

A Propósito de la Neurotomía Retro-gaseriana

POR EL DR. J. CASTRO VILLAGRANA

TRAIGO a la consideración de ustedes mis impresiones sobre radicotomía del trigémino, como terapéutica de la neuralgia facial que tan frecuentemente encontramos y que coloca al paciente en condiciones de pedir imperativamente su curación.

El relato suscinto de un caso en el que empleé la terapéutica operatoria abre comienzo a mi relato, buscando hacer, no una historia minuciosa, de la que seré dispensado, considerando que lo más importante en el padecimiento que me ocupa, es un diagnóstico preciso que en la mayor parte de los casos, como en el que ahora presento, no es afortunadamente cosa muy difícil de plantear; decía no una historia clínica minuciosa porque no tiene objeto para los fines clínicos que voy a comentar.

Por indicaciones del señor doctor Rafael Reygadas fui llamado en abril del año pasado a examinar a la señorita C. O. de cuarenta y cinco años de edad, sin antecedentes familiares importantes y entre los patológicos personales un eczema en fecha remota en el pabellón de la oreja derecha y conducto auditivo externo del propio lado. Algunas ocasiones rinitis pasageras y desde más de diez años antes, hasta la fecha del examen, dolores intensos, bruscos, intermitentes, en los párpados, mejilla, labios, tragus y región temporal del lado derecho. Por temporadas había descansado de su dolor durante cortos meses, ya fuera con el empleo de analgésicos, o bien en fecha más reciente, haría dos años, después de alguna alcoholización de las ramas del nervio o del ganglio mismo (así lo decía ella,) en que obtuvo un descanso hasta de ocho meses sin dolor. Cuando la visité, se encontraba recostada, con su recámara semi-obscura y utilizando una pequeña mascarilla en la que algún familiar vertía de cuando en cuando, al presentarse el dolor, algunas gotas de éter sulfúrico. Los caracteres por ella descritos y que acabamos de mencionar fueron los mismos que entonces observamos, pudiendo notar además el estado de desnutrición y debilitamiento en que se encontraba la enferma, claramente explicado por el mí-

nimo de alimentación, que podía tolerar durante las largas épocas que duraban sus dolores. Los exámenes en su boca, oídos, nariz y ojos, hechos por especialista y el examen general por aparatos no reveló absolutamente nada digno de considerarse en relación siquiera de concomitancia con el padecimiento presente. Exámenes de orina con ligero aumento de fosfatos y disminución de cloruros. Bordet Wassermann siempre negativo. Ninguna otra cosa.

En la terapéutica anterior vimos desfilar el uso variadísimo de todos los analgésicos y no faltaron quienes en distintas épocas hubieron de utilizar los mercuriales o bismutados o arsenicales; distintos tónicos; proteino-terapia, etc., todas medicaciones inútiles.

Neuralgia discontinua tanto por sus momentos de mayor intensidad, como por sus épocas de sostenimiento y de relapso, en persona del sexo femenino, de más de 40 años, en el lado derecho; afectando casi exactamente el territorio del trigémino y la ausencia de manifestaciones en órganos o aparatos a que referir dicho mal; nos dieron la convicción de que se trataba de una neuralgia del trigémino de las llamadas esenciales y en la que el tratamiento anterior evidenciaba más claramente su fisonomía: en efecto las alcoholizaciones habían logrado remisiones que nunca se logran en las neuralgias faciales llamadas continuas que frecuentemente son concomitantes o secuela de alguna lesión distinta. En estas condiciones el problema no tenía muchas reconditeces; todos los cirujanos y autores están unánimes creyendo que la terapéutica de tal padecimiento es precisa si se tiene en cuenta que entre muchos padecimientos, es este, uno de aquellos en los que la indicación está mas bien señalada. Lecene & Leriche, Sicard, Martel, Robineau, etc., todos creen que la preocupación primordial enfrente de una neuralgia facial, consiste en establecer si se trata de una neuralgia esencial del trigémino, en cuyo caso salvo contra indicaciones clínicas, la indicación terapéutica es formal a favor de una desconexión de la raíz posterior del trigémino, adelante de la protuberancia y antes o atrás del ganglio de Gasser, mediante sección o arrancamiento.

El suscinto relato de nuestra enferma basta a pensar que nosotros establecimos el diagnóstico de neuralgia esencial del trigémino y por lo mismo creímos de completa formalidad, la indicación de operar para seccionar la raíz sensitiva del mencionado nervio y a ello nos encaminamos completando nuestro examen clínico con la verificación de las pruebas preoperatorias de eliminación renal de la fenolsulfotaleína, tiempo de coagulación de la sangre, examen de tensión arterial, dosificación de cloruros, fosfatos, urea, ácido úrico; investigación de albúmina, glucosa, pigmentos biliares, etc., encontrando todo dentro de los términos normales aconsejamos la operación que fué aceptada luego por la enferma.

Planteada la indicación terapéutica de la operación y apoyada por el estado clínico del sujeto que nosotros denominamos en terapéutica: indicación clínica, debemos referirnos siquiera sea de paso a la tercera justificación de toda operación, la que llamamos indicación topográfica. Esta es la posibilidad en el lugar de efectuar el programa deseado para el fin por conseguir; implica que los peligros y dificultades no sean tan grandes o insuperables que constituyan límites de los que no podamos pasar; tal indicación debe ser cuidada por parte del cirujano buscando llevar una magnífica iluminación que a cada instante le permita ver, no olvidarse de ser meticoloso y paciente para laborar todos los tiempos con seguridad; recordar los peligros de una ruptura inesperada y por lo mismo intempestiva, de la arteria meníngea media; otro tanto de las meninges con salida de líquido céfalo raquídeo y por fin la ruptura brusca y despiadada de la misma raíz del nervio.

Nuestra enferma aceptó ser operada el día 14 de mayo de 1930 y al efecto hizo uno de nuestros ayudantes el Dr. White Morquecho amplia infiltración con solución de novocaína al 0.50% en los tejidos blandos del pericraneo, en el lado derecho que nos permitió trepanar en la zona temporal, en dirección vertical encima del orificio auditivo externo. Hasta llegar a tener a la vista la dura madre, los tiempos no tuvieron detalle particular y fué en ese momento cuando el anestesista Dr. Benjamín Bandera dió protóxido de azoe mezclado de cuando en cuando con éter, hasta terminar la operación.

Los tiempos minuciosamente no habrán de llenar esta relación porque en todos lados están magistralmente referidos, lo cual me lleva a anotar solo aquello que facilitó o hubo de dificultar nuestro cometido.

Es convenientísimo recordar la posición del enfermo con la mesa en plano inclinado (cabeza en alto, pies bajos); en cuanto al trépano, que puede hacerse como mejor se tenga costumbre, debe llenar la condición de prolongarse para abajo poniendo al descubierto lo más pronto posible el piso superior de la roca.

El problema inmediato es el de la iluminación: todos recomiendan la que dé un buen espejo frontal y un separador que lleve foco iluminador en el extremo; así nos tocó ver maniobrar en los Hospitales de Rochester Minn., al efectuar la radicotomía posterior del trigémino y a ello nos preparábamos, pudiendo al fin convencernos que muy superior al empleo del espejo frontal y del simple separador con foco iluminador en el extremo, es el foco del instrumental de Kameron, hecho para la trans-iluminación de los senos huesosos de la cara, construído propiamente de porcelana, con un poder enorme de iluminación, que es además pequeño y por lo mismo perfectamente utilizable para lo que proponemos, que no calienta y que al

mismo tiempo hace de separador romo, sin aristas, ya que un cilindro ligeramente encorvado en su extremo, de una longitud como de 15 cms. y un diámetro de 8 mms. Mediante su uso separábamos sin contundir e iluminábamos hasta hacer completamente transparente la sangre que escurría hacia afuera, saliendo de la arteria meníngea media. Desechamos completamente el espejo frontal porque no tuvimos más necesidad de él.

El recuerdo completo de la anatomía y la vista que ratifique ese recuerdo, conducen al cirujano por sobre la roca sin perder detalle en su camino y lo ponen enfrente del primer peligro, la ruptura de la arteria media, que estimo puede ser frecuente por su disposición en el lugar, por la dificultad de hacer en ella una buena ligadura y porque una vez abierta no es muy fácil de hacer su hemostasis. (En nuestra enferma al ir a encontrar dicho vaso se desgarró inundando rápidamente nuestro campo). Creemos que el accidente es frecuente porque además de las razones anatómicas existentes, los autores señalan como maniobra utilizable la de ligadura previa y temporal de la carótida externa; sin embargo el accidente en sí mismo constituye algo insuperable? No, ya que en nuestro caso, si no pudimos poner una clavija de hueso, como se recomienda, en el cabo central, ni hubo de servirnos ningún taponamiento; tuvimos en cambio la sorpresa de que se suspendiera la pérdida de sangre mediante la compresión directa de la yema del dedo índice; medio que si bien es primitivo y no constituye el procedimiento de elección; no es desdeñable y en cambio da utilidad completa; como efectivamente nos la dió entonces. Fué necesario continuar separando cuidadosamente el encéfalo cubierto de la meninge sirviéndose exclusivamente de la mano derecha mientras el índice hacía la compresión y cuando estuvimos enfrente de la porción meníngea que cubre el ganglio de Gasser nuestro colega el Dr. Reygadas nos relevó haciendo a su vez la compresión con el índice hasta que dió término la operación, teniendo entonces la agradable sorpresa de que se hubiera formado coágulo y no escurriera sangre hacia afuera.

En la meninge que cubre el ganglio, cuando seccionábamos con un pequeño cuchillo para ojos, tuvimos la sensación de un endurecimiento de tal membrana que nosotros atribuimos a las inyecciones anteriores de alcohol en el mismo ganglio; de cualquier modo, descubrirlo nos fué difícil y menos fué reconocer hacia atrás su raíz sensitiva que engachamos como se lee claramente en los profesores de técnica, con un gancho de estrabismo y sobre el cual lentamente seccionábamos todos sus hacecillos hasta separar totalmente la raíz y el ganglio que dejaron entre sí un espacio libre como de 6 mms. El resto de la operación nada particular tiene, se deja un pequeño tapón de gasa que en el primer día drene todo escurrimiento sanguíneo y que habrá de retirarse en tres días.

El estado de nuestra paciente al terminar de operar era bueno, la operación sería en total 50 minutos máximo y la evolución post-operatoria, sencilla, como la evolución de todo trépano y con la ventaja de cura inmediata o cesación del penosísimo dolor.

En quince días abandonó el Sanatorio la enferma y siguió tranquila durante varios meses, hasta que una ocasión se nos presentó quejándose de dolores que no tenían semejanza en su intensidad ni en su sitio y que desaparecieron totalmente con medicamentos salicilados.

Busquemos en suma expresar recogidas nuestras ideas respecto de este asunto y sin ánimo de considerar que un caso pueda permitirnos mas que narrar a ustedes impresiones vividas y absolutamente personales, al margen de lo que señalan los autores:

1º—Enfrente de la neuralgia facial, se debe precisar si es neuralgia esencial del trigémino.

2º—El tipo más caracterizado de neuralgia esencial del trigémino, lo realiza el cuadro clínico descrito con el nombre de «tic doloroso de Trouseau» y alrededor de él, todas las variantes que no alteren totalmente sus condiciones.

3º—La neuralgia del trigémino se alivia, calma y desaparece por algún tiempo con las inyecciones de alcohol siempre que no sean en las ramas terminales, sino al nivel del agujero oval o en el mismo ganglio de Gasser. El buen resultado temporal de estas inyecciones ratifica el diagnóstico de la neuralgia esencial del trigémino, por lo que aun desde este punto de vista es útil hacer una o varias, antes de resolverse a seccionar la raíz sensitiva del mismo nervio. (Las precauciones, consecuencias o peligros que tales inyecciones entrañan, no son objeto de esta referencia).

4º—Precisado el diagnóstico de neuralgia esencial del trigémino, la indicación terapéutica es la sección o ruptura de la raíz posterior (sensitiva) del mismo, si la indicación clínica (estado del sujeto) y la topográfica no contradicen su aplicación.

5º—La conducción de la operación será bien hecha, a base de conocimientos anatómicos que van siendo comprobados en cada momento por la vista mas que por el tacto, mediante una potente y bien distribuída iluminación.

6º—Los peligros durante la operación pueden ser: (a) hemorragia y descenso brusco de la tensión arterial, como resultado de la ruptura de la arteria meníngea media, (b) contusión del cerebro en los casos de ruptura de la meninge al separarla del piso del cráneo y salida del líquido céfalo raquídeo (c) sección de haces o porciones motores del nervio que ocasionará parálisis del masticador.

7º—Los peligros posteriores a la operación pueden ser: (a) la queratitis atrófica, de la que nada habíamos dicho porque afortunadamente en nuestro caso relatado no tuvimos que temer; (b) la meningitis, (c) el que nuevamente se presenten los dolores porque no era una neuralgia esencial o en los casos en que siendo esencial, se hicieron muchas alcoholizaciones en que dieron lugar o tiempo a suplencias en los territorios nerviosos (recuérdense: ganglio oftálmico, ganglio esfeno-palatino, ganglio ótico y sus ramas aferentes y eferentes.)

8º—Las precauciones serán: (a) proveerse de todos los elementos para la operación y los necesarios para la hemostasis, tales como puntas de hueso, cera, taponés de catgut, etc., (b) interrumpir la operación en los casos de descenso brusco de la tensión arterial, principalmente en hipertensos (Lecene & Leriche), (c) cuidar de no romper las meninges, (d) cubrir cuidadosamente al terminar la operación el ojo y párpados del lado operado; mantener al enfermo en la oscuridad algunos días y de antemano señalarle la posibilidad de los peligros que corre su ojo.

9º—Precisada la indicación y llevada a cabo la operación con tales precauciones, no se discute que la radicotomía posterior del trigémino constituye la terapéutica más seria, del padecimiento que venimos señalando.

10º—Enfrente o al lado de la neurotomía retro-gasariana se habla de la resección del ganglio de Gasser que parece ser más difícil, más peligrosa e ineficaz, (por lo que no nos ocuparemos de ello, ahora.)

11º—Es conveniente no limitarnos en nuestras condiciones actuales a usar los medicamentos analgésicos sin penetrar cada vez más al asunto diagnóstico en las neuralgias del trigémino. Muchos casos nunca deberán ser operados, pero existen algunos que si se precisan oportunamente son del acerbo del cirujano que si actúa con cuidado puede, más que en muchos otros padecimientos, tener seguridad de que libra a sus enfermo de un azote desesperante.

J. CASTRO VILLAGRANA.

LECENE & LERICHE. Therapeutique Chirurgicale, tomo II.

La Pratique Chirurgicale Illustrée.—V. Pauchet, fasc. V. Le nevralgie du trijumeau, son traitement (Th. de Martel.)

La Pratique Chirurgicale Illustrée, fasc. III. Indications de la radicotomie. (J. A. Sicard.)