

DOLOR FACIAL ATÍPICO¹

DRES. JOSÉ HUMBERTO MATEOS,^{2, 3} JORGE CORVERA,^{2, 3} Y JOSÉ CAMPOS-ROMEÓ³

El dolor facial atípico constituye un problema de difícil tratamiento médico. La fisiopatología de este dolor no es clara, posiblemente debido a que la sensibilidad facial es mixta.

Se propone que estos casos rebeldes al tratamiento sean manejados quirúrgicamente por medio de la extirpación del ganglio esfenoopalatino, combinado o no a la sección del trigémino. Se presentan tres casos clínicos. (GAC. MÉD. MÉX. 99: 460, 1969).

LOS DOLORES faciales pueden ser divididos en cuatro diferentes categorías.

a) Dolor de causa desconocida.

b) Dolor producido por alteraciones patológicas de las estructuras faciales.

c) Dolor proyectado de regiones por fuera de los límites faciales fundamentales producidos por trastornos intracraneales, aneurismas, tumores, etc.

d) Enfermedades que producen dolor irradiado a la cara como en algunos casos de angina de pecho o trastornos que producen dolor en el hemicuerpo incluyendo la cara como es el caso del dolor talámico.

El dolor facial de causa no conocida se divide en dos grupos:

¹ Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 19 de marzo de 1969.

² Académico numerario.

³ Hospital General. Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

1. La neuralgia del trigémino.

2. Los dolores faciales atípicos.

La neuralgia del trigémino fue objeto de una comunicación previa.¹ En la presente exponemos una forma de tratamiento quirúrgico que ha sido satisfactorio en dolores faciales atípicos.

LA SENSIBILIDAD EN LA CARA

Bases anatómicas.

La sensibilidad superficial de la cara es recibida por el nervio trigémino, cuya distribución es bien conocida y perfectamente establecida.

La sensibilidad profunda también es transmitida por el nervio trigémino; sin embargo se han publicado numerosos trabajos que tienden a probar que existen otras vías que también intervienen en la conducción de la sensibilidad profunda.

En 1950 Brodal² publicó su libro so-

bre correlaciones clínico anatómicas y afirma que el nervio facial también transmite la sensibilidad profunda a través de la cuerda del tímpano.

Previamente Davis,³ había descrito que en casos de sección del trigémino, en los cuales había persistencia de la sensibilidad profunda, ésta desaparecía al producirse una parálisis facial. Marshall⁴ asegura que existen tres vías de conducción de la sensibilidad profunda en la cara.

La vía más importante está dada por el nervio trigémino, el cual, además, exhibe un umbral de excitabilidad muy bajo. El nervio facial es otra vía, pero su umbral es mucho más alto. Las primeras raíces del plexo cervical reciben impulsos de la cabeza y cara.

Además de estas vías el nervio trigémino recibe fibras de los plexos simpáticos que se encuentran alrededor de los vasos arteriales y se ha demostrado que es posible producir dolor facial estimulando los ganglios simpáticos cervicales.⁵⁻⁶

En algunos pacientes que presentan sensibilidad facial después de una rizotomía trigeminal, Helson⁷ practicó simpatectomía torácica obteniendo alivio permanente del dolor.

Las vías que conducen la sensibilidad facial son las siguientes: del ganglio geniculado del nervio facial nace el nervio petroso superficial mayor, el cual al unirse con el nervio petroso profundo da origen al nervio vidiano que termina en el ganglio esfenopalatino.

Los nervios petrosos menores y la cuerda del tímpano comunican entre sí para formar el ganglio ótico el cual,

según algunos autores, también envía ramas al ganglio esfenopalatino.

A este ganglio llegan también fibras de la segunda rama del trigémino y ramas simpáticas del ganglio cervical superior (Fig. 1).

El ganglio esfenopalatino es, pues, un sitio donde concurren varias vías no específicas que pueden transmitir la sensibilidad profunda y/o dolorosa de la cara.

BASES CLÍNICAS

En 1908, Sluder⁸ reportó un dolor facial que tenía como característica iniciarse en la nariz, alrededor de uno u otro ojo y extenderse al maxilar superior, oído, mastoides, cuello, hombro, escápula, cara anterior del tórax, brazo, mano y dedos. Además, pueden existir en estos casos prurito en el brazo, escotomas, sordera y acúfenos. El dolor tiende a ser constante y semeja a la migraña y aún a la neuralgia del trigémino pudiendo confundirse en ocasiones con esta última. Ocasionalmente aparecen cambios motores en el paladar y úvula. La enfermedad se presenta predominantemente en mujeres entre la segunda y quinta décadas de la vida.

Vail⁹ opinó que estos síntomas eran debido a la irritación del nervio vidiano en el canal pterigoideo (canal de Videus) y que eran debidos a sinusitis esfenoidales y propuso el término de neuralgia vidiana para este complejo sintomático.

En el Hospital General del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., hemos tenido la oportunidad de manejar al-

gunos pacientes por los Servicios de Neurocirugía y Otorrinolaringología, quienes presentaban sintomatología dolorosa de la cara rebelde a todo tratamiento médico y/o psiquiátrico, en los cuales se ha resuelto el problema do-

CASO N° 1

Paciente masculino de treinta años de edad, que inició su padecimiento trece años antes con dolor localizado a la región retroocular derecha, irradiado a región fronto-temporal del mismo lado, que se acompañaba de fotofobia, lagrimeo, obstrucción

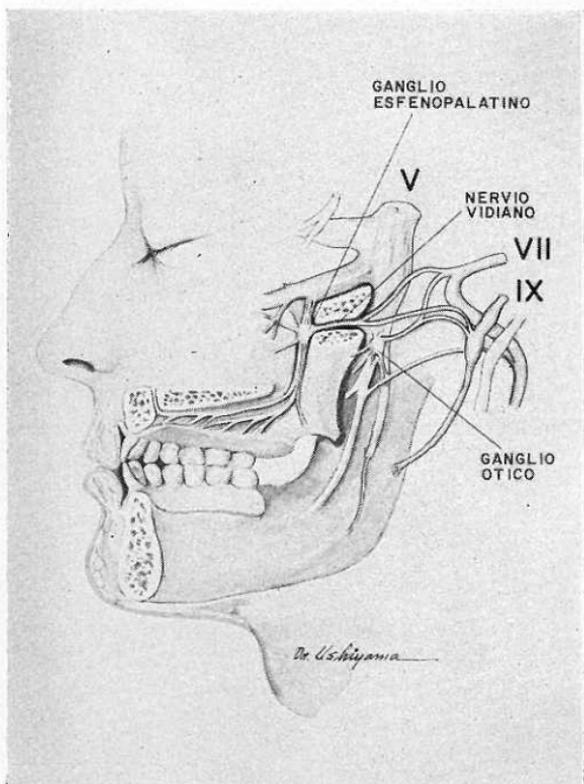


FIG. 1. Esquema que muestra los nervios que envían ramas al ganglio esfenopalatino.

loroso mediante procedimientos quirúrgicos.

Los siguientes resúmenes clínicos ejemplifican el problema:

nasal y rinorrea acuosa. Este dolor se presentaba en crisis con frecuencia de una o dos al día, incontrolable al tratamiento médico, por lo que se realizó bloqueo del nervio trigémino; permaneció asintomático por

un año, al cabo del cual reapareció el dolor; recibió simultáneamente tratamiento psiquiátrico sin resultado favorable. Se hizo nuevo bloqueo, que fue efectivo por tres meses, tras de lo que reapareció la sintomatología.

La exploración física general y neurológica fue normal.

La exploración otorrinolaringológica mostró desviación del septum nasal a la derecha. El electroencefalograma fue normal. Las radiografías de cráneo fueron normales. Un

se practicó resección del nervio vidiano y del ganglio esfenopalatino, con lo que desapareció el dolor. El paciente ha permanecido asintomático excepto en una ocasión en que presentó dolor facial por sinusitis aguda que duró dos días y cedió con tratamiento específico.

Caso Nº 2

Paciente femenino de veintiocho años de edad, con sintomatología de cuatro años

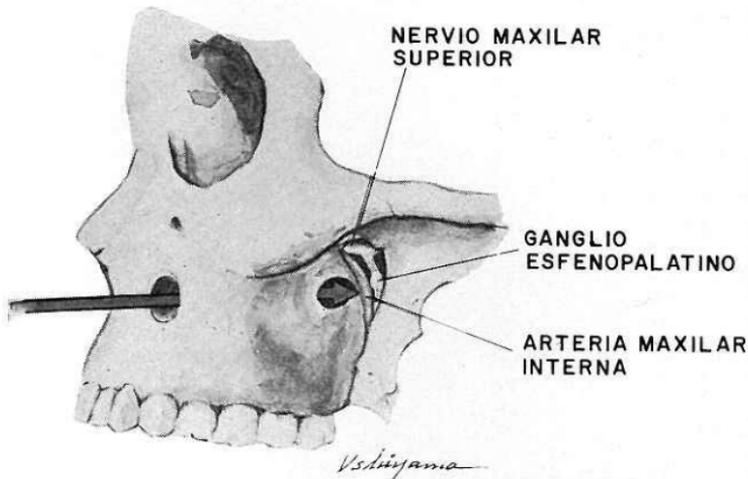


FIG. 2. Relaciones anatómicas en la fosa pterigomaxilar.

neumoencefalograma mostró dilatación ventricular de predominio izquierdo y una angiografía carotídea mostró vasos delgados pero normales.

Evolución y tratamiento. El veintinueve de noviembre de mil novecientos sesenta y seis se efectuó antrostomía maxilar bilateral y plastía del septum, sin modificarse la sintomatología. El diez y nueve de enero de mil novecientos sesenta y siete se practicó rizotomía retrogasereana de la rama sensitiva del V par por craneotomía suboccipital persistiendo la sintomatología. El catorce de noviembre de mil novecientos sesenta y siete

de evolución, caracterizada por dolor de hemicara y hemicara derecha, irradiado a arcada dentaria superior derecha, que se acompañaba de edema palpebral, prurito ocular, obstrucción nasal, rinorrea acuosa y crisis de estornudos; inicialmente se presentaban coincidiendo con el ciclo catamenial. Pero pronto se hizo más frecuente, con duración de diez-doce horas y con ritmo de cuatro-cinco al mes. Posteriormente se hizo diario. La exploración física general y neurológica y otorrinolaringológica fueron negativas. Las radiografías de cráneo fueron normales. Radiografías en incidencias espe-

ciales para piezas dentarias, mostraron inclusión de la pieza número seis del maxilar derecho.

Evolución y tratamiento. Se practicó extirpación quirúrgica de la pieza incluída y posteriormente desensibilización con histamina, persistiendo la sintomatología, por lo que se llevó a cabo extirpación quirúrgica del nervio vidiano y ganglio esfenopalatino el ocho de mayo de mil novecientos sesenta y ocho. El dolor disminuyó en intensidad y aparece sólo en ocasiones.

veinticuatro horas, con duración aproximada de tres a cuatro horas.

La exploración física, neurológica y otorrinolaringológica fueron normales. Las radiografías de cráneo y senos paranasales se consideraron como normales.

Evolución y tratamiento. Se practicó resección del nervio vidiano y del ganglio esfenopalatino, el veinte de enero de mil novecientos sesenta y nueve, con éxito, permaneciendo asintomático desde entonces hasta la fecha.

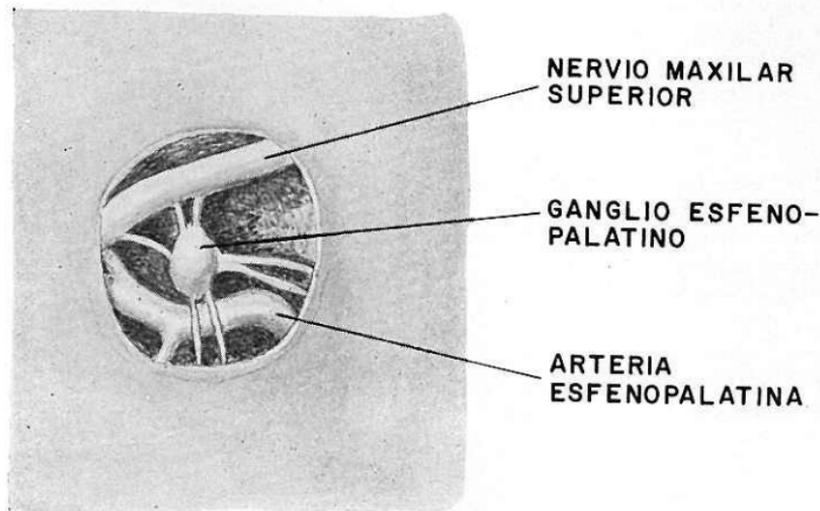


FIG. 3. Relaciones del ganglio en la fosa ptérigomaxilar.

Caso N° 3

Paciente de treinta y nueve años de edad, que sufría dolor en hemicara y hemicráneo derecho, de quince años de evolución, con punto doloroso de mayor intensidad a nivel retroocular con irradiación a protuberancia occipital externa que se acompaña de epífora, obstrucción nasal, prurito nasal y rírrorrea acuosa del mismo lado. Se presentaba por crisis en número de tres a cuatro en

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Para explorar el ganglio esfenopalatino es necesario explorar la fosa ptérigomaxilar a través del seno maxilar siguiendo la siguiente técnica (Fig. 2). Se hace una incisión horizontal en región gingival superior de segundo molar al canino, profundizándola hasta el hueso. Se despegan las partes blandas

con legra y se abre con cincel la pared anterior del antro maxilar. Se abre con una fresa la pared posterior de antro, con lo que se visualiza la fosa pterigo maxilar. Dentro del tejido adiposo se encuentra la arteria esfenopalatina y entre ésta y el nervio maxilar superior está localizado el ganglio esfenopalatino, al cual llega por su parte posterior el nervio vidiano (Fig. 3). Se extirpa el nervio y el ganglio mediante disección aguda. Se hace hemostasia y se cierra la herida gingival.

CONCLUSIONES

La sensibilidad de la cara es recibida por un conjunto de estructuras nerviosas que incluyen el nervio trigémino, el facial y la cadena simpática cervical.

Los casos con dolores faciales atípicos deben ser manejados siempre con una valoración clínica muy completa e inclusive con exámenes psiquiátricos y tratamiento de este orden de ser necesario. Siempre debe iniciarse el tratamiento con medidas conservadoras como analgésicos, tranquilizantes, etc.

En los casos en que esta conducta conservadora no sea efectiva, debe procederse a un tratamiento quirúrgico que deberá consistir en la extirpación del ganglio esfenopalatino, operación relativamente sencilla y de bajo ries-

go quirúrgico. Si no se obtiene resultado satisfactorio debe efectuarse posteriormente una rizotomía trigeminal que abarque las tres ramas del nervio.

En enfermos en que la sección del trigémino deje algo de la sensibilidad profunda con carácter desagradable, se puede practicar la gangliectomía del esfenopalatino para completar la interrupción de las vías que conducen la sensibilidad facial profunda.

REFERENCIAS

1. Mateos, J. H.; Sánchez Criales, G. y Lombardo, L.: *Neuralgia del trigémino. Manejo médico y quirúrgico de 50 casos.* GAC. MÉD. MÉX. 98: 1538, 1968.
2. Brodal, A.: *Neurological anatomy in relation to clinical medicine.* 2a. ed. Oxford, Clarendon Press, 1950, p. 49.
3. Davis, L. E.: *Trigeminal neuralgia.* Arch. Neur. Psych. 9: 283, 1923.
4. Marshall, F. N.: *The sensory functions of the trigeminal and facial nerves with special reference to the deep sensibility of the innervation and sensibility of the cornea.* (Thesis) Manchester: Victoria University of Manchester, 1931, p. 133.
5. Frazier, C. H.: *Trigeminal afferent pathways.* Am. Med. Sc. 169: 469, 1925.
6. Davis, L. y L. J. Pollock: *Sympathic connections related to facial pain.* Arch. Neur. & Psych. 27: 282, 1932.
7. Helson, H.: *Thoracic sympathectomy for relief of facial pain.* Brain 55: 114, 1932.
8. Sluder, G.: *Atypical facial pain.* N. Y. Med. J. 87: 989, 1908.
9. Vail, H. H.: *Videan neuralgia. A cause of facial pain.* Ann. Otol., Rhinol. and Laryngol., 41: 837, 1932.