

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA  
CENTRO AMERICA

LA NEURALGIA DEL NERVIU TRIGÉMINO  
SU RELACION CON LA SINUSITIS

---

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POR

J. W. K. BICKFORD

MÉDICO Y CIRUJANO

DE LA

FACULTAD DE MCGILL. MONTREAL,

EN EL ACTO DE SU INCORPORACION.

  
MAYO DE 1929.  


GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE  
8ª Avenida Sur N° 24.

# LA NEURALGIA TRIGEMINAL Y SU RELACION CON LA SINUSITIS

*Definición.*—La neuralgia Trigeminal es una afección dolorosa del V nervio cerebral o nervio Trigemino.

## HISTORIA

Las neuralgias del nervio trigemino eran conocidas por los médicos Arabes de la antigüedad, particularmente por Aviceno (980-1,036) quien por la severidad de los síntomas le daba el nombre de Tortura Oris.

La etiología y patología les eran muy oscuras y no se hizo ningún progreso en el estudio de la condición hasta que Fothergil en 1773 dió una descripción vivida del mal, pero atribuyéndolo al nervio Facial.

En 1820 Sir Charles Bell demostró la diferencia anatómica y fisiológica de los nervios Trigemino y Facial y facilitó el estudio y clasificación de las neuralgias de la cara.

Ewin Mears de Philadelphia, en 1884, primero propuso la extirpación del ganglio de Gasser como una medida radical para el alivio de la neuralgia trigeminal, operación que fué hecha por primera vez y con éxito por E. Rose en 1890.

Bartilow (1874), Barth (1881) y Salbát (1884) fueron los primeros exponentes de la inyección intraneural de sustancias como alcohol, éter, cloroformo, etc., en el tratamiento de las neuralgias; procedimiento que fué perfeccionado por Pitrés y Vaillard, en 1887, para su aplicación al nervio Trigemino.

En 1889, Spiller propuso que se abandonara la extirpación del ganglio de Gasser, operación atendida por terribles complicaciones, y que en su lugar se practicara la sección de la raíz dorsal del Trigemino. Esta modificación no recibió la atención que merece por largos años.

Por mucho tiempo el nombre de Neuralgia Trigeminal sirvió de diagnóstico de conveniencia para muchas afecciones dolorosas de la cara sin que se hiciera un esfuerzo

para clasificarlas y encontrarles la etiología, y solo recientemente se han hecho análisis cuidadosos de ellas, y de un gran número de condiciones mal definidas se han reconocido algunas entidades clínicas.

En 1908, Sluder llamó la atención a una neuralgia de la cara que era aliviada al cocainizar el ganglio de Meckel y que parecía ser causada por la sinusitis. Debido a sus observaciones se ha podido diferenciar la pseudo-neuralgia trigeminal de la verdadera.

En 1918, Frazier propuso la sección parcial de la raíz dorsal del Trigemino. Esta importante modificación le ha quitado sus mayores peligros al tratamiento operatorio de la neuralgia trigeminal, que eran la parálisis y atrofia de los músculos de masticación y la Keratitis.

## ANATOMIA Y EMBRIOLOGIA

No entraré en una descripción detallada de la anatomía del nervio Trigemino, bien conocida por todos, y me limitaré a mencionar únicamente los puntos de más importancia.

El V nervio cerebral o nervio Trigemino es el nervio cerebral mayor. Es sensitivo para la cara y la mayor parte del cuero cabelludo y motriz para los músculos de masticación. Se encuentra adherido a la superficie anterior o ventral del Pons Varolii por una raíz dorsal, grande, sensitiva y una menor ventral y motriz.

Las fibras de la raíz sensitiva nacen en el ganglio de Gasser que está situado en una cavidad de la duramater (Cavum Meckelii) cerca del vértice de la porción petrosa del hueso Temporal. Queda relacionado medialmente con la arteria carótida interna y la parte posterior del seno cavernoso; inferiormente se encuentran la raíz motriz y el nervio petroso superficial mayor.

Los eje-cilindros de los neurones del ganglio se dividen en periféricos y centrales. Los primeros se dividen al salir del ganglio para formar tres haces o nervios que son las tres grandes divisiones del Trigemino: la primer división o nervio Oftálmico, la segunda o nervio Maxilar y la tercera o nervio Mandibular.

Las fibras centrales se unen y constituyen la raíz dorsal o sensitiva que corre posterior y medialmente debajo del seno petrosal superior y el tentorium cerebelli y entran en el Pons donde se dividen en un grupo ascendiente y otro

descendiente. El primero forma el núcleo sensitivo superior y el segundo el trayecto raquídeo del Trigemino.

Las fibras de la raíz motriz nacen en el Pons por dos núcleos; uno superior que se extiende por la substancia gris de la pared lateral del acueducto cerebral (de Silvio) y otro inferior y principal situado en la margen lateral de la fosa romboidal. Sus fibras eferentes pasan, al formar la raíz motriz, mediales y posteriores a la raíz sensitiva y el ganglio, y se unen al nervio Mandibular al salir éste de la cavidad del cráneo por el foramen oval.

La primer división o nervio Oftálmico es puramente sensitiva y recibe sus fibras de la parte postero-medial del ganglio de Gasser. Conduce sensación del globo del ojo, de la conjuntiva, glándula lagrimal, párpados, piel de la nariz, frente y mitad anterior del cuero cabelludo.

Su ramificación mayor es el nervio Frontal que se divide en dos, el nervio supratroclear y el nervio supraorbital. Este último inerva la mucosa del seno frontal.

Otra rama, el nervio etmoidal anterior penetra en la cavidad nasal por un agujero lateral a la Crista Galli del etmoides y conduce la sensación de la parte superior del tabique nasal y de la pared lateral de la cavidad nasal.

Otra, el nervio etmoidal posterior se distribuye en la mucosa de los senos Etmoidal y Esfenoidal.

La segunda división o nervio Maxilar es puramente sensitiva. Recibe sus fibras de la parte intermedia del ganglio de Gasser y corre hacia adelante sobre la pared lateral, parte inferior, del seno cavernoso; sale de la cavidad del cráneo por el foramen Rotundum, atraviesa la fosa pterigopalatina e inclinándose lateralmente entra en la órbita por la hendidura orbital inferior y corriendo dentro del suelo de la órbita sale a la cara por el foramen infraorbital.

El nervio Maxilar inerva la piel del párpado inferior, del lado de la nariz, labio superior, pómulo, encías y dientes superiores y parte de la mucosa nasal.

Asociado con este nervio está un ganglio que recibe dos filamentos sensitivos de él; el ganglio Esfeno-palatino o de Meckel, situado en la fosa pterigo-palatina. Por medio de las ramas que se desprenden de él: nervios palatinos anterior, medio y posterior el ganglio recibe sensación de parte de la mucosa nasal, del paladar y amígdalas.

El ganglio recibe fibras sensitivas del nervio Maxilar, parasimpáticas del nervio petroso superficial mayor, quien

lo comunica con el ganglio Genuculado del nervio Facial; y fibras simpáticas del plexo carótido por el nervio petroso profundo (Nervio del canal pterigoideo).

La fosa pterigo-palatina (esfeno-maxilar) es un pequeño espacio piramidal situado debajo del vértice de la órbita. Está limitado arriba por la superficie inferior del cuerpo del hueso esfenoide y el proceso orbital del hueso palatino; anteriormente por la parte superior de la superficie infratemporal del hueso maxilar; posteriormente por la base del proceso pterigoide y ala mayor del hueso esfenoides; medialmente por la parte vertical del hueso palatino. La fosa contiene al nervio maxilar, el ganglio de Meckel y la arteria maxilar interna. Como se vé, el ganglio queda próximo al seno esfenoidal y al seno Maxilar.

Las ramas alveolares superiores y posteriores del nervio Maxilar inervan la mucosa del seno maxilar.

La tercera división o nervio Mandibular está compuesta por dos raíces; una grande y sensitiva procedente de la parte infero-lateral del ganglio de Gasser y una pequeña motriz que pasando en medio y posteriormente al ganglio se une al nervio Mandibular al salir éste del agujero oval.

Una pequeña rama se desprende aquí de la parte sensitiva del nervio, el nervio Espinoso que acompañando a la arteria meníngea media entra a la cavidad del cráneo por el agujero Espinoso. Se divide en dos filamentos, el posterior de ellos que va a suplir las células mastoideas.

El nervio Mandibular inerva la piel del pabellón de la oreja, labio inferior, piel de la mitad inferior de la cara, encías y dientes de la mandíbula inferior y la mucosa de los dos tercios anteriores de la lengua.

La porción motriz inerva a los músculos de masticación: el Masetero, el Temporal y los Pterigoideos externo e interno.

### Embriología.

De gran importancia es la diferencia en el origen embriológico de los núcleos de las divisiones Oftálmica y Maxilo-mandibular.

La anatomía comparativa nos enseña que el nervio Oftálmico y el grupo maxilo-mandibular son nervios distintos con núcleos separados. El Oftálmico corresponde al Nervius Oftalmicus Primitivus de los animales inferiores

(como el Petromyzón); que nace anterior al segundo miotomo; el maxilo-mandibular al contrario nace y tiene su núcleo posteriormente al segundo miotomo. Sus dos grupos nucleares están bien separados.

En el embrión humano el ganglio de Gasser evoluciona en dos partes distintas, una para el nervio Oftálmico y otra para el maxilo-mandibular, y solo en los últimos meses adquieren una unión aparente. En el adulto no se puede observar esta separación, pero los grupos de neuronas quedan distintos para cada división.

Clínicamente se demuestra esta separación en los casos de Herpes Zoster del ganglio de Gasser en los cuales la infección se limita generalmente a la división Oftálmica. Una limitación tal sería difícil de concebir si no hubiera una separación bien definida en la estructura celular del ganglio.

Es de utilidad práctica esta conformación anatómica cuando se opera para la neuralgia trigeminal, pudiéndose limitar la sección de las fibras de la raíz dorsal al grupo perteneciente a los nervios Maxilar y Mandibular.

### Clasificación Clínica.

Las afecciones dolorosas del nervio Trigemino se pueden dividir, según sus factores etiológicos hasta hoy día conocidos, en dos grandes grupos:

La neuralgia Trigeminal Mayor o verdadera y la Pseudo-neuralgia Trigeminal.

#### (1) La Neuralgia Trigeminal Verdadera.

##### (Tic Doloieux.)

*Edad.*—No hay una edad especial en la cual aparezcan los síntomas, pero la mayoría de los casos se encuentran entre los 35 y los 70 años siendo más común después de los 50. Por regla general en las criaturas no se observa.

*Sexo.*—Ambos sexos son afectados igualmente. Algunos autores dicen que las mujeres son más susceptibles.

*Ocupación.*—La condición se encuentra con más frecuencia en los que tienen trabajo mental excesivo.

*Distribución:*

Lado derecho de la cara. . . . .	70 %
División Mandibular. . . . .	60 %
División Maxilar. . . . .	35 %
División Oftálmica. . . . .	5 %

Cuando la afección es de larga duración, dos o más divisiones son implicadas, siendo más frecuentemente afectada la maxilo-mandibular, y rara vez la maxilo-oftálmica per se. Cuando los síntomas aparecen en la distribución de las tres divisiones, probablemente la Oftálmica reacciona simplemente por exceso de irritación.

*Condiciones Generales Asociadas.*

En un estudio sobre 839 casos, Adson encontró a 261 de ellos complicados por enfermedades como Arterio esclerosis, Esclerosis Múltiple, Nefritis y Diabetes.

*Etiología y Patología.*

Hasta hoy día no se ha encontrado un factor etiológico que explique satisfactoriamente la condición. Frazier no reconoce las infecciones periféricas como la sinusitis, abscesos alveolares, etc., como la causa de la neuralgia mayor.

Los casos asociados con nefritis, gota, caquexia palúdica, etc., pertenecen a las pseudo-neuralgias.

Los miembros de familias neuropáticas son más susceptibles y a veces la neuralgia es el primer indicio de un sistema nervioso endeble.

Los cambios patológicos existentes en el ganglio de Gasser y su raíz no son constantes. Se ha encontrado desintegración y edema de las fibras nerviosas, degeneración y hasta desaparición del eje-cilíndrico de estas y edema de la envoltura de Schwann.

En el ganglio se encuentra degeneración celular que puede ser primaria o secundaria a los cambios en sus fibras periféricas.

Se han observado cambios arterio-escleróticos en los vasos del ganglio, pero siendo ésta una enfermedad de las edades avanzadas es de esperarse que haya degeneración de esa naturaleza y no se les puede atribuir importancia etiológica.

No se encuentran alteraciones en la envoltura dural del ganglio o sus raíces.

*Síntomas.*—Pueden haber síntomas prodrómicos como hormigueo de la piel, trastornos vasomotrices e hipersensibilidad cutánea en la región afectada pocos días antes de establecerse la neuralgia.

El síntoma característico es un dolor intenso en la distribución periférica de una o más divisiones del trigemino, que se inicia repentinamente después de un estímulo cutáneo como un toque en la cara, un soplo de aire frío, un cambio súbito de temperatura o simplemente al comer o beber.

El dolor puede percibirse como agudo, punzante, ardiente o de presión. Las alas nasales, la punta de la lengua y los labios son los focos más sensibles y son las partes donde el dolor es más intenso. (Trigger zones).

Durante la mayor intensidad del dolor los músculos de la expresión sufren contracciones clónicas que pueden llegar a ser espasmóticas y producir muecas. Esto es característico de la neuralgia mayor. Los ataques vienen generalmente durante el día.

El dolor termina como comenzó, repentinamente, y sobreviene un período de descanso que dura horas, días o meses. Según progresa la afección estos intervalos se hacen más cortos hasta que el dolor llega a ser casi constante. Rara vez se encuentran cambios en el pelo que se pone canoso o se cae.

*Tratamiento.*—Las medidas terapéuticas que han sido probadas para la neuralgia Trigeminal son innumerables. Entre ellas el Arsénico a dosis ascendentes, la Estricnina, los Salicilatos, Aspirina, Antipirina, etc., han sido usadas con más frecuencia. La fisioterapia en todas sus formas ha sido también muy usada. Según Frazier, si la neuralgia cede a esta forma de tratamiento, no se trata de una neuralgia verdadera, sino de una de las formas menores o pseudo-neuralgias y se debe hallar una irritación periférica como la sinusitis o la caries dental, etc., como factor causativo.

La morfina aún a grandes dosis no alivia el dolor.

Hoy día se usan solamente dos medios para combatir el mal y los dos son efectivos:

- (1) Las inyecciones intraneurales de alcohol.
- (2) La resección de la raíz dorsal del Trigemino.

### (1) Inyección intraneural de alcohol.

Esta consiste en introducir directamente entre el tronco nervioso cantidades variables de alcohol a 90 %. Generalmente se inyectan de 1 a 5 c. c.

Solo son aplicables a la segunda y tercera divisiones. La inyección del nervio Oftálmico trae consecuencias tan funestas que no es aplicable.

La operación ha sido muy simplificada por un instrumento diseñado por los Drs. Frazier y Grant, que sirve de guía para la introducción de la aguja, y es el resultado de un estudio anatómico hecho por ellos en cientos de cadáveres. Consiste de un rectángulo de tiras metálicas provisto de un botón, cintas para sujetarlo y un protractor para marcar el ángulo que debe seguir la aguja. Una tercer tira metálica bisecta al rectángulo y está marcada en centímetros. Se conoce por el nombre de zigómetro de Frazier con el protractor de Grant.

*Técnica.*—Previa esterilización de la piel y usando anestesia local si se cree necesario, se coloca el zigómetro de esta manera:

El rectángulo metálico se pone horizontalmente sobre la región temporal y el botón se introduce en el canal auditivo externo. El borde inferior de la mitad anterior de la segunda tira metálica tiene que estar a nivel y paralelo al borde inferior del hueso malar. Las cintas sujetan al instrumento a la cara.

Puesto de esta manera, la marca 2 cm. indica el punto de introducción de la aguja para la inyección del nervio mandibular, directamente inferior a la apófisis zigomática. La aguja se introduce a un ángulo de 110 grados en el plano perpendicular y a 90 gr. en el horizontal fácilmente calculados por medio del protractor. El nervio se encuentra a una profundidad de 4.5 a 5 cm. y allí se inyectan uno o dos c. c. de alcohol.

Para inyectar el nervio Maxilar se introduce la aguja en el punto marcado 3 cm. y a un ángulo de 100 gr. en el plano horizontal y a 115 en el vertical. Esta pasará rozando la apófisis zigomática y dirigida hacia arriba y adelante. El nervio se encuentra a una profundidad de 5 a 5.5 cm.

La inyección de alcohol es siempre un procedimiento algo peligroso y los accidentes que se pueden observar son los siguientes:

(1) Inyección de alcohol dentro de la Trompa de Eustaquio que se encuentra muy cerca del nervio mandibular a su salida del agujero oval, permitiendo la entrada del líquido en el oído medio y destruyendo el tímpano y causando sordera y vértigos.

(2) La aguja al ser introducida profundamente puede penetrar por la abertura esfeno-palatina y puncionar el nervio Optico.

(3) La parálisis del nervio Oculomotor Común es una consecuencia bastante frecuente, pero afortunadamente es transitoria.

(4) Se puede lesionar a la arteria meníngea media produciendo una gran extravasación de sangre.

(5) Inyectar dentro del músculo Pterigoideo con peligro de producir una miositis esclerosante.

La inyección directamente dentro del ganglio de Gasser ha sido abandonada por el peligro de la keratitis que resulta en más del 25 % de los casos.

### (2) Resección de la raíz dorsal del Trigemino.

La antigua operación o resección total de la raíz dorsal ha sido sustituida por la modificación de Frazier o resección parcial que tiene las grandes ventajas de mantener intacta la raíz motriz evitando la parálisis de los músculos de masticación y de conservar la porción oftálmica de la raíz dorsal.

Hay algunos casos, raros por cierto, en cuales la neuralgia aparece en el lado opuesto, y hace necesaria otra operación. Esta se podrá hacer sin el peligro de una parálisis completa de masticación si no se ha cortado la raíz motriz durante la primera operación.

En el 95% de los casos el nervio Oftálmico no toma parte en la neuralgia y por consiguiente es preferible dejar la parte de la raíz dorsal que le corresponde sin cortar y así se conserva la sensación corneal y su reflejo y se evita la terrible complicación de la operación antigua: la Oftalmía Neuropática que muchas veces hacía necesaria la enucleación del ojo.

Aunque la raíz dorsal no está separada definitivamente en haces para cada división del Trigemino, los grupos

de fibras conservan en ella una relación anatómica entre sí, y es posible seccionar unas y dejar intactas las otras.

El grupo medio contiene las fibras del Oftálmico, el lateral las del Mandibular y el intermedio las del Maxilar.

### Operación:

*Posición.*—El paciente en decúbito dorsal o mejor sentado en una silla de dentista con la cabeza sujeta por un cincho adecuado y un poco inclinada hacia el lado que se va a operar. Esta última posición tiene la ventaja de disminuir la congestión y de hacer que toda hemorragia vaya hacia afuera.

*Anestesia.*—Se puede usar anestesia local o general dictada por la condición del paciente. Para la local se usa Cocaína al  $\frac{1}{2}$  % o Novocaína del  $\frac{1}{2}$  a 1 % auxiliada por una inyección hipodérmica de:

Escopolamina. . . . .	0.0003 grs.
Sulfato de Morfina. . . . .	0.0100 ”
Sulfato de Magnesia sol. al 25 % . . . . .	2.0000 ”

Esta se dará 40 minutos antes de la operación.

La anestesia local ha dado muy buenos resultados.

*Anestesia General.*—El vapor de éter por insuflación intratraqueal es preferible al Cloretilo o al Protóxido de Nitrógeno, porque causa menos congestión.

*Técnica operatoria.*—Previa esterilización del campo operatorio se hace una incisión vertical de 6 cm. de largo, situada 3 cm. adelante del conducto auditivo externo y que se comienza o se acaba sobre la base de la apófisis zigomática. Hemostasia de todo punto que sangre. La piel, aponeurosis y el periostio son levantados del hueso con un raspador romo y las márgenes de la herida son separadas y retenidas por dos separadores de mastoides.

Se trepana el cráneo haciendo una abertura de 3 cm. de diámetro, cuya margen inferior coincida con la parte superior y central de la apófisis zigomática. La duramadre es separada cuidadosamente de la base y lados de la abertura ósea por medio de una rugina y se practica una pequeña incisión en ella que permite la salida del líquido céfalo-raquídeo, haciendo así más fácil la elevación de la masa encefálica.

La duramadre se separa lentamente de la base del cráneo y se levanta con un retractor hasta descubrir el agujero espinoso y la arteria meníngea media que sale por él. Se hace más fácil la indentificación del agujero si se sigue el surco que marca el curso de la arteria. Se sigue la disección hasta que queden bien definidos el agujero y la arteria y entonces ésta se liga y se divide o si esto se hace difícil se puede taponar el agujero con un poco de algodón y entonces se divide la arteria, lo que permite que la separación y elevación de la duramadre se continúe más hacia adentro hasta que el agujero oval con el nervio mandibular sean visibles, encontrándose como a 1 cm. hacia en medio y adelante del agujero espinoso.

La línea de separación entre la duramadre y la envoltura dural propia del ganglio de Gasser es definida, encontrándose en el punto de unión del nervio mandibular con el ganglio. Esta línea se sigue por cuidadosa disección hacia arriba y atrás hasta que el ganglio y su raíz dorsal quedan bien descubiertos.

El retractor eleva la masa encefálica según progresa la disección. Ya estando bien definidos el ganglio y su raíz dorsal, se hace una pequeña incisión en la envoltura dural de ésta que nos deja ver las fibras de la raíz. Un ligero derrame de líquido nos demuestra haber cortado la duramadre y la aracnoides.

Con un gancho romo se eleva la parte lateral y exterior de la raíz dorsal y se retrae cuidadosamente hacia afuera, dejándose ver la raíz motriz más pálida y de diferente consistencia. Su posición anatómica, en la superficie interna e inferior de la raíz sensitiva, su apariencia y si se quiere la aplicación de un electrodo con débil corriente, la identifican.

Se practica entonces la sección de las fibras sensitivas cortando únicamente el grupo lateral y externo y dejando intactas las que corresponden a la división Oftálmica que están situadas en la parte media y superior de la raíz. La envoltura aracnoidea es examinada detenidamente por si quedan algunas fibras sensitivas adheridas a ella. Si las hay, son separadas y también cortadas.

Toda hemorragia es cohibida y la herida se cierra sin drenaje por medio de cinco filas de puntadas de seda; una para el periostio, una para la aponeurosis, dos para el músculo y una para la piel.

## Complicaciones inmediatas.

(1) La hemorragia de la arteria meníngea media y sus ramas se cohibe con ligaduras cuando es posible o por taponamiento. Si persiste, se aplican pedacitos de músculo tomados del temporal al punto que sangra y se dejan allí por un momento. Rara vez hay que empacar la cavidad y esperar un rato.

(2) La hemorragia venosa puede ser muy molesta si se ha continuado la disección del ganglio muy adelante hacia el nervio mandibular, donde se encuentra un pequeño plexo venoso. Se cohibe de la misma manera que la hemorragia arterial.

(3) Desgarraduras de la duramadre. En los ancianos es muy frágil esta membrana y se hace algo difícil la separación y elevación de la masa encefálica. Una disección lenta y cuidadosa las previene.

(4) En algunos casos una irregularidad ósea de la cara superior de la porción petrosa del hueso temporal escondido al agujero espinoso y es necesario removerla por medio de un cincel.

## Complicaciones tardías.

(1) *Parálisis Facial*.—Este síntoma alarmante es con alguna frecuencia observado pocas horas después de la operación; pero afortunadamente es en la mayoría de los casos poco durable, desapareciendo por sí mismo en pocos días. La explicación más aceptable hasta ahora es que la parálisis es debida a tracciones ejercidas durante la operación sobre el nervio petroso superficial mayor que corre por la base del campo operatorio y que al ejercer tracción sobre el ganglio geniculado del nervio Facial causa edema del mismo.

(2) *Keratitis*.—Esta seria complicación aparece pocos días después de la operación y es el resultado de traumatismo de las fibras Oftálmicas de la raíz dorsal. No es una keratitis trófica si no el resultado de traumatismos anteriores ignorados por falta de la sensación y reflejo corneal. Si se descuida puede complicarse de una Oftalmía Neuropática o Panoftalmía que hace necesario la enucleación del ojo.

Si hay razón para creer que las fibras Oftálmicas de la raíz han sido heridas durante la operación, se debe tomar gran cuidado de la córnea en el tratamiento post-operatorio

irrigando el saco conjuntival tres veces por día y resguardando el ojo de todo traumatismo por medio de anteojos protectores. Si aparece la keratitis se practica una irrigación cuidadosa, se instila Argirol al 10 % y se cierran los párpados por medio de tiras de esparadrapo, manteniéndolos en este estado por algunos días.

(3) *Otitis Media*.—Aparece como a los cuatro o cinco días después de la operación y es puramente una secreción serosa producida por cambios tróficos de la mucosa del oído interno. Carece de importancia y desaparece en poco tiempo.

*Mortalidad*.—La mortalidad de esta operación es menos de 0.5 %. En las estadísticas de Frazier aparecen 370 operaciones con la muerte de solo dos casos.

*Resultado*.—Una anestesia inmediata y permanente del lado operado y cuya extensión depende como se puede comprender de las fibras que han sido cortadas. El alivio es completo y la falta de sensación cutánea es muy preferible al terrible dolor de la neuralgia. Las recidivas no se observan.

Frazier ha observado algunos casos por más de cinco años después de la operación sin encontrar repetición de la neuralgia.

## La Pseudo-Neuralgia Trigeminal.

La pseudo-neuralgia es siempre secundaria a procesos morbosos de los órganos asociados con el nervio Trigémino, siendo las infecciones de los senos nasales la causa muy común de la condición.

Se han diferenciado las siguientes entidades clínicas:

- (1) Neuralgia del ganglio eseno-palatino o de Meckel.
- (2) Herpes Zoster del ganglio de Gasser.
- (3) Neuralgia Trigeminal Menór.
- (4) Neuralgia del ganglio geniculado del nervio Facial.
- (5) Neuralgia trigeminal secundaria a tumores intracraneales.

(6) Miositis simulando la neuralgia Trigeminal.

Procederé a dar una breve descripción de cada una de ellas.

### (1) Neuralgia del ganglio de Meckel.

Esta condición se encuentra con mucha frecuencia y es causada por las infecciones agudas o crónicas de los senos nasales.

Se han dividido los síntomas en:

- (1) El síndrome neurálgico.
- (2) El síndrome simpático.
- (3) Las formas atípicas.

El síndrome neurálgico es caracterizado por una "cefalea inferior" (lower half headache) que cuando es típica consiste en: un dolor de la región orbital, región maxilar y de los dientes, que se extiende posteriormente hacia la apófisis zigomática y la región temporal. Una otalgia fuerte lo acompaña y también dolor en la región del mastoide con un punto de sensibilidad acentuada en un punto 5 cm. atrás de dicha apófisis. Este punto de sensibilidad se encuentra siempre aunque el dolor de la mastoide no aparezca. De allí el dolor puede extenderse hacia el occipucio, nuca, hombro, omoplato, el brazo y la mano. El dolor es muy parecido al de la neuralgia verdadera y puede ser agudo y punzante o de presión. Se distingue de ésta por los siguientes caracteres:

- (1) Es continuo y nó en paroxismos.
- (2) No se inicia por estímulos periféricos.
- (3) No se limita a la distribución periférica del Trigémino.
- (4) Es la causa de insomnio.

Este síndrome neurálgico puede ser acompañado del síndrome simpático que consiste de estornudos, rinitis, lagrimeo, fotofobia y disminución de la sensación gustativa de la mitad anterior de la lengua. Pueden haber ligeros cambios en la sensibilidad y movimientos de la bóveda palatina y parálisis del orificio externo de la trompa de Eustaquio durante el acto de tragar. Los pacientes se quejan de ruidos y molestias dentro del oído cuando tragan algo.

En las formas atípicas el dolor puede limitarse a una pequeña región o se presentan síntomas aislados tales como vértigos, náusea, otalgia, escotoma óptica y fotofobia como las únicas manifestaciones. El diagnóstico en estas formas se hace bastante difícil y a veces solo un examen rino-lógico detenido lo establece.

*Etiología.*—Como se indicó anteriormente, la sinusitis aguda o crónica es el factor causante. Sluder divide a estos casos en dos grandes grupos:

- (1) Las neuralgias causadas por las afecciones de los senos Maxilar, Frontal y las células Etmoidales.

Cuando la pared ósea que separa a uno o más de estos senos de la fosa pterigo-palatina es muy delgada o defectuosa, los procesos inflamatorios de ellos pueden producir cambios secundarios (neuritis) del ganglio de Meckel y sus ramificaciones y causar el dolor. Este se puede aliviar temporalmente cocainizando el ganglio, punto diagnóstico de importancia.

- (2) Las neuralgias causadas por afecciones del seno Esfenoideo.

El drenaje normal del seno Esfenoideo se efectúa por una abertura pequeña situada en la parte superior de su pared anterior y que comunica por el espacio esfeno-etmoidal con el grupo posterior de las células etmoidales y conduce a la parte posterior del meato superior. El nervio Naso-palatino pasa directamente bajo la margen inferior de esta abertura y queda expuesto a la irritación de cualquier materia purulenta que sale por ella.

Si la abertura está bloqueada por elementos inflamatorios que no permiten la ventilación normal del seno, el aire contenido en él se absorbe y al causar el vacío congestiona a la mucosa e irrita los filamentos nerviosos que la suplen.

El ganglio de Gasser, en la mayoría de los casos, queda retirado del seno esfenoidal y separado de él por la arteria carótida interna, pero en algunos, el seno es muy grande y continuado hacia las alas mayores del hueso esfenoide, y en estos los dos tercios internos del ganglio quedan separados de la cavidad esfenoidal solamente por una lámina ósea muy delgada, conformación anatómica que deja al ganglio expuesto a las infecciones esfenoidales.

Los casos de neuralgia causada por afecciones del seno esfenoidal presentan una cefalea inferior típica que no se puede aliviar cocainizando el ganglio de Meckel.

Las hipertrofias polipoideas de la mucosa de los senos no causan síntomas neurálgicos típicos. En 23 casos de pólipos del seno maxilar observados por el autor, no había uno que presentara la cefalea típica. Al contrario en los casos de tumores malignos de ese seno la neuralgia aparece temprano y es muy intensa.

*Diagnosis.*—La historia de la enfermedad nos dará el primer dato: el paciente recuerda que el dolor le comenzó después de una gripe o catarro fuerte; que desde este primer ataque ha quedado muy susceptible a la coriza y que no puede respirar bien por la nariz.

Se deben excluir las enfermedades generales, particularmente la sífilis y las afecciones oculares.

El examen nasal debe ser metódico y minucioso: rinoscopia anterior y posterior, aplicación de la cocaína-adrenalina, cateterismo, transiluminación y radiografía.

*Tratamiento.*—Una vez descubierto el seno afectado se debe establecer un drenaje libre de él por medio de una operación intra-nasal. En el caso del seno esfenoidal se puede emplear satisfactoriamente la vía del tabique. Si se encuentra afectado todo el grupo posterior (seno esfenoidal y células etmoidales posteriores) la vía de los cornetes es preferible.

Algunos rinólogos (Dickie, Courtenay, etc.) aconsejan operar estos casos de la siguiente manera:

(a) Establecer un drenaje intranasal del seno maxilar, aunque no esté afectado, por medio de una ventana amplia debajo del cornete inferior.

(b) Practicar un curetaje de las células etmoidales convirtiéndolas en una cavidad amplia que permite el drenaje y ventilación de los senos frontal y esfenoidal.

Según ellos, es necesario establecer una circulación libre de aire en todos los senos. La mucosa se librará de la infección por sí misma.

## (2) Herpes Zoster del Ganglio de Gasser.

Otra forma de neuralgia facial es la causada por la Herpes Zoster del ganglio de Gasser. La infección en estos casos se limita, en la mayoría de los casos, a la división Oftálmica, evidencia clínica de la separación anatómica de su núcleo del que constituye el grupo maxilo-mandibular.

Los cambios patológicos en el ganglio son análogos a los observados en la Herpes Zoster de otras partes: focos de inflamación, hemorragia y degeneración de las células ganglionares con cambios degenerativos de sus eje-cilindros.

Los casos asociados con una infección general aguda como la pneumonía y la varicela son fáciles de comprender, pero hay otros en cuales no se puede encontrar con seguridad el factor causante.

El dolor es agudo, constante y en dos o tres días aparece la erupción herpética que sigue la distribución periférica del nervio Oftálmico. En la mayoría de los casos una reacción febril la acompaña. Al cabo de una o dos semanas desaparece la erupción y cede la temperatura, pero en muchos casos el dolor persiste y adquiere los caracteres de una verdadera neuralgia. A veces persiste por tanto tiempo, a pesar de todo tratamiento, que se hace necesaria la sección total de la raíz dorsal.

*Complicaciones.*—La kerato-conjuntivitis herpética es la complicación más importante y puede conducir a una panoftalmitis y destrucción del ojo.

Algunos casos son complicados por una parálisis facial que generalmente desaparece después de cierto tiempo. Otros demuestran una parotitis aguda del lado afectado.

## (3) Neuralgia Trigeminal Menor.

En este grupo están incluidos un gran número de casos que demuestran síntomas dolorosos de menor intensidad aunque con la distribución típica de la neuralgia mayor.

La etiología, en la mayoría de éstos, se puede establecer definitivamente, siendo el resultado de irritación periférica o condiciones generales.

Condiciones locales: { Caries dental.  
Abscesos alveolares.  
Sinusitis.  
Defectos anatómicos intranasales.

La sinusitis crónica causa neuralgias muy atípicas, particularmente las infecciones de los senos frontal y maxilar. El dolor no es de gran intensidad y se limita a la distribución periférica del Trigemino. Es constante y no se inicia con estímulos periféricos. La causa es fácilmente encontrada en el grupo anterior de los senos, (senos Maxilar, Frontal y células Etmoidales anteriores).

La desviación del tabique nasal es una causa común de neuralgia. El dolor es de moderada intensidad, localizado a la región frontal y es muchas veces erróneamente atribuido a errores de refracción. La resección sub-mucosa del tabique lo alivia por completo.

22

Condiciones generales: { Las anemias.  
La Diabetes.  
Las infecciones agudas como la fiebre tifoidea.  
La caquexia palúdica.  
Las nefritis crónicas.  
Los desórdenes funcionales del sistema nervioso.

Las anemias y la diabetes son frecuentemente la causa de una neuralgia trigeminal. Es la manifestación de la neuritis que causan en muchos casos estas enfermedades.

No se ha comprobado que la neuralgia trigeminal menor es más frecuente en las regiones palúdicas, pero sí se encuentra con frecuencia en los estados caquéticos de la malaria.

La nefritis parenquimatosa crónica causa frecuentemente la neuralgia.

Entre las neuralgias atípicas están las causadas por desórdenes funcionales del sistema nervioso, como la histeria y la neurastenia, que son simplemente indicaciones de la mal adaptación a situaciones intolerables. Cuando se encuentra una neuralgia atípica que no se puede atribuir a alguna de las condiciones conocidas, un examen psicológico es necesario. Un análisis de la vida emocional del individuo puede descubrir la causa.

Hay otro grupo de casos que aparecen ser neuralgias menores, pero en cuales un examen de lo más detenido no descubre la causa. Al cabo de cierto tiempo los síntomas empeoran y demuestran que la condición es la verdadera neuralgia mayor. Son éstos los que ofrecen la mayor dificultad al diagnóstico.

Cuántos casos no se ven en cuales el paciente ha sido sometido a extracciones dentales y operaciones nasales múltiples e inútiles cuando la sección de la raíz dorsal hecha a tiempo hubiera evitado mucho sufrimiento. Y es por eso que la neuralgia menor debe recibir nuestra más detenida atención si únicamente por evitarle al paciente intervenciones operatorias inútiles.

Es cierto que es muy difícil convencer al enfermo de la necesidad de una trepanación craneal para una neuralgia, particularmente cuando los ataques dolorosos no son muy frecuentes, pero es el cirujano el que debe tener

23

aquí el derecho de decidir el procedimiento que se usará, conociendo él cómo progresará la condición y la probabilidad que al fin se tendrá que hacer la operación mayor.

Al contrario cuando hay alguna duda sobre la legitimidad de la neuralgia mayor un conservatismo rígido es de observarse, porque nada desacredita más una operación que su mal uso. En caso de duda es preferible comenzar por medios menos heroicos y en éstos las inyecciones de alcohol son particularmente indicadas, porque alivian la neuralgia mayor, pero no el dolor de la pseudo-neuralgia.

#### (4) Neuralgia del Ganglio Genuculado.

Otra condición que puede producir una pseudo-neuralgia trigeminal es el Herpes Zoster del ganglio genuculado del nervio Facial. Este se encuentra situado en la dobladura del canal óseo de la porción petrosa del hueso temporal que contiene al nervio Facial.

La anatomía comparativa de este nervio es de mucho interés al explicar estos casos. En los animales inferiores y de suponerse originalmente en el hombre, el nervio Facial es predominantemente un nervio de sensibilidad relacionado principalmente con la sensación gustativa de la lengua, y teniendo elementos motrices muy rudimentarios. Con la adquisición de los músculos de expresión en el hombre, la parte motriz del nervio ha obtenido predominio sobre la aferente o sensible, pero aunque subordinados, los elementos sensibles todavía existen y su distribución periférica está sobre impuesta a la del Trigemino. Por lo cual una afección dolorosa del Facial puede simular una neuralgia trigeminal.

La condición es muy rara, como dos entre mil casos, y se puede dividir en una forma puramente neurálgica y otra herpética. Han sido atribuidas anteriormente por muchos autores al nervio Glossofaríngeo o al Trigemino, pero admitiendo que estos dos nervios tienen distribución en el oído su extensión periférica es tan extensa que se esperarían trastornos en otras regiones inervadas por ellos. ¿En el caso del Glossofaríngeo no sería más probable encontrar la erupción herpética y el dolor en la base de la lengua, en las amígdalas y en el paladar?

La neuralgia del ganglio genuculado es causada por una verdadera poliomiélitis posterior del mismo y es asociada con una erupción vesicular localizada al conducto

auditivo externo, membrana timpánica y a veces a la piel del pabellón de la oreja.

El dolor se limita a los componentes del mecanismo auditivo, a la apófisis mastoides y al conducto auditivo externo. Es agudo y constante.

La membrana timpánica se encuentra congestionada y cubierta de pequeñas vesículas.

Prodromas dolorosos preceden a la erupción por dos o tres días. La otalgia es intensa y por exceso de irritación puede afectar secundariamente al Trigémino.

La condición se puede confundir con una mastoiditis y han sido operados varios casos para esta condición. El error es fácil si se le pone mucha importancia al dolor en la región del apofisis mastoides y se toma la congestión de la membrana timpánica como indicio positivo de un proceso purulento en el oído medio.

#### (5) Neuralgia Trigeminal Secundaria a Tumores Intracraneales.

El síntoma de neuralgia no es constante en los neoplasmas asociados con el ganglio de Gasser. Algunos tumores de la envoltura dural del ganglio pueden ocasionar una neuralgia por compresión y de estos es común el tumor que nace del ángulo cerebello-pontino. Otros nacidos de la misma envoltura pueden ejercer presión directa sobre el ganglio hasta deformarlo y herniarlo en los agujeros oval y redondo sin ocasionar algún dolor.

Los neoplasmas pueden ser primarios o secundarios. Los más comunes son los Meningiomas, Gliomas, Epiteliomas, Carcinomas, Limfosarcomas y Osteocondromas. Entre los secundarios se encuentran las gomas y los tuberculomas.

Los síntomas en los casos neurálgicos son muy parecidos a la verdadera neuralgia y progresan lentamente. En el período de desarrollo es posible hacer un diagnóstico por ser el dolor muy constante, sin períodos de alivio y no ser iniciado por estímulos periféricos. La mayoría se encuentran accidentalmente durante la operación para la neuralgia.

En los casos más avanzados síntomas secundarios como la pérdida de la sensación corneal y la implicación de otros nervios como el oculomotor común y el abducens nos ayudan a hacer el diagnóstico.

El tratamiento es operatorio. Si es posible se practica la escisión del tumor, si no, la sección de la raíz dorsal dará alivio por algún tiempo.

#### (6) Miositis Simulando a la Neuralgia Trigeminal.

Hay un grupo de casos que aparentan una neuralgia trigeminal típica que es causada por la miositis de uno de los músculos de masticación.

Según Frazier a este grupo pertenecen los casos que con un diagnóstico de neuralgia trigeminal han sido aliviados por el massage y la fisioterapia.

Aunque en el relato del paciente los síntomas parecen ser los de una neuralgia verdadera hay ciertas variaciones que nos ayudan a hacer el diagnóstico. Estas son:

(1) El paciente ha observado que el dolor se alivia con el calor.

(2) La intensidad del paroxismo no es suficiente para causar muecas.

(3) El dolor es mucho más fuerte en la región temporal y en los labios.

El ataque aparenta mucho a la neuralgia verdadera, porque parece que es iniciado por estímulos periféricos, y un toque en la cara si lo induce, pero, como veremos, no es cualquier estímulo el responsable.

Un examen detenido nos demuestra que uno de los músculos de masticación tiene una pequeña área de induración, bien circunscrita y muy sensible a presión. En la mayoría de los casos ésta se encontrará en el Masetero y generalmente en su margen anterior, lo que la hace algo difícil de hallar.

Es al tocar uno de estos puntos indurados que se inicia el ataque y no al estimular cualquier punto de la cara como en la verdadera neuralgia.

La miositis en estos casos es de origen reumático y generalmente el resultado de una infección localizada.

Se obtiene el alivio completo por medio del massage y el calor seco. El massage debe ser vigoroso y al principio aumenta la intensidad del dolor, pero persistiendo por dos o tres semanas y auxiliado por el calor seco se obtiene el alivio. En tres semanas debe quedar completamente aliviado.

## El Diagnósis de la Sinusitis.

Teniendo la sinusitis sub-aguda o crónica tanta importancia entre las causas de la Pseudo-Neuralgia, no quiero terminar esta pequeña obra sin dar un breve resumen de los métodos más usados para diagnosticarla.

La idea que se ha tenido y que se encuentra expuesta en los textos, de que el "catarro o resfrío común no deja inmune, o a lo sumo solo causa una inmunidad muy breve al paciente", es errónea. Los senos nasales están cubiertos por una continuación de la mucosa nasal y por eso una rinitis aguda siempre causa cierto grado de sinusitis.

Se ha cometido un error al creer que un "catarro" puede repetirse varias veces en poco tiempo. El primer ataque deja inmune al paciente por un tiempo de seis a doce meses. Cuando aparentan repetir con mucha frecuencia no se trata de un nuevo ataque, sino de una sinusitis sub-aguda o crónica que fué iniciada desde el principio.

La secreción mucosa en la rinitis aguda es al principio líquida y transparente y más tarde se vuelve más viscosa. Esta sale con facilidad de la cavidad nasal hacia afuera o hacia la naso-faringe y no se queda en ella el tiempo suficiente para permitir que los leucocitos lleguen a la secreción y la vuelvan purulenta y amarilla.

La secreción dentro de los senos, al contrario, no encuentra tan fácil la salida y tiene más tiempo para ser invadida por los leucocitos y transformarse en materia purulenta.

Cuando se encuentra secreción de color amarillo que sale por la nariz se puede decir con seguridad que hay una sinusitis. Solo se exceptúan los casos que tienen algún defecto anatómico nasal que impide la fácil salida de la secreción y los que tienen una rinitis atrófica. Teniendo esto en cuenta se hace muy fácil el diagnóstico de la sinusitis y entonces se dirige el examen a encontrar cual de los senos es el afectado.

La transiluminación y la radiografía facilitan mucho la localización del seno afectado, pero tienen la desventaja de solo dar un resultado positivo en los casos muy avanzados, con abundante secreción e hipertrofia de la mucosa. En los casos menos intensos no tienen algún valor y en estos el examen citológico es utilísimo.

En la mucosa nasal normal no existen los leucocitos mono o polinucleares, encontrándose estos solo donde hay

infección. Se inyecta en el-seno que se va a investigar una pequeña cantidad de agua esterilizada y se aspira, como para hacer un lavado. El líquido que sale es centrifugado y el precipitado obtenido se examina microscópicamente. Si hay leucocitos, hay sinusitis y su morfología demuestra el grado de esta. Es un método muy práctico para la investigación de los senos maxilares y los esfenoidales.

### Observación Número 1.

J. M. H., (hombre) edad 35. Se queja de una cefalea. Duración 2 años. Sufre uno o dos ataques por semana comenzando el dolor por la mañana y aliviándose por la noche. El dolor es agudo y continuo y le da una sensación de náusea. Afecta la región maxilar izquierda, región temporal y frontal de ambos lados y cuando es muy fuerte el ataque implica toda la cabeza, la nuca y el hombro izquierdo. Obtiene algún alivio con una mezcla de Fenacetina y Codeína que le dió un médico. Sufre frecuentemente de "catarros", pero no recuerda si la neuralgia le comenzó después de un ataque.

Enfermedades anteriores: Tuvo Escarlatina a los 13 años. Influenza en 1918.

*Examen general.*—Negativo. Orina: Normal. Wassermann: Negativo.

*Examen Ocular.*—Negativo.

*Examen Nasal Anterior.*—Congestión crónica de la mucosa. El tabique y los cornetes: Normales. Al inclinar la cabeza hacia adelante una pequeña cantidad de materia purulenta aparece sobre el cornete medio.

*Examen Nasal Posterior.*—Se observa substancia mucopurulenta en la pared posterior y en las fosas peritubarias.

*Transiluminación.*—Senos Maxilar y Frontal normales.

*Radiografía.*—Senos Frontal y Maxilar normales. Hay una sombra sugestiva en la región del seno Esfenoidal.

*Cateterización.*—Anestesia con Cocaína-adrenalina. El seno esfenoidal izquierdo fué cateterizado por el método de Wells y como 1/2 c. c. de materia purulenta aspirada. El seno fué irrigado con suero fisiológico.

*Diagnósis.*—Sinusitis Posterior. Neuralgia del ganglio de Meckel.

*Operación.*—Drenaje del seno Esfenoidal por la vía del tabique. Anestesia local. La pared entre los dos senos fué destruida, convirtiéndolos en una sola cavidad. Abertura intranasal de los dos lados.

La hemorragia post-operatoria fué moderada. Cohibida por taponamiento durante 24 horas. Salió del Hospital al 6.º día. Lavados semanales de la cavidad durante un mes.

*Resultado.*—Durante tres meses en que fué observado no ha sufrido de la neuralgia.

### Observación Número 2.

J. R., (mujer) 30 años. Se queja de cefalea frontal de tres meses de duración. Le comienza por la mañana, dos o tres horas después de levantarse y se le calma por la tarde. Cree que se inició el dolor después de un ataque fuerte de gripe. El dolor se limita a la región supra-orbital y es fuerte y constante.

*Examen General.*—Negativo.

*Examen Ocular.*—Negativo.

*Examen Nasal.*—Ligera congestión de la mucosa. Hay una desviación moderada del tabique en el lado derecho. Se observa materia purulenta en el meato intermedio y sobre el cornete inferior.

*Transiluminación.*—Los dos senos frontales dan una sombra oscura. Los senos maxilares parecen normales.

*Radiografía.*—Los senos maxilares parecen normales. Hay sensibilidad sobre los dos senos frontales.

Se hizo una punción de los senos maxilares y un lavado, encontrándose una pequeña cantidad de pus.

*Diagnosis.*—Sinusitis Frontal Doble. Sinusitis secundaria en los Maxilares.

*Operación.*—Drenaje intranasal de los senos frontales. Curetaje de las células Etmóideas Anteriores sin remover el cornete medio. No hubo hemorragia de importancia. Se encontró considerable pus en los senos. Lavados bisemanales de los senos frontales por medio de un cateter.

*Resultado.*—Durante un mes no han habido recidivas del dolor.

### Observación Número 3.

L. Mc. D., (hombre) de 56 años. Tenedor de Libros. Se queja de fuertes ataques de dolor en la cara y en la cabeza. 6 años de duración.

Los ataques aparecen irregularmente, a veces cada semana, en otras ocasiones ha pasado dos o tres meses sin

tener uno. El dolor es agudo, implica todo el lado derecho de la cara y la región frontal. Se alivia al cabo de cuatro o cinco horas. Dice que el dolor le comienza repentinamente durante el día cuando está muy cansado o ha trabajado mucho y otras veces después de tomar alguna bebida helada. Ultimamente los ataques han sido más frecuentes, casi semanalmente, y cree que son más fuertes que antes. No obtiene alivio con medicinas. Cuando le comienza el dolor tiene que dejar su ocupación, acostarse y aguardar que pase.

Lo describe como muy agudo, ardiente y más acentuado en los labios y lado derecho de la mandíbula inferior. Durante el ataque le es imposible tocarse la cara porque se le acentúa el dolor.

Toda su dentadura fué extraída hace dos años, por tener una piorrea avanzada, y dice que obtuvo alivio por dos o tres meses después.

Ha tenido varios exámenes nasales y hace un año fué sometido a una operación intranasal para una infección del seno maxilar. No tuvo ningún resultado esta operación sobre su neuralgia.

*Enfermedades Anteriores.*—Fué operado para un varicocelo hace 15 años. Tuvo la Influenza en 1918. Pneu-monía en 1920.

*Examen General.*—Negativo. Orina: Negativa. Wasserman: Neg. Presión Arterial: 142/84 mm.

*Examen Neurológico.*—Los reflejos rotulares están hipersensibles. El resto negativo.

*Examen Ocular.*—Ambos ojos son presbitas. Corregidos con lentes de + 2.25 D. El fondo del ojo es normal.

*Examen Nasal.*—Negativo.

*Transiluminación.*—Todos los senos parecen normales menos el Frontal derecho que da una sombra.

*Radiografía.*—Todos los senos nasales son normales. No hay indicio de cambios en la región pituitaria.

Durante su permanencia en el Hospital ha tenido un ataque neurálgico. Comenzó a las 10.30 a. m., cuando lo afeitaba el barbero. El dolor fué intenso haciéndolo gritar y causándole contracciones convulsivas de los músculos de la cara. Se quejaba de dolor muy fuerte en el labio superior y el lado de la nariz con extensión hacia las regiones temporal, maxilar y frontal. La piel de estas estaba muy sensible. El ataque duró seis horas.

*Diagnosis.*—Neuralgia Trigeminal Mayor. Se le aconsejó la sección parcial de la raíz dorsal.

*Operación.*—Bajo anestesia local se hizo la trepanación según la técnica de Frazier y una vez descubiertos el ganglio de Gasser y su raíz dorsal, y no encontrándose alteraciones aparentes, la parte lateral y exterior de ésta fué cortada y una porción de 5 cm. de extensión fué removida. La raíz motriz se dejó intacta. La hemorragia durante la operación fué molesta. La herida fué cerrada sin drenaje y la piel unida por medio de una sutura subcuticular.

Recobró sin complicaciones aunque la temperatura ascendió a 39° C. el día siguiente. A los diez días la herida estaba completamente unida y con poca cicatriz.

*Resultado.*—Una anestesia completa del lado derecho de la cara que abarca la región mandibular, maxilar, labio superior e inferior y el lado de la nariz. Le ha quedado cierta incapacidad para los movimientos laterales de la mandíbula.

Fué examinado periódicamente durante un año. La dificultad al masticar va desapareciendo gradualmente y no ha sufrido más de los ataques neurálgicos.

## CONCLUSIONES

---

- (1).—Las afecciones dolorosas de las regiones inervadas por el nervio Trigémico se pueden dividir en dos grandes grupos: La Neuralgia Trigeminal Verdadera (Tic Doloieux) y la Pseudo-neuralgia Trigeminal.
- (2).—La Pseudo-Neuralgia Trigeminal es causada por irritaciones periféricas y condiciones generales, teniendo las sinusitis, principalmente las infecciones del seno esfenoidal por su íntima relación con los ganglios de Meckel y de Gasser, gran importancia entre ellas.
- (3).—La etiología de la verdadera Neuralgia del Trigémico es todavía desconocida y hasta hoy la cirugía ofrece el único tratamiento efectivo.
- (4).—Es muy importante hacer un examen detallado, tanto local como general, antes de dar un diagnóstico de Neuralgia Trigeminal.

Vº Bº

A. G. VALDEAVELLANO.

Imprimase,

J. J. ORTEGA.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Abbé R.*—Preservation of Motor Root of Gasserian Ganglion during the Division of the Sensory Root for Trifacial Neuralgia. *Surg. Gynec. & Obst.* 35: 352. 1922.
- Dickie J. K. M.*—The Intranasal Surgery of Some Facial Neuralgias. Lecture before the Ottawa Md. Assn. 1927.
- Courtenay R. L.*—Lectures on Intranasal Surgery. McGill Univ. 1926.
- Canuyt et Terracol.*—Le Sinus Sphenoidal.
- Frazier C. H.*—A Refinement in the Radical Operation for Trigeminal Neuralgia. *J. A. M. A.* 76: 107. 1921.
- Frazier C. H.*—Neuralgias of Trigeminal Tract & Facial Neuralgias of other Origin. *Ann. Oto-Rhino-Laryngol.* 30: 855. 1921.
- Grant F. C.*—Trigeminal Neuralgias. *M. J. & Rec.* 121: 712. 1908.
- Grant F. C.*—Alcoholic Injection of Second & Third Divisions of the Trigeminal. *J. A. M. A.* 78: 1780. 1922.
- Osler Wm.*—Neuralgia. *Princ. & Prac. of Medic.* 1925.
- Reynolds.*—The Pathology of the Sphenoidal Sinus. *The Journ. of Laryngol & Otology.* 1924.
- Sluder G.*—The rôle of the Spheno-palatine Ganglion in Nasal Headache. *N. Y. M. J.* 87: 989. 1908.
- Sluder G.*—Lower Half Headaches of Nasal Origin. *J. A. M. A.* 79: 1898. 1922.
- Spiller. W. G.*—Tumors of the Gasserian Ganglion. *Am. J. M. Sc.* 126: 712. 1908.
- Stookey B.*—Nelson's Surgery. Vol. II.

## PROPOSICIONES

---

<i>Anatomía Descriptiva</i> . . . . .	Seno Esfenoidal.
<i>Anatomía Patológica</i> . . . . .	Paquimeningitis hemorrágica.
<i>Botánica Médica</i> . . . . .	Atropa belladona.
<i>Bacteriología</i> . . . . .	Bacilo de Weeks.
<i>Clínica Quirúrgica</i> . . . . .	Absceso retro faríngeo.
<i>Clínica Médica</i> . . . . .	Síndrome de Menier.
<i>Fisiología</i> . . . . .	Vaso dilatación.
<i>Farmacología</i> . . . . .	Supositorios.
<i>Física Médica</i> . . . . .	Oftalmoscopio.
<i>Ginecología</i> . . . . .	Tratamiento de la Menorragia.
<i>Higiene</i> . . . . .	Prevención del cáncer.
<i>Histología</i> . . . . .	De la fibra nerviosa.
<i>Medicina Legal</i> . . . . .	Lesiones post mortem.
<i>Medicina Operatoria</i> . . . . .	Resección del tabique nasal.
<i>Obstetricia</i> . . . . .	Anestesia obstétrica.
<i>Patología General</i> . . . . .	Trombosis.
<i>Patología Externa</i> . . . . .	Fractura de Colles.
<i>Patología Interna</i> . . . . .	Endocarditis.
<i>Química Médica Orgánica</i> . . . . .	Atropina.
<i>Química Médica Inorgánica</i> . . . . .	Sulfato de magnesia.
<i>Terapéutica</i> . . . . .	Efedrina.
<i>Toxicología</i> . . . . .	Botulismo.
<i>Zoología Médica</i> . . . . .	Triquinela Spiralis.