

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Una nueva técnica

Por JORGE ANGEL VILLEGAS *

INTRODUCCION

La Neuralgia del Trigémino o Tic Doloroso de la Cara, ha sido conocida como entidad clínica definida, por varios siglos. Es, sin embargo, una de las pocas enfermedades para las cuales no existe un tratamiento adecuado en medicina moderna. La principal razón de ello es el hecho de que en la actualidad aún se ignoran su etiología y su mecanismo de producción.

Varias teorías, ingeniosas todas, han sido propuestas para explicar su origen. La más plausible es la originada por Gardner y Pinto⁴, en la cual se sugiere que el dolor es producido por la aparición de sinapsis anómalas entre las diversas fibras de la raíz del nervio, al ser comprimida a nivel del borde superior de la roca del temporal. Gardner demostró radiológicamente que como consecuencia del proceso de desmineralización del cráneo en las gentes de edad avanzada, la base de éste cede ante el peso del encéfalo y proyecta las pirámides temporales hacia arriba, unos milímetros, produciendo atirantamiento de la raíz del nervio.

La Neuralgia del Trigémino ocurre predominantemente en los viejos, con una edad promedia de 59 años, (Taarnhoj⁹); es más frecuente en mujeres que en hombres en proporción de 3:2, (Peet¹⁰); y en el lado derecho en proporción de 3:2 (Peet¹⁰). Está caracterizada por episodios muy breves de dolor paroxístico y lancinante en un lado de la cara, seguido de completa normalidad por varios minutos u horas. El dolor aparece al hablar, comer, afeitarse, lavarse la cara, etc., y en general es precipitado por el leve roce de ciertas áreas hipersensibles de la piel o de la mucosa gingival. El examen neurológico del paciente es completamente normal.

Muchos tratamientos han surgido a través de las edades, algunos de ellos puramente empíricos. En pasadas décadas, la alcoholización de las ramas del nervio estuvo en boga, pero ha caído en desuso debido a que el alivio del dolor es únicamente temporal. La tendencia moderna en el tratamiento de la neuralgia ha virado hacia el campo quirúrgico y fue Dandy² quien primero propuso la sección del nervio por vía occipital. Más tarde Frazier³, difundió el mismo tratamiento por la vía de acceso temporal. Estos

* Del servicio de Neurocirugía del Hospital de San José.

tratamientos han gozado de amplia popularidad porque alivian el dolor paroxístico completamente, aun cuando dejan la mitad de la cara desprovista de sensibilidad y pueden producir parestesias intolerables. En 1938 Sjoqvist¹¹, publicó su trabajo sobre tractotomía a nivel del bulbo raquídeo. En esta operación, las fibras intrabulbares del tracto descendente del nervio son seccionadas. Lo difícil de la técnica y la frecuencia de complicaciones, han hecho abandonar este procedimiento casi completamente.

DECOMPRESION DE LA RAZ

Este nuevo tratamiento quirúrgico que se ha mostrado muy prometedor en el tratamiento de la Neuralgia del Trigémino, fue originado por Taarnhoj⁸, de la Fundación Clínica de Cleveland, quien con base en las observaciones de Lee⁵ en 1937, y en las de Olivecrona⁷ en 1949, ideó la técnica que describiremos más adelante. En efecto, Lee había mencionado la posibilidad de que el dolor del Tic fuera debido a la compresión de la raíz del nervio y sugirió como tratamiento remover una porción de la pirámide del hueso temporal para decomprimirla, pero nunca lo llevó a efecto. Olivecrona había hecho la afirmación de que con frecuencia la Neuralgia del Trigémino en gente joven era producida por colesteatomas del ángulo ponto-cerebeloso que comprimían la raíz. Adson¹, años atrás, también había hecho observaciones similares.

En 1951 Taarnhoj⁸ operó una paciente con Tic Doloroso y decomprimió la raíz al incidir la vaina de duramadre a nivel del borde superior de la pirámide del temporal. La paciente no volvió a tener dolor y conservó intacta la sensibilidad de la cara. En la técnica original propuesta por dicho autor, la decompresión de la raíz se hace por vía intradural; ésta ha si-

do modificada por Love⁶ de la Clínica de Mayo, y actualmente se hace con mayor frecuencia por la vía extradural.

A continuación describiremos en detalle cuatro casos demostrativos, operados por el autor del presente artículo en la Fundación Clínica de Cleveland, bajo la dirección del profesor W. J. Gardner.

Caso número 1

Junio 23 de 1958. Historia número 834808. Paciente, M. Z. Edad, 49 años. Sexo femenino. Diagnóstico: Neuralgia del Trigémino en el lado derecho.

Operación.—Con la paciente en posición semi-sentada (de gatillo) y anestesiada con Pentotal Sódico, se hizo una incisión vertical en la región temporal derecha. Esta incisión, de aproximadamente 6 cms. de largo, se si-



FIGURA 1.—Representación esquemática del sitio de la incisión.

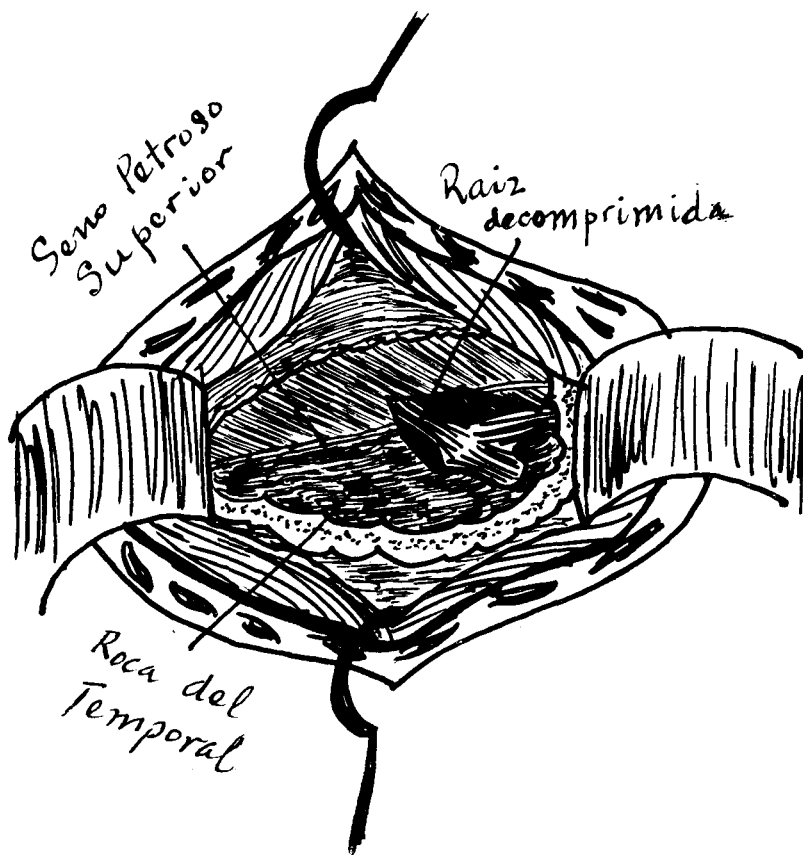


FIGURA 2.—Representación esquemática del campo quirúrgico.

tuó 2 cms. por delante del pabellón de la oreja y su extremo inferior llegó hasta el arco cigomático. La incisión interesó piel, tejido subcutáneo y músculo temporal. Luego, con rugina, el músculo fue separado del hueso y sus bordes rechazados ampliamente con separadores automáticos. Acto seguido, una porción de la escama del temporal fue resecada con gubia en una extensión de 3,5 por 3,5 cms., dejando al descubierto la duramadre. La meninge fue separada cuidadosamente del piso de la fosa media. La arteria meníngea media fue identificada y seccionada después de ocluir su extre-

mo proximal con un pedacito de algodón introducido en el foramen espinoso. Al continuar separando la duramadre hacia la línea media, la tercera rama del Trigémino fue identificada, y luego el ganglio de Gasser apareció en el fondo del campo quirúrgico. A continuación, con un bisturí fino, se hizo una incisión en la duramadre paralela a la segunda rama del nervio, prolongándola hacia atrás, sobre el borde superior de la roca del temporal, hasta descubrir la tienda del cerebelo. En la parte media de la incisión se pudo ver la raíz nerviosa moderadamente aplanada. Por último, una

pequeña incisión fue hecha sobre el ganglio, perpendicularmente a la primera, interesando esta vez el seno petroso superior. La raíz quedó así completamente decomprimida. Una vez que la hemostasis se consideró satisfactoria, la herida fue cerrada por planos con puntos de seda.

Caso número 2.

Agosto 20 de 1958. Historia número 839380. Paciente, A. D. Edad, 70 años. Sexo femenino. Diagnóstico: Neuralgia del Trigémico en el lado izquierdo.

En este caso, la técnica usada fue similar a la del anterior. Sin embargo, debido a la edad avanzada de la paciente, la tercera rama del nervio fue inyectada con 0,5 c. c. de Procaína al 1% para evitar alza súbita de la tensión arterial.

Caso número 3.

Septiembre 5 de 1958. Historia número 840418. Paciente, M. S. Edad, 56 años. Sexo femenino. Diagnóstico: Neuralgia del Trigémico en el lado derecho.

En este caso, la diferencia más importante en el procedimiento consistió en irrigar la raíz ya decomprimida con solución de Ringer, tibias, para separar mejor las fibras nerviosas y destruir así las posibles sinapsas anómalas.

Caso número 4.

Febrero 9 de 1959. Historia número 850703. Paciente, E. L. Edad, 52 años. Sexo femenino. Diagnóstico: Neuralgia del Trigémico en el lado derecho.

En este caso, a más de irrigar la raíz con solución de Ringer, se aplicaron pedacitos de Gel-foam sobre ella para mantener los bordes de la dura-

madre evertidos. La duramadre se encontraba anormalmente engrosada.

COMENTARIO

Ninguno de los casos descritos anteriormente mostró morbilidad alguna. No se presentaron recurrencias del dolor, y en todos ellos la sensibilidad de la cara se conservó intacta. Sin embargo, la decompresión de la raíz del Trigémico no ofrece una cura para la neuralgia en todos los casos. Diferentes autores anotan recurrencias que varían entre el 10 y el 30%, pero cuando son reoperados, el dolor casi nunca se vuelve a presentar. La gran ventaja de la operación de Taarnhoj (Decompresión) sobre la clásica resección de la raíz del nervio estriba en la conservación de la sensibilidad de la cara y la ausencia de parestesias tan frecuentes en la segunda, las cuales son, a decir de muchos pacientes, mucho más graves e intolerables que el propio Tic Doloroso.

COMMENT

In none of the cases reported was there any morbidity. There was no recurrence of pain and in all, no loss of sensation of the face took place.

However, the decompression of the trigeminal root, does not in every case cure the neuralgia. Various authors report recurrences, varying between 10 and 30 per cent, but when these cases are re-operated, the pain almost never returns. The great advantage of Taarnhoj's operation (decompression) over the classic resection of the nerve root is based on the conservation of normal sensation in the face and the absence of paresthesias so frequent in the latter operation, which in the opinion of many patients are more serious and unbearable than the proper tic douloureux.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ ADSON, A. W.: Palliative Treatment Versus Radical Treatment of Trifacial Neuralgia. Minnesota M., 3: 169-174. April, 1920.
- ² DANDY, W. E.: Section of the Sensory Root of the Trigeminal Nerve at the Pons. Bull. Johns Hopkins Hosp. 36: 105-106. Feb., 1925.
- ³ FRAZIER, C. H.: Operation for Radical Cure of Trigeminal Neuralgia; Analysis of 500 Cases. Ann. Surg., 88: 534-547. Sept., 1928.
- ⁴ GARDNER, W. J., & PINTO, J. P.: Taarnhoj Operation; Relief of Trigeminal Neuralgia Without Numbness. Cleveland Clin. Q., 20: 364-367. April, 1953.
- ⁵ LEE, F. C.: Trigeminal Neuralgia. J. M. Ass. Georgia, 26: 431. Aug., 1937.
- ⁶ LOVE, J. G.: Decompression of Gasserian Ganglion and its Posterior Root: New Treatment for Trigeminal Neuralgia. (Preliminary Report). Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, 27: 257-258. July 2, 1952.
- ⁷ OLIVECRONA, H.: Cholesteatomas of Cerebello-pontine Angle. Acta Psychiat. Neur. Scand., 24: 639-643, 1949.
- ⁸ TAARNHOJ, P.: Decompression of Trigeminal Root. J. Neurosurg., 11: 299-305. May, 1954.
- ⁹ TAARNHOJ, P.: Trigeminal Neuralgia and Decompression of the Trigeminal Root. Surg. Clin. N. America, 36: 1145-1157. Aug., 1956.
- ¹⁰ PEET, M. M. & SCHNEIDER, R. C.: Trigeminal Neuralgia; Review of 689 Cases with Follow-up Study on 65 Per Cent of Group. J. Neurosurg., 9: 367-377: July, 1952.
- ¹¹ SJÖQVIST, O.: Eine Neue Operationsmethode bei Trigemini Neuralgie: Durchschneidung des Tractus Spinalis Trigemini. Zentralbl. Neurochir., 2: 274-281. Jan., 1938.