UNIVERSIDAD MAYOR "MARISCAL ANDRÉS DE SANTA CRUZ" DE LA PAZ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DENTAL

Neuralgia Facial y su tratamiento

Tesis presentada por

RODOLFO TAPIA M.

para optar el título de Cirujano Dentista

T-PG
1139

LA PAZ-BOLIVIA
ESCUELA TIPOGRÁFICA SALESIANA
1927

T-A/1139
044

UNIVERSIDAD MAYOR "MARISCAL ANDRÉS DE SANTA CRUZ" DE LA PAZ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DENTAL

Neuralgia Facial y su tratamiento

Tesis presentada por

RODOLFO TAPIA M.

para optar el título de Cirujano Dentista

LA PAZ - BOLIVIA
ESCUELA TIPOGRÁFICA SALESIANA
1927

A la memoria
de mis recordados padres

Mi homenaje de respeto
al Decano de la Facultad de Medicina,
Director y Profesores de la
Escuela Dental

Neuralgia facial y su tratamiento

Neuralgia. — Esta es derivada de dos palabras griegas: *neuron*, nervio, y *algia*, dolor, nombre que se da indistintamente a todo síndrome doloroso localizado en un nervio, cualquiera que sea su causa productora.

De una manera general, las neuralgias son síntomas de varias enfermedades que se presentan en un gran número de afecciones, caracterizadas por dolores paroxísticos remitentes o intermitentes, que siguen exactamente el trayecto de los nervios o zonas reflejas, sin que pueda hallarse localmente alteración orgánica.

Etiología. — Las causas principales de las neuralgias son: Las neuritis provocadas por el paludismo, sífilis, gota, reumatismo.

Las compresiones por tumores.

Contusiones directas o por repercusión.

Estados generales: anemia, caquexia, hidrargirismo, saturnismo, diabetes, albuminuria, etc.

El frío: enfriamientos bruscos o variaciones atmosféricas.

Las enfermedades infecciosas están representadas, sobre todo, por la difteria, y también se puede observar, así mismo, a consecuencia de gran número de infecciones agudas, como: grippe, fiebre tifoidea, fiebre puerperal, coqueluche, etcétera.

Causas predisponentes y ocasionales: Aparte de la infección o intoxicación causales, existen cierto número de factores secundarios que influyen en la aparición de las neuralgias; así tenemos, por ejemplo, que un traumatismo físico o moral provoca con bastante frecuencia en un individuo intoxicado la explosión de una neuralgia.

Entre las causas más frecuentes que producen las neuralgias figuran los procesos morbosos de las cavidades veci-

nas al cráneo, especialmente en la bucal, las caries dentarias, descubrimiento de la pulpa, exóstosis, alveolitis, periodontitis, osificación de la pulpa, erupciones difíciles, muelas del juicio, etcétera.

División. — Se considera en el estudio de neuralgias relacionadas a la profesión dental las siguientes variedades:

Neuralgia facial.

Neuralgia pulpar, de origen grippal.

Neuralgia de los desdentados.

Para tener un concepto completo de la neuralgia facial, que es de la que me voy a ocupar con preferencia, es necesario hacer un detalle minucioso en su capítulo anatómico del nervio trigémino. Este es un nervio mixto e inerva los músculos pterigoideo interno, temporal y masetero, músculos elevadores del maxilar inferior; el músculo pterigoideo externo que ejecuta los movimientos de diducción y dirige el mentón hacia el lado opuesto; el milohioideo, que hace descender el maxilar inferior, dirigiendo también el mentón hacia el lado opuesto, cuando se contrae unilateralmente.

Anatomía. — El trigémino es el quinto par de los nervios craneales, tiene su nacimiento en la protuberancia anular y atraviesa los diferentes agujeros de la base del cráneo, para ir a distribuirse por las diferentes partes a que está destinado. Este tiene dos raíces: una gruesa, que es sensitiva, y la otra que es más pequeña, motora o nervio masticador.

El trigémino tiene un origen aparente y otro real. El origen aparente tiene su emergencia por la cara inferior de la protuberancia, por dos raíces que se confunden con los pedúnculos cerebelosos medios; la una, que es voluminosa, es sensitiva, y la otra, que es pequeña, se halla situada por dentro de la primera, es motriz.

Desde la cara inferior de la protuberancia, estas dos raíces se dirigen hacia el peñasco; la primera o raíz gruesa, tiene forma aplanada, se dirige hacia adelante y se introduce en un orificio formado por las meninges, por fuera de las apótisis clinoides posteriores y penetra en el cavum de Meckel; desde este punto sus filetes se separan y van a parar al ganglio de Gasser.

La segunda o raíz menor, continúa la parte interna de la anterior y después, al nivel del cavum de Mackel, gana

la cara inferior del cavum, pasa por debajo del ganglio de Gasser y termina en una de sus ramas eferentes, el nervio maxilar inferior.

El ganglio de Gasser es una masa de substancia nerviosa que se halla alojada en una depresión de la cara anterior del peñasco, y de aquí salen tres ramas terminales. Por su borde convexo emite tres ramas divergentes, que son: los nervios oftálmico, maxilar superior y maxilar inferior. A cada una de estas ramas acompaña un ganglio, y son: el oftálmico, esfenopalatino y ótico.

El nervio oftálmico da varias ramas sensitivas y después se divide en tres ramas que penetran en la órbita por la hendidura esfenoidal y son los nervios: nasal, frontal y lagrimal.

Las ramas que más interesan a los dentistas son: el nervio maxilar superior y el maxilar inferior. El nervio maxilar superior tiene su nacimiento en el borde convexo del ganglio de Gasser, entre el nervio oftálmico y el maxilar inferior, éste sale del cráneo por el agujero redondo mayor atraviesa la fosa pterigomaxilar, el canal suborbitario, el conducto suborbitario, y al llegar al agujero suborbitario se divide en cierto número de ramas terminales que en el trayecto da seis ramas colaterales.

Al nervio maxilar inferior forman dos raíces: una sensitiva, que procede del ganglio de Gasser, y la otra es motriz, que es pequeña raíz del trigémino. Este nervio sale del cráneo por el agujero oval y se divide en siete ramas terminales.

Por último tenemos el ganglio ótico, que es una pequeña masa nerviosa, situado por debajo del agujero oval; éste recibe y emite ramas nerviosas terminales.

NEURALGIA FACIAL. — Es la reacción dolorosa provocada por la irritación del nervio trigémino en todo su trayecto, desde su origen bulbar, pasando por el ganglio de Gasser hasta su terminación facial.

La afección de esta neuralgia se manifiesta por dolores espontáneos paroxísticos contínuos, que se manifiestan en el trayecto del nervio y muchas veces en dirección de otros nervios, formando verdaderos dolores reflejos.

Etiología. — Los trastornos funcionales de los nervios periféricos pueden ser causas de anomalías en la toni-

cidad de los tejidos; los motivos hereditarios juegan un rol importante en esta neuralgia.

Sicard ha llamado la atención sobre la asimetría de los agujeros de la base del cráneo para la producción de la neuralgia facial.

Aparte de las que se ha citado anteriormente de una manera general, se puede indicar las afecciones de las fosas nasales, del seno frontal y maxilar, otitis, exostosis en el conducto auditivo externo, afecciones oculares de naturaleza inflamatoria.

Varios especialistas han afirmado que esta neuralgia es más frecuente en el lado derecho de la cara que en el izquierdo, por la asimetría de los agujeros craneales, es decir, que los del lado derecho son de menor diámetro que los del lado izquierdo.

Este síndrome se presenta, en la mayoría de los casos, en la edad adulta, y por causas dentarias arroja un promedio del 80 por ciento.

Sintomatología. — La sintomatología de la neuralgia facial es peculiar y permite casi siempre conocer fácilmente esta afección.

En un momento, sin causa conocida, sobreviene una punzada, un latido doloroso intenso, al nivel del labio superior, de la nariz, del labio inferior, de los dientes. También en un acto de deglución, masticación, articulación de la palabra, por la más ligera sacudida de tos o de estornudo, al menor contacto facial, se presentará la crisis paroxística; intempestivamente se fija en un punto determinado un dolor, entonces el enfermo se detiene inmovilizado por la violencia de éste. También se notará calor, tumefacción y enrojecimiento de la piel, hipersecreciones de las glándulas vecinas.

Además, entre los paroxismos, se observa exagerado dolor a la presión en determinados puntos, así como en la región supraorbitaria, infraorbitaria y mentoniana.

Como síntomas secretorios adicionales, se observa lacrimeo, secreción nasal aumentada y fluido salival, y, en ocasiones, hemorragia gingioal, etc. Localmente se notan estremecimientos y tremulaciones en ciertos músculos, como el risorio, el elevador del labio superior, el mentoniano; entonces la hiperestesia dolorosa se presenta más fuertemente y se extiende por todo el territorio de las tres ramas, labio

superior, nariz, lengua, pómulos, etc.; esta es la neuralgia epileptiforme (el tic doloroso o el espasmo doloroso), pero después de dos o tres minutos se apaciguan las manifestaciones. En seguida aparecen fenómenos vasomotores, se enrojece la piel de la cara, se congestiona, el ojo se inyecta, y después de pasar todo este cuadro vuelve al completo sosiego.

Diagnóstico. — Para hacer un diagnóstico diferencial de la neuralgia facial se debe buscar el punto de donde se origina esta afección; así, por ejemplo, los dolores dentarios tienen su punto de origen en un diente o en una parte de la mandíbula y no sigue la marcha del nervio. Pero, no obstante, puede secundariamente añadirse una neuralgia facial a una dolencia dentaria.

Relativamente es fácil hacer el diagnóstico; mediante un examen minucioso se puede llegar al punto o región de donde emana el dolor, pudiendo ser en el cuello de un diente, así como en las inflamaciones de los senos frontal y maxilar; éstas se manifiestan por el flujo purulento nasal y por los dolores en la región, pudiendo ser reconocido mediante iluminación por transparencia. También pueden ser hallados por palpación al través de la piel los puntos dolorosos en la región del agujero infraorbitario, supraorbitario y mentoniano. Para dar un diagnóstico exacto y sin temor a dudas, cuando no se puede encontrar la causa que origina, es urgente recurrir a un examen con el poderoso auxilio de los rayos X.

Tratamiento. — El tratamiento de esta afección deberá estar en relación con la causa que la produce, empleando ya los agentes medicamentosos sobre el conjunto del nervio mismo o sobre las ramas afectadas, o también el procedimiento eléctrico, así como la intervención quirúrgica.

Cuando el especialista cree que estos accidentes son de origen dentario, entonces se hará un examen prolijo, no sólamente de las piezas dentarias, sino de toda la cavidad bucal y de las partes que se relacionan con ésta. Con el indicado examen se podrá saber si la afección se debe a una caries profunda, a una pulpitis, periodentitis o a quistes radiculares, etc., en cuyo caso se practicará el tratamiento necesario, según el estado en que se encuentre el diente enfermo; luego se continuará con la limpieza de las piezas denta-

rias, obturación de las caries existentes, se extraen las raíces y dientes que se encuentran en mal estado.

Si la afección no está originada por esta causa, entonces se recurrirá en primer lugar a las medicaciones sedativas usuales, a los sellos analgésicos, compuestos casi todos a base de piramidón, aspirina y cafeína, a las píldoras de aconitina, a las preparaciones de quinina, a las pomadas mentoladas, cocainizadas, etc.

Las neuralgias de causa general o específica se las tratará médicamente, dirigiéndose contra las causas que las producen, como la sífilis, paludismo, etc.

Actualmente estas afecciones (neuralgias) se tratan mediante inyecciones llamadas neurolíticas, consistentes en inyectar alcohol absoluto y agua, en partes iguales, a los troncos nerviosos a la salida del cráneo. El efecto que produce el alcohol inyectado y puesto en contacto con los nervios afectados, es el de hacerlos degenerar, o bien destruirlos completamente, pudiendo también añadirse al alcohol un anestésico local para que sea más tolerable la inyección. También se citan casos curados con inyecciones de ácido fénico al dos por ciento.

La corriente galvánica es un medio terapéutico mucho más suave; el electrodo se pondrá en los puntos indicados, así como en la región frontal, infraorbitaria, región mentoniana, etcétera.

Técnica de la inyección. — Se practicará la inyección con agujas finas de platino iridiado, de cuatro a seis centímetros de longitud.

Antes de practicar dicha inyección se debe anestesiar la piel y el trayecto subcutáneo que ha de recorrer la aguja, pudiendo para esto emplearse la estovaína o la novocaína al uno por ciento.

En el maxilar superior se practicará al nivel del agujero redondo mayor. La aguja se punciona por debajo del hueso malar, tomando una dirección oblicua de afuera adentro, de delante a detrás y un poco de abajo arriba. Se dirige a través del tegumento, atravesando la bola de Bichat, por detrás de la cara posterior del hueso maxilar superior, para llegar después a la hendidura pterigomaxilar.

Especialistas indican que no debe introducirse la aguja más de cinco centímetros, porque los nervios oculares mo-

tores se encuentran situados en el vértice de esta hendidura y no es conveniente que el alcohol produzca su acción sobre estos nervios, por razón de que ocasionaría parálisis oculares.

En el maxilar inferior se practicará la inyección al nivel del agujero oval. Este orificio se encuentra situado inmediatamente por detrás de la base de la apófisis pterigoides, encontrándose ésta a cuatro centímetros y medio más o menos de la superficie de la piel, a la altura de este pequeño triángulo que se halla entre el borde inferior de la apófisis sigomática, apófisis coronoides y el cóndilo del maxilar inferior. En esta región cutánea es donde se introduce la aguja en dirección perpendicular.

También dan resultados satisfactorios las inyecciones medias, que se practican en el díploe de ambos maxilares, al nivel de la espina de Spix y al nivel del agujero palatino posterior; y las periféricas que se practican en el canal supraorbitario, en el agujero infraorbitario y en el mentoniano, siendo estas últimas las que producen mayor eficacia, porque el paciente siempre localiza los paroxismos de dolor como periféricos y rara vez como profundos.

Se emplean varias fórmulas para combatir esta afección, tanto para uso interno como para externo, así tenemos:

PARA USO INTERNO

Rp.

Aspirina	0.25 gr.
Bromohidrato quinina	0.25 »
Bicarbonato sódico	0.25 »

M.

Para un sello de 4 a 8 al día

Rp.

Sulfato de quinina	0.20 gr.
Aconitina cristalizada	$^1/_{10}$ mg.
Extracto de quinina	C. S.

M.

Para una píldora 2 al día.

PARA USO EXTERNO

Rp.

Alcohol de labanda	500 gr.
Amoníaco	180 »
Alcanfor	60 »

M.

Compresas mojadas.

Rp.

Aconitina amorfa 0.50
Vaselina 50.—

M.

Fricciones al loco dolenti.

PARALISIS FACIAL.—Etiología. — Todas las afecciones del oído pueden motivar la parálisis facial, sobre todo las supuraciones del oído medio y del oído interno.

No menos frecuentes son las parálisis sifilíticas. Al lado de estas causas se pueden señalar todas las lesiones traumáticas, fracturas del cráneo, tumores del tronco cerebral y de la base, tumores de la parótida, neuritis infecciosas.

Sintomatología. — La parálisis facial se traduce por una asimetría de la cara, que es muy visible en estado de reposo.

Cuando la parálisis es completa, los pliegues y las arrugas desaparecen en el lado enfermo, sobre todo es muy notorio esto en la región de la frente. La boca aparece oblicua, por descenso del lado paralizado, desviación que se exagera cuando el enfermo habla, ríe, frunce los labios o enseña los dientes.

El ojo del lado paralizado queda abierto y los párpados no se juntan. La parálisis facial de origen periférico aumenta con bastante frecuencia hacia la contractura, y entonces se observa la exageración de las arrugas y de los pliegues de la cara, la elevación de la comisura de los labios.

Diagnóstico. — Cuando nos encontramos en presencia de una asimetría facial, no es fácil indicar a primera vista cuál es el lado enfermo, pero si se estudia detenidamente el juego de la mímica, ya entonces varía y no es posible el error. Si el nervio facial está lesionado en su trayecto intrapetroso, se notarán las siguientes anormalidades: disminución de las vibraciones y, por consecuencia, de las ondas sonoras timpánicas; abolición de la sensibilidad gustativa en los dos tercios anteriores de la lengua; disminución de las secreciones lacrimal y salival.

Tratamiento. — El tratamiento que conviene instaurarse varía según las indicaciones causales. Cuando la parálisis facial está ligada a una mastoiditis supurada, se impone la trepanación de la mastoides. Hay que recurrir igualmente al tratamiento quirúrgico cuando el nervio está

comprimido por un tumor de la parótida. Siempre que se sospeche la intervención etiológica de la sífilis, se verificará el tratamiento específico.

NEURALGIA PULPAR DE ORIGEN GRIPPAL. Es una forma particular de neuralgia, que se manifiesta muy violentamente y se localiza en la pulpa de uno o varios dientes, generalmente premolares y molares superiores, aparece comúnmente en el período final de un ataque de grippe o pocos días después de su curación.

Síntomas. — El dolor al comienzo es vago y generalizado en toda la cabeza, luego se localiza provocando dolores intensos, semejantes a pulpitis o periodontitis agudas; examinada la boca, no hay presencia de tales alteraciones y sólo a la palpación se notará sensibilidad en el hueso malar y en el borde alveolar.

Tratamiento. — Inútil sería el local dentario o la avulsión; sólo los analgésicos tomados durante algún tiempo procurarán alivio. La antipirina y la quinina tomadas en obleas de 0.25 gr. cada una y a dosis ascendentes de 1 a 8 sellos; y su disminución paulatina inversa procurará la sanidad o curación.

NEURALGIA DE LOS DESDENTADOS. — Localizada en el reborde alveolar, se presenta en las personas que carecen de piezas dentarias y el dolor acusado es aumentado por la presión.

Síntomas. — Su causa se explica por la compresión ejercida sobre los filetes nerviosos terminales alveolares, por el tejido cicatricial gingibal, también suelen ser causa de estas neuralgias las raíces incrustadas dentro del hueso o esquirlas aprisionadas. Se presenta repentina y violentamente, provocando la sensación de la presencia de la pieza dentaria cariada.

Tratamiento. — Determinar por medio de la palpación la región dolorosa, o mediante la radiografía, y ejecutar el raspado o ablación del borde alveolar en tres tiempos: 1º. sección de la encía y periostio con el bisturí; 2º. sección del borde, extracción de la raíz, esquirla o secuestro; y 3º. rufinado (raspaje del hueso). Tratamiento posterior profiláctico, hasta nueva cicatrización.

CONCLUSIONES

Se presentan en ocasiones neuralgias situadas en lugar indefinido, las cuales merecen especial cuidado del dentista. Estas neuralgias no manifiestan condición morbosa alguna.

La fiebre malaria crónica puede causar ataques periódicos de neuralgia maxilar. Como en los casos de gota, se debe buscar la causa constitucional de la afección y aplicar el remedio terapéutico indicado: la administración de la quinina.

Los dolores sifilíticos en las mandíbulas aparentan tener un carácter pericemental; pero las manifestaciones generales en el paciente, como son: la alopecia, erupciones cutáneas, placas mucosas, etc., facilitarán el diagnóstico.

Las odontalgias durante el embarazo y la lactancia son comunes, relativamente.

El tratamiento de la neuralgia facial, si es proveniente de causa dentaria, será necesario tratarlo debidamente. El tratamiento quirúrgico, es decir la neurotomía, será practicado por dentistas especialistas, por ser de operatoria muy delicada.

Estas consideraciones ligeras bastarán al dentista para encontrar la verdadera causa de una neuralgia y odontalgia.

Señor Decano de la Facultad de Medicina:

Pide se nombre la comisión que indica.

Rodolfo Tapia M., exalumno de la Facultad de Odontologia presentándome ante Ud. con todo respeto digo:

Que por los certificados que acompaño consta haber rendido los exámenes profesionales para optar el grado de Dentista, y habiendo sido aprobado en ellos, presento ante su consideración la tesis que versa sobre "Neuralgia Facial y su tratamiento", para que se sirva Ud. nombrar la comisión que debe estudiarla.

Es cuanto pido a Ud. por ser de justicia.

R. Tapia M.

La Paz, mayo 5 de 1927.

Decanato de la Facultad de Medicina, La Paz-Bolivia, a 16 de mayo de 1927.

Pase al señor Director de Odontologia, para la tramitación solicitada.

L. Martínez Lara
Decano

La Paz, 25 de Mayo de 1927.

Pase a los señores profesores José Castillo V. y Víctor M. Loza, para que se sirvan informar sobre la tesis presentada por el Sr. Rodolfo Tapia M.

S. Cabrera Bello

El suscrito informa que la tesis "Neuralgia facial y su tratamiento" es aceptable.

J. del Castillo Vega

El profesor de la Escuela Dental que suscribe, encargado para informar sobre la tesis titulada "Neuralgia facial y su tratamiento", presentada por el Sr. Rodolfo Tapia M., opina ser aceptable.

V. M. Loza

La Paz, 7 de junio de 1927.

Con el informe de los señores profesores, vuelva ante el señor Decano de la Facultad de Medicina para los fines de ley.

S. Cabrera Bello

La Paz, 10 de junio de 1927.

Vistos y leidos los informes de la comisión encargada de estudiar la tesis "Neuralgia facial y su tratamiento", presentada por el Sr. Rodolfo Tapia, para optar el título de Dentista, APRUEBASE la indicada tesis y devuélvase para su publicación.

L. Martínez Lara

Profesorado de la Facultad de Ciencias Médicas y Ramas Anexas

Dr. Luis Martínez Lara: Decano y Profesor de Medicina Legal y Toxicología.
» *Natalio Aramayo:* Obstetricia y Ginecología.
» *Francisco Cernadas:* Fisiología.
» *Adán Fernández:* Anatomía Descriptiva (1ª. y 2ª. parte).
» *Abelardo Ibáñez B.:* Clínica Quirúrgica.
» *Luis Landa:* Oftalmología e Histología.
» *Ernesto Navarre:* Anatomía Patológica.
» *Luis Villegas:* Higiene y Patología General.
» *Antonio Osorio:* Medicina Operatoria y Anatomía Topográfica.
» *Néstor Orihuela:* Pediatría y Clínica Propedéntica.
» *Aníbal Peña:* Vías Urinarias y Dermatosifilografía.
» *Elías Sagárnaga:* Patología Interna (1ª. y 2ª. parte).
» *José Tapia:* Terapéutica y Materia Médica.
» *Félix Veintemillas:* Bacteriología y Oto-rino-laringología.
» *Pedro Valdivia:* Clínica Médica.
» *Adolfo Valle:* Física Médica y Parasitología.
» *Manuel Ergueta:* Patología Externa (1ª. y 2ª. parte).
» *David Capriles:* Neuropatología y Psiquiatría.

Escuela de Odontología

Dr. Sergio Cabrera Bello: Director y Profesor de Dentisteria Operatoria.
» *Isaías Delgado:* Patología General e Histología.
» *José M. Merino:* Terapéutica.
» *Napoleón Bilbao Rioja:* Prótesis y Ortodoncia.
» *Víctor M. Loza:* Patología Bucal e Higiene.
» *José del Castillo Vega:* Anatomía Descriptiva y Fisiología.

Escuela de Farmacia

Dr. Etelberto Coello: Farmacología y Botánica.
» *Eduardo Sagárnaga:* Química Inorgánica.
» *Miguel Trujillo:* Química Orgánica.
» *Héctor Carvajal:* Química Biológica y Toxicología.