

2ej 230



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

TIPOS DE NEURALGIAS DEL TRIGEMINO EN ODONTOLOGIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
JORGE FCO. LAUTERIO ENCINAS

GENERACION 74 - 77

San Juan Iztacala, México

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

I.- HISTORIA DE LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO

- A). Datos sobre el conocimiento anatómico del Nervio Trigémino.
- B). Datos sobre el conocimiento clínico de la Neuralgia del Trigémino
- C). Evolución en la terapéutica de la Neuralgia del Trigémino.

II.- ANATOMOFISIOLOGIA DEL QUINTO PAR CRANEAL

- A). Sistema Nervioso
- B). Nervios Craneales
- C). Trigémino quinto par craneal
- D). " sensitivo
- E). Origen aparente del trigémino sensitivo
- F). Trigémino motor
- G). Nervio maxilar superior
- H). " " inferior
- I). " dental inferior

III.- ENFERMEDADES DEL QUINTO PAR CRANEAL

Sintomatología

Padecimientos del Trigémino

- A). Grandes neuralgias
- B). Pequeñas neuralgias
- C). Neuralgias menores de la región facial
- D). Neuralgia Glosfaringea
- G). Neurítides
- H). Neurosis

I). Tic Doloroso

- . Neuralgia Idiopática (tic doloroso de la cara)
- . Sacudida facial (tic facial)

J). Parálisis (parálisis de Bell)

IV.- SINDROMES

A). Síndrome de Hunt

B). Síndrome de Costen

- . Neuritis
- . Anestesia o Parestesia
- . Alteraciones de la secreción glandular
- . Lacrimación masticatoria.

V.- TRATAMIENTO

A). Diagnóstico

B). Pronóstico

C). Tratamiento

VI.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

P R O L O G O

HONORABLE JURADO:

Ruego a ustedes su benevolencia deseando que este humilde trabajo de mi poca experiencia, pero con un gran deseo de investigación, - pueda servir de orientación a mis compañeros y amigos.

Esta tesis lleva esfuerzo, observación y resultados de trabajos científicos que he reunido con el fin de poder obtener el título de - Cirujano Dentista, es por eso que trato de describir lo mejor posible los padecimientos de dicho órgano

Al seleccionar el tema de tesis para el examen profesional, me - incliné por el de NEURALGIAS DEL TRIGEMINO, debido a la gran cantidad de causas que puedan originarlas y la especial atención que merecen - por parte del cirujano dentista, ya que su sintomatología es dolorosa y característica.

Como sabemos bien, el trigémino o quinto par craneal, es uno de los principales nervios con el cual, el cirujano dentista tiene una - estrecha relación en su práctica diaria en Odontología.

Debe tenerse en consideración que el dolor en las neuralgias puede ser sintomático con origen definido o idiopático sin origen determinado.

Otros factores que nos ayudan a valorar debidamente las neuralgias son: Psicológicos, constitucionales y físicos. Por lo tanto, - no es imprescindible saber los padecimientos que sufre el paciente durante las enfermedades infecciosas agudas y crónicas que se relacionan con él.

DEFINICION

La neuralgia del trigémino es el síndrome caracterizado por: Dolor paroxfstico limitado al territorio del nervio trigémino, de intensidad severa, con zonas de provocación dolorosa en la cara con ausencia de todo signo patológico.

Siendo su etiología desconocida, se le designa también con el nombre de neuralgia esencial del nervio trigémino.

C A P I T U L O I

HISTORIA DE LA NEURALGIA DEL -
TRIGEMINO

a) DATOS SOBRE EL CONOCIMIENTO ANATOMICO DEL NERVIO TRIGEMINO

El nervio trigémino fue primeramente descrito por "Fallopious" en el siglo XV. Cien años más tarde fue identificado el ganglio semilunar por "Vieussens" anatomista francés; en nuestros días se le conoce con el nombre de ganglio de Gasser, nombre que le fue impuesto por el Dr. Kirch de Viena, en honor de su maestro el Dr. Jhon Ludwing Gasser. En 1748, Mekel hace la relación del ganglio con la duramadre, recibiendo el compartimiento el nombre de "Cavum de Mekel".

La diferencia fisiológica del nervio trigémino en un nervio mixto fue hecha por Charles Bell en 1821, quien hace la descripción motora y sensitiva del nervio.

b) DATOS SOBRE EL CONOCIMIENTO CLINICO DE LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO

La neuralgia del quinto par, se ha llamado sucesivamente: tic douloureux, hemicronia idiopática, dolores facie fothergill, facie morvus hervorum, neuralgia facial, neuralgia mayor y menor, prosotalgia y actualmente se le designa como neuralgia del trigémino.

En 1756, Niclolaus André reconoció a la neuralgia del trigémino y la estableció como una entidad clínica.

Jhon Luke en 1787 y S. Fothergill en 1773, hacen la descripción clínica de la neuralgia del trigémino.

La obra más detallada y posiblemente con mayores aportaciones científicas, es "The nerves of the face commonly called tic douloureux" de S. Fothergill.

Sicard, neurólogo francés (1870-1920), hace la distinción de dos

tipos de neuralgia; una secundaria y otra esencial (de etiología desconocida).

c) EVOLUCION EN LA TERAPEUTICA DE LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Con el conocimiento anatómico, fisiológico y patológico del nervio trigémino, el tratamiento de la neuralgia estuvo encaminado:

- 1.- A suprimir la causa etiológica en el caso de neuralgia secundaria.
- 2.- En el caso típico de neuralgia esencial a interrumpir fisiológica y anatómicamente el nervio por medio de fármacos o intervenciones quirúrgicas.

Las primeras soluciones que se inyectaron sobre las terminaciones del nervio trigémino para el tratamiento de neuralgia, fueron en 1820 por Benjamin Hutchinson, empleando carbonato ferroso, cáustico - demasiado poderoso que producía la lisis del nervio pero dañaba a los tejidos también.

En 1876, Bartholow usó cloroformo aplicado sobre el nervio. En 1883, Neuber usó ácido ósmico. Los precursores del actual tratamiento de lisis del nervio por medio del alcohol, son Pitres y Vaillard, quienes en 1887, experimentaron en animales la acción del alcohol sobre el nervio trigémino y observaron que se interrumpía tanto la función sensitiva como motriz.

En 1904, Shlosser (alemán) fue quien reportó el uso del alcohol en el tratamiento de la neuralgia del trigémino y en 1907, hizo un reporte de 123 aplicaciones de alcohol con buenos resultados.

Patrick y Hecht (1907), fueron los iniciadores de esta técnica -

de aplicación alcohólica en los Estados Unidos de Norteamérica, e hicieron 500 aplicaciones a 150 pacientes y observaron que la mejoría se prolongaba de 6 meses a 4 años. Para este tiempo ya se había comprobado que las soluciones alcohólicas inyectadas en el quinto par craneal proporcionaban un alivio pasajero y trataron de prolongarlo atacando directamente al ganglio de Gasser con alcohol.

El primero que intentó la destrucción del ganglio de Gasser usando en vez de alcohol, ácido ósmico, fue Wright en 1970, pero se le presentaron complicaciones, por lo que su procedimiento no tuvo mucho éxito.

El primero que sugirió la posibilidad de aplicar alcohol sobre el ganglio de Gasser sin una incisión quirúrgica fue Harris (1909), a través del agujero oval e hizo su primera intervención en 1910, obteniendo un éxito completo.

Putman y Hampton (1936), recomiendan el control radiográfico de la aguja para la localización del ganglio de Gasser.

En 1937, Jaeger usa en vez de alcohol una solución menos irritante a base de agua caliente a 80°C. Hace la aplicación de la solución en el ganglio ayudado por control radiográfico, de 100 casos de neuralgia obtuvo el alivio de 96, no hubo muertes ni parálisis facial, ni ulceraciones de la córnea, sólo 6 pacientes sufrieron paresia de los músculos de la órbita, que duró de 3 a 5 meses.

Resultando el tratamiento con alcohol en la neuralgia del trigémino de los Dres.:

Patrick	(1912)
Horrax y Poppen	(1935)
Grant	(1936)
Harris	(1940)
Paet y Schneider	(1952)

En un total de 1500 pacientes.

<u>NERVIO INYECTADO</u>	<u>SE SUPRIMIO EL DOLOR</u>
Supraorbitario	8 1/2 meses
Infraorbitario	12 "
Maxilar Inferior	12 "
" Superior	12 "
Sobre ganglio	Permanentemente con complicaciones oculares y musculares.

En 1856, Carnochen creía que la causa de la neuralgia residía en el tronco nervioso y decía que haciendo la interrupción y sección del nervio se suprimía el dolor; hacía la sección de las ramas afectadas y aún atacaba al ganglio de Gasser por vía del seno maxilar.

Los reportes que encontramos de neurotomía de las ramas del triángulo como tratamiento de la neuralgia pertenecen a J.R. Wood y R. - flower (1879), en Alemania Wagner (1869) y Dennis (1879).

En 1952, Grantham y Segerberg valían este tratamiento, y los recomiendan en casos particulares, principalmente en pacientes cuyo estado es delicado para una intervención mayor, el dolor desaparece por lo general durante 33 meses dándose casos de 5 meses a 8 años.

Los precursores de la cirugía intracraneal para abordar al gan--

glio de Gasser y hacer la sección de su raíz sensitiva para aliviar - el dolor en la neuralgia del trigémino fueron:

Sir Victor Horsley, de la Academia de Medicina de New York, ---- quien en 1891 recomendó la sección de la raíz sensitiva del nervio trigémⁱno.

Frank Hartley en 1892, llegó al ganglio de Gasser llevada a cabo con éxito, la realizó Fedor Krauser en 1893, llegó al ganglio por vía temporal.

Lexer hace la extirpación del ganglio por vía esfenotemporal. En 1902 se realiza la sección del tronco del trigémino por detrás del - ganglio de Gasser, introducida en cirugía por Spiller y Fazier, pre--servando la raíz molara.

En estos últimos tiempos, Kirschner, para las graves neuralgias del trigémino ha recomendado en vez de la extirpación del ganglio, la electrocoagulación del mismo.

C A P I T U L O I I

ANATOMOFISIOLOGIA DEL QUINTO -
PAR CRANEAL

SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso está encargado de los enlaces con el mundo exterior por medio de los órganos sensitivos y sensoriales. Los mensajes enviados a gran velocidad por los nervios sensitivos son detenidos en los relevos desde donde se dirigen hacia el córtex cerebral en el que originan sensaciones conscientes. De los centros nerviosos (cerebro, cerebelo, tronco cerebral, médula espinal, ganglios del sistema autónomo), parte una corriente incesante de influjo nervioso que inspira, regula y coordina todas las reacciones del organismo a las modificaciones del universo ambiente, rige la motilidad, asegura la satisfacción de las necesidades orgánicas y ejecuta las órdenes del psiquismo.

Las fibras nerviosas que conducen los impulsos al sistema nervioso central son llamadas "Fibras Aferentes", las fibras que conducen los impulsos de la corteza a los músculos y vísceras se llaman "Fibras Eferentes".

NERVIOS CRANEALES

Son doce y son nervios pares, simétricos que nacidos en el encéfalo atraviesan las meninges, salen del cráneo a través de los orificios situados en su base y terminan en los distintos órganos o tejidos destinados a cada uno de ellos.

Los pares craneales presentan un origen real y un origen aparente en el encéfalo.

Su distribución topográfica en el encéfalo está de acuerdo con la fisiológica de cada nervio, es decir, si es un nervio motor nace en el interior del encéfalo, a partir de grupos de células nerviosas

que constituyen su núcleo de origen. Si es sensitivo nace de células nerviosas extraencefálicas que se agrupan constituyendo ganglios de los cuales sus cilindroojos se bifurcan en dos partes: una periférica y otra central, la cual se pone en contacto con núcleos de células en el encéfalo. Los nervios mixtos tendrán un origen encefálico y otro extraencefálico.

Los nervios craneales tienen una semejanza en su estructura con los nervios espinales. Los nervios craneales pueden tener 7 clases - de fibras:

Aferentes somáticas generales para músculos estirados, articulaciones y tendones.

Aferente somática especial para los órganos de los sentidos.

Aferentes viscerales para los músculos lisos, vísceras y glándulas.

Aferentes viscerales especiales para músculo liso que se comporta como víscera, ejem. el corazón.

CUADRO SINOPTICO PARA LAS FIBRAS DE LOS NERVIOS CRANEALES

AFERENTES
EFERENTES
SOMATICAS
VISCERALES
VISCERAL
SOMATICA

- a) GENERAL.- De la piel y de las membranas mucosas, nervios V, VII, IX, X.
- b) ESPECIALES.- De los órganos sensoriales en el oído medio, nervios II, VII.

GENERAL.- Organos internos VII, IX, X.

ESPECIAL.- Organos del gusto y olfato I, VII, IX, X.

GENERAL.- Para músculos derivados de los miotomos III, IX, VI, XII.

ESPECIAL.- Para músculos derivados de los arcos braquiales V, VII, IX, X.

Los pares craneales se designan de adelante, de atrás y de arri-

- I. PAR NERVIO OLFATORIO
- II. " " OPTICO
- III. " MOTOR OCULAR COMUN
- IV. " PATETICO
- V. " TRIGEMINO
- VI. " MOTOR OCULAR EXTERNO
- VII. " FACIAL
- VIII. " AUDITIVO
- IX. " GLOsofaríngeo
- X. " NEUMOGASTRICO
- XI. " ESPINAL
- XII. " HIPOGLOSO

TRIGEMINO
V. PAR CRANEAL

El trigémino, quinto par craneal, constituye el principal elemento aferente de la cabeza, conteniendo fibras aferentes y eferentes para los músculos masticatorios; es pues un nervio mixto, por lo que se divide en:

- a) TRIGEMINO SENSITIVO
- b) TRIGEMINO MOTOR

TRIGEMINO SENSITIVO

Las fibras aferentes con excepción de las propioceptivas, tienen sus cuerpos celulares en el ganglio semilunar o de Gasser, grande, - aplastado en forma de media luna situado sobre la superficie cerebral del peñasco del temporal en la fosa craneana media, compuesto de típicas células ganglionares unipolares. Las prolongaciones periféricas de esas células forman las tres divisiones principales del nervio trigémino: oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior. Las dos primeras son exclusivamente sensitivas, pero en la rama maxilar inferior está también incorporada a toda la raíz motora que inerva a los músculos masticadores.

La rama oftálmica inerva la frente, párpados superiores, córnea, conjuntiva, dorso de la nariz y la membrana mucosa del vestíbulo nasal y del seno frontal. El nervio maxilar superior inerva el labio superior, parte de la mejilla, parte anterior de las sienas y la membrana mucosa de la nariz, maxilar superior, dientes superiores y techo de la boca hasta el arco palatofaríngeo.

Las fibras sensoriales de la rama maxilar inferior se distribuyen en labio inferior, mentón, partes posteriores de la mejilla y sienas, oído externo y membrana mucosa del maxilar inferior, dientes inferiores, mejilla, dos tercios anteriores de la lengua y el piso de la boca, las tres ramas contribuyen con fibras sensoriales a la duramadre, que está también parcialmente inervada por fibras de los nervios VII, IX, X.

Las prolongaciones centrales de las células ganglionares semilu-

nares forman la raíz sensorial y atraviesan la protuberancia y penetran en la calota, donde muchas fibras se dividen en ramas ascendentes cortas y descendentes largas, otras descienden o ascienden sin bifurcación. Las fibras ascendentes cortas y sus colaterales terminan en el núcleo sensitivo principal situado por detrás y por fuera de las fibras aferentes. Las ramas descendentes largas forman el haz trigémino espinal, cuyas fibras más largas llegan a los segmentos superiores de la médula, emitiendo en su trayecto terminales y colaterales al núcleo trigémino espinal.

De este modo, el núcleo espinal es una larga columna de células en contacto hacia arriba con el núcleo sensitivo principal y fusionándose caudalmente con la substancia gelatinosa de la médula espinal.

El haz del trigémino espinal se encuentra por fuera del núcleo y tienen una posición superficial en el bulbo; aparece como una continuación de la zona de Lissauer.

En la protuberancia está separado de la superficie por las fibras transversales del pedúnculo cerebeloso medio.

En el haz espinal puede verse un agrupamiento topográfico de las 3 principales divisiones periféricas. Las fibras oftálmicas son más anteriores y descienden a los niveles inferiores, alcanzando algunas los segmentos cervicales segundo o tercero. Las fibras maxilares superiores son centrales y descienden hasta cerca del límite inferior del bulbo. Las inferiores están situadas más dorsalmente y nunca descienden más allá del extremo superior del núcleo dorsal del vago.

Existe una evidencia clínica de que las lesiones del haz espinal originan una pérdida o disminución del dolor y temperatura en el área inervada por el trigémino. Clínicamente no cabe duda que el dolor y la temperatura están gobernados por el núcleo trigémino espinal.

La sensibilidad profunda de la cara es controlada gran parte por el trigémino; pero puede ser reforzada desde otras fuentes, quizá por las fibras aferentes del nervio facial.

ORIGEN APARENTE DEL TRIGEMINO SENSITIVO

El nervio trigémino está constituido por dos raíces, una gruesa sensitiva y otra delgada motora, las cuales nacen en la cara anterior o ventral de la protuberancia, cerca de la unión de su tercio superior con sus dos tercios inferiores donde la protuberancia limita con los pedúnculos cerebelosos medios.

La raíz sensitiva es la más externa y está formada de cuarenta a cincuenta filetes nerviosos, en cambio la raíz motora situada por arriba y por dentro de la anterior, está constituida por ocho a diez filetes nerviosos y separada de la sensitiva por un puente de sustancia nerviosa denominada l^{ing}ula de Wrisberg. En este origen las raíces están en relación con las arterias protuberanciales procedentes del tronco basilar.

A partir de su origen aparente, las raíces del trigémino se dirigen hacia adelante y hacia arriba y parecen describir una S itálica en plano horizontal. La raíz sensitiva es redondeada en su origen, se aplana gradualmente, tiene una anchura de 5 mm. y después de su corto trayecto en el compartimiento endocraneano posterior alcanza el borde superior del peñasco del temporal, se desliza sobre la cara anterosuperior de la porción petrosa, semejando un abanico aplanado de arriba abajo "el plexo triangular", se pierde en el borde posterosuperior del lado cóncavo del ganglios de Gasser. La raíz motora de 2 mm. de ancho, situada al principio, por arriba y por dentro de la procedente, pasa después por debajo de la misma, cortándola en dirección oblicua hacia adelante y hacia afuera, aparece en el borde externo

del ganglio de Gasser en el espesor de la hoja dural o inferior del -
cavum y pasando por debajo del ganglio, llega por fin al origen de la
rama sensitiva del nervio maxilar inferior, con el cual se fusiona.

TRIGEMINO MOTOR

El origen real motor del trigémino está constituido por dos nú--
cleos: uno principal o núcleo masticatorio y otro accesorio.

NUCLEO PRINCIPAL O MASTICATORIO

Se encuentran por dentro del núcleo sensorial principal, sus --
gruesas fibras eferentes emergen por dentro de la raíz sensorial afe--
rentes y pasan por debajo del ganglio semilunar.

NUCLEO ACCESORIO

Es una larga hilera de células nerviosas, dispersas unas veces,
reunidas otras, muy voluminosas, de forma redondeada que se extienden
del núcleo masticador hasta la parte interna del tubérculo cuadrigémi
no anterior situado en el mesencéfalo.

RELACION DE LOS NUCLEOS MOTORES DEL NERVIO TRIGEMINO CON LOS CENTROS CORTICALES SUPERIORES

Cada núcleo masticador recibe fibras de neuronas motrices supe--
riores de ambas áreas supranucleares, el núcleo masticador es el pun-
to terminal de cierto número de fibras que proceden del fascículo ge-

niculado de la vía corticoespinal directa, situada en la parte inferior de la circunvolución prerrolándica y le proporciona incitaciones motoras voluntarias; estas fibras son cruzadas, además reciben numerosas colaterales que emanan de la vía central del trigémino y le transmiten movimientos reflejos.

DESCRIPCION PERIFERICA DE LAS RAMAS:

Oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior.

NERVIO OPTALMICO

Es la ramificación más delgada del trigémino y emerge de la parte anteroexterna del ganglio de Gasser, en forma de una cinta aplanada de 2.5 cms. de longitud dirigida hacia arriba, hacia adelante y hacia adentro y se introduce en la cavidad orbitaria a través de la hendidura esfenoidal.

Las ramas terminales del nervio oftálmico son tres:

Una interna o nervio nasal, una media o nervio frontal y otra externa o nervio lacrimal.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Es la segunda rama sensitiva del nervio trigémino, se desprende del borde conexo del ganglio de Gasser, entre el nervio oftálmico situado por arriba y por dentro y el nervio maxilar inferior ubicado por abajo y por afuera. Es de forma triangular y se dirige hacia adelante y afuera hasta alcanzar el agujero redondo mayor, que correspon

de al piso medio de la base del cráneo, está comprendido en una de las tres prolongaciones del cavum de Meckel y desciende en la base del ala mayor y se relaciona por arriba con el lóbulo esfenotemporal del cerebro que lo cubre por dentro con el seno cavernoso, del cual está separado por la pared externa del mismo y por los nervios oftálmicos, patético y motor ocular común que se encuentra en espesor y por fuera con el nervio maxilar inferior.

Sale de la cavidad craneal por el agujero redondo mayor, el cual es de cuatro a cinco mm. de longitud. Una vez que se ha vuelto extra craneal, toma la forma de un cordón redondeado, atraviesa oblicuamente la fosa pterigomaxilar hasta alcanzar el orificio posterior del conducto suborbitario. En la fosa se halla envuelto por tejido célula-adiposo muy laxo y tiene anexo al ganglio esfenopalatino.

RAMOS COLATERALES

1º NERVIO MENINGEO MEDIO.- Delgado filete intracraneal que se distribuye en la duramadre de la fosa craneal media anastomosándose con los nervios meningeos.

2º NERVIO ORBITARIO.- Se origina en la cara superior. Se dirige oblicuamente hacia arriba y adelante en el espesor del periostio de la pared externa de la órbita, dividiéndola en dos ramos al llegar a la parte inferior del músculo recto externo: uno superior o lacrimopalpebral, y otro inferior o temporomalar.

3º NERVIO ESFENOPALATINO.- Tiene su origen en la fosa pterigomaxilar, se dirige hacia abajo y hacia adentro, hasta llegar al ganglio esfenopalatino, al cual cruza por su cara externa, aparentemente termina en él, pero en realidad sólo tiene relaciones de continuidad, ya que solamente el ganglio recibe algunas fibras del nervio, se sigue -

hacia abajo hasta sus ramas terminales:

a) NERVIOS NAALES SUPERIORES.- Penetran por la parte anterior - del agujero esfenopalatino por delante de la arteria esfenopalatina y se distribuye en la mucosa del cornete medio superior.

b) NERVIO NASOPALATINO O ESFENOPALATINO INTERNO.- Se introduce - por el agujero esfenopalatino, hasta llegar a la parte posterior del tabique internasal, corre por la cara lateral del vómer, a través del orificio del conducto palatino anterior y termina en la bóveda palatina y en la mucosa de la región retroálveolar de los incisivos, anastomosándose con el nervio del lado opuesto.

c) NERVIOS PALATINOS.- En número de tres son: Anterior, Medio y Posterior.

NERVIO PALATINO ANTERIOR: Se extiende por la cara externa de la lámina vertical del palatino.

NERVIO PALATINO MEDIO: Acompaña al nervio anterior durante su trayecto en el conducto palatino posterior hasta la cara inferior de la bóveda palatina, donde se distribuye en la mucosa del velo del paladar.

NERVIO PALATINO POSTERIOR: Nace con los nervios palatinos anterior y medio y se separa de ellos para dirigirse hacia atrás y penetrar en el conducto palatino accesorio y termina por medio de dos ramas. Una anterior sensitiva que se ramifica en la mucosa del velo del paladar: peristafilino interno, glosostafilino, palatoestafilino y el haz palatino del faringoestafilino.

d) NERVIOS ORBITARIOS.- Se introducen a través de la hendidura esfenomaxilar en número de dos a tres en la cavidad orbitaria, se lo-

caliza en la pared interna de la órbita y después pasando por el agujero etmoidal posterior, por la sulura esfenoidal o por un orificio de lámina del etmoides y termina en las celdillas etmoidales.

4^º NERVIOS DENTALES POSTERIORES.- Proviene del nervio maxilar - antes de que éste penetre en el conducto orbitario, se dirige hacia la tuberosidad del hueso maxilar superior en número de dos a tres en relación con el cayado de la arteria maxilar interna, para introducirse en los canales dentarios posteriores, situados en el tejido esponjoso del hueso, llegando hasta las raíces en los molares superiores, donde se ramifican y anastomosan en un plexo de mallas cigulares del cual salen cuatro clases de filetes terminales: ramos dentarios para los molares, ramos alveolares que se destinan al periostio de los alveolos y a la mucosa de las encías y ramas óseas al mismo hueso maxilar.

5^º NERVIO DENTAL MEDIO.- Nace en la fosa pterigopalatina, es rama del suborbitario, se dirige hacia abajo y hacia adelante en el conducto situado en la pared externa del seno maxilar, para dar inervación a los dos premolares, así como también a los alveolos y a la mucosa vestibular correspondiente.

6^º NERVIO DENTAL ANTERIOR.- Nace en el conducto suborbitario, se dirige oblicuamente hacia abajo y hacia adelante, en un conducto excavado en el hueso maxilar superior o a veces en contacto directo con las mucosas del antro de Higmore, hasta ramificarse y anastomosándose con los nervios dentales precedentes e inervar los incisivos y caninos del lado correspondiente, suministra también ramos nasales a la mucosa gingival y ramos óseos al hueso maxilar.

NERVIO MAXILAR INFERIOR

Es el único nervio mixto sensitivo-motor del nervio trigémino, - está formado por dos raíces, una sensitiva que proviene de la parte - anteroexterna del ganglio de Gasser y otra motora proveniente desde - el origen aparente del nervio trigémino. La rama sensitiva en el compartimiento medio de la base del cráneo, es de aspecto plexiforme, vo luminosa y aplanada, oculta a la raíz motora, se dirigen ambas hacia afuera y hacia abajo y hacia adelante hasta abordar el agujero oval, lugar donde se fusionan las dos ramas mezclando sus fibras en un plexo denominado de Girardi o de Santorini, al salir del cráneo por el - agujero oval, el nervio maxilar inferior, puesto que ya se unieron - las dos ramas, va acompañado de la arteria meníngea menor que penetra en el cráneo y emerge en el techo de la fosa cigomática, donde tiene la forma de cono, cuyo vértice penetra en el agujero oval, se sitúa - entre la aponeurosis interpterigoidea por dentro y la aponeurosis pterigomaxilar por fuera, se relaciona con la arteria maxilar, que se halla en un plano inferior al tronco del nervio. Después de un corto - trayecto en la fosa cigomática (4 a 5 mm) casi vertical, se ramifica:

Ramas terminales.- Ramo meníngeo recurrente, tronco anterior -- (nervio temporal bucal, temporal profundo medio y temporomaseterino) y el tronco posterior (tronco común de los nervios pterigoideo interno, peristafilino interno y músculo del martillo, nervio auriculotemporal, nervio dentario inferior y nervio lingual). Son éstas las ramas terminales del nervio maxilar inferior.

Vamos a hacer un pequeño hincapié en el nervio dentario inferior, que es el que nos interesa más como cirujanos dentistas que somos.

NERVIO DENTARIO INFERIOR

Nace a 4 ó 5 cms. por abajo del agujero oval, es la rama mayor - el nervio maxilar inferior, va en continuidad con el nervio lingual a su recorrido, el cual se sitúa delante de él separándose inmediatamente, forma un ángulo agudo abierto hacia abajo y hacia adelante, - continuando la dirección del tronco nervioso del maxilar inferior, entre los músculos pterigoideos desde su origen hasta un cm. por encima de la espina Spix, a nivel de la cual, se introduce en el orificio posterior del conducto dentario inferior.

El orificio posterior del conducto dentario inferior está situado en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula en su parte anterosuperior sobresale una eminencia ósea, la espina del Spix, - se encuentra a la mitad de las distancias que existen entre los bordes anterior y posterior de la rama y a igual distancia del borde inferior de la mandíbula escotadura sigmoidea de la rama, prolongando la línea de Spix hacia atrás, el agujero se encuentra a un cm. por arriba de ella.

Ya en el interior del conducto dentario inferior el nervio, acompañado de arteria y vena, describe una curva de concavidad anterior superior, atraviesa el hueso de dentro hacia afuera, interno en relación a las raíces del tercer molar y externo en relación a las raíces del segundo premolar, sale por medio del orificio anterior del conducto o agujero mentoniano, el cual está situado en la línea de Valliex, junto con los agujeros supra e infraorbitario, o en la línea que pase a medio de las raíces de dos premolares.

Las raíces de los dientes en realidad están compuestas por un número irregular de filetes envueltos en una vaina común que también rodea a los vasos dentarios, intercambiándose numerosas anastomosis que forman el plexo dentario inferior.

Ramas Terminales.- Nacen en el agujero mentoniano y son dos: El nervio incisivo, que continúa la dirección del dentario inferior a través del hueso formado un plexo que suministra un ramo nervioso para el canino y dos ramos mas para los incisivos, central y lateral y se anastomosan con los del lado opuesto. El nervio mentoniano se ramifica en filetes divergentes distribuidos en la piel del mentón y del labio inferior, se anastomosa con el nervio facial y con el nervio mentoniano del lado opuesto.

C A P I T U L O I I I

ENFERMEDADES DEL QUINTO PAR
CRANEAL

S I N T O M A L O G I A

Los síntomas subjetivos son el carácter sobresaliente de esta enfermedad. Salvo los movimientos irregulares y muy variables de la cara y el cuello, que el mismo paciente realiza con el fin de proteger la cara o de que obren como contrairritantes para atenuar el dolor, no se distinguen síntomas objetivos.

Para hacer un diagnóstico, escribe Munro (1941), deben existir - estos síntomas:

- a) Historia de ataques recurrentes de dolor lacinante, exclusivamente limitados a media cara o parte de ella.
- b) Debe demostrarse la existencia de una zona alógena o de disparo, esto es, un área dentro de los límites de distribución - del dolor.
- c) Limitación indudable de los ataques de dolor a una mitad de - la cara y sólo en el área que está incluida, dentro de los límites anatómicos normales de distribución de un nervio trigémino.

Generalmente no hay dolor en la cara entre los ataques, y si lo hay, se describe como un dolor sordo en nada semejante al que acompaña al ataque.

Las zonas más comunes están al lado de la nariz o en el labio superior e inferior; pero sí puede haber un área de disparo en cualquier parte de la cara. No es raro que a medida que se progresa el síndrome se formen partes alógenas secundarias.

El hablar o el reír pueden producir el ataque, el lavarse, frotar

se, afeitarse, empolvase o estar en contacto con las mantas de la cama son suficientes para desencadenar los síntomas, por lo general los ataques se hacen cada vez más intensos. La mayor parte de los pacientes hacen esfuerzos histéricos para evitar los ataques o los provocan intencionalmente con la esperanza de comer en el intervalo que sigue. Los ataques se hacen más intensos que el paciente muestra expresión de terror y sostiene la cara con las manos.

Finalmente se llega a un punto en que el dolor agudo, palpitante de quemadura o desgarrador se hace intolerable. Durante el paroxismo hay marcada lacrimación, salivación, sonrojo de la cara y dilatación de las pupilas, debido a la imposibilidad de comer al gusto y los episodios dolorosos originan gran pérdida de peso. Al hacer el diagnóstico es muy importante saber en qué rama del nervio principió la neuralgia y dónde está colocada la primera zona de producción, pues la inyección de alcohol en el nervio periférico o la avulsión del nervio generalmente suprimen el dolor en las áreas secundariamente afectadas.

El diagnóstico diferencial es importante. Los cornetes medio agrandados pueden dar dolores semejantes al tic; los tumores del ángulo entre el puente y el cerebelo a veces producen dolores del quinto nervio, también puede ocurrir el dolor como parte del síndrome de Costen.

En cuanto al acceso del dolor puede venir repentinamente, o bien provocado por excitación, por un bostezo, etc. El aura apenas aparece cuando el acceso estalla, es un dolor extremadamente violento.

El paciente que habla tranquilamente, interrumpe su conversación, inclina la cabeza, se comprime bruscamente tratando de atenuar su sufrimiento. El enfermo que estaba sentado se levanta rápido, tira de sus cabellos, todo dura apenas uno o dos minutos y el acceso termina. Stookey incluye un gran número de estados dolorosos menores causados

por una irritación periférica, tales como los dientes defectuosos, infecciones de los senos nasales y demás senos accesorios intoxicados - del sistema general de diabetes.

Entre los pacientes que van a consultar al cirujano dentista, se encuentran:

- a) Aquellos que sufren un ataque inesperado de dolor intenso.
- b) Los que sufren habitualmente de odosotalgias y que consultan al odontólogo por primera vez.
- c) Aquellos que han ido varias veces al dentista sin haber obtenido alivio.
- d) Los que se quejan de dolor y no tienen un solo diente en la boca.

GRUPO "A".- Puede haber pacientes que sufren dolores comparables con los producidos por una neuralgia del trigémino, después de que se practique el examen de la boca, se encuentra una causa probable, se alivia por algún tiempo, que varía de una semana a unos meses. Si -- hay períodos de remisión muy largos en el síndrome, el proceso patológico coincide con estos períodos dando una falsa apreciación del resultado. Estos pacientes regresan tarde o temprano incluyéndose entonces en el grupo "C", no es necesaria ninguna intervención si no es justificada.

GRUPO "B".- Aquí están comprendidos todos aquellos que rara vez dicen que el dolor en el maxilar ha tenido una duración larga y que -- más tarde afecta la mandíbula con un dolor semejante. La investigación se hará con referencia a la neuralgia, de otro modo los pacientes pasarían a formar parte del grupo "C".

GRUPO "C".- En este grupo quedan comprendidos aquellos pacientes a quienes se les ha practicado extracciones múltiples. Estos pacientes buscan alivio a su dolor, los enfermos que se quejan de molestias en alguna parte de la boca en la que no hay ningún diente, estas zonas pueden ser áreas de excitación refleja que con el simple contacto del dedo puede desencadenarse el dolor.

GRUPO "D".- En lo que se refiere a pacientes desdentados hay con frecuencia períodos de remisión, no quieren usar sus dentaduras porque les molesta constantemente algunas veces el dolor continuo, otras veces no pero se produce en forma de ataques periódicos, con remisiones completas. Los defectos de articulación para una oclusión correcta, refiriéndose a las dentaduras artificiales, en los casos que se haya dejado mal la oclusión, tendrá como resultado la presión o esfuerzo excesivo de la articulación temporomandibular, que se traducirá en dolor e impide el uso de la placa, se forma un círculo vicioso que es el resultado de la irritación de algunas terminaciones nerviosas del nervio alveolar (dentario) postero-superior. Los bordes ásperos de los dientes causan irritaciones en las mejillas y en la lengua que luego se ulceran, produciendo un tic doloroso atípico que puede confundirse con una neuralgia del trigémino, el tratamiento estriba en la corrección de la dentadura.

PADECIMIENTOS DEL TRIGEMINO

La neuralgia del trigémino, a simple vista parecerá de poco interés para ser tratado, pero con la experiencia de la clínica de cirugía bucal del Colegio Odontológico de la Universidad de Nueva York, nos ha convencido de la necesidad de estudiar las diferentes formas de neuralgias, que el odontólogo tiene que diagnosticar con su práctica diaria. Teniendo en cuenta que el diagnóstico diferencial entre la verdadera neuralgia del trigémino y las otras neuralgias de dicho

nervio se presta a numerosos errores, hemos delineado las características los diferentes tipos que encontramos con frecuencia, para que sirvan de ayuda en el diagnóstico de los otros dolores. La verdadera neuralgia del trigémino es una enfermedad que por lo general no se confunde con otras neuralgias del rostro, el síndrome es por lo general incompleto o modificado por estados patológicos persistentes en una o varias cavidades de la cara, particularmente la nariz y la boca; por esta razón con mucha frecuencia es necesario hacer una cuidadosa investigación para llegar a establecer un diagnóstico completo.

En un gran número de casos, la dificultad del diagnóstico se aumenta con la presencia de afectos dentales pero en otros casos, en los cuales los dientes están aparentemente sanos, se cree que el dolor puede venir de uno de ellos o de los tejidos contiguos. Los pacientes que padecen de enfermedades de la nariz, pueden tener dolor en alguna área dental del maxilar superior, debido a los impulsos que transmite el ganglio esfenopalatino. La etmoiditis puede producir también dolores reflejos semejantes, siguiendo el mismo trayecto patológico.

Las infecciones agudas o crónicas del seno maxilar pueden afectar el tronco maxilar, al examinar cuidadosamente la cavidad bucal, pueden encontrarse las afecciones más variadas; en cambio, otras veces la única forma de descubrirlas, es por medio de un impulso escrupuloso de un estudio minucioso de la verdadera causa del dolor.

DIFICULTAD EN EL DIAGNOSTICO DEL DOLOR FACIAL

Los orígenes posibles de los estímulos dolorosos en la boca y en sus 32 dientes son múltiples, y en cada uno de éstos puede producirse muchas enfermedades de la pulpa y tejidos periodónticos. Los estímulos dolorosos pueden provenir de cualquiera de las fibras terminales

del quinto par craneal, que inerva el cuero cabelludo, ojos, nariz, - oídos, lengua y mucosa bucal, además de su extensa distribución periférica, el trigémino tiene muchas anastomosis con otros nervios cervicales y craneales que proporcionan la base anatómica para los diversos y, a veces, extraños tipos de dolor experimentados en cabeza y - cuello.

Entre las terminaciones del quinto par y la saliva del cráneo de los diferentes ramos, las fibras nerviosas están en relación íntima - con muchas estructuras extrabucales que pueden irritar el nervio y - ser causa de dolor referido a las zonas de distribución de las ramas del maxilar superior cuando pasa a lo largo de las paredes de los senos maxilares infectados, produce falso dolor dentario. Para que la valoración de dolor en la cabeza y cuello sea más difícil, debemos recordar siempre que en esta región especialmente en la boca, suele haber dolor psiconeurótico.

Los psicólogos han insinuado que la Odontología está relacionada con las zonas del cuerpo que tienen más importancia en el desarrollo psicológico. La boca está directamente relacionada con los principales instintos y pasiones humanas, la lengua es una de las localizaciones frecuentes del dolor psiconeurótico. No solamente resulta necesario determinar cuál es el lugar de la impresión dolorosa experimentada por el paciente, sino también si es de naturaleza orgánica o psic^osomática.

ACLARACION DE TERMINOS.- Las palabras "Neurología", "Neurotis" y "Neurosis", a veces se confunden o se usan erróneamente.

NEURITIS.- Es la inflamación de los nervios sensitivos o sus ganglios, puede ser producida por traumatismos, irritantes bacterianos o químicos (tóxicos) o factores nutritivos.

NEURALGIA.- Se utiliza para indicar que hay dolor en el nervio o a lo largo de su trayecto, y suelen dividirse en graves y leves.

NEUROSIS.- O dolores psiconeuróticos, expresan un trastorno funcional del sistema nervioso que no es consecuencia de ninguna lesión objetiva, puede depender de aberraciones cerebrales que produzcan la impresión de que están recibiendo estímulos dolorosos, es de extraordinaria importancia para el clínico como para el paciente, poder diferenciar las neuralgias verdaderas y las neuritides de los nervios.

GRANDES NEURALGIAS

Pueden interesar a una o más ramas del quinto par craneal, por lo general afecta a los ancianos y más frecuente en la mujer, es unilateral y más común en el lado derecho, las más afectadas son las ramas maxilar superior e inferior, los espasmos faciales que suelen producirse en los paroxismos dolorosos son la consecuencia de la propagación al núcleo del séptimo par de los estímulos que llegan a los del trigémino, cuando los espasmos faciales coexisten con episodios dolorosos, es correcto llamarlos tic dolorosos.

El dolor facial dental periférico desempeña un papel de factor desencadenante, no se conoce la causa exacta del tic doloroso, quizá sean trastornos vasculares en el ganglio de Gasser; se ha pensado por mucho tiempo que la presencia de cálculos en la pulpa tendría relación con el tic doloroso.

En el paroxismo doloroso intenso, empiezan y terminan repentinamente, duran segundos o minutos y rara vez más de 5 minutos; el dolor es punzante semejante a una descarga eléctrica. A medida que la enfermedad progresa son más frecuentes, hasta que el paciente vive bajo la continua amenaza de la crisis dolorosa. Otra característica de la

enfermedad es que las sustancias analgésicas incluidas las grandes dosis de morfina, rara vez acaban con el dolor. Nunca deberán usarse narcóticos para esta clase de enfermedad.

Al hacerse el diagnóstico de la neuralgia mayor, hay que recordar las siguientes características:

- a) Ataque repentino y espontáneo.
- b) Paroxismo de dolor.
- c) Brevedad de la curación.

El ataque repentino principia sin ninguna causa aparente que lo motive, después del ataque doloroso sigue un período de calma absoluto y todo el organismo se toma normal, la dirección del dolor es paralelo al trayecto anatómico. El dolor intenso de la neuralgia del trigémico puede ser provocado por la más ligera irritación de la zona afectada.

ZONAS DE EXCITACION.- Las que se observan con más frecuencia son pequeñas áreas en el labio superior, cerca del ala de la nariz y en el labio inferior sobre el borde y hacia las comisuras labiales. Existe otra zona en la región temporal que se ha observado, un ligero contacto con esta área provoca un ataque de dolor en la segunda rama adyacente, el dolor se refleja hacia un solo lado de la cara y al principio de la enfermedad afecta solamente a una de las ramas del trigémino. En un período avanzado de la enfermedad afecta generalmente a la rama adyacente y finalmente abarca las 3 ramas del trigémino.

PEQUEÑAS NEURALGIAS.- Los dolores de cabeza causado por enfermedades locales suelen estar asociadas con dolor en la palpación en el área afectada.

En la sinusitis maxilar, el dolor se encuentra localizado en la

fosa canina del lado afectado. Cuando el paciente se inclina hacia adelante, aumenta el dolor, el cual puede ser referido a la región supraorbital. En la sinusitis frontal, el dolor es completamente supraorbital, y aumenta en la mañana. En la etmoiditis hay un dolor sordo sobre el puente de la nariz en la región temporal, con pérdida de gusto y olfato. En la enfermedad del seno esfenoidal hay un dolor profundamente detrás de los ojos, que se inicia en la frente y en el occipucio y se extiende hasta la parte superior de la cabeza desde ambas direcciones.

La migraña es una cefalgia periódica unilateral y bilateral; aparece en edad temprana, los pacientes gozan de buena salud entre uno y otro ataque.

Los síntomas del dolor son como luces centellantes y brillantes que aumentan gradualmente, hasta la ceguera casi total; y al volver a la visión normal comienza la cefalalgia.

Otras causas pueden ser náuseas y vómitos, mareos y adormecimiento. El dolor propiamente dicho aparece arriba del ojo, por lo regular siempre de un lado; pero puede extenderse a través de la línea media hasta el otro lado puede invadir el maxilar superior, la parte del cuello o la región parietal.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de la cefalalgia es ante todo un tratamiento fundamental. En las afecciones alérgicas el paciente deberá ser desensibilizado con histamina. Horton recomienda la inyección subcutánea de 0.01 mg. aumentando gradualmente la dosis hasta 1.0 mg. El tratamiento no suele ser satisfactorio en la migraña.

NEURALGIAS MENORES DE LA REGION FACIAL.- En las neuralgias menores el dolor suele ser menos intenso y más duradero. Sin embargo, a veces es tan violento que impide la vida normal.

Para determinar la causa, es necesario una cuidadosa exploración clínica y radiográfica.

Deberá explorarse la vitalidad de todos los dientes por reacción al calor y al frío o mediante el explorador eléctrico. Es frecuente dar demasiada importancia al estudio radiográfico y dedicar poco tiempo al interrogatorio y a la exploración cuidadosa de la boca.

Las radiografías intrabucales particularmente en el plano de la oclusión, son indispensables para localizar las cavidades interproximales y las caries secundarias debajo de restauraciones dentarias.

La neuralgia en una boca anodóntica puede ser consecuencia de alteraciones de hueso, como dientes que no hayan salido, quistes o granulomas apicales, lesiones o trastornos funcionales de la articulación temporomandibular o neoplasias de maxilares. El dolor profundo, constante e inexplicable, sobre todo en pacientes de mediana edad, puede ser producido por una neoplasia.

Las algias de origen aparente dentario puede tener por causa una sinusitis. Cuando se percibe en el maxilar inferior a veces es producido por un molar que sólo ha salido parcialmente.

La neuralgia difusa en la región temporofacial suele ser consecuencia de maloclusión de molares.

NEURALGIAS ATÍPICAS.- Puede durar un día o más y desaparecer después con la misma intensidad. Estos síntomas no se acompañan de contracciones musculares.

ETIOLOGIA.- Es causada generalmente por alguna perturbación del nervio. Los tejidos nerviosos son muy sensibles a los cambios vasculares por pequeños que sean; el dolor puede tener su origen en cual-

quier condición dental anormal, especialmente en caries profundas con pulpitis crónica, infección periapical aguda; infecciones pericoronales y abscesos periodontales interradiculares. Estos dolores reciben el nombre de Odontalgias. Otros factores etiológicos son la infección de los senos nasales, osteomielitis, carcinoma y heridas por accidentes o por intervención quirúrgica, en particular en la osteitis alveolar que se presenta después de la extracción de un diente.

Las enfermedades estomatológicas pueden producir neuralgia, y se ve especialmente en las úlceras de la boca y en la estomatitis ulcerante. Se agrava tomando alimentos muy sazonados o irritantes. La sífilis puede atacar a las raíces sensitivas craneanas y produce un dolor sordo, con dolores agudos rápidos que empeoran en la noche; las pruebas serológicas comunes revelan la presencia de la enfermedad.

SINTOMATOLOGIA.- Con frecuencia es difícil localizar el dolor y muchas veces la causa es obscura y requiere investigación cuidadosa para llegar al diagnóstico correcto. La causa del dolor siempre está localizada en el mismo lado que los síntomas, la neuralgia puede estar localizada pero generalmente se irradia a diferentes partes de la cabeza, pueden ser latidos punzantes que vienen en oleadas y varía en su duración. Algunas veces en oleadas y varía en su duración. Algunas veces toma la forma de una parestesia; pero en otros casos hay un estado de hiperestesia en que los estímulos insignificantes profucen un gran sufrimiento, especialmente en pacientes neuróticos.

NEURALGIA AURICULOTEMPORAL.- Este tipo de enfermedad también es raro y afecta al nervio auriculotemporal, parte de la tercera división del nervio trigémino, que pasa hacia arriba por detrás del condilo al músculo temporal y a la piel que lo cubre.

SINTOMATOLOGIA.- Se caracteriza por dolores agudos en la región temporal durante la masticación, la piel que cubre el área es hiperes

tésica y muy dolorosa al tacto.

NEURALGIA GLOsofaríngea.- El nervio glossofaríngeo envía fibras sensoriales a la base de la lengua y también inerva el paladar blando, la fosa amigdalina y el oído interno.

SINTOMATOLOGIA.- El paciente siente dolor al hablar o deglutir. El dolor es semejante al tic doloroso de la cara, el alimento que pasa por la garganta provoca el ataque al excitar la zona alógena, la lengua puede doler, la sensación es de ardor, el síntoma es conocido como Glosodinea, se observa en carencias vitamínicas, anemia perniciosa, climaterio, diabetes, síndrome de Costen, tabaquismo, abuso de especias y alcohol, alergia a alimentos, neurastenia e histeria.

NEURITIDES DE INTERES ODONTOLÓGICO.- Las causas más comunes de neuritis de origen dental son las pulpitis y las periostitis apicales, el dolor por inflamación de un nervio afecta tanto a la sensibilidad profunda como a la superficial. Si la causa de la Neuritis es general, el dolor suele ser bilateral.

El herpes zoster es un ejemplo de Neuritis del quinto par o una de sus ramas. La Neuritis del séptimo par produce síntomas clínicos de parálisis facial. En el curso de la inflamación del seno maxilar puede aparecer neuritis de una o más ramas del nervio maxilar superior. Es frecuente que el enfermo experimente dolor intenso referido a los dientes superiores de un lado antes que aparezca el dolor típico profudico por la Sinusitis Maxilar.

NEUROSIS. DOLOR PSICONEUROTICO.- Estos pacientes llegan a estar preocupados por su propio cuerpo. Son individuos que siempre se están mirando al espejo y que utilizan con demasiada frecuencia colutorios, los Neuróticos exigen frecuentemente el último tratamiento que han leído en la prensa. Wilson observó que el dolor funcional en la lengua y boca era más frecuente después de los 50 años. Estos pacien

es suelen experimentar mejorías transitorias con diversos tratamien-
 os, incluso la extracción innecesaria de dientes, pero rara vez ob-
 tienen resultados permanentes. Es poco inteligente prescribir sustan-
 las inactivas o emprender cualquier terapéutica. El dentista ganará
 tiempo y protegerá su reputación si se niega a encargarse de estos pa-
 cientes, los cuales suelen opinar desfavorablemente de los facultati-
 vos que han fracasado con sus medidas terapéuticas, pero raras veces
 hacen de quien se ha negado a tratarlos. Será mejor mandarlos con
 un especialista del Sistema Nervioso o Psiquiatra, a los individuos -
 con personalidad sospechosa de psiconeuróticos.

SACUDIDA FACIAL - TIC FACIAL.- Es una alteración motora que se -
 manifiesta en varios movimientos faciales involuntarios de naturaleza
 espasmódica.

ETIOLOGIA.- Se cree que esta afección se debe a una lesión que -
 interese al núcleo facial.

SINTOMATOLOGIA.- Se reconocen varios tipos de sacudida facial. -
 Lini (1944) describe los siguientes: La sacudida de Trosseau, es una
 sacudida que el paciente puede inhibir. Alivia la tensión y se carac-
 teriza por una repetición obsesiva recurrente.

El Paraespasmo Facial o Espasmo Facial Medio. Es un desorden mo-
 tor sin dolor que afecta ambos lados de la cara. El paroxismo puede
 durar varias horas y el paciente apenas puede dominarlo.

La Epilepsia de Jackson. Es un espasmo unilateral y produce una
 sacudida semejante a la que resulta de la estimulación intermitente -
 del nervio facial con corriente forádica. La tensión psíquica, fati-
 ga y movimientos involuntarios de la cara; empeoran el espasmo.

PARALISIS FACIAL O PARALISIS DE BELL.- Los nervios motores son -

las ramas del quinto nervio, que inervan los músculos elevadores de la mandíbula, y el nervio facial que inerva la mayor parte de los músculos de la cara. Si un nervio motor queda completamente privado de función resulta la parálisis; una afectación especial del nervio facial es la sacudida facial. Se observa con frecuencia la parálisis de la porción periférica del séptimo par como un resultado de Neuritis. También puede producirla el frío, corrientes de aire, lesiones infecciosas del nervio, traumatismos y neoplasias, o puede coexistir con muchas enfermedades generales.

La parálisis del séptimo par puede ser consecuencia de difteria, sífilis, diabetes o neuritis múltiples. La sífilis, la tuberculosis o las lesiones supuradas intracraneales pueden afectar al nervio en la base del cráneo. El herpes zoster del ganglio geniculado suele producir parálisis parcial del nervio (síndrome de Hunt). Se ha observado parálisis del facial después de inyectar en la mandíbula un anestésico local y extraer un tercer molar enclavado. Ha habido casos en los que apareció parálisis facial incompleta coincidiendo con pericoronitis de un tercer molar inferior en erupción.

C A P I T U L O I V

S I N D R O M E S

SINDROME DE HUNT.- En 1907, Hunt describió un síndrome constituído por parálisis facial periférica con erupción herpética alrededor del conducto auditivo externo, los pilares del velo del paladar y los dos tercios anteriores de la lengua en el lado enfermo. Lo primero que los pacientes aquejan es dolor de oído. Pronto aparecen las vesículas, y la parálisis facial a los pocos días.

JAQUECA.- La jaqueca es un síndrome caracterizado por cefaleas periódicas, intensas; a veces con ciertos síntomas premonitorios y acompañadas de reacción general. Es frecuente en la mujer durante el período menstrual. En algunos casos se obtienen antecedentes familiares. No se conoce su etiología con exactitud, hay muchos hechos que hablan en favor de que la jaqueca sea un fenómeno de sensibilización análoga a la de la fiebre del heno o a la urticaria.

Puede desencadenar un acceso de jaqueca el esfuerzo nervioso excesivo o comer determinados alimentos. La enfermedad es más frecuente en adultos de edad media, particularmente mujeres.

Suelen preceder a la cefalea intensa una sensación indefinida de malestar o diferentes sensaciones sensoriales, como escotomas centelleantes, olores peculiares o sensaciones gustativas. A veces hay adormecimiento y hormigueo en las extremidades. El paciente suele atribuir las cefaleas a un esfuerzo visual. El dolor intenso y violento aparece rápidamente. Puede estar afectada cualquier zona de la cabeza pero la distribución del dolor es constante en cada caso, comúnmente retroocular. Los síntomas dolorosos intensos pueden durar solamente unas horas o incluso varios días. El paciente con jaquecas tiene náuseas y vómitos después que ha desaparecido la cefalea. La insistencia de los intervalos periódicos asintomáticos entre las cefaleas permite distinguirlas de las que producen los tumores cerebrales.

SINDROME DE COSTEN

Es otro tipo de neuralgia, causado por condiciones traumáticas - producidas por la alteración de las relaciones anatómicas o trastornos en la articulación mandibular.

Craddock (1951) escribió una excelente reseña clasificando los - síntomas que constituyen este síndrome de la siguiente manera:

a) SINTOMAS DEL OIDO

1. Tintineo (Sonido de Campaneo).
2. Sensación de obstrucción o taponamiento de los oídos.
3. Vértigo (Vahído, Desvanecimiento).
4. Ligera Sordera Catarral.
5. Dolor en los Oídos o en la región Vecina.

b) SINTOMAS DE LA ARTICULACION

1. Dolor al Tacto.
2. Chasquido de la Articulación al moverla.
3. Dolor al moverla.
4. Movimiento excesivo.
5. Movimiento limitado.

c) SINTOMAS DE LA CABEZA

1. Dolor típico del seno; v.gr.: frontal.
2. Dolor en las áreas del vértice, occipucio o detrás del oído.
3. Neuralgia en varias localizaciones; v.gr.: maxilar superior lado de la mandíbula y cuello.

d) SINTOMAS NASOFARINGEOS

1. Sensación dolorosa, de quemadura o de picaduras en la lengua (Síntomas de glosalgia, glosodinia).
2. Sensaciones semejantes en la garganta.
3. Sensaciones semejantes en el lado de la nariz.

NEURITIS.- La neuritis causa dolor profundo, difuso y relativamente continuo de regular intensidad, y paresia o parálisis en nervio motor.

La zona inervada por un nervio sensitivo inflamado se torna hiperestésica, a menos que la rama afectada pase por un conducto óseo, resultando comprimida por el edema y se produzca hipoestasia o anestesia. El dolor puede durar varias semanas y la terapéutica es sintomática. Es posible distinguir la neuritis traumática, que se debe a accidentes o a intervención quirúrgica. El nervio puede romperse, lacerarse o dividirse por completo, y generalmente se infecta.

SINTOMATOLOGIA.- La neuritis produce dolor y pérdida de la función, y el área inervada por el nervio se hace hiperestésica. Debido al edema, el nervio afectado se agranda y al pasar por un agujero o un canal hay constricción produciéndose anestesia inervada. El dolor y la disfunción de los nervios motores pueden durar varias semanas, y a veces el dolor persiste continuamente, como sucede en los casos de traumatismo o de factores orgánicos no corregidos, ya enunciados.

ANESTESIA O PARESTESIA.- El término anestesia se refiere a la eliminación completa de la sensación de dolor, táctil y de temperatura. En ésta es una sensación de adormecimiento, está asociado con hormigueo punzante y ardiente.

La causa más común de anestesia es el traumatismo de los nervios que impiden la conducción del impulso nervioso hasta el encéfalo.

Las lesiones más frecuentes de los nervios se encuentran en las fracturas de maxilares con desviación de fragmentos, pero también se causan de manera accidental, particularmente durante las operaciones de mandíbulas. En la alvéoloplastia y la extirpación de quistes y tumores de la región premolar puede lesionarse el nervio mentoniano.

En el maxilar superior, en uno de sus ramos alveolares puede resultar seccionado al abrir el seno, por la fosa canina y originarse hipoestesia en algunos dientes.

PATOGENIA.- Los procesos inflamatorios pueden contribuir a la anestesia, especialmente en la osteomielitis vemos anestesia parcial o total causada por el efecto tóxico sobre el nervio que cruza la parte afectada del hueso.

PARESTESIA.- A menudo es concomitante a la anestesia y suele ser causada por traumatismos o sección de un nervio. Aunque hay anestesia en la zona de distribución de un nervio lesionado, el paciente siente en ella ardor, hormigueo o pungimiento, dado que el paciente asocia los impulsos que pasan por esta vía.

La parestesia suele deberse a un neuroma que se desarrolla en la extremidad central cortada. Como el paciente asocia impulsos le parece que el dolor se origina en un conducto nervioso.

SINTOMATOLOGIA.- La anestesia produce una sensación de adormecimiento completo en la parte inervada por el nervio sensitivo. A menudo se queja el paciente que siente inflamada esa parte. Si se eliminan las sensaciones de tacto y temperatura, la incapacidad de sentir un objeto o la lesión pueden convertirse en un factor molesto, ejemplo,

es el escurrimiento líquido de la boca con el lado adormecido.

La parestesia puede causar gran sufrimiento, particularmente por la constancia y persistencia de la afección.

ALTERACIONES DE LA SECRECIÓN GLANDULAR

Las secreciones glandulares, tanto de las glándulas salivales y mucosas como las de la piel, son reguladas por el sistema nervioso vegetativo.

PATOGENIA.- La secreción depende de estímulos reflejos no sólo de naturaleza física, sino también psíquica.

SINTOMATOLOGIA.- El efecto de varios factores sobre las glándulas salivales produce un aumento de la secreción, hialismo, o una mengua de la misma, atialismo.

El **HIALISMO** de origen nervioso se ve como un fenómeno normal -- cuando la persona ve, saborea o huele alimentos apetitosos. El hialismo anormal está asociado con procesos patológicos tales como parálisis bulbar, hemiplejía, parálisis agitante y envenenamiento metálico (Mercurio, Plomo, Arsénico), y alteraciones endocrinas (Menstruación, embarazo, mixedema). También puede ser producido por el empleo de sialógenos.

El **ATIALISMO** se debe generalmente a factores tales como el miedo, la mengua del sentido del gusto es otra causa. En los casos de Parageusia, la disminución del flujo salival es un síntoma común.

La parálisis del nervio facial puede producir alteraciones del gusto si está afectado en dirección periférica al ganglio geniculado

y posterior a la entrada de la cuerda del tímpano.

La atrofia de las papilas de la lengua, se ve como la atrofia senil de la mucosa bucal y en la glositis de Hunter, en la anemia perniciosa; produce efectos sobre las terminales nerviosas, con mengua de estimulación sobre los centros secretorios, debido a pérdida del sentido del gusto.

LACRIMACION MASTICATORIA. (HIPERHIDROSIS GUSTATIVA Y MASTICATORIA)

Es un síndrome descrito por Bogorad (1928), y consiste en lacrimación paroxísmica cada vez el paciente insaliva durante la masticación.

PATOGENIA.- El síndrome se presenta después de una lesión del - nervio facial, después de la parálisis de Bell, según Russin (1939), y de inervación anómala de origen congénito, o después de una inter--vención quirúrgica.

SINTOMATOLOGIA.- También el acto de comer, por sus efectos sobre la salivación, produce la lacrimación. Generalmente la alteración - afecta ambos lados. El caso de Bender fue una excepción, pues afectaba solamente un lado y, además, el fenómeno estaba asociado con dolor en la distribución del nervio trigémino, complicación que no ha sido observada por otros investigadores.

C A P I T U L O V

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y
TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO.- Al hacer el diagnóstico es muy importante determinar en qué rama del nervio principió la neuralgia, dónde está colocada la primera zona de producción; pues la inyección de alcohol en el nervio generalmente suprime el dolor en las áreas secundarias afectadas.

El diagnóstico diferencial es importante. Los cornetes medios agrandados pueden dar dolores semejantes al tic; los tumores del ángulo entre el puente y el cerebelo a veces producen dolores del quinto nervio; también pueden ocurrir el dolor como parte del síndrome deosten.

PRONOSTICO.- El pronóstico no suele ser a veces satisfactorio por lo que sucede muchas veces reservarlo hasta encontrar una medida terapéutica favorable. Dado el caso de que la etiología del padecimiento es aún desconocida y por la diferente sintomatología de cada una de las afectaciones de la región de la cara.

TRATAMIENTO

Consiste, ante todo, en la eliminación de los factores etiológicos. Cualquier afección local u orgánica, que pueda ser el origen del dolor deberá ser eliminada radicalmente, o tratada por el método más eficaz.

Las siguientes afecciones deberán ser atendidas prontamente:

Las Enfermedades Dentales deberán recibir cuidadosamente atención, la pulpitis crónica puede ser tratada por extirpación de la pulpa o extracción del diente. Los abscesos periapicales y periodontales requieren la extracción del diente y es necesario extraer los dientes impactados cuando se cree que son la causa de los síntomas. El tratamiento del dolor postoperatorio después de las operaciones

dentales especialmente después de las extracciones de los dientes, requieren medicación local y general.

Las Enfermedades de los Huesos deben recibir pronta atención, -
quistes infectados y tumores que afecten a los nervios.

Las Enfermedades de los Senos Maxilares. Debe ser tratada por -
drenaje e irrigación o por operación radical. Son muy comunes los ca-
sos intensos causados por sinusitis maxilar crónica de origen dental.

La Estomatitis inclusive y las pequeñas úlceras de la boca, debe-
rán recibir atención. La aplicación de nitrato de plata es muy útil
para eliminar el dolor. Mientras se aplica el tratamiento y se ini-
cia la curación, es necesario aliviar los síntomas del paciente con -
sedativos o narcóticos.

La Causalgia, según escribe Eifenbraum en un excelente artículo,
se ve más comúnmente en pacientes de temperamento histérico. "La pre-
vención mediante la cuidadosa técnica quirúrgica es muy eficaz, más -
que el tratamiento". El dentista se siente justificado de recurrir a
cualquier medida que elimine la excitación excesiva de los nervios en
el hueso de cicatrización y en las cicatrices de las mucosas.

No deberán olvidarse las Enfermedades Generales; deberán tratar-
se, si las hay, la neurosis, hipertensión, menstruación y menopausia
anormales, angina de pecho, sífilis, deficiencias vitamínicas, diabe-
tes y anemia perniciosa. Las medidas de carácter general, el descan-
so y el alimento nutritivo son de gran importancia. No deberá pasar-
se por alto la terapéutica vitamínica, y en casos de deficiencia en -
estos elementos puede ser el factor más importante. El complejo B, -
y especialmente el hidrocloreuro de tiamina y la inyección de vitamina
B (12), son eficaces en algunos casos. Otros pacientes con anemia -
perniciosa o diabetes deberán recibir un tratamiento específico para
dominar la enfermedad. Los pacientes postmenopáusicos pueden mejorar

con estrógenos.

La fisioterapia produce alivio en algunas ocasiones. El empleo de calor para aliviar el dolor neurálgico ha resistido la prueba del tiempo. El tratamiento está indicado en los casos de neuralgia sintomática, especialmente en los casos en que persiste el dolor después de eliminar o tratar la causa. Las toallas húmedas y calientes, los sacos de arena calentados y los modernos cojines eléctricos producen alivio con mucha frecuencia; pero sólo deberán emplearse como tratamiento auxiliar, dirigiendo el esfuerzo principal hacia la eliminación de la causa. El calor especialmente beneficioso es en los casos de neuritis. Se recomienda el empleo de varias lámparas, ultravioletas e infrarrojas, para obtener efectos profundos. En otros casos es útil en lo que se ha dado llamar Hornear la parte afectada. Mientras se lleva a cabo el tratamiento es conveniente prescribir sedativos o narcóticos para que el paciente sufra lo menos posible y para que pueda descansar por la noche. Las heridas pueden ser tratadas con vendajes que contengan anodinos.

Suele ser poco satisfactorio el tratamiento del tic doloroso, se han ensayado las dosis grandes de complejo B, también se ha utilizado veneno de cobra y tricloroetileno, con resultados mediocres.

Son de alguna eficacia como medida profiláctica los medicamentos antihistamínicos, según la experiencia general, los pacientes con neuralgia del trigémino verdadera requieren tratamiento quirúrgico.

Borsook, Kremer y Wiggins (1939) afirman que obtuvieron alivio en casos de tic doloroso de la cara mediante la inyección intravenosa de cloruro de tiamina, 10 a 100 mg. durante seis días a la semana, más tarde se complementó la dieta con una dosis diaria de 30 gr. de concentrado líquido de complejo B que contenía 9,000 unidades de vitamina A, y 1,700 unidades de vitamina D. Algunos pacientes que no mejoraron con grandes dosis de vitamina B1 administradas durante varios

eses mostraron marcada mejoría cuando se administraban intramuscularmente, cada tercer día, grandes dosis de extracto concentrado de hígado (que contenía 15 unidades por centímetro cúbico de principio anti-némico). En los pacientes de más edad con tic doloroso de la cara, especialmente en los que no es aconsejable la intervención quirúrgica, este tratamiento puede ser muy ventajoso.

En algunos casos de neuralgia facial, las inhalaciones de tricloroetileno son valiosas. El tricloroetileno tiene una acción específica sobre las terminales sensitivas del nervio trigémino; pero diferentes individuos muestran variaciones en la susceptibilidad, y debe recordarse que las grandes dosis causan anestesia y las dosis excesivas provocan la muerte. No deberán inhalarse más de 60 gotas en 24 horas. Loomis (1937) recomienda el empleo de 20 a 30 gotas en un pedazo de gasa que el paciente, recostado, sostiene próximo a las fosas nasales tres veces al día durante dos a cinco semanas. Se inhalan las emanaciones hasta que no quede olor; y así el paciente se anestesia parcialmente, la mano cae y la inhalación cesa.

INDICACIONES.- La regeneración de los nervios en los conductos óseos se verifica frecuentemente sin necesidad de intervención quirúrgica, puesto que, según De Bats y Phillips (1944), el conducto sirve de guía para el crecimiento y unión de los cabos. Sin embargo, cuando el conducto está obstruido por fragmentos óseos o porque los cabos están muy separados la unión es poco probable. La mejor ocasión para la neurorrafia es poco después de curar el nervio fracturado.

DETALLES DE LA TECNICA OPERATORIA.- Hay ciertas reglas establecidas por el neurocirujano que aplican a la neurorrafia del trigémino, a saber: 1) la neurorrafia no debe emprenderse hasta haber eliminado todo proceso infeccioso en la zona afectada; 2) se resecarán todas las lesiones de los nervios en los cabos, en particular los neuromas que pudieran haberse formado; 3) el nervio debe ser coaptado apropiadamente.

INYECCION DE NOVOCAINA EN EL NERVIO.- En neuralgias no sintomáticas y cuya etiología no es posible descubrir, se puede inyectar novocaína en el nervio. Tiene por objeto interrumpir el arco reflejo del dolor.

INDICACIONES.- La inyección de novocaína (Procaína) se aconsejó para el tratamiento de la neuralgia atípica. Arlotta afirma, haber obtenido con este método excelentes resultados en Milán. Grage (1951) de la Nerve Klinik de Chemnitz (Alemania) relata experiencias con algias faciales y cefaleas tratadas con novocaína al 2% por vía endovenal.

DETALLES DE LA TECNICA OPERATORIA.- Identificado el nervio periférico afectado, se inyecta en su tronco una solución oleosa de novocaína al 2 ó 4%. En algunos pacientes hasta una sola inyección, --- otros necesitan repetir la operación 6 ó 7 veces.

INYECCION DE ALCOHOL EN EL NERVIO

Recomendada en las siguientes afecciones:

Neuralgia Atípica, la causa de la cual aún no es posible determinar.

Tic Doloroso, cuando sección o exéresis del nervio está contraindicada.

Dolor en enfermedades incurables, especialmente cáncer de la boca. Es aconsejable inyectar en el nervio una solución anestésica, para averiguar si se mitiga el dolor.

En el verdadero Tic doloroso, el paciente agradecerá la anestesia de que va precedido la supresión de dolor.

ANESTESIA.- Las inyecciones se acompañan sin anestesia general, se puede administrar morfina para disminuir la sensibilidad, se reco-

tiendan 0.01 gr. de morfina y 0.5 mgs. de escopolamina, 30 minutos antes de la intervención.

DETALLES DE LA TECNICA OPERATORIA

Las inyecciones se practican con una jeringa de LUER-LOK provista de una aguja de acero de dimensiones necesarias. La técnica es la misma que para la anestesia local. Los métodos más satisfactorios son por vía extrabucal en las ramas maxilar superior e inferior del trigémino a nivel de los orificios por donde salen del cráneo y en el ganglio de Gasser.

INYECCION EN EL GANGLIO DE GASSER.- Se acude a la inyección del ganglio de Gasser después de varias tentativas infructuosas.

Las recidivas no son tan frecuentes como después de inyectar las ramas del trigémino.

La inyección se practica siguiendo los signos neurológicos, que proporcionan exacta información respecto a la posición de la aguja, lo cual es de mucha importancia porque la aguja que pasa a través del agujero oval no siempre penetra en el ganglio de Gasser. Si la aguja penetra en el ganglio, la inyección suprime inmediatamente la sensibilidad cutánea.

La inyección se hace por vía extrabucal, la cara interna se prepara de la manera ordinaria y después se introduce la aguja a través de la encía marginal del segundo molar superior. Se hace avanzar entre el maxilar superior y la rama ascendente del inferior, mientras el índice izquierdo se coloca en el surco vestibular para impedir que la aguja penetre en la boca.

La posición de la aguja debe ser tal que, mirando frente al pa--

paciente, se dirige hacia la pupila, y vista de lado, hacia la eminencia articular del cigoma. Cuando ha penetrado 5 ó 6 cm. choca con la base del cráneo. Se lleva la punta por la superficie ósea hasta que toca la rama inferior del trigémino, lo que el paciente acusará con un signo de dolor.

Ahora va la aguja hacia arriba en una extensión de 0.5 a 1 cm. - sin encontrar resistencia, en el espesor del ganglio, donde se deposita 1 cm. de solución.

INYECCION DE ALCOHOL EN LA RAMA PERIFERICA.- Los orificios Mentoniano y Suborbitario son excelentes lugares para inyectar los nervios que salen por ellos la inyección del suborbitario puede hacerse por vía intrabucal. El ganglio esfenopalatino y la parte superior del suborbitario pueden alcanzarse a través del conducto palatino con una aguja en el ángulo. La inyección en el ramo mentoniano se hace por vía intrabucal. No se recomiendan las inyecciones en el orificio de entrada del conducto dentario inferior, pero si no dan resultado las inyecciones en el ramo periférico se puede inyectar al maxilar superior en el agujero redondo y al maxilar inferior en el agujero oval. Para todas las inyecciones empléese alcohol de 96% o la siguiente solución:

PROCAINA CON MONOCAINA	2%
CLOROFORMO	5%
ALCOHOL ABSOLUTO	70%
SOLUCION DE RINGER	23%

Se empuja en la inyección; el alcohol con fuerza. Se inyecta de 0.50 cc. a 0.75 cc. Si la inyección tiene éxito, la anestesia durará de 6 meses a un año y medio, y entonces será necesario repetirla. Para hacer estas inyecciones se necesita experiencia y aún así no siempre es acertada.

SECCION INTRACRANEAL DE LA RAIZ POSTERIOR SENSITIVA

La raíz sensitiva del trigémino entre el encéfalo y el ganglio - de Gasser (Neurectomía Retroganglionar), suprime definitivamente el - dolor del tic doloroso, incluso en los casos más graves.

La vía de acceso que suele hacerse es la temporal, por encima - del arco cigomático, según ha recomendado Frazier (1925). La sección es subtotal; es decir, se respeta el segmento interno de la raíz sensitiva para que queden intactas las fibras destinadas a la primera ra ma y conservar así el reflejo corneal.

Munro en (1940) dice que la operación de Dandy; o sea, la sec--- ción simultánea de la raíz sensitiva del trigémino y el del glosofarín geo en la fosa posterior, es ventajosa en las neoplasias malignas que interesen los nervios de la faringe y de la cara.

Un inconveniente hay que se secciona el petroso causando xerof-- talmia, predisponiendo a úlceras en el córnea, lesiones del tercero y sexto pares y parálisis facial incompleta.

C A P I T U L O VI

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

Es menester señalar que una de las enfermedades más drásticas y rebeldes que suele atacar al nervio es la neuralgia del trigémino o tic doloroso, sea cuales fueran las ramas que abarque el malestar.

Es conocida la importancia que tiene para el cirujano dentista - en su práctica profesional, las alteraciones y enfermedades que sufre el nervio a consecuencia de la estrecha relación que guarda con los padecimientos dentales a que está expuesto el paciente.

Aunque la Etiología de las neuralgias es aún un campo que está fuera del entero conocimiento de los investigadores; no lo es para nosotros la Sintomatología y Causas que pudieran achacarse al Acceso Neurológico.

Pueden ser varias las causas que desencadenen un acceso; entre las más comunes están: fracturas de la cabeza, tuberculosis, sífilis, cáncer en los nervios, caries profundas, enfermedades de la pulpa y membrana periodontal, etc.

Por la distribución del nervio en la cabeza y por las zonas de la cara que inerva, no es posible; bajo un amplio examen darnos cuenta de las causas del mal, de la rama o ramas que afecte y de la secuela que debemos seguir para el paso siguiente que es el tratamiento.

Sea pues a nuestro criterio profesional prescribir al paciente un tratamiento adecuado. Cuando se sospecha de una neuralgia del trigémino, se le puede dar al paciente un tratamiento con Clorhidrato de tiamina (Complejo B) en grandes dosis, inhalaciones de Tricloroetileno y compresas de agua caliente en la zona que se sospeche sea la afectada.

Pero si lo anteriormente no da los resultados que esperábamos, -

Entonces recurrimos a una intervención quirúrgica que comprende desde la neurorrafia, alcoholización de los nervios y ganglios, novocainización de los mismos hasta la sección de la rama sensitiva afectada desde su origen.

Este último campo corresponde a una persona que tenga mucha experiencia en la alcoholización y novocainización de los nervios y aún - si resulta difícil la intervención, en cuanto a la neurorrafia es campo de un neurocirujano competente.

Sea de gran modo la importancia de las neuralgias del trigémino, su sintomatología que no debemos de pasar desapercibida y las causas que acarrea este padecimiento. Un tratamiento acertado es el bienestar del paciente y nuestro.

B I B L I O G R A F I A

- I.- THOMA H. KURT.
"Patología Bucal"
UTE HA. Segunda Edición 1959
Méx., D.F.
- II.- TESTUT L. Y JACOB O.
"Tratado de Anatomía Humana"
Salvat Editores. Barcelona.
- III.- TREJO ALVARADO MA. MAGDALENA
"Neuralgias del Trigémino"
U.N.A.M. - 1 9 6 4
- IV.- T. VARGAS DURAN LIBORIO
"Trigémino V par craneal"
U.N.A.M. - 1 9 6 2
- V.- MONHEIM M. LEONARD.
"Anestesia local y Control del dolor
en la práctica dental"
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina - 1 9 5 9 -

VI.- MAYNHARD K. HINE.

"Review of Dentistry"

The C-V Mosby Company.

St. Louis, Mo. 1 9 6 1, U.S.A.

VII.- RUSHTON, JOSEPH G.

"Neuralgias de pares craneales"

(en clínicas médicas de Norteamérica 1960)

VIII.- JIMENEZ RIVERA GREGORIO

"Neuralgia del Trigémino"

U.N.A.M. - 1 9 6 3

IX.- PEREYRA KAFER, JOSE

"Neurología"

Ed. Buenos Aires, Argentina

López Libreros (1969)

X.- INSAUSTI TOMAS

"Compendio de Neurología"

Buenos Aires, Argentina

López Libreros (1968-69)