

## Inyección del Ganglio Esfeno-Palatino

DR. SIMÓN RUSKIN,  
NEW YORK

El bloqueo del ganglio esfeno-palatino por una variedad de condiciones, recorriendo desde hemicrania del tan mentado "dolor de la mitad inferior de la cabeza" hasta los estados vasomotores, tales como rinitis hiperestésica y asma, fue practicado por Sluder hace 25 años. Al ejecutar este procedimiento, Sluder inyectó 0.5 c. c. (7 gotas) de una solución de fenol al 5% en alcohol de 25% intranasalmente, al lado y distal de la extremidad posterior del cornete medio.

En 1924 el autor introduce la técnica de bloquear el ganglio esfeno-palatino por inyección a través del cielo de la boca en el agujero palatino posterior, dentro del canal palatomaxilar, que sirviendo como un canal conductor, guía la aguja directamente al ganglio esfeno-palatino. Esta técnica tiene las siguientes ventajas:

1.—Es independiente de anomalías nasales, por ejemplo, obstrucciones septales, pólipos, malformaciones de los cornetes, variaciones de la pared externa.

2.—Es menos probable que sea seguido de hemorragias porque la inyección es en la profundidad. La hemorragia nasal es difícil de controlar por el procedimiento corriente.

3.—Es más exacto, porque el canal guía a la aguja.

4.—Es muy simple, y puede ser ejecutado por cualquiera que conozca la anatomía de la región.

5.—Es más seguro, porque no puede entrar en una zona peligrosa si la correcta profundidad de la guja es usada. La ruta nasal permite el paso de una aguja a través del ángulo posterior del etmoides hasta la cavidad craneal en sus consecuentes peligros. El riesgo de escaras post-inyección es inherente al uso de alcohol como un medio para inyectar en vez que de tipo de aproximación.

*Indicaciones:* Las indicaciones para la inyección del ganglio esfeno-palatino son las siguientes:

puesto que el ganglio esfeno-palatino, como principal centro nervioso de la nariz, sirve como punto de cruce de 3 diferentes tractos nerviosos, hay grupos de síntomas posibles, como también mixturas de los tres. Estos son:

1.—El grupo trigémino que suministra por medio del nervio maxilar los 2 o 3 nervios esfeno-palatinos, que pasan a través del ganglio.

2.—El grupo facial, que suministra el petroso superficial mayor, parte del Vidiano que entra en el ganglio esfeno-palatino.

3.—El grupo autonómico, que suministra fibras simpáticas que provienen de los filamentos que rodean a la carótida interna, que al reunirse forman el nervio petroso profundo, parte del vidiano que entra en el ganglio. Fibras cráneo-sacras autonómicas con-

elucidadas por él petroso superficial mayor.

Inflamaciones u otros procesos que afecten al ganglio esfenopalatino pueden así dar origen a las siguientes condiciones:

Por parte del sistema trigémino.

1.—Neuralgia maxilar, o neuralgia trigémino mayor. La frecuencia de pura neuralgia maxilar ha dado origen del falso nombre de "dolor de la mitad inferior de la cabeza.

2.—Dolores referidos a la nariz, senos y órbita.

Por parte del sistema facial:

1.—Dolores referidos al ganglio geniculado en el oído medio por medio del petroso superficial mayor.

2.—Reflejos musculares espasmódicos afectando a los músculos inervados por el facial; ejemplo, músculo del entrecejo (piramidal), orbicular de los párpados, superficial y frontal, causando el tan conocido dolor de ojos.

3.—Ruidos en el oído, aturdimiento, disminución de la audición por perturbación tubal y de los huesecillos del oído.

Por parte del sistema autonómico:

1.—Perturbaciones vasomotrices, por sobreacción del autonó-

mico cráneosacro, hiperestesia y rinitis vasomotriz, réplica nasal a la alergia, asma; por sobreacción de los vasoconstrictores, ozena o formas benignas de "nariz seca."

2.—Perturbaciones del tono muscular remoto del área nasal. El sistema autonómico como un mecanismo de acción difusora es aparentemente fácilmente afectado de un modo general por medicación o shock de uno de sus varios ganglios. En estados musculares aspásticos, tales como torticollis, lumbago, calambre de los escribientes, dolores de las anginas, la relajación del espasmo es efectuada rápidamente por bloqueo local del ganglio esfenopalatino con solución saturada de cocaína, butano, nitrato de plata, etc. De otros, la cocaína es la más efectiva.

3.—Desgarradura del autonómico craneal pasando al nervio zigomácticotemporal del ganglio esfenopalatino.

4.—Dismenorrea, por influencia del autonómico cráneosacro.

#### CONTRAINDICACIONES

1.—Asma; aunque teóricamente es particularmente indicado y usado en algunos casos, el autor

ha observado en dos casos de asmáticos repentinos espasmos arteriales, afectando a la maxilar interna en un caso y a la carótida externa en el otro, con los escaras consiguientes en la bóveda palatina blanda en el primero y en el último caso de la mejilla y ala de la nariz.

2.—Enfermedades del miocardio.

#### PRECAUCIONES

1.—No inyecte ambos lados simultáneamente, para evitar repentinas interferencias de la circulación palatina. Inyecte un lado y el lado opuesto una o más semanas después. No ejecute una tercera inyección dentro de un mes. Muy frecuentes inyecciones pueden causar escaras de los tejidos suaves.

2.—No inyecte rápidamente. Use sólo 0.5 *cc.* (7 gotas) en cada inyección. Esto evitaría difusión hacia la órbita, que puede causar paresis abducente.

3.—No profundice la aguja en toda su longitud. Deje siempre 0.5 cm. a la vista; esto hace que la inyección se haga a 3 cm. de profundidad.

4.—No incline lateralmente la - aguja. Manténgala vertical al cielo de la boca, inclinada ligeramente hacia la raíz.

#### *Direcciones para inyectar (posición sentada)*

1.—Anestesiarse el ganglio esfenopalatino, en la nariz, en media gota de solución saturada de cocaína en un aplicador de algodón (Modelo Ruskin) colocado por debajo de la extremidad poste-

rior del cornete medio, por 1 o 2 minutos.

2.—Limpiar bien, hacia los lados el cielo de la boca para inyectar una solución de novocaína al 4 por ciento.

3.—Pintar el área que se va a inyectar con S. T. 37.

4.—Con precauciones estrictas de asepsia, palpar el hamulus de la apófisis pterigoides. El conducto palatino posterior yace 1 o  $\frac{1}{2}$  cm. por delante.

5.—Busque el punto pálido u hoyuelo a lo largo del segundo molar, cerca del punto donde el color suave de la bóveda se toma en dura, cerca de 0.5 cm. para adentro del proceso alveolar.

6.—Usar depresor de lengua para asegurar cabida a la jeringa.

7.—Si la aguja choca contra la bóveda palatina dura, no la force, pero pruebe suavemente sin quitar la punta de la aguja.

8.—Si hay una ligera hemorragia, cambie la aguja para mantener limpio.

9.—Ponga al paciente en la cama, en posición sentada.

#### REACCIONES

1.—Ligera para moderar la tumefacción de la mejilla.

2.—Adormecimiento del nervio maxilar (sus ramas de distribución) en algunos casos.

3.—Raramente paresis abundante, 2 veces en mil casos.

4.—Escaras superficiales, 4 veces en el mismo número de casos.

5.—Equimosis de la mejilla y del párpado inferior, 2 veces en 1.000.

6.—No hay hemorragias, ni desenlaces fatales ni complicaciones orbitarias.