hiperestesia de la piel de la cara del conejo después de la extirpación del ganglio cervical superior. LERICHE y FONTAINE demostraron que la excitación farádica del ganglio cervical superior provocaba un dolor en los dientes del maxilar inferior y en la oreja. PETTE observó la existencia de un dolor en la región malar acompañado de sensación de calor en dos enfermos a los que se había practicado una simpaticectomía cervical para curarles de unas crisis de asma.

Entre las algias de origen ganglionar la más conocida es la neuralgia de SLUDER o del ganglio esfeno-palatino, caracterizada por una algia peri o retroorbitaria, a veces endonasal, con trastornos secretorios en forma de coriza espasmódico, lagrimeo, conjuntivitis, migraña oftálmica, etc. La alcoholización del ganglio esfeno-palatino por vía zigomática o a través del cornete perforando el agujero esfeno-palatino hace desaparecer estos síntomas. Las algias dependientes del ganglio ciliar y del ganglio ótico no están por hoy día bien individualizadas. Las simpatalgias de origen periférico pueden aparecer después de una infección dentaria, después de traumatismos, revistiendo los caracteres de una verdadera causalgia. BARRE ha descrito el síndrome simpático posterior

por irritación de los filetes simpáticos que envuelven la arteria vertebral, caracterizado por dolores uni o bilaterales en la región occipital, oídos, región temporal, con vértigos, zumbido de oídos, etc. La terapéutica quirúrgica consistirá en la intervención sobre los ganglios o sobre la cadena simpática. Ya hemos citado la opinión de PENFIELD, del valor que tiene la existencia de un reflejo axónico para explicar muchas persistencias de estos dolores después de la supresión de la intervención simpática.

#### NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo

Las neuralgias primitivas del noveno par, se caracterizan por la aparición de un dolor en forma de tic al comer, hablar o tragar, en fin, al verificar cualquier movimiento en que intervenga la faringe o la lengua. El dolor es lacinante, paroxístico y unilateral, que comienza por lo general en la amígdala y región amígdalar y de allí se irradia a toda la pared lateral de la faringe y laringe, a la lengua, sobre todo en su porción basal y a veces en lo más profundo del oído. Pueden aparecer conjuntamente con el ataque doloroso, crisis de salivación. Los puntos de excitación la "trigger zone" parecen estar localizados en la fosa amígdalina o en el ángulo, entre el pilar anterior y la base de la lengua. Si intensidad es muy superior a la neuralgia del trigémino e incapacita al enfermo para todo trabajo. El diagnóstico diferencial con el tic doloroso en la cara o con un dolor de tipo causálgico, es fácil de hacer fijándose bien en las características del dolor y los datos de exploración. En las operaciones verificadas bajo anestesia local se ha visto que el contacto con el nervio reproduce el dolor característico.

El tratamiento racional de esta neuralgia consistirá en la sección completa del IX par. La terapéutica médica, alcoholización, yonización con aconitina, no proporcionan ningún resultado. La sección puede verificarse ya intracranealmente ya extracranealmente. Sin embargo, la vía extracraneal tiene muchas dificultades, se lesiona casi siempre el vago y a veces encontrar el nervio es difícil. Los americanos prefieren hoy día seguir la vía intracraneal y seccionar el nervio a su salida de la protuberancia, por encima de los ganglios de Anderchs y de Ehrenritter, mediante una pequeña trepanación posterior. Nosotros no hemos tenido ocasión de operar personalmente ningún caso y es por esto que no nos extendemos respecto a la técnica operatoria.

*Adreça de l'Autor:* Diputació, 310.