

## Las Algias Faciales

(Concluye).

La sensibilidad cutáneomucosa al contacto, a la picadura, al calor y al frío está disminuida o abolida en una parte o en todo el territorio del trigémino, cuando las lesiones causales radican en el trayecto de este nervio, destruyéndolo más o menos, sin dejar de irritar el simpático paratrigeminal: de aquí una anestesia dolorosa;

La sensibilidad térmica y dolorosa está disminuida o abolida en toda una mitad del cuerpo cuando se trata de lesiones talámicas; al igual que los trastornos sensitivos objetivos, las algias se corren casi siempre a toda la mitad del cuerpo, pero predominan a veces en la cara.

*El modo de comienzo y la evolución* varían con cada tipo etiológico,

### *B) Tratamiento*

El tratamiento será ante todo etiológico, pero cuando, a pesar de nuestras investigaciones o de nuestros medios terapéuticos, ignoremos la causa, no nos queda más recurso que el *tratamiento fisiopatológico*, las medicaciones sedantes del sistema vegetativo o, mejor aún, la acción directa sobre el simpático cefálico, en especial, sobre el ganglio esfenopalatino (5 y 9).

La hisopación prolongada con un portaalgodón empapado en líquido de Bonain, de la mucosa pituitaria al nivel del agujero esfenopalatino, produce' prime-

ramente una agudización de las algias y de las manifestaciones simpáticas asociadas; pero una vez obtenida la anestesia, los trastornos se atenúan. La mejoría es más o menos completa y más o menos persistente, al igual que la anestesia, pudiendo las hisopaciones ser repetidas sin inconveniente alguno; son, por lo demás, más activas y mejor toleradas a medida que van repitiéndose.

La alcoholización del ganglio esfenopalatino, fácil de practicar al través del canal palatino posterior, es de efectos más *úv* laderos (9).

En las algias temporales, la alcoholización periarterial acostumbra dar buenos resultados.

Debemos hacer observar que los efectos de la anestesia del simpático, incluso mediante la alcoholización directa, no son inmediatos, y que rebasan muchas veces el territorio correspondiente: de aquí la posibilidad de obrar sobre las propagaciones dolorosas al nivel del hombro y del miembro superior con la sola anestesia del ganglio esfenopalatino.

### *C) Etiología y mecanismo fisiopatológico*

*El problema etiológico* se presenta de un modo diferente según que las simpatalgias vayan acompañadas o no de trastornos sensitivos objetivos.

19—*Simpatalgias con trastornos sensitivos objetivos, ya sea hemianestesia ya, anestesia localizada en el territorio del trigémino.*

a) La asociación de algias y de anestias, localizadas a toda o a una parte de la mitad del cuerpo, es *sintomática de lesiones talámicas*, debidas éstas casi siempre al proceso vascular, y con menor frecuencia al proceso neoplásico o al proceso infeccioso. Para precisar el diagnóstico etiológico, nos fundaremos en la agrupación sintomática y sobre todo en los conmemorativos acerca del modo de comienzo y la evolución.

b) La asociación de algias y de anestesia, localizada a toda o a una parte del territorio del trigémino, es *sintomática de lesiones de este nervio*: lesiones mecánicas o lesiones infecciosas y tóxicas.

*Las lesiones mecánicas*, comprimiendo o destruyendo el trigémino al nivel de uno de sus

segmentos, desde la periferia hasta el núcleo sensitivo botuberancial, interesan casi siempre otros nervios próximos; de ello resultan síndromes diversos según la localización de lesiones. El diagnóstico topográfico facilita muchísimo el diagnóstico etiológico: conociendo el asiento exacto de las lesiones, fácil nos será remontarnos al punto de partida y consiguientemente conocer su naturaleza.

*Las lesiones infecciosas y tóxicas*, por afectar todas más o menos electivamente y de un modo difuso el trigémino, sólo será posible el diagnóstico etiológico cuando la afección causal se exteriorice en otros puntos.

Nos contentaremos con reunir aquí en un cuadro sinóptico estas diversas lesiones, remitiendo al lector que desee conocer mayores detalles a nuestro artículo sobre las algias sintomáticas de las lesiones del trigémino (10).

(Traumatismo *Síndrome de la hendidura esfenoidal:*  
 i | i | i |  
 Lesiones de | | ■ —Cáncer de la órbita.  
 i | ) Compresión) | *Síndromes de la pared externa*  
 l las ramas) | [ —Tumores malignos de la hi-  
 i | | pófisis.  
 [ periféricas. { | j —**Meningiomas** del piso medio.  
 | | | *Síndrome de la encrucijada* |  
 | | | *petroesfenoidal.*  
 | Lesiones | | I —Tumor de la trompa de Eus-  
 | | | taquio.  
 '■ del ganglio Traumatismo accidental u operatorio (neu-  
 j de Gasser | i rotomía retrogaseriana).  
 Lesiones | i o de la raíz f | i *Síndrome de Gradenigo:*  
 ) del trigé- | i ■ —Otitis complicada con osteí-  
 ) mino. | | [ tis de la punta del peñasco,  
 mecánicas | i | \ *Síndrome gaseriano:*  
 | | | I Tumores de ganglio de Gas-  
 | | | ser.  
 | | | '—**Meningiomas** subtemporales  
 I | | \ comprimiendo el ganglio de  
 i | | | Gasser.  
 | | | i **Compresión**) *Síndrome del ángulo pontoce-*  
 | | | ) *rebeloso:*  
 i | | i —Tumor del auditivo.  
 !.—Aracnoiditis localizada.  
 i *Síndrome paralítico unilateral*  
 ■ *de los nervios craneales:*  
 | —Tumores basilares, óseos o  
 ■ *faríngeos.*  
 Lesiones | ! —Meningitis basilares.  
 { del núcleo j | ( *Síndrome lateral del bulbo.*  
 i sensitivo ) **Lesiones** { *Síndrome de la calota proiu-* |  
 trigé- } vasculares,) *berancial.*  
 mino. Siringobulb ja.  
 [ | ) Tumores bulboprotuberancia-  
 \* | ! Tumores.) les.  
 ) ( ) Tumores del IV ventrículo

f ( Zona.  
 I Sífilis y tabes.  
 Lesiones I Lesiones · Esclerosis en placas.  
 infecciosas «.nfecciosas. « Infecciones neurotropas diversas, no' iden-  
 o tóxicas, j ( tificadas.  
 ! Lesiones tóxicas: diabetes. (

29—*Simpatalgias sin trastornos sensitivos objetivos.*

Son también debidas a lesiones irritativas (8), pero aquí las lesiones radican por fuera de las vías sensitivas centrales o periféricas y sólo se manifiestan por trastornos sugestivos, que pocas o menos son los mismos en todos los casos.

Una exploración sistemática de los tegumentos, de las cavidades y de los órganos de la cara, nos permitirá, en un cierto número de casos, encontrar la lesión causal. Puede tratarse:

Ya de lesiones traumáticas, casi siempre insignificantes y cicatrizadas desde larga fecha;

Ya de afecciones de las diversas cavidades u órganos de la cara:

No debemos proponernos encontrar siempre y a cualquier precio la causa local. Sólo tendremos en cuenta los datos netamente patológicos, guardándonos de considerar como causas de la algia, manifestaciones que son secundarias o concomitantes (manifestaciones oculares, rásales o auriculares); de lo contrario, peligrosamente, practicar en serie intervenciones, inútiles por lo menos: extracción de dientes sanos, pero que son asiento de irradiaciones dolorosas, resección del tabique nasal, drenaje de senos simplemente congestionados, trepanación masoidea.

A falta de lesión irritativa bien determinada, será preferible, antes de apelar a estos **tra-**

- ( Caries.
- ! Periodontitis, quiste apical, absceso
- den-Afecciones dentarias. « tario.
- í Erupción de la muela del juicio.
- ( Sinusitis frontal o maxilar, etmoíditis.
- í Desviación alta del tabique, hipertrofia del
- ( cornete medio, conformación viciosa de
- Afecciones nasales . . « los senos (de dónde dificultad de la cir-
- ( culación del aire).
- f Cuerpos extraños. Afecciones
- oculares . . « Inflamación iridocoroidea.
- ( Glaucoma crónico.

tamientos de prueba, que no dejan de tener inconvenientes, obrar directamente sobre el simpático. Por lo demás, la lesión puede ser insignificante, simple espina irritativa, que basta para limitar al nivel de una mitad de la cara un trastorno más general, debido al estado endocrinosimpático del paciente. No es raro encontrar en los antecedentes hereditarios o personales de los enfermos jaquecas típicas; por sí mismas, algunas simpatalgias faciales no dejan de tener algunas analogías con la jaqueca, pudiendo éstas incluso ir acompañadas de náuseas y de vómitos.

*El mecanismo fisiopatológico* de las simpatalgias es el mismo, cualesquiera que sean el asiento y la naturaleza de las lesiones. Se trata de trastornos de orden reflejo, cuyo punto de partida es una lesión irritativa que obra sobre el simpático en un punto cualquiera; la lesión irritativa, es casi siempre local, pero puede radicar a distancia, ser producida por una simpatectomía cervical (caso de Pettej), un neumotórax artificial (caso de Rícaldoni) (8).

Las crisis dolorosas van también acompañadas de otros trastornos reflejos pasajeros, en especial manifestaciones simpáticas vasomotoras o secretoras; todos estos trastornos desaparecen al mismo tiempo que los dolores, obrando ya sobre la lesión irritativa, ya directamente sobre el simpático, disminuyendo su excitabilidad.

A veces aparecen a la larga trastornos pigmentarios y trófi-

cos persistentes: placas de acromía o de hiperacromía, hemicanicie.. glossy-skin con ulceraciones cutáneas superficiales, queratitis neuroparalítica, hemiatrofia facial. Estos trastornos, designados por Babinski con el nombre de trastornos fisiopáticos. son considerados como trastornos nerviosos de orden reflejo, cuyo punto de partida son irritaciones que interesan las extremidades nerviosas o producen una exaltación o una depresión de las propiedades de las células nerviosas.

## II.—PSICALGIAS FACIALES

Las psicalgias faciales son, al parecer, excepcionales: todo dolor, en la cara o en otra parte, puede a la larga ir acompañado de factores psicopáticos, que llaman la atención, solicitada por *el* enfermo sobre la región y el temor obsesionante del dolor esperado y temido, pero las sensaciones anormales puramente psicopáticas pocas veces están localizadas y limitadas a la cara.

En el neuralgismo de Sicard figuran agrupados hechos dispares, casi todos referentes a simpatalgias criptogenéticas; de aquí que no deba ser ya asimilado a las psicalgias.

### A) Sintomatología

Reservamos el nombre de psicalgia para los dolores cuyos caracteres son los siguientes:

1°— *Su calificación* es muy especial. No son. Propiamente hablando, dolores, sino sensaciones desagradables: sensación de en-

grosamiento o de retracción de la piel, extraordinaria hipersensibilidad cutánea, hasta el punto que una corriente de aire o una simple brisa, la percibe el enfermo de un modo desagradable.

Los enfermos describen sus dolores, no solamente por las sensaciones realmente sentidas, sino también por la interpretación que les dan: estrechez de los orificios palpebrales, de la nariz, de la boca, pudiendo producir consecuencias graves.

2o—Contrastando con las quejas continuas de los enfermos, que para traducir sus sensaciones recurren a los adjetivos y adverbios más impresionantes, llama la atención la tranquili-

dad de la cara, *la ausencia de reacciones asociadas, motrices o simpáticas.*

3o—*Las psicalgias faciales son siempre bilaterales, pero cuya extensión y profundidad es imposible limitar.*

Raras veces son únicas, asociadas casi siempre con otras psicalgias diseminadas en todo el cuerpo y en especial con cenestopatías viscerales.

4o—*Las condiciones de aparición de las psicalgias son las mismas que las de las ideas fijas, de las obsesiones. Van multiplicándose a compás de su evolución, acabando el enfermo por analizar continuamente sus sensaciones; como es natural, el in-*

terrogatorio sirve de acicate para que al enfermo pretenda exponerlas todas.

En cambio, el sueño no está perturbado, las sensaciones anormales desaparecen al mismo tiempo que las sensaciones normales.

Él examen objetivo es completamente negativo, en desacuerdo con los datos suministrados por el enfermo, que pretende tercer engrosada la piel, hinchados los párpados o los labios, ser anormal su sensibilidad.

La evolución es casi siempre progresiva: poco a poco asistimos a la amplificación de las sensaciones anormales y a su multiplicación.

#### B) Tratamiento

Nos abstendremos de practicar toda clase de intervención local: no solamente fracasaría por completo, sino que como producen algunas molestias, podrían ir seguidas de interpretaciones delirantes por parte del enfermo, y de reacciones a veces peligrosas para el médico.

#### C) Etiología y mecanismo fisiopatológico

Como causa de las psicalgias figura siempre una *constitución hipocondriaca*.

El mecanismo fisiopatológico de las psicalgias es igual a] de las demás manifestaciones de la hipocondría: aquí la atención del hipocondriaco está fija en la cara, por un verdadero fenómeno de educación de la sensibilidad (dolores de hábito de Bris-

saud); pero cabe en lo posible provocar derivaciones cenestopáticas, sobre todo viscerales.

El hipocondriaco, preocupado por su salud de un modo exagerado, analiza todas sus sensaciones, las atribuye a la enfermedad y reclama toda clase de tratamientos, en especial locales. Una vez más recomendamos la proscripción de todo tratamiento local; tan sólo las medicaciones generales anodinas deben ser empleadas en estos casos.

Para terminar este estudio de conjunto de las algias faciales deseamos insistir sobre la frecuencia relativa de los diferentes tipos algícos y sobre los resultados del tratamiento fisiopatológico. Desde hace seis años, tanto en la Salpêtrière y en Bicêtre, como en nuestra clientela privada, hemos visto y tratado varios centenares de enfermos: el número de simpatálgicos es casi doble que el de neurálgicos; en cuanto a las psicalgias, son, al parecer, excepcionales, puesto que sólo, hemos observado tres casos.

Los resultados del tratamiento fisiopatológico local son perfectos y constantes en la neuralgia facial; aun siendo menos buenos y menos constantes en las simpatalgias, son, no obstante, mucho mejores que los obtenidos con otros tratamientos.

Th. Alajouanine y R. Thurel  
Del Monde Medical