

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

NEURALGIAS FACIALES

SU IMPORTANCIA EN ODONTOLOGIA

TESIS DOCTORAL

DE

MARIO AMAYA DIAZ

SAN SALVADOR EL SALVADOR CENTROAMERICA

1960





INVENTARIO: 10107896

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

T
616.87
A 490n
4960
F.O
G.2

RECTOR:

Dr. Napoleón Rodríguez Ruíz.

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Roberto Emilio Cuéllar Millá.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO:

Dr. Adriano Vilanova h.

SECRETARIO:

Dr. Francisco A. Gamboa.

JURADOS

PRIMER EXAMEN GENERAL PRIVADO

Presidente Dr. René Ricardo Sosa
Primer Vocal Dr. Mauricio Pinel
Segundo Vocal Dr. N. Juan Hasbún

SEGUNDO EXAMEN GENERAL PRIVADO

Presidente Dr. Carlos Zepeda I.
Primer Vocal Dr. Antonio Hasbún
Segundo Vocal Dr. J. Salvador Hernández

EXAMEN PUBLICO

Presidente Dr. Ernesto Romero Hernández
Primer Vocal Dr. Mario Romero Alvergue
Segundo Vocal Dr. Ricardo Acevedo

Universidad de El Salvador

Facultad de Odontología

San Salvador, El Salvador, C. A.

San Salvador, 11 de noviembre de 1960.

*Señor Decano de la
Facultad de Odontología.
Dr. Adriano Vilanova, h.*

PRESENTE.

Señor Decano:

Los infrascritos Miembros del Jurado de Tesis presentada por el Bachiller Mario Amaya Díaz, constituidos a las once horas del día once de noviembre de mil novecientos sesenta en el Decanato de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, después de haber estudiado separadamente el trabajo presentado con el título NEURALGIAS FACIALES, "Su importancia en Odontología" y discutido conjuntamente; resuelven aprobarle por llenar todos los requisitos necesarios para ser aceptada.

Dr. ERNESTO ROMERO HERNANDEZ

Presidente.

Dr. MARIO ROMERO ALVERGUE. Dr. RICARDO ACEVEDO

Primer Vocal.

Segundo Vocal.

ACTO QUE DEDICO

A mi Padre

MANUEL T. AMAYA que en paz descanse

A mi Madre:

MARIA v. de AMAYA, no habiendo palabras para expresar tu amor de madre. El espíritu de superación que me inculcó y todos los sacrificios que tuvo por mí. Solo me queda decirte. Madre, Dios te bendiga.

A mi Esposa:

NINA, por tu amor y abnegación que ha sido el estímulo para el estudio diario, dándome también lo más grande de la vida de un hombre ¡"tener hijos"! por todo esto, NINA, te doy gracias.

A mis Hijos:

MARIO ALBERTO, MARIA ELENA. HECTOR MANUEL, y los que buenamente Dios quiera mandarnos, porque con su inocencia y sencillez, mantienen el hogar y lo perduran.

A mis Suegros:

Dr. CARLOS ALBERTO LIEVANO, FERNANDA de LIEVANO, porque fueron las personas que me tomaron por un hijo ayudándome y queriéndome. Es pues para el Dr. Carlos Alberto Liévano, mis votos por su eterno descanso y para la esposa la mayor resignación.

A mis Hermanos:

MANUEL, ROBERTO y ERNESTO, por todos sus consejos y el cariño que me dan.

A mis Cuñados:

CARLOS, ALFREDO, MEMO, porque me tomaron como hermano y me quisieron como tal.

A mis Cuñadas:

*LIDIA de AMAYA, Q.E.P.D.
BERTA de AMAYA, con todo respeto
MERCEDES de AMAYA, por su amable y desinteresada colaboración.*

A mis Tíos:

Con todo Cariño

A mis Profesores

Con todo mi agradecimiento

A mis Compañeros y Amigos.

DESARROLLO

Neuralgias Faciales

Su Importancia en Odontología

- I Introducción.
- II Psicofisiología del Dolor.
- III Interpretación del Dolor.
- IV Anatomía Topográfica de la inervación sensitiva de la cara.
- V Neuralgias Faciales: Definición. División.
 - a) Neuralgia del Trigémino.
 - b) Neuralgia del Glossofaríngeo:
 - c) Neuralgia Atípica Facial.
 - d) Neuralgia del Ganglio Esfenopalatino (Síndrome de Sluder).
 - e) Síndrome de Costen.
- VI Dolores Neurálgicos de origen dentario
 - 1) Dolor proveniente de la inflamación de la pulpa.
 - 2) Dolor proveniente de Pericementitis aguda o crónica.
 - 3) Dolor proveniente de infección del Antro.
 - 4) Dientes incluidos e impactados.
 - 5) Pacientes desdentados.
- VII Casuística.
- VIII Resúmenes.
- IX Conclusión.
- X Bibliografía.

INTRODUCCION

En las ciencias de la vida y especialmente en las ramas médica y odontológica, la creciente diferenciación y aislamiento de las especialidades, obliga a considerar el problema de los estados neurálgicos desde dos puntos de vista: los estados neurálgicos que sólo el médico puede tratar, y los estados neurálgicos propios de la Odontología.

Una neuralgia facial en realidad no es un problema común, tanto en Medicina como en Odontología, pero si es necesario que el profesional esté preparado para que llegado el caso poderlos diagnosticar y si es posible curar.

No ha sido pues la frecuencia conque se presentan las neuralgias faciales el motivo que me indujo a tomarlas como trabajo de tesis sino, principalmente la importancia que tienen en nuestra profesión el conocimiento exacto de este padecimiento.

Es pues mi deseo el dejar a los alumnos de la Facultad de Odontología y a mis compañeros un resumen, una recopilación de datos de autores de indiscutible reputación y casos clínicos tomados del Hospital Rosales, Depto. de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología y casos particulares para que los guien en el diagnóstico de los estados neurálgicos faciales, todo esto para beneficio de los pacientes.

PSICOFISIOLOGIA DEL DOLOR

No es necesario encarecer la importancia que tiene el dolor. Es cierto que en muchos casos no es más que un síntoma de algo indefinido, pero también es verdad que en ocasiones es el aviso de una seria enfermedad que se aproxima, está en progreso o plenamente manifestada. Ordinariamente el dolor es para el enfermo el índice de su salud. Cuando siente dolor ve su salud en peligro y entonces acude al Odontólogo pero éste, por el dolor que describe el enfermo, no siempre llega al diagnóstico.

El dolor es una sensación molesta y aflictiva que perturba el organismo oponiéndose a nuestra normalidad. Los filósofos dicen que el dolor es el «centinela de la vida». Pero a veces este centinela traiciona la consigna. Richet decía que el dolor es una función saludable que nos obliga, por crueles advertencias, a cuidar de nuestro organismo. Mas sucede que una sensación moral repercute en el organismo causando dolor físico, o una lesión física repercute en la vida moral en una persona ocasionando dolor aflictivo. El dolor se considera también virtud o vicio. Hay ciertas doctrinas que aconsejan el placer del dolor físico en la vida, para gozar de la paz de una vida eterna después de la muerte. Hay quienes sienten dolor porque se proporcionan a sí mismos el placer de las drogas. En cualquiera de estos casos, placer y dolor andan juntos, pero la realidad es que el placer va destruyendo el organismo y el dolor es el síntoma que manifiesta esta destrucción.

Viven en tan íntimo consorcio dolor y placer, que todas las definiciones que se han hecho del primero han ido a tropezar con el segundo. Se siente el placer de comunicar a otro nuestro dolor. Se llora de risa -placer- y se ríe de pena -dolor- en muchas ocasiones. En lo que se llama dolor del alma, que no es otra cosa que la obsesión de un pensamiento, un recuerdo angustioso o la preocupación de una falta cometida, se busca el descanso -placer- de comunicarlo, de decirlo, porque así se alivia la pena, que es el dolor.

Pero todo lo dicho, aún considerado puramente filosófico, moral o intelectual, tiene su repercusión en la fisiología. Es sabido que una mala impresión puede causar un agudo dolor neurálgico, o que un fuerte dolor de cabeza hace al individuo sentirse nervioso, preocupado, triste, sombrío, melancólico.

Todo el mundo sabe lo que es dolor como sensación desagradable, porque todo el mundo lo siente alguna vez. Pero quién define lo que es el dolor? El filósofo analiza como pura sensación intelectual y halla sus conclusiones. El médico lo estudia fisiológicamente y establece su diagnóstico. Es el médico y dentista que son quienes curan a los enfermos, han de concurrir las deducciones lógicas -función intelectual- y las observaciones clínicas para encontrar la causa del dolor. El enfermo, por sí mismo, no puede determinarla y por eso se engaña frecuentemente.

De lo expuesto se deducen la dificultad de definir de manera terminante la sensación desagradable dolor y la constante preocupación que ha existido siempre por encontrar un tratamiento sintomático del dolor con independencia del tratamiento de la enfermedad. A esta preocupación se debe la aparición de los analgésicos, y como apunta Tainter, a esto se debió «el hecho de que el primer alcaloide que se aisló fuese la morfina». Como el dolor tiene dos significados principales, sensación molesta (acepción moral), esta dualidad somática anuncia la complejidad somatopsíquica del dolor y presagia la dificultad de su definición y análisis.

Sir Tomas Lewis, que ha dedicado muchos años de su vida al estudio del dolor, comienza su excelente monografía sobre este tema, diciendo: «Me dice la razón que no puedo definir satisfactoriamente el dolor, sobre el cual escribo, y que sería vano intentarlo. Conocemos el dolor por experiencia y lo describimos por comparación. La palabra dolor será bastante clara para quien lea este trabajo pero es preciso evitar que este término indefinido dé lugar a confusión entre fenómenos similares, por lo cual es necesario casi siempre delimitar su significado con calificativos». Y así, desde conceptos muy generales pasamos a definiciones concretas, susceptibles de aplicación inmediata. Por esto siguiendo el consejo de Sir Thomas Lewis, definimos la palabra dolor como lo que es: dolor, pero tratando de evitar confusiones se califica siempre, valiéndose de la experiencia clínica, experimentos de investigadores y estudios comparativos, muy señaladamente insistiendo en la diferencia entre el dolor y la reacción ante el dolor, así como en la variedad de síntomas que presentan el dolor superficial y el dolor interno o profundo, el dolor objetivo, referido, de proyección, etc.

Sensación Específica

El dolor constituye un serio problema clínico, no sólo en sí mismo, como sensación desagradable, sino también porque un dolor persistente produce efectos perniciosos sobre órganos vitales. Cuando el dolor es intenso, el enfermo se siente mal, como percepción subjetiva, y desde el punto de vista objetivo, está mal. En los traumatismos, el dolor e inflamación forman un círculo vicioso, y se agravan mutuamente. No hay duda que, a medida que se estudien, se encontrarán otras reacciones de este tipo, y se confirmará que el dolor agrava el curso de las enfermedades, y que la administración de analgésicos alivia al enfermo y contribuye al tratamiento causal.

Como sensación específica, el dolor es completamente independiente de las demás sensaciones, calor, frío y tacto, con las cuales se ha confundido durante mucho tiempo. Tal confusión se ha debido, parcialmente,

a que los estímulos que producen esas sensaciones pueden causar también dolor; pero esta observación no indica que todas esas sensaciones sean iguales. La confusión se origina porque los estímulos excitan el mecanismo del dolor al mismo tiempo que el de esas otras sensaciones, y probablemente también por que los estímulos que despiertan otras sensaciones, cuando son muy intensos, se convierten en dolorosos.

Una prueba de que el dolor es una sensación específica independiente se manifiesta en que, en muchas circunstancias puede desaparecer una de esas sensaciones y persistir otras. Un ejemplo bastante gráfico lo ofrece la isquemia del brazo, que causa la pérdida del sentido del tacto en la mano y sin frío y dolor, desapareciendo luego la sensación de frío, cuando se conserva todavía la percepción del dolor. En cambio la anestesia con la cocaína hace desaparecer estas tres sensaciones antes que la táctil, mientras que bajo anestesia con procaina, desaparece la sensación de dolor antes que la de frío.

Percepción y Reacción

Hay que distinguir entre percepción del dolor y reacción frente al dolor, que son dos fenómenos diferentes aunque a veces hayan sido confundidos, incluso por algunos investigadores. Una cosa es que un individuo perciba un dolor y otra cosa es que reaccione frente a ese dolor en una forma definida. La percepción del dolor tiene cierta uniformidad que no posee la reacción ante el dolor. Esta reacción varía grandemente de un individuo a otro, y aún en el mismo individuo, según las circunstancias. Tales variaciones dependen de su tono afectivo o del significado que para él tenga el dolor. Dos personas pueden sentir el mismo dolor y reaccionar de distinta manera. Existe una gran diferencia de sufrimiento en los dolores del parto, entre una mujer que desea tener el hijo y otra que no lo desea, y entre una mujer aterrorizada y otra tranquila (el método de Read o «Parto natural» se basa en esta observación); también hay semejanza en el dolor precordial, entre un enfermo de 50 años que conoce las consecuencias de la angina de pecho y un joven que no sabe nada de tal enfermedad; y en el dolor producido por el calor o por el pinchazo de una aguja, entre un individuo que se le provoca con propósitos científicos y otro que lo sufre accidentalmente.

Dicen Hardy y sus colaboradores: «La confusión —que no es nueva— entre sensación de dolor y reacción frente al dolor, ha llenado de contradicciones y conclusiones sin valor, la vasta literatura escrita sobre este tema, especialmente la basada en experimentos hechos en animales». Y es fácil de explicar esta confusión si se tiene en cuenta que la reacción ante el dolor se manifiesta por gestos, movimientos de disgusto, sudor, ascenso de la presión arterial, taquicardia, alteraciones de la actividad eléctrica cardíaca, disminución de la circulación renal, gritos y gemidos.

El estudio, relativamente reciente, de la percepción del dolor ha producido resultados muy interesantes y de gran importancia práctica. Dicho estudio presenta la dificultad de que, por tratarse de algo subjetivo, tiene que hacerse en el hombre; en los animales no puede estudiarse más que la reacción ante el dolor. A este respecto dice Lewis: «Nos-

otros sólo conocemos del dolor lo que nos ha enseñado la experiencia humana, aunque podemos apreciar su presencia en animales por reacciones frecuentemente asociadas al dolor y reveladas por la experiencia, así como por el empleo de estímulos que consideramos dolorosos. A menudo la investigación fisiológica produce mejores resultados en los animales que en el hombre; en el caso del dolor no sucede así. Estrictamente hablando, no hay nada que nos pruebe con seguridad el dolor de un animal; sólo hay fenómenos que sabemos están asociados frecuentemente con el dolor, tales como elevación de la presión arterial, movimientos de huida o de defensa, dilatación de la pupila, aumento de la profundidad respiratoria y gritos. Pero algunos de estos fenómenos se manifiestan claramente como reflejos espinales o bulbares que pueden presentarse sin que haya dolor; otros son probablemente independientes del dolor, en el sentido de que el impulso inicial sigue trayectos nerviosos distintos. Ni siquiera puede confiarse en los movimientos defensivos y en los gritos prolongados, pues es posible que no se deban al dolor, sino a la aprehensión». Por este motivo, muchas conclusiones derivadas de los estudios sobre el dolor en animales deben confirmarse con experimentos en el hombre. Las dificultades que esto ofrece tienen, por fortuna, una compensación: «La profunda satisfacción de saber que cualquier conclusión deducida de experimentos en el hombre es indudablemente aplicable a los problemas que crean los dolores humanos».

Función del Dolor

El dolor es siempre desagradable, y por lo tanto, se trata de evitarlo. De ahí que la conciencia aprende desde temprano a reconocer sus causas principales y se dispone a eludirlo. Se trata de una reacción de protección, no sólo en el sentido de lo que causará cuando la mano entra en contacto con el fuego, obligando a retirarla, sino más especialmente porque el recuerdo de oportunidades anteriores lleva a la persona a no permitir que la mano se coloque en situación tal que pueda quemarse. Así es que la «protección» es la función principal del dolor.

Dolor Subjetivo y Objetivo

La importancia que se asigna al dolor como factor influyente en las emociones y las reacciones humanas puede apreciarse del hecho de que haya palabras que lo expresan en todos los idiomas y que gran parte de la literatura sobre la reacción al dolor lleva implícitas interpretaciones filosóficas y de toda índole. Si llegamos a la conclusión de que el dolor no es más que la interpretación de una sensación, debe, por lo tanto, tener los atributos de una sensación y podrá dividirse en «subjetivo» y «objetivo». El primero comprende todo dolor cuyo origen no sea directamente atribuible a un estímulo provocativo de dolor físico periférico. Puede considerárselo proveniente del cerebro central en su origen. El dolor puede surgir de una acumulación excesiva de sensación objetiva, tal como las de calor, frío, hambre y fatiga. La calidad del dolor producido por el grado excesivo de sensación subjetiva difiere fundamentalmente de la que se

produce por irritación de receptores periféricos de dolor. El dolor subjetivo es de carácter y localización imprecisos, y por lo general no tiene la misma graduación de intensidad que permita calificarlo, como sucede con el dolor objetivo. El dolor subjetivo típico se presenta en los estados de emoción e histeria.

El dolor objetivo es consecuencia de algún trauma físico o disturbio patológico en el área donde se hallan localizadas las fibras receptoras del dolor. El dolor objetivo puede ser ocasionado por cambios orgánicos perniciosos (estructurales) y por desarreglos en la actividad funcional. El dolor orgánico puede clasificarse como intrínseco o extrínseco, según tenga su origen dentro o fuera del órgano en el cual se siente.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU ORIGEN

CLASIFICACIÓN	ORIGEN	TIPO
1.	INTRÍNSECO	Organico
2.	INTRÍNSECO	Funcional
3.	INTRÍNSECO	Emocional
4.	INTRÍNSECO	Histerico
5.	INTRÍNSECO	Neurotico
6.	INTRÍNSECO	Psicogenico
7.	INTRÍNSECO	Organico
8.	INTRÍNSECO	Funcional
9.	INTRÍNSECO	Emocional
10.	INTRÍNSECO	Histerico
11.	INTRÍNSECO	Neurotico
12.	INTRÍNSECO	Psicogenico
13.	INTRÍNSECO	Organico
14.	INTRÍNSECO	Funcional
15.	INTRÍNSECO	Emocional
16.	INTRÍNSECO	Histerico
17.	INTRÍNSECO	Neurotico
18.	INTRÍNSECO	Psicogenico
19.	INTRÍNSECO	Organico
20.	INTRÍNSECO	Funcional
21.	INTRÍNSECO	Emocional
22.	INTRÍNSECO	Histerico
23.	INTRÍNSECO	Neurotico
24.	INTRÍNSECO	Psicogenico
25.	INTRÍNSECO	Organico
26.	INTRÍNSECO	Funcional
27.	INTRÍNSECO	Emocional
28.	INTRÍNSECO	Histerico
29.	INTRÍNSECO	Neurotico
30.	INTRÍNSECO	Psicogenico
31.	INTRÍNSECO	Organico
32.	INTRÍNSECO	Funcional
33.	INTRÍNSECO	Emocional
34.	INTRÍNSECO	Histerico
35.	INTRÍNSECO	Neurotico
36.	INTRÍNSECO	Psicogenico
37.	INTRÍNSECO	Organico
38.	INTRÍNSECO	Funcional
39.	INTRÍNSECO	Emocional
40.	INTRÍNSECO	Histerico
41.	INTRÍNSECO	Neurotico
42.	INTRÍNSECO	Psicogenico
43.	INTRÍNSECO	Organico
44.	INTRÍNSECO	Funcional
45.	INTRÍNSECO	Emocional
46.	INTRÍNSECO	Histerico
47.	INTRÍNSECO	Neurotico
48.	INTRÍNSECO	Psicogenico
49.	INTRÍNSECO	Organico
50.	INTRÍNSECO	Funcional
51.	INTRÍNSECO	Emocional
52.	INTRÍNSECO	Histerico
53.	INTRÍNSECO	Neurotico
54.	INTRÍNSECO	Psicogenico
55.	INTRÍNSECO	Organico
56.	INTRÍNSECO	Funcional
57.	INTRÍNSECO	Emocional
58.	INTRÍNSECO	Histerico
59.	INTRÍNSECO	Neurotico
60.	INTRÍNSECO	Psicogenico
61.	INTRÍNSECO	Organico
62.	INTRÍNSECO	Funcional
63.	INTRÍNSECO	Emocional
64.	INTRÍNSECO	Histerico
65.	INTRÍNSECO	Neurotico
66.	INTRÍNSECO	Psicogenico
67.	INTRÍNSECO	Organico
68.	INTRÍNSECO	Funcional
69.	INTRÍNSECO	Emocional
70.	INTRÍNSECO	Histerico
71.	INTRÍNSECO	Neurotico
72.	INTRÍNSECO	Psicogenico
73.	INTRÍNSECO	Organico
74.	INTRÍNSECO	Funcional
75.	INTRÍNSECO	Emocional
76.	INTRÍNSECO	Histerico
77.	INTRÍNSECO	Neurotico
78.	INTRÍNSECO	Psicogenico
79.	INTRÍNSECO	Organico
80.	INTRÍNSECO	Funcional
81.	INTRÍNSECO	Emocional
82.	INTRÍNSECO	Histerico
83.	INTRÍNSECO	Neurotico
84.	INTRÍNSECO	Psicogenico
85.	INTRÍNSECO	Organico
86.	INTRÍNSECO	Funcional
87.	INTRÍNSECO	Emocional
88.	INTRÍNSECO	Histerico
89.	INTRÍNSECO	Neurotico
90.	INTRÍNSECO	Psicogenico
91.	INTRÍNSECO	Organico
92.	INTRÍNSECO	Funcional
93.	INTRÍNSECO	Emocional
94.	INTRÍNSECO	Histerico
95.	INTRÍNSECO	Neurotico
96.	INTRÍNSECO	Psicogenico
97.	INTRÍNSECO	Organico
98.	INTRÍNSECO	Funcional
99.	INTRÍNSECO	Emocional
100.	INTRÍNSECO	Histerico

INTERPRETACION DEL DOLOR

El dolor primeramente se siente y luego se localiza definitivamente a través de las sensaciones interpretativas del tacto y del movimiento. Cuando estos dos sentidos son defectuosos es difícil localizar el dolor. El dolor producido por presión sobre una superficie, se denomina ternura.

Los dolores objetivos pueden clasificarse como dolores centrales cuando la lesión se presenta en el tálamo, como en las lesiones talámicas, o en la médula espinal, como en la siringomielitis, la mielitis transversa, o cuando se halla ligada a exudados meningeos, tabes, tumores de la médula o presión excesiva por exostosis.

Las manifestaciones clínicas del dolor pariférico objetivo provienen de disturbios de los cilindros ejes, de las células de los ganglios y de los receptores de dolor. Estos disturbios pueden ser de carácter funcional, como pueden ser resultados de algún cambio en los tejidos de las zonas en que se producen los impulsos del dolor. Tales cambios pueden emanar de la irritación por inflamación, por extensión o por torsión de las fibras de los nervios, por daños ya sea químicos o térmicos, y por otras causas. El dolor objetivo puede subdividirse como sigue: 1) El dolor objetivo directo es la denominación que se da a la forma de sensación de dolor, que se percibe y que procede directamente del lugar donde se produce el estímulo primario.

2) Dolor referido es la forma de dolor en la cual ocurre un disturbio a lo largo de ciertas fibras de los nervios y de la médula, o en las raíces posteriores, o en los ganglios, o a lo largo de los troncos de los nervios o los nervios mismos. Se siente como si se produjera en la superficie de distribución periférica del nervio al cual han sido transferidos los impulsos que provocan el dolor. Un diagnóstico diferencial entre el dolor «referido» y la neuralgia, establece que el dolor neurálgico es en su comienzo paroxismal y luego se torna constante. Después de alcanzar su intensidad máxima puede continuar por mucho tiempo. Puede haber síntomas premonitores de frío, picazón en las zonas de la piel subsiguientemente afectadas por la neuralgia. El dolor neurálgico puede ser de un carácter cortante, perforante, ardiente o tirante. Su curso es a lo largo de un nervio distribuidor. El dolor puede estar igualmente en su área pequeña o grande. Los músculos comprometidos por el nervio afectado se atrofian si el dolor persiste durante un largo período.

El dolor «referido» se siente, no en su fuente de origen, sino en un área cutánea inervada a través de los mismos ganglios posteriores o raíz del nervio que sirve el área afectada originariamente. En los ganglios o la médula, los estímulos pueden también trasladarse desde las fibras del neurón primeramente involucrado hacia las de un neurón secundario en cuya área de distribución se sienta el dolor.

3) El dolor de proyección se asemeja al de una neuralgia trigeminal, como puede sentirse en los dientes aún algún tiempo después de la extracción. Se ejemplifica mejor con el dolor que aparentemente se siente en una extremidad amputada mucho tiempo después de su pérdida.

4) El dolor transferido se percibe en el área distributiva de un nervio completamente distinto del que sirve al área afectada, en la que se produce el dolor, v.g., el dolor abdominal en el caso de neumonía. Se produce de manera parecida a la del dolor «referido».

5) El dolor motivado por irritación del sistema nervioso simpático periférico es un problema confuso. Se presenta a menudo, especialmente como secuela de enfriamiento, de cansancio muscular y excesiva tensión de los fascículos musculares. En estos casos hay difusión de impulsos nerviosos a través de la red del nervio simpático hacia otros lugares aparentemente no relacionados. Allí ocurren disturbios circulatorios que traen aparejados procesos metabólicos defectuosos y causan irritación en los terminales del nervio sensorio, acompañado con el dolor que provocan. En estas áreas de metabolismo defectuoso, pueden presentarse puntos nodales sobre las cuales la presión es dolorosa en extremo y pueden causar paroxismos severos ya se haya hecho presente o no el dolor. Las alteraciones vasomotoras, tales como el enrojecimiento, pueden también producirse en el área afectada. Es característica de este tipo de cefalalgia su rápida trasiación de un área a otra no relacionada. Este dolor no es agudo; en cambio, es del tipo prolongado. Según White, la estimulación del ganglio cervical superior provoca dolor severo en la cabeza. El dolor en la parte anterior del oído puede provenir de irritación originada en el vago.

Según su origen los dolores pueden agruparse de la siguiente forma: Superficial y profundo.

Hay una diferencia marcada entre la naturaleza de los dolores superficiales y de los profundos. El superficial es en general un dolor vivo, que incita a la acción, a pelear o a huir, porque ésta es la actitud que procura la mayor atención contra los peligros externos. En cambio, el dolor profundo es un dolor sordo, que deprime e incita al reposo, lo cual es también conveniente, porque las afecciones internas suelen agravarse con el movimiento. Además, como dice Wolff con tanta gracia como exactitud: «No podemos librarnos de un apéndice inflamado echando a correr». La interpretación puede parecer excesivamente teológica, pero los clínicos son finalistas por naturaleza.

Estas diferencias entre los dolores superficiales y los dolores profundos se manifiestan también entre las reacciones respectivas. El dolor cutáneo ocasiona movimientos rápidos, taquicardia y sensación de aumento de vigor. El dolor profundo, por el contrario, produce bradicardia, caída de

la presión arterial, sudor, y, muy a menudo, náusea, la cual, aparentemente, nunca se presenta en los dolores cutáneos.

Otra diferencia entre los dolores superficiales y los profundos es que los primeros pueden localizarse con precisión y están bien delimitados; en cambio, los dolores profundos son difusos y se irradian a otras zonas distintas de donde se originó el dolor, dando lugar a los dolores referidos. La pulpitis es en un estado inicial un dolor profundo, no se puede localizar dando lugar a dolores referidos.

ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA INERVACION SENSITIVA DE LA CARA

Los impulsos de dolor son trasladados desde la periferia al cerebro por los nervios sensorios y más precisamente por las fibras conductoras de dolor de dichos nervios. Estas fibras tienen la particularidad de no tener aislamiento en su arborización terminal; o sea que les falta la vaina de neurilema. El impulso del dolor se origina en estas fibras terminales, pasa hacia arriba en las fibras y continúa a través de los ganglios posteriores y raíces posteriores. Luego penetra a la médula espinal, donde cruza y sube en el tramo espinotalámico del lado opuesto, hasta el tálamo, que es el «gran centro sensorio de percepción de dolor». Las fibras luego se extienden desde el tálamo y lo comunican con el giro postcentral del área sensoria de la corteza cerebral.

Región Nasal

La región nasal es una región impar y media, situada entre la frente y el labio superior. Corresponde exactamente a la eminencia, de forma piramidal, que se designa ordinariamente con el nombre de nariz. Es la llamada región de la nariz por ciertos autores.

Nervios. Los nervios se dividen en motores y sensitivos. Los ramos motores, destinados a los músculos, proceden todos del facial. Los ramos sensitivos, destinados a los tegumentos, emanan del trigémino por intermedio: 1) del nasal externo, que se distribuye por la raíz de la nariz y cuyo arrancamiento ha practicado BADAL en ciertos casos de glaucoma; 2) del infraorbitario, que da numerosos ramos a las partes de las caras laterales cercanas al surco nasogeniano; 3) del nasolobular, rama del nasal interno, que sale de las fosas nasales entre el hueso propio de la nariz y el cartilago lateral correspondiente y cubre con sus finas ramificaciones la región del lóbulo.

Región Labial

La región labial es una región impar y media, más ancha que alta que comprende todas las partes blandas que constituyen los labios. Forma la pared anterior de la cavidad bucal.

Nervios Los nervios de la región labial se distinguen, como los de la región nasal, en motores y sensitivos. Los ramos motores, destinados a los fascículos musculares, provienen todos del facial. Los ramos sensitivos, siempre muy delgados nacen del infraorbitario (para el labio superior) y el mentoniano (para el labio inferior;) se distribuyen por la piel, glándulas y mucosa.

Región Mentoniana

La región mentoniana es, como las dos precedentes, impar y media. Comprende la eminencia mentoniana del maxilar inferior, con las partes blandas, que por delante, la cubren.

Nervios. Son de dos órdenes, motores y sensitivos. Los ramos motores, destinados a los músculos, son proporcionados por el facial. Los ramos sensitivos, destinados a los tegumentos, provienen de dos orígenes: de la rama transversa del plexo cervical superficial y del nervio mentoniano. Este último, una de las ramas terminales del nervio dental inferior, penetra en la región por el agujero mentoniano, al mismo tiempo que la arteria homónima, dividiéndose en seguida en un pequeño ramillete de ramitos divergentes que se dirigen en todas direcciones. Este nervio es fácil de descubrir, recordando que el agujero mentoniano está situado por debajo del espacio que separa los dos primeros molares, equidistante casi del borde inferior de la mandíbula y del borde alveolar. Puede llegarse a él, sea por la cavidad bucal después de incidir el surco gingivolabial, sea por el exterior practicando la sección de los tegumentos a nivel del borde inferior de la mandíbula o a un centímetro por encima.

Región Maseterina

La región maseterina, como el músculo masetero al cual debe su nombre, se encuentra situada en la parte posterior y lateral de la cara. Comprende a la vez la rama del maxilar inferior y las partes blandas que por fuera la cubren. Algunos autores, erróneamente creemos, la describen con la región geniana.

Nervios. Están representados por las ramas ya señaladas del nervio facial y por algunos ramitos sensitivos, muy delgados, nacidos del aurículo temporal y del plexo cervical superficial (sobre todo de la rama auricular). Habitualmente, la parte anterosuperior de la región está inervada por el nervio auriculotemporal (por las anastomosis que esta rama nerviosa envía al facial), mientras que la parte pósteroinferior recibe los filetes nerviosos de la rama auricular del plexo cervical. Así nos explica el hecho de que, después de la ablación del ganglio de Gasser (observación de Fédor Krause), exista en la región maseterina una zona,

situada por delante del borde posterior de la rama del maxilar, a nivel de la cual la sensibilidad ha quedado intacta.

El compartimiento maseterino presenta hacia arriba y en su parte profunda: 1) la arteria meseterina, rama de la maxilar interna; que atraviesa de dentro a fuera la escotadura sigmoidea, llega debajo del masetero y se distribuye por este músculo; 2) las venas maseterinas, ordinariamente en número de dos que siguiendo el mismo trayecto que la arteria homónima, pero en sentido inverso, terminan en el plexo pterigoideo; 3) el nervio maseterino, rama del maxilar inferior, que también pasa por la escotadura sigmoidea y se pierde en la cara profunda del masetero. A la irritación refleja de los filetes de este nervio es debido al trismo que viene a menudo a complicar las afecciones de la muela del juicio y dificultar considerablemente la acción del cirujano. Ahora bien, una inyección de novocaina al 1 por 100, llevada hasta el contacto del nervio (basta para ello hundir hasta la profundidad de 20 a 25 milímetros la aguja de inyección en la depresión precondilea a ras del cigoma: Bercher, 1921), puede hacer desaparecer este trismo y permitir el acceso a la cavidad bucal.

Región Geniana

La región geniana (del nombre latino gena que significa mejilla) ocupa las partes laterales de la cara.

Nervios Los nervios de la región geniana se dividen en ramos motores y ramos sensitivos.

- a) Los ramos motores, destinados a los músculos, emanan de las dos ramas témporofacial y cervicofacial del nervio facial.
- b) Los ramos sensitivos, destinados a los tegumentos, provienen de varios orígenes, a saber: 1) del lagrimal, rama del oftálmico, que da su ramo malar a la piel del pómulo; 2) del bucal, rama del maxilar inferior, que se distribuye a la vez por la piel y por la mucosa que revisiten el músculo buccinador; 3) el maxilar superior, que llega a la cara por el agujero infraorbitario y se subdivide inmediatamente a un ramillete de ramos divergentes (ramillete infraorbitario) que se extiende por delante del músculo canino. Recordemos que las últimas ramificaciones del infraorbitario y del bucal se anastomozan con las del facial, formando sobre la cara externa del músculo buccinador y por debajo del tronco suborbitario el plexo bucal y el plexo suborbitario.

En el caso de neuralgia facial se practica algunas veces el descubrimiento y arrancamiento del ramillete suborbitario. La operación es fácil si se recuerda que el agujero infraorbitario, por donde salen los filetes nerviosos, está a cinco milímetros por debajo del reborde inferior de la órbita, en la unión de su tercio interno con su tercio medio; de ordinario se descubre escindiendo transversalmente tegumentos que recubren el inferior de la órbita. Velpeau lo atacaba por la boca, atravesando el fondo del saco labiogingival superior.

Región de la Fosa Cigomática

La región de la fosa cigomática, o simplemente la región cigomática, es par y cimétrica y ocupa la parte lateral de la cara.

Nervio Maxilar Inferior Tercero y último ramo del trigémino, el nervio maxilar inferior está constituido por dos raíces: una raíz sensitiva, voluminosa y superficial; y una raíz motora, pequeña y situada por debajo de la precedente.

Constitución Anatómica. Estas dos raíces, primitivamente independientes y simplemente próximas, se fusionan entre sí, a nivel o un poco por debajo del agujero oval, para formar un tronco único, que es el nervio maxilar inferior. A la inversa de las otras dos ramas del trigémino, el nervio maxilar inferior es, pues, un nervio mixto, análogo en todo a los nervios raquídeos. Sus neuralgias (neuralgias faciales), frecuentes, van acompañadas de contractura de los músculos de la cara, de donde el nombre de tic doloroso de la cara con que también son designadas.

Relaciones. El tronco del nervio maxilar inferior es muy corto, dividiéndose, poco después de su salida del cráneo, en cierto número de ramas que estudiaremos en seguida. Teniendo en cuenta sus relaciones, puede ser dividido en dos segmentos. 1) en un segmento intracraneal, extendido desde el ganglio de Gasser al orificio exterior del agujero oval; este segmento mide aproximadamente un centímetro de longitud; 2) un segmento extracraneal, que va desde el agujero oval hasta el punto en que el nervio se divide: su longitud varía de 4 a 5 milímetros por término medio.

En su segmento intracraneal, el tronco nervioso emanado del borde externo del ganglio de Gasser se introduce, después de un trayecto de algunos milímetros, en el agujero oval, conducto mejor que agujero. En este sitio está rodeado por un plexo venoso y acompañado de la arteria meningea menor.

El segmento extracraneal del nervio maxilar inferior es muy corto: el tronco nervioso se subdivide a algunos milímetros por debajo del agujero oval en un ramillete de ramas terminales. Tiene, con los vasos de la celda cigomática, las relaciones que hemos señalado precedentemente. Está cubierto por fuera por el músculo pterigoideo externo y descansa, por dentro, sobre la porción cartilaginosa de la trompa de Eustaquio que cruza oblicuamente y de la cual lo separan el ganglio ótico y el músculo pteristafilino externo.

Proyectado sobre los tegumentos de la cara, corresponde a la pequeña región triangular comprendida entre el borde inferior del arco cigomático, el borde anterior del cóndilo del maxilar y la apófisis coronoides. En tal punto, una aguja introducida perpendicularmente a la piel encuentra el nervio a una profundidad de 4 centímetros aproximadamente (Lévy y Baudouin, 1906. Método de tratamiento de las neuralgias faciales por las inyecciones de alcohol de 80º).

Ramas externas. El nervio maxilar inferior proporciona siete ramas, de las cuales tres son externas: "el nervio temporal profundo medio", "el nervio maseterino" y el "nervio bucal". Los dos primeros, el temporal profundo medio y el maseterino, pasan entre la base del cráneo y el borde superior del pterigoideo externo, yendo uno al músculo temporal y otro al masetero. En cuanto al bucal, se introduce en el intersticio que separa las dos porciones del músculo pterigoideo externo; luego colocándose en la cara interna del tendón del temporal, allí donde este tendón se inserta en la coronoides, desciende hacia el músculo buccinador. El nervio bucal proporciona ramos motores al pterigoideo externo y al músculo temporal (nervio temporal profundo anterior) y termina en la piel y en la mucosa de la mejilla. En el espacio que separa el borde anterior del pterigoideo interno del borde anterior de la coronoides no está separado de la cavidad bucal más que por la mucosa y un poco de tejido fibroso. Por esto en caso de neuralgia Panas y Holl han aconsejado descubrirlo en este sitio por una incisión hecha en la boca, inmediatamente por dentro del borde anterosuperior de la coronoides, y resecarlo por esta vía (vía bucal).

Otras ramas. El nervio maxilar inferior proporciona también una rama interna, el nervio del pterigoideo interno; una rama posterior, el nervio auriculotemporal; finalmente, dos ramas inferiores, el lingual y el dental inferior. Estos dos últimos nervios, son voluminosos y parecen continuar la dirección y el trayecto del nervio maxilar inferior; siendo ellos los que se descubren en ciertos procedimientos de resección del nervio maxilar inferior o del ganglio de Gasser para llegar, siguiéndolos de abajo arriba, hasta el agujero oval. Próximos el uno al otro, al principio de su trayecto, luego se separan en ángulo muy agudo para dirigirse, el lingual hacia la punta de la lengua y el dental hacia la espina de Spix. Situada primitivamente entre los dos pterigoideos, caminan en seguida entre el pterigoideo interno y la rama ascendente, siendo ambos, en rigor, accesibles en este sitio por la cavidad bucal, incidiendo la mucosa a 5 milímetros por dentro del borde anterior, tangible, de la coronoides (vía bucal, Michel, Letievant). Más abajo, el lingual camina debajo de la mucosa del suelo de la boca, mientras que el dentario penetra en el conducto del mismo nombre. Hemos visto antes que era posible, por medio de inyecciones hechas en este punto, por vía extrabucal (Ciezyński, 1914) o por vía intrabucal (Bercher, 1920), insensibilizar los dos nervios: es el procedimiento de anestesia regional utilizado en estomatología para operar sobre la región dentaria del maxilar inferior y en el suelo de la boca.

Ganglio ótico y simpático cefálico. En el lado interno del nervio maxilar inferior, entre este nervio y la trompa de Eustaquio e inmediatamente por debajo del agujero oval; se encuentra un pequeño ganglio, el ganglio ótico. Sus ramas aferentes proceden: del nervio maxilar inferior (raíz corta), del facial (nervio petroso superficial menor, raíz larga) del nervio de Jacobson (nervio petroso profundo menor, raíz larga) y finalmente del plexo nervioso que rodea la miníngea, media (raíz simpática). Sus ramas eferentes van al pterigoideo interno, al periestafilino interno, al periestafilino externo, al músculo del martillo, a la cuerda del tímpano y a la mucosa de la caja del tímpano.

Se admite hoy que el ganglio ótico representa, con los ganglios esfenopalatinos y oftálmicos (ganglios centrales) y los ganglios submaxilares y sublinguales (ganglios periféricos) la porción cefálica del nervio simpático mayor).

Región de la Fosa Ptérigomaxilar

La región ptérigomaxilar corresponde a la fosa del mismo nombre: está, pues, situada en la parte profunda y lateral de la cara, inmediatamente por dentro de la fosa cigomática. Considerada por la mayoría de los autores como una dependencia de la fosa cigomática (fondo de la fosa cigomática), la fosa ptérigomaxilar, atravesada por la segunda rama del trigémino, constituye, no obstante, desde el punto de vista de la anatomía, medicoquirúrgica, una región muy especial: es la región del nervio maxilar superior, así como la fosa cigomática es la región del nervio maxilar inferior.

Nervio maxilar superior. El nervio maxilar superior, rama media del trigémino, se desprende del borde inferior del ganglio de Gasser. Desde allí se dirige de atrás a delante y un poco de dentro a fuera hacia el agujero redondo mayor; sale del cráneo por este orificio y llega a la fosa ptérigomaxilar, que atraviesa oblicuamente de atrás a delante y de dentro a fuera; llegando a la parte ánteroexterna de esta fosa, se curva hacia dentro para hacerse anteroposterior, introduciéndose entonces en el surco infraorbitario y después en el conducto infraorbitario, donde lo volveremos a encontrar.

El nervio maxilar superior se acoda, pues, dos veces sobre sí mismo (en bayoneta), por lo cual presenta tres porciones una primera porción, de dirección anteroposterior, situada en el mismo cráneo y en el agujero redondo mayor; una segunda porción, oblicua hacia delante y afuera, situada en la fosa ptérigomaxilar; una tercera porción, anteroposterior como la primera, que camina por el canal infraorbitario.

Las ramas del maxilar superior son: 1) el ramo meníngeo, medio, ramo sin importancia, que se distribuye por la duramadre; 2) el ramo orbitario, que penetra en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y va anastomizarse con el lagrimal; 3) dos o tres pequeños ramitos, que van al ganglio esfenopalatino (ramos aferentes o raíces); 4) los ramos dentales posteriores, que se introducen en los agujeros del mismo nombre para ir a los molares superiores; 5) el ramo dental anterior, que desciende hacia el canino y los incisivos superiores; 6) los ramos infraorbitarios, que se distribuyen por los tegumentos de la cara. Estos últimos ramos no pertenecen a esta región,

Ganglio Esfenopalatino. Al nervio maxilar superior está anexo el ganglio esfenopalatino o ganglio de Meckel, pequeño abultamiento grisáceo, aplastado y de forma triangular, que se encuentra en la fosa ptérigomaxilar, un poco por debajo y por dentro del nervio maxilar superior, detrás de los vasos maxilares internos, por fuera del agujero esfenopalatino; pertenece a la porción cefálica del gran simpático.

Sus raíces o ramas aferentes proceden: la raíz denominada simpática del plexo carotideo; la raíz motora, del facial (nervio petroso superficial mayor). Llegan a él por mediación del nervio vidiano que está constituido por ellas. Además de la raíz sensitiva proporcionada por el glosofaríngeo, el ganglio esfenopalatino recibe otra raíz sensitiva, muy corta, que emana del nervio maxilar superior.

El ganglio esfenopalatino emite (ramas eferentes) algunas ramas que van a la mayoría de las ramas terminales del nervio esfenopalatino. En las neuralgias rebeldes del maxilar superior importa destruir el ganglio al mismo tiempo que el tronco nervioso a que va anexo; pero como es casi imposible reconocerlo en medio del tejido célulograsoso de la región, nos vemos obligados a raspar la cavidad pterigomaxilar o, mejor todavía, a seccionar el nervio al mismo nivel del agujero redondo mayor, un poco por encima del punto en que se une al ganglio.

Región Palatina

La región palatina constituye la pared superior y posterior de la cavidad bucal. Está formada, en sus dos tercios anteriores, por la bóveda palatina, y en su tercio posterior, por el velo del paladar, formaciones que son estudiadas aisladamente en Anatomía descriptiva, pero que anatómopográficamente forman en realidad una sola.

Nervios. Son sensitivos y motores:

Los nervios sensitivos son proporcionados por el ganglio esfenopalatino.

Los nervios motores, según los autores clásicos, proceden de varios orígenes: 1) de la raíz motora del trigémino para el pariestafilino externo; 2) del facial (por mediación del nervio petroso superficial mayor y del ganglio esfenopalatino) para el periestafilino interno y para el palatoestafilino y el faringoestafilino. Ahora bien: de una parte, las investigaciones experimentales de Chauveau, Vulpian, Beevoor, y Horsley, y especialmente las de Rethi; de otra parte, las observaciones clínicas de Shwalbe, Grossmann, Onodi, Spencer y Lermoyez, tienden a establecer que el facial no interviene en la motricidad del velo del paladar. El neumoespinal (o hasta tan sólo el neumogástrico, según Grabover y Van Gehuchten) inervaría todos los músculos palatinos, a excepción del periestafilino externo; el glosostafilino, el periestafilino recibirían los suyos de los ramos medios e inferiores de aquel mismo nervio faríngeo. Así se explica las parálisis asociadas del velo del paladar y la laringe (síndrome de avellis), las parálisis asociadas del velo, la laringe y los músculos esternocleidomastoideo y trapecio (síndrome de Schmidt), parálisis que, como se sabe, no son raras en clínica.

Región Sublingual

Las partes blandas que cierran por abajo la cavidad bucal afectan la disposición de un ancho canal cuya concavidad mira hacia la columna vertebral. Este canal está esencialmente formado por un músculo ancho,

el milohioideo, completado hacia atrás por el músculo hiogloso. Dos arcos óseos sostienen la región; arriba y adelante, el cuerpo del maxilar inferior (arco maxilar); abajo y atrás, el hueso hioides (arco hioideo). Una glándula (la submaxilar) planos fibromusculares y la piel cubren su cara inferior, formando la región suprahioidea y perteneciendo, por lo tanto, al cuello. Una segunda glándula (la sublingual) y la mucosa bucal cubren su cara superior; además, una masa muscular, nacida del arco maxilar y del arco hioideo, levanta la mucosa y se cubre con ella para formar la lengua; al conjunto de estas formaciones dispuestas por encima del canal precitado se da el nombre de suelo de la boca.

El nervio lingual, después de haber recorrido la región cigomática penetra en el compartimiento sublingual a nivel del último molar grande. En este punto es muy superficial estando cubierto tan sólo por la mucosa del suelo y por un poco de tejidos celular, por lo cual es fácil descubrirlo y resecarlo por medio de una incisión hecha a mitad de distancia de la encía y del borde de la lengua (Michel, Letiévani). Situado el nervio lingual primitivamente por encima del conducto de Wharton, para luego a su lado externo, después debajo de él y últimamente por dentro, abrazándolo como en una especie de bucle; por fin, termina en la glándula, así como en la mucosa del suelo y de la lengua. A veces es asiento de neuralgias que hacen precisa su resección.

Región Gingivodental

La región gingivodental comprende la porción del borde libre de las mandíbulas sobre la cual están implantados los dientes y que tapiza una porción de la mucosa bucal llamada encía.

Nervios. Todos sensitivos, proceden: 1) para la encía superior de los nervios dentales posteriores y dental anterior, ramas del maxilar superior; 2) para la encía inferior, del nervio dental inferior, rama del maxilar inferior. Estos ramos nerviosos pueden en ciertos casos ser invadidos por el proceso de esclerosis que produce la desaparición de los alvéolos y la atrofia de la encía en los viejos sin dientes, de lo cual resultan neuralgias rebeldes, descritas con el nombre de neuralgias de los desdentados, que no ceden sino a la resección del borde alveolar del maxilar.

Los nervios provienen del trigémino, el cual, como se sabe, da la sensibilidad a toda la cara. Esto nos explica las irradiaciones dolorosas extendidas a toda una mitad de la cara que acusan a veces los enfermos afectos de caries de un solo diente. Estos nervios son: para los dientes de la mandíbula superior, los dentales posteriores y el dental anterior, ramas del maxilar superior; para los dientes del maxilar inferior, el dental inferior, rama del maxilar inferior. Estas diversas ramas nerviosas se dividen en tantos ramitos como raíces existen y se dirigen hacia la pulpa, siguiendo, como los vasos, el conducto excavado en el centro de la raíz.

El nervio dental anterior se distribuye por el canino y por los incisivos superiores. Se desprende del infraorbitario un poco antes de su emergencia del agujero del mismo nombre y se dirige hacia abajo y ade-

lante, contorneando en su trayecto la parte inferior de la abertura de la fosa nasal. En este punto, el conducto óseo, muy fino, por el cual camina, forma un saliente en la superficie del suelo nasal, inmediatamente por detrás del borde óseo que limita la entrada de la fosa nasal. Ahora bien, en muchos casos, dicho conducto óseo es dehiscente y, en tal caso, como se comprende, el nervio dental está en contacto directo con la pituitaria (Clermont, 1907). Resulta de ello la posibilidad de actuar sobre el nervio, introduciendo en la parte anterior de la fosa nasal un tapón de algodón embebido en una solución fuerte de cocaína, determinando así la anestesia de los incisivos y del canino correspondiente. Este procedimiento de anestesia dental por vía endonasal ha sido aconsejado, dicho sea de paso, contra los dolores de la pulpitis o de la gingivitis, o también en el caso de avulsión de los incisivos y de los caninos superiores.

Pulpa dental. La pulpa dental está formada por tejido conjuntivo, por las ramificaciones terminales de los vasos y, sobre todo, por los nervios dentales que llegan hasta ella siguiendo el conducto excavado en el centro de la raíz.

La estructura de la pulpa, su situación en una cavidad ósea, por lo tanto inextensible, que la llena por completo, permiten comprender los dolores atroces que provoca su inflamación (pulpitis), complicación casi fatal de la caries abandonada a sí misma.

Región Tonsilar

La región tonsilar es la región ocupada por la tonsila o amígdala. Es la región de la amígdala o región amigdalina de ciertos autores.

Los nervios. Proviene de un plexo que se encuentra situado sobre la cara externa de la glándula y en cuya constitución participan a la vez el lingual y el glosofaríngeo.

NEURALGIA FACIAL

Definición

El término neuralgias es aplicado a lesiones caracterizadas por sensaciones dolorosas, las cuales ocurren en forma paroxismal. Las sensaciones dolorosas se extienden sobre las áreas sufridas por el nervio afectado.

Neuritis difiere de neuralgias en que el dolor es de carácter continuo, es usualmente acompañado de benevolencias, parestesia, anestesia, y una parálisis motriz si un nervio mixto es oprimido. La etiología de neuralgia no ha sido en definitivo probada. Se presume sea una lesión de los neurones centrales. mientras las neuritis resultan de una irritación o inflamación de los nervios periféricos.

Las neuralgias pueden envolver cualquier nervio conductor de sensaciones dolorosas, no obstante, los nervios más frecuentemente afectados son los craneales quinto y noveno. Las neuralgias de esos nervios son las mayores y se denominan neuralgias faciales.

División

Neuralgias Típicas	Neuralgia del Trigémino Neuralgia del Glossofaríngeo
Neuralgias Atípicas	Neuralgia Atípica Facial Neuralgia del Stuper o del Ganglio Esfenopalatino Síndrome de Costen
Dolor Neurálgico de Origen Dentario	Pulpitis Pericementitis Sinusitis Dientes incluidos e impactados Pacientes desdentados

Neuralgia del Trigémino

Las dos primeras ramas del trigémino, nervios oftálmico y máxilar superior, son sensitivas. La tercera rama, o máxilar inferior, es un nervio

mixto. sensitivo motor. La mayor parte de la cara, globo ocular, conjuntiva, mucosa nasal, dientes, paladar óseo, úvula amigdalas, nasofaringe y oído medio, reciben fibras sensitivas de las tres ramas del trigémino. Aunque este nervio sigue junto con el lingual; las fibras gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua proceden de la cuerda del tímpano,

La neuralgia del trigémino es enfermedad de causa desconocida, caracterizada por dolor paroxístico, intensísimo, de aparición brusca, en la zona de distribución del nervio trigémino, dolor que puede ser iniciado por la estimulación de zonas algógenas. La enfermedad sigue un curso crónico interrumpido por remisiones. Ocurre comúnmente en la quinta, sexta y séptima décadas de la vida.

En esta enfermedad, distintos autores han examinado muchas veces el ganglio de Gasser, la raíz sensitiva y las ramas periféricas del trigémino, sin descubrir datos patológicos de importancia. En neuralgia del trigémino, sea cual fuere la lesión, no es de tipo destructivo, como demuestra la ausencia de cambios degenerativos en las células ganglionares, o las fibras de las raíces sensitivas, o periféricas, y la persistencia de la sensibilidad en la zona de distribución cutánea del nervio.

El comienzo del dolor es súbito e inolvidable. El paciente experimenta un dolor brusco y agudísimo en el máxilar superior o las encías, al lado de la nariz, en el labio superior o inferior o en la mejilla por debajo del ojo. En ciertos casos el primer dolor aparece en la distribución del nervio oftálmico. Cuando se le interroga años después, el enfermo puede describir con vívida precisión lo que estaba haciendo cuando comenzó el dolor.

Los dolores iniciales suelen ser transitorios y, el paciente los describe como un "pinchazo" con un hierro al rojo blanco o con un cuchillo afilado. Los dolores pueden desaparecer tan bruscamente como se presentaron y el enfermo se siente perfectamente bien. Si el dolor aparece en la encía, se atribuye a un diente y, para el enfermo, esto basta para localizarlo con precisión. Días, semanas, meses o años después, y aunque haya extraído la pieza dentaria inocente, el dolor reaparece con la misma brusquedad. En la mayor parte de los casos, aumenta la duración del dolor, que puede irradiarse a otra rama del nervio; en ocasiones el paroxismo tiene un clímax, pero el principio y el final son muy bruscos.

Si se explora detenidamente al paciente, se observan las zonas desencadenantes de Patrick. Son áreas, de la piel, mucosa de la mejilla, lengua, encías, labio superior o inferior, ángulo o ventanas de la nariz, o cualquier otra parte de la distribución del quinto par craneal, cuya estimulación desencadena el paroxismo doloroso característico. Estas zonas desencadenantes son características de la neuralgia del trigémino y uno de sus síntomas más notables. Un ligero soplo de aire sobre la mejilla, el contacto más suave con el labio o cualquier movimiento de la cara al reír, hablar, comer, estornudar o sonarse, despiertan el dolor. Muchos pacientes no pueden tolerar el intensísimo dolor que les ocasiona lavarse o afeitarse el lado enfermo durante varias semanas la secreción sebácea y el polvo, pues no se atreven a lavarse. No es raro observar pacientes deshidratados y emaciados por que son incapaces de tomar alimentos o líquidos sin sufrir los paroxismos dolorosos, cuya espera es insoportable.

Durante el ataque, los pacientes se conducen de distinta manera. Algunos fruncen con fuerza el lado afectado de la cara y cierran los párpados; otros abren la boca, por la que escurre saliva; en los primeros, lagrimean los ojos y hay abundante sudación; algunos apoyan fuertemente la mano sobre la mejilla tratando de contener el dolor; los de más allá se colocan la mano en actitud de protección junto a la cara, pero no se atreven a tocarla. Otros

enfermos se frotan vivamente la cara durante el ataque, con tanta fuerza que se lastiman la piel.

La cara de un paciente entre los paroxismos es de abatimiento. La cara es como máscara inmóvil con miedo de cualquier movimiento que pueda atraer dolor. Si un paciente no puede hablar, lo hace por un lado de la boca, otros pacientes se envuelven la cabeza con un pañuelo o trapo para evitar corrientes de aire en el área sensitiva.

En la mayor parte de los casos, los paroxismos ceden durante la noche, sin duda porque el paciente está tranquilo y no efectúa movimientos faciales. Sin embargo, algunos enfermos experimentan dolor continuo y sólo se alivian cuando el dolor cede espontáneamente. Los intervalos indoloros varían desde el alivio completo hasta un estado en el que han desaparecido los paroxismos de dolor intenso y sólo se presentan molestias como choques eléctricos de vez en cuando. Algunos pacientes nunca pierden la hipersensibilidad de la cara, aunque la estimulación de las zonas desencadenantes no produzca el dolor y los ataques hayan cedido por completo.

A medida que pasan los años, la enfermedad se hace más crónica. Los intervalos entre los dolores se acortan, aunque la intensidad puede disminuir algo. El dolor persiste implacablemente; antes de que se conocieran los modernos métodos de tratamiento, muchos enfermos se suicidaban.

El dolor de la neuralgia del trigémino nunca se irradia atravesando la línea media; sin embargo, pueden enfermar los dos nervios: la neuralgia bilateral del trigémino no es común y casi siempre transcurren varios años antes que aparezcan en el lado opuesto.

Los tumores del ganglio de Gasser y del ángulo pontocerebeloso y los aneurismas de la arteria carótida interna pueden producir intenso dolor facial, pero las manifestaciones dolorosas duran menos y no comienzan y terminan de manera tan brusca como en la neuralgia del trigémino. Es más, los tumores y aneurismas pronto se hacen destructivos y, al explorar la zona de distribución cutánea del trigémino, se observan zonas de anestesia para una o más modalidades de sensibilidad. Al progresar estas lesiones, invaden otros nervios craneales u ocasionan manifestaciones de padecimiento intracraneal.

Muchos rinólogos atribuyen el dolor profundo y tenebrante del maxilar y la mejilla a la neuralgia del ganglio esfenopalatino. Una solución de cocaína colocada sobre la mucosa de la nariz, detrás del cornete medio, llegará al ganglio; el alivio del dolor diferencia esta neuralgia de la del trigémino.

Ciertos pacientes experimentan dolor facial que no es característico de la neuralgia del trigémino; no se observan las zonas desencadenantes. La investigación detenida de los factores etiológicos fracasa y la administración de analgésicos no alivia el dolor. Acostúmbrase diagnosticar este estado como "neuralgia atípica de la cara", por falta de datos acerca de su verdadera naturaleza.

Diagnóstico Diferencial

Desde que la neuralgia del trigémino puede ser tratada con éxito es que extremadamente sea exacta.

La hemicrania (Migraine) produce dolor de cabeza unilateral, frente y pasa dentro del ojo, la neuralgia del trigémino no está asociada con cefalalgia. El dolor por infección de un seno es más o menos constante y no paroxismal existiendo ternura local, el dolor ocurre sin excitación externa y no se agrava por lavado de la cara, hablar o masticar, no existen zonas desencadenantes como en la neuralgia del trigémino.

El dolor de un diente ocasionalmente simula neuralgia del trigémino. en este caso un cuidadoso examen oral (clínico y radiológico, etc.) revelará la evidencia de un trastorno dentario.

El dolor por carie profunda persiste aún durante la noche mientras en la neuralgia del trigémino el ataque de dolor es raramente iniciado al dormir.

La neuralgia del glosofaríngeo simula neuralgia del trigémino de la tercera rama. por ser intermitente y paroxismal. La zona desencadenante o de gatillo en la neuralgia del glosofaríngeo está en la fosa amigdalina y los paroxismos se inician al tragar, bostezar, hablar, reír, toser. El dolor como agujas se extiende a los oídos en vez de seguir las ramas del quinto nervio, si esto está en duda por medio de cocaína en la garganta anestesiarse la zona de gatillo y causará alivio temporal de la neuralgia del glosofaríngeo, no se aliviará si es neuralgia del trigémino.

Neuralgia del Glosofaríngeo

La neuralgia del glosofaríngeo es semejante a la del trigémino. Se caracteriza por aparición brusca de un dolor intolerable, paroxístico, que nace del oído, la base de la lengua o la pared posterior de la faringe. El ataque doloroso principal, que aparece y desaparece rápidamente, puede ir precedido de ligeras punzadas. El acceso puede ser desencadenado por beber agua fría, hablar, reír, bostezar, estornudar, tocarse el pabellón de la oreja, y, en la mayor parte de los casos, deglutir. Los paroxismos dolorosos son intermitentes y los ataques presentan remisiones. Las zonas desencadenantes o algógenas están en la fosa amigdalina, la pared posterior de la faringe, y menos frecuente en el pabellón de la oreja. El dolor suele ser unilateral, pero se han observado algunos casos bilaterales. La causa de la enfermedad es desconocida y no se ha descubierto una lesión que explique el padecimiento.

Los paroxismos del dolor ocurren inesperadamente y son agudos y persistentes en carácter. El dolor se origina a un lado de la garganta bajo el ángulo de la mandíbula, frecuentemente se extiende al oído. El dolor en el tímpano se siente como pinchones de muchas agujas. Los paroxismos duran de pocos segundos a tres minutos. El paciente está incapacitado para hablar, apreta invariablemente el lado de su nuca y máxilar, muerde o tose suavemente. Rehusan beber, comer y las bebidas heladas pues masticar y tragar traen el paroxismo. Hablar, toser o bostezar también desencadenan el paroxismo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: La Neuralgia del Glosofaríngeo debe ser diferenciada de la neuralgia del trigémino. Los principales puntos de diferencia son: 1) Lavar o tocar la cara no trae paroxismo; 2) La zona de gatillo no está en la cara pero si en la fosa tonsilar del lado afectado. Si la duda existe concerniente al diagnóstico, la prueba de cocaína debe ser empleada. La prueba consistente en cocainizar la zona tonsilar, a ambos lados del paladar suave y una mitad de la faringe del lado afectado con un 10% de solución de cocaína. Durante el período de anestesia el paciente es libre del dolor y está capacitado para mascar, tragar y beber agua helada. La cocainización no altera paroxismo debido a neuralgia del trigémino.

Neuralgia Atípica Facial

Esta molesta comun engañadora en Etiología y Terapia está cerca-mente relacionada con dolores de cabeza histamínicos y jaqueca (Migraine)

realmente la condición seguida representa una variedad topográfica de cada uno.

La neuralgia atípica facial fué descrita y así llamada por Glasser. No hay razón para creer que la neuralgia bucal, neuralgia de Sluder, neuralgia vidiana, dolor carotídeo sean esencialmente condiciones diferentes.

La etiología está mal definida, también la neuralgia atípica facial resulta ser una verdadera enfermedad psicósomática (Engel). El dolor facial frecuentemente parece ser únicamente una de esas elaboraciones neuróticas: una historia de quebrantamiento de nervios, alcoholismo o úlcera péptica es común en este grupo de pacientes. Fay, Hilger y otros atribuyen dilatación de la arteria carótida y ramas externas ser las responsables de estas sensaciones desagradables. Raramente un paciente nunca es aliviado por terapia quirúrgica directa a la nariz o a los senos paranasales, algunos creen que el hipotiroidismo frecuentemente causa dolor atípico facial y aconseja medicamento para la tiroides si el metabolismo basal es bajo. Enfermedades de la columna cervical como ruptura de discos o artritis pueden ocasionalmente ser acompañados por dolores de la cara y la cabeza aparentando una neuralgia típica.

Aneurismas intracraneales también son una causa de dolores faciales. La enfermedad primordialmente afecta adultos blancos principalmente mujeres en mayor número de hombres y el record personal en general es psiconeurótico, el dolor comunmente viene por la noche (4 a. m.) y comienza por el interior o por la base de la nariz en la mandíbula superior (parte alta) o justamente debajo del anillo de la órbita en la vecindad del foramen infra-orbital, es un lateral y es descrito como "taladro", "moledor", "destripador"; el dolor es fijo y no lacinante y es una verdadera neuralgia del trigémino que dura horas o días. Horiqueo y congestión nasal, se desenvuelve, como dolor de cabeza histamínico que al regarse algunas veces incluye la mitad completa de la cabeza, nuca, brazos, hombros y algunas veces hasta el calcañal. Áreas dolorosas en la cabeza y la arteria carótida son tiernas. La bifurcación carotídea puede ser, no obstante, una glándula inflamada, las áreas discretamente sensitivas y edematosas generalmente corresponden a la distribución de una división arterial específica. Los pacientes se deprimen desesperanzados y algunos se suicidan si el alivio no es obtenido.

La neuralgia atípica facial puede ser distinguida de la verdadera neuralgia del trigémino por medio del alcohol o destrucción quirúrgica de ramificaciones o raíces del quinto nervio craneal, el cual es tan efectivo en la neuralgia del trigémino pero usualmente no alivia el dolor de la neuralgia atípica del paciente, sino que, puede hacerlo peor como anestesia y parestesia sean agregadas al malestar original. En contraste con la neuralgia del trigémino, el dolor se extiende detrás de los confines de los nervios quinto y noveno y no es aliviado por medio de anestesia local, en las ramas de esos nervios; el dolor es fijo no paroxismal y no existen zonas desencadenantes (Zonas de Gatillo), el grupo es menor en edad en la neuralgia atípica que en la del trigémino o glosofaríngeo.

Finalmente los vasodilatadores hacen el dolor peor mientras que los vasoconstrictores pueden aliviarlo, lo contrario que se observa con la neuralgia del trigémino.

Diagnóstico Diferencial

- 1) No se limita el área suplida por un solo nervio, pero extendiéndose a las zonas de varios nervios sensitivos craneales y cervicales.

- 2) No se limita a un lado de la cara o cabeza pero frecuentemente hay referencias bilaterales simultaneamente.
- 3) La naturaleza de los ataques es constante más que paroxismal; dura sin ceder hasta días y meses, en vez de minutos. Exacerbaciones severas pueden sea superimpuestas.
- 4) Estímulos externos, movimientos u otra actividad del paciente no precipitan los ataques o empeoran dolores ya presentes.
- 5) Referencia de dolor profundo en vez de superficial, es la tendencia de la descripción de los pacientes, como destripador, jalador, etc.
- 6) La tendencia por la adicción a drogas en estos casos de neuralgia no ocurren porque los narcóticos proporcionan un alivio inadecuado.
- 7) Generalmente, personalidad neuropática está presente.
- 8) Ninguno de todos los criterios mencionados es esencial para el diagnóstico, más aún, el dolor de infecciones bien acentuados o de tumores en la cara, cabeza o cavidad craneal, pueden demostrarnos características similares; por lo tanto estudios del paciente son requeridos para eliminar ciertos falsos diagnósticos.

Neuralgia del Ganglio Esfenopalatino

(Neuralgia de Sluder)

La neuralgia del ganglio esfenopalatino fue descrita primero por Sluder en 1908. Este *Syndrome* se caracteriza por su localización en la parte baja de la mitad de la cara, el dolor nunca se extiende arriba del nivel del oído. El dolor puede tener una distribución ancha, ésta puede estar en la raíz de la nariz, en el área orbital, en la quijada superior y dientes, en el temporal cigoma, oído, mastoide, occipital y nuca. Este también se puede extender al hombro, brazo y dedos envolviendo primero los dedos medianos e índice. Los sitios más comunes del dolor están en la órbita hasta la región del oído, produciendo severo dolor de oídos, tinitus y aún vértigo. Ocasionalmente, hay picazón de la piel, también sordera y debilidad en los músculos de la extremidad superior. Seguido durante los ataques, una congestión de las membranas nasales, obstrucción nasal y aún lacrimación se desarrollará en la mitad afectada. El dolor puede emanar de los dientes. Los paroxismos del dolor en esta neuralgia son episódicos, recurrentes y ardorosos por naturaleza y dura de minutos a varias horas. No existen zonas de excitación (Zonas de Gatillo).

Sluder y Eagle obtuvieron alivio en varios casos mediante inyección de un 20% de solución de cocaína dentro del ganglio esfenopalatino o por cocaínización a nivel de los cornetes. Aplicación de 2% de nitrato de plata ó 0.5% formaldehído, a la misma parte de la nariz fué sugerido por Sluder como para curar o ayudar al alivio del dolor.

Es generalmente creído que esta neuralgia es debida a la vasodilatación envolviendo algunos ramales de la arteria carótida externa.

Dysart sugirió que el alivio del dolor, cuando el ganglio esfenopalatino es anestesiado, puede ser debido a una interrupción de un arco reflejo de las fibras simpáticas del ganglio.

Los síntomas de la neuralgia esfenopalatina han sido producidos por lesiones en la región cervical de la columna espinal (artritis, desviación de

disco cervical o tumor). En tales casos, el dolor del occipital y la cabeza fué considerado ser un fenómeno reflejo debido al estímulo de los nervios simpáticos y las raíces descendentes del nervio trigémino en el cordón espinal, o dolor distribuido sobre el árbol vascular de la arteria vertebral o ramales de arteria carótida externa. Remover la lesión en el área cervical controla el dolor.

Síndrome de Costen

Síndrome de Costen: Este síntoma complejo el cual debe diferenciarse con otras condiciones productoras de dolor en la región de la cara, cabeza y nuca, consiste en: dolor en las vértebras y región occipital, otalgia y glosodinia, y dolor cerca de la nariz y los ojos. Los síntomas aurales consisten: en un sentido de oído impar o sensación de aire en los oídos, tinitus y ruidos discordantes o sordera, y varios grados de dolor aurial.

La etiología y patología están íntimamente relacionadas, los síntomas aparecen como un resultado de presión y distorsión anatómica y cambios destructivos en las uniones temporomandibulares. Los cambios destructivos en esas uniones son causadas por indebidas presiones sobrenaturales sobre el menisco, fosaglenoidea y cóndilo de la mandíbula, tal presión es debida al trismus crónico (contracción tónica de los músculos de la masticación).

Entre las causas del trismus "agudos" están: bostezos, fractura de la mandíbula, dientes ulcerados, abscesos peritonsilares, parotiditis, tétano, etc.

En el grupo de trismus crónico están: la pérdida completa de los dientes molares.

El quitar el soporte molar invita a la destrucción de las uniones temporomandibulares, placas dentales mal ajustadas, dientes impactados sin salir y mal oclusión, dan origen a trismus crónico. El dolor en las vértebras y región occipital, es debido, a irritación del nervio auriculotemporal, el dolor en la lengua resulta de la presión en la cuerda del tímpano, lo mismo que el dolor en el oído.

La sensación de ruido en el oído y la condición de sordera pueden ser explicadas por la presión que causa el impacto del cóndilo sobre la trompa de Eustaquio.

El diagnóstico depende de la historia, examen clínico, y radiografías.

Costen anotó las siguientes características:

1º Pérdida de uno o varios dientes molares. 2º Sobre mordida o mal oclusión de dientes naturales o placas dentales mal ajustadas. 3º Movimientos no uniformes de la mandíbula al abrirse o cerrarse, con crepitación de la articulación; 4º Ternura de las uniones temporomandibulares a la palpación y presencia de trismus.

Costen también señaló las siguientes apariciones radiográficas.

Cambios densos en las estructuras de las uniones temporomandibulares; angostura de los espacios entre el cóndilo y la fosa glenoidea; anchura de los espacios de las uniones y excursiones del cóndilo en la posición abierta; erosión de la superficie anterior del cóndilo.

El test de tratamiento en pacientes cuyos cambios patológicos; en las uniones temporomandibulares, han resultado de carencia de soporte molar, consiste de abrir la mordida por medio de prótesis dentales.

En casos de trismus agudo, el tratamiento del mismo aliviará el síntoma.

DOLOR NEURALGICO DE ORIGEN DENTARIO

Dado que hay tendencia a postergar la visita al dentista hasta tanto el dolor lo obligue a recurrir a él, sucede comúnmente que el dolor es el mal principal que aqueja a la persona que busca los servicios del Odontólogo. Desde que son muchos los tipos de dolores dentales y dado que, además, son numerosos los orígenes del dolor dental en sus distintas categorías, el problema del diagnóstico no es siempre sencillo.

Básicamente, el dolor puede provenir de una pulpa enferma, pero con vitalidad, o de una membrana periodontal inflamada, ya sea con o sin complicación de la pulpa. Puede ser que haya normalidades fuera de la unidad dental-periodontal que den lugar al dolor referido a los dientes. La enfermedad dental puede también ser fuente de dolores referidos a otras partes, sin que el paciente sospeche el origen dental del dolor en este tipo de caso.

Origenes del Dolor

1. Dolor proveniente de la inflamación de la pulpa (dolor de muelas o dientes).
2. Dolor proveniente de pericementitis aguda o crónica (diente dolorido).
3. Dolor dental proveniente de infección del antro.
4. Dientes impactados y mal ubicados.
5. Pacientes desdentados.

1 Inflamación de la Pulpa

La pulpitis da origen a un dolor característico, agudo y cortante. Un factor importante en su intermitencia, encontrándose el paciente enteramente libre de dolor en los períodos de remisión. Frecuentemente se refiere a otro diente del mismo lado, así como en cualquier rama del quinto nervio del costado afectado. Por esta razón el paciente halla dificultad en localizar el origen y aún la naturaleza del dolor. Muchas "neuralgias" provenientes de pulpitis son atribuidas por el paciente a alguna afección específica vagamente definida. El diente que contiene la pulpa inflamada no se resiente al contacto oclusal o de percusión. Es, sin embargo, sensible a los cambios térmicos, y este dato puede ser útil en las tentativas de localización del mal. En la etapa inicial de la inflamación, denominada hiperemia activa o arterial, el dolor es causado por aplicaciones de frío y aliviado por el calor. En la etapa

avanzada, el dolor es causado por el calor y aliviado por aplicaciones de frío; esta etapa es la conocida como hiperemia pasiva o venenosa.

La pulpitis por lo común es ocasionada por caries. Esta etiología es tan común, que los dentistas a menudo se limitan a buscar el motivo del dolor debajo de las obstrucciones. En tal búsqueda siempre debe utilizarse la radiografía. La radiografía de aleta es el agente por excelencia en este procedimiento. Sin embargo, siempre debe tenerse presente que hay otras causas posibles no relacionadas con caries. Entre éstas una de las principales es la oclusión traumática.

"La tensión o carga excesiva oclusal" ha sido puesta de relieve desde tanto tiempo como factor causante de las afecciones periodontales que su significado etiológico en otros estados patológicos no ha sido objeto de la debida atención. Cuando la resistencia alveolar es suficiente para hacer frente a la demanda aumentada de oclusión traumatógena, el trastorno provocado generalmente pasa a la pulpa por vía del foramen apical. De esta manera se produce hiperemia de la pulpa y, si recibe bacterias de la corriente sanguínea, se produce la inflamación de la pulpa, quedando como secuela una mortificación de la misma si no se somete a curación.

Es común sentir dolor de origen pulpar después de la inserción de una obturación que haya aislado con una capa de cemento. Era creencia hace un tiempo que la sensibilidad se debía a los cambios térmicos que se sentían a través de una capa aislante insuficiente de cemento. Aunque es cierto que tales efectos pueden producirse, la sensibilidad, si proviene de esa causa, será pasajera, salvo que la pulpa esté seriamente afectada. Cuando persiste la sensibilidad y haya razones para creer que la pulpa está sana, se encontrará el motivo de la sensibilidad en la oclusión traumatógena. La relación traumática puede ser consecuencia de un punto alto en la obturación, en cuyo caso su constatación es fácil, como así también su corrección. Sin embargo, con igual probabilidad puede resultar que la oclusión traumatógena es una condición preexistente en la relación de las cúspides. El traumatismo de origen anterior posiblemente no haya ofrecido síntomas perceptibles, pero con la excitación provocada al preparar la cavidad e insertar la obturación, se puede haber desarrollado reacciones latentes poniendo de manifiesto los síntomas de hiperemia de la pulpa.

Asimismo, la pulpitis puede ser consecuencia de efectos secundarios como extensión de un saco de pus en el caso de lesión periodontal. Cuando el saco de pus invade la región periapical, la infección alcanza la pulpa por vía de la corriente sanguínea. Esto se ve más a menudo en los dientes de raíz múltiple, en los cuales la formación de pus se halla más avanzada en una raíz que en las otras; las menos afectadas soportan la carga oclusal y ocultan el progreso de la enfermedad. En el caso de los dientes uniradiculares, el avance de la afección periodóntica tiende hacia la pérdida de dientes antes de poner en riesgo la pulpa.

El traumatismo provocado por golpes o por morder sobre algún objeto que no cede, como por ejemplo, una madera, una piedra o un metal, puede ocasionar hiperemia de la pulpa con los síntomas de dolor que le son característicos. Puede sobrevenir inflamación y éxtasis, según la severidad del daño y la invasión de la pulpa por las bacterias de la corriente sanguínea.

2. *Pericementitis aguda o crónica*

La *pericementitis* aguda, así como la pulpitis, es de existencia común como causa de dolor dentario, y como la pulpitis, provoca un dolor muy ca-

racterístico. Tiene su asiento en la membrana periodontal. La inflamación de este tejido es, por lo tanto, localizado fácilmente por la delicadeza o resentimientos del diente al apretar o gopearlo. El dolor de la pericementitis es característico. Es constante durante todo el ataque. En su etapa inicial es un dolor sordo y no severo. Mientras se agudiza la inflamación aumenta la severidad del dolor, con tendencia a asumir carácter palpitante. El ejercicio y el agacharse aumenta la severidad del dolor.

El diente no es sensible a los cambios térmicos, salvo en las raras oportunidades en que la vitalidad de la pulpa subsiste durante el ataque de la pericementitis. Esto puede ocurrir en los dientes de raíces múltiples, que tenga un solo filere tomado constituyendo el punto focal de la pericementitis. Además, la pericementitis puede sobrevenir antes de que la pulpa haya desaparecido enteramente, dando lugar a la confusión de síntomas.

En la pericementitis el diente afectado queda a veces levemente desalojado de su alvéolo, enterándose el paciente de su alargamiento cada vez que cierra sus mandíbulas. La presión adicional sobre el diente durante los contactos oclusales causa exacerbación de todos los síntomas.

Desde que la pericementitis aguda siempre se asocia con la muerte de la pulpa la infección que sigue a la muerte de la pulpa y su causa real, es de interés académico solamente. El alivio depende de asegurar el drenaje del espacio periapical del diente afectado.

La pericementitis crónica proveniente de inflamación subaguda causada por muerte de la pulpa, es de rara ocurrencia. Debido a su carácter benigno y falta de tendencia a la formación de abscesos, es desorientadora. Por ello puede atribuirse a oclusión traumática; si así se diagnóstica y la oclusión se alivia, el dolor puede calmarse por un tiempo. La reaparición de los síntomas indicarán el camino hacia el diagnóstico correcto de la condición; éste puede ratificarse con las pruebas de vitalidad de la pulpa y la radiografía.

No obstante, la pericementitis crónica es generalmente parte del síndrome de periodontitis crónica. Como tal, rara vez se caracteriza por el dolor, excepto cuando sobreviene un absceso paradontal. La pericementitis crónica puede producirse en los dientes posteriores, superiores, por extensión del proceso inflamatorio de un antro infectado, y, en tales circunstancias, se siente dolor localizado en estos dientes. Se caracteriza particularmente por exacerbación al saltar, bajar una escalera o agacharse. No es severo, salvo que el diente carezca de pulpa o tenga pulpa en degeneración.

3.

Infección del Antro

Se ha dicho que la infección del seno maxilar o antro puede causar pericementitis crónica en los ápices radiculares de los dientes que estén estrechamente ligados a dicha cámara. Como una parte de la inervación pulpar de esos dientes deriva del nervio alveolar superior posterior situado en el antro, la infección que se produzca dentro de esta cavidad frecuentemente causa dolores neurálgicos referidos a uno o más de estos dientes. El dolor puede confundirse con el de la pulpitis verdadera.

Dientes Incluidos e Impactados

Todos los dientes humanos, tanto temporarios como permanentes quedan incluidos fisiológicamente, durante un período más o menos largo, en los maxilares primero, y debajo de las mucosas después, y solo cuando han ad-

quirido cierto desarrollo hacen su aparición en la cavidad bucal para ir a ocupar el sitio que les corresponde en el arco dentario.

La verdadera inclusión es aquella que se produce más allá de las épocas normales de la erupción del diente afectado.

Muchas son las causas que pueden dar lugar a esta inclusión, debiendo citarse en primer término las anomalías de desarrollo del diente, las que pueden producirse en cualquier período de la formación del germen y aun hasta la definitiva calcificación de la corona y de la raíz. Pero indudablemente, las causas que producen con mayor frecuencia las inclusiones de los dientes permanentes, que son las que más nos interesan son: 1) falta de desarrollo del maxilar; 2) falta de espacio en el sitio correspondiente; 3) persistencia del diente temporario homónimo; 4) anomalía de las raíces de los dientes vecinos; 5) calcificación exagerada del hueso en el sitio que va a ocupar el diente, lo que se debe por lo general, a la pérdida prematura del diente caduco; 6) mala posición del germen dentario; 7) desarrollo incompleto de la raíz; 8) presencia de quistes o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente; 9) existencia de dientes supernumerarios

La existencia de dientes incluidos puede pasar inadvertida, tanto para el paciente como para el profesional, pues a veces no existen síntomas clínicos subjetivos, y en cuanto a los objetivos, es decir, ausencia del diente, puede ser ignorada por el enfermo y hasta por el profesional sino realiza un minucioso examen clínico y radiológico. No hay duda que en la época anterior al descubrimiento y aplicación práctica de los Rayos X, tienen que haber sido muchos los dientes incluidos que acompañaron a sus portadores hasta su muerte, algunos sin haber producido trastornos de ninguna clase, y otros habiéndolos producido, pero sin que se les haya adjudicado el ser la causa de ellos. Con mucha frecuencia, la inclusión de un diente se descubre por casualidad al tomar una radiografía de la zona correspondiente, en el curso del tratamiento de una pieza dentaria de la región o al tomar una radiografía de la cabeza por causas no dentarias.

Los trastornos que pueden provocar un diente incluido son muy variados: 1) trastornos mecánicos; 2) trastornos infecciosos y principalmente trastornos neurálgicos.

Algunas veces los arcos dentarios aparecen completos sin ningún diastema y solamente una observación detenida nos demuestra por ejemplo la persistencia de un canino temporario o la ausencia del canino definitivo, estando ocupado el sitio de éste por el primer premolar. En este caso la exploración y la palpación pueden darnos signos más o menos precisos sobre la existencia de un diente incluido, pero indudablemente será la radiografía la que nos ilustrará definitivamente de su existencia y de esta manera poder establecer la situación exacta que ocupa en el maxilar.

Si se trata del maxilar superior estableceremos las relaciones que tiene con las raíces de los dientes vecinos y con las cavidades de la cara y si se trata del maxilar inferior las que presente con las raíces de los dientes vecinos, y con el conducto dentario

El tercer molar en posición normal se encuentra a una distancia variable del conducto dentario, pero por lo general está alejado de él, cuando el diente permanece incluido, esta relación suele ser mucho más íntima.

El conducto dentario está generalmente en íntima relación con el diente, ya sea por sus raíces, en las inclusiones verticales y mesioangulares, o con todo el diente en ciertas inclusiones horizontales profundas.

Si los dientes incluidos han provocado un estado neurálgico, la indicación de la extracción es necesaria y obligatoria pues este estado es ocasionado

única y exclusivamente por presión e irritación en nervios, o filetes nerviosos, o en piezas dentarias vecinas que en este caso se denomina *impacto*.

Pero, si casualmente descubrimos un diente incluido en cualquiera de los dos maxilares, es un sujeto que no padece trastornos de ninguna especie. *"Debemos ser parcos en aconsejar su extracción"*. Eso sí, cuando hayamos descubierto un diente incluido que no haya provocado accidente o trastorno alguno y al que por lo tanto hayamos resuelto conservar, debemos informar al paciente de su existencia y aconsejarle que *"Si en un futuro experimenta dolores locales o irradiados, si es afectado por una neuralgia facial aparentemente de causa desconocida, si en pocas palabras, llega a sufrir trastornos de cualquier naturaleza, informe a su Médico u Odontólogo que tiene un diente incluido y quizás ese sea el momento indicado para extraerlo"*.

Pacientes Desdentados

Los pacientes desdentados se quejan siempre de dolor en cierta área bien definida de las encías, que es generalmente constante en el mismo individuo. Recopilando los datos de la historia del caso, se encuentra que el dolor existía desde antes que se practicaran las extracciones. El síndrome original se altera a consecuencia de los trastornos ocasionados por las extracciones. En estos casos están justificadas las inyecciones de alcohol. Muchas veces las intervenciones en los dientes o en las encías, o en ambos, no fueron con el objeto de aliviar el dolor, sino más bien para suprimir algún estado patológico o para corregir las irregularidades de los arcos alveolares. El dolor principió después de la operación quirúrgica y es diferente al de la verdadera neuralgia del trigémino.

El dolor comienza al tocar ciertos puntos, pero es súbito y de carácter punzante, comparable a una descarga eléctrica; no tiene radiaciones reflejas periféricas a las otras ramas del nervio trigémino. La duración es de uno a dos segundos y puede repetirse tantas veces como se desee sin necesidad de poner al paciente en un estado de aprensión. Hay con frecuencia periodos de remisión; sin embargo, los pacientes no quieren usar las dentaduras porque "les molestan constantemente", o porque "les lastiman al empezar a comer". Al interrogar a estos pacientes sacamos en conclusión: que se trata de un dolor suave, continuo, que se exacerba al tacto. Cuando la escarificación y la alveolectomía son ineficaces bien puede ser que la causa de estas neuralgias sea que los filetes terminales de los nervios están aprisionados en el tejido cicatrizal. En tales casos se usarán inyecciones de alcohol para evitar el dolor al paciente durante el periodo de cicatrización.

Otros pacientes desdentados llegan al consultorio en busca de alivio de un dolor reciente, situado en un lugar especial en la encía, la lengua o la mejilla y que sobreviene al usar la dentadura o al comer con ella. Algunas veces el dolor es continuo, otras no, pero se produce en forma de ataques periódicos, con remisiones completas. Cuando el dolor es continuo, no pueden tolerar el contacto con la dentadura; el área hipersensitiva se encuentra en algunas ocasiones en la mejilla y cualquiera irritación en esta área da origen a un ataque de "tic doloroso". La mejilla se contrae produciendo una distorsión de la cara, en particular de los labios y del ángulo de la boca del lado afectado. El paciente se chupa la mejilla en las convulsiones espasmódicas que principian durante el ataque. Existen periodos aparentes de remisión completa, pero si se hace una mayor investigación, se comprobará que los pacientes sienten una sensación de ardor durante los intervalos. Al practicar el exámen local se encontrará una área ulcerada sobre la mucosa, que puede

considerarse como una zona de excitación refleja. En estos casos no se trata de una neuralgia mayor del trigémino, que se cura al corregir la dentadura artificial. Se hará el exámen de la boca en los pacientes desdentados, primero sin la dentadura artificial y después con ésta colocada en su lugar. Se tomará en consideración el tiempo que ha transcurrido desde que la dentadura artificial está en uso, así como el tiempo o los períodos durante los cuales el paciente haya suspendido por alguna razón el uso de la dentadura artificial.

Los defectos de la oclusión de las dentaduras artificiales, tales como en los casos en que se haya dejado la relación maxilomandibular más allá de los límites normales "mordida cerrada", tendrá como resultado la presión o esfuerzo excesivo de la articulación temporomandibular, que se traducirá en dolor en la porción posterior del maxilar superior. Si la molestia o el dolor que impide el uso de la dentadura principió en la región contigua a la tuberosidad maxilar, se forma un círculo vicioso, que es el resultado de la irritación de algunas terminaciones nerviosas del nervio alveolar (dentario) posterosuperior: el enfermo no usa la dentadura, porque le molesta; pero si no usa la dentadura, el esfuerzo excesivo sobre la articulación temporomandibular le produce dolor.

Si se practica el examen de la boca con la dentadura artificial en su lugar, se comprobará que las piezas protéticas carecen de las cualidades fundamentales de una buena dentadura artificial. El mal ajuste de las dentaduras tiende a desvirtuar el objeto para que fueron hechas. Si son demasiado gruesas o ásperas, producirán una irritación de la mucosa de las mejillas o de las encías, causando dolor o una hipertrofia de las partes que entran en contacto. 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 menor del trigémino. El tratamiento estriba en la corrección de la dentadura artificial.

CASUISTICA

Los casos que a continuación expongo son tomados del Archivo del Hospital Rosales, Facultad de Odontología, algunos casos que gentilmente me han proporcionado y otros de mi experiencia particular.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a los Doctores: MARIO ROMERO ALVERGUE, ANTONIO RAMIREZ AMAYA, ANTONIO PINEDA M., ERNESTO ROMERO HERNANDEZ, por su espontánea y desinteresada colaboración.

Caso No. 1

L. P. V. - 29 años - Femenino - Oficios Domésticos - Lugar de Origen: Chalatenango - Número de Archivo del Hospital Rosales: 120598.

Historia del Paciente: El 21 de Mayo de 1953 ingresó al Hospital Rosales por herida de bala de calibre No. 22 perforándole la cara a nivel del pómulo izquierdo, la bala se alojó en el vértice del peñasco, el paciente sanó de esto y salió del Hospital el 11 de Abril de 1953.

El 3 de Marzo de 1959 el paciente vuelve a consultar por un dolor agudo de cabeza y cara localizándose más en el maxilar superior inferior del lado izquierdo, el dolor se ha vuelto continuo y se agranda cada vez más diagnosticándose por el mismo expediente del enfermo neuralgia esencial del trigémino post-traumática.

Tratamiento Quirúrgico: Neurotomía (retrogasseriana izquierda, paciente curado egresado del Hospital el 14 de Abril de 1959.

Caso No. 2

G. R. M. - 50 años - Femenino - Oficios Domésticos - Lugar de Origen: La Unión - Número de Archivo del Hospital Rosales: A-128910

Historia del Paciente: El 25 de Enero de 1960 ingresó al Hospital por dolor en la cara. Refiere el paciente que hace 2 años le extrajeron la cordal superior derecha; continúa sintiendo dolor agudo como jalones que se le irradia a todo el maxilar superior e inferior hasta el cóndilo y a la línea media, el dolor ha ido aumentando, se le quita a veces durándole muy poco tiempo quitándosele y volviéndole aparecer siempre con mayor intensidad, el comer le precipita el dolor, lo mismo que las cosas ácidas.

Encontrándose zonas desencadenantes en los labios. Diagnóstico: Neuralgia del trigémino derecho de la segunda y terceras ramas. Tratamiento Quirúrgico: Neurotomía retrogasseriana derecha. Diagnóstico Post-Operatorio: Neuralgia del trigémino de segunda y tercera ramas.

Caso No. 3

F. C. de L. - 65 años - Femenino - Oficios Domésticos - Lugar de Origen: Chapeltique - Número de Archivo del Hospital Rosales: B-393.

Historia del Paciente: Ingresó el 5 de Enero de 1960. Dice el paciente que hace más de dos años padece de dolor en la cara localizándolo en el lado derecho, y cuando lo tiene no le permite hablar ni comer a causa de la misma intensidad, siente como destemplada la boca, creyendo se trataba de la dentadura tal padecimiento se mandó extraer todas las piezas dentarias sin haber tenido ninguna mejoría en su padecimiento, el dolor se presenta muy agudo y es desesperante más o menos continuo apenas influenciado por los analgésicos, el dolor aumenta al comer, lavarse la cara, en los últimos meses los ataques dolorosos son más frecuentes y las crisis más severas y continuas. Los rayos X negativos, senos negativos, paciente edentulo. Diagnóstico: Neuralgia esencial del trigémino. Tratamiento Quirúrgico: Neurotomía retrogasseriana derecha. Diagnóstico Post-Operatorio: Neuralgia esencial del trigémino. Paciente curado, egresó del Hospital el 7 de Febrero de 1960.

Caso No. 4

M. B. - Masculino - Americano residente en San Salvador, consulta por dolor en la raíz de la nariz que se extiende a la parte profunda de la cara, dolor en la parte profunda del ojo y región cervico occipital. El carácter del dolor es continuo con exacerbaciones frecuentes.

El examen clínico neurológico y oftálmico negativos a excepción de una sudoración profusa en la región cervical.

Exámenes de Laboratorios: negativos. Examen Radiológico de la columna cervical muestra una artritis degenerativa de la región.

Diagnóstico: Síndrome de Sluder por irritación simpática de un proceso artrítico cervical.

Tratamiento: Tracción cervical, calor externo e hidergina.

Este paciente obtuvo un resultado satisfactorio en tres semanas, en visitas subsiguientes es categórico el decir que ocasionalmente tiene sus molestias y cede al antedicho tratamiento con prontitud.

Caso No 5

M. E. de A. - 33 años - Femenino -

En 1958 consulta por un fuerte dolor agudo en la cara y cabeza y más marcado en la ceja izquierda: Adolecía también de una rinitis vasomotora con obstrucción nasal y sensación de llenazón en los oídos.

En Septiembre de 1959 vuelve a consulta por dolor fuerte en la cara que le desaparece y vuelve a aparecer siempre con mayor intensidad. No existen náuseas, ni vómitos, ni lagrimeo.

Se remite al paciente al Neurólogo, quien diagnostica neuralgia del nervio trigémino, de la segunda y tercera rama e instruye tratamiento de Vitamina B 12 de 1000 mg. y analgésicos.

Pocos días después consulta nuevamente al Otorrinolaringólogo cuyo examen resulta negativo en todo y éste lo remite al Odontólogo para descartar toda patología dental haciendo un examen minucioso. El Odontólogo reporta examen negativo a patología dental, en vista de este reporte el Neurólogo sospecha cefálea histamínica lo mismo que el Otorrinolaringólogo y se le instruye tratamiento apropiado sin ningún resultado.

La paciente sale al extranjero (Nueva York) consultando con Neurólogos y Otorrinolaringólogos quienes nuevamente la refieren al Odontólogo, el cual encontró la tercera molar inferior izquierda en mala posición extrayéndosela inmediatamente. Desapareciendo de esta manera toda neuralgia y cefalea, la paciente regresa curada.

Caso No. 6

A. L. L. - 15 años - Femenino.

11 de Junio de 1955 - Consulta por dolor en el oído derecho y mitad derecha de la cara.

Historia del Paciente: Más o menos un mes padece de otalgia derecha cuya intensidad se presenta más al cepillarse los dientes. No existiendo zonas de excitación. No existe sordera ni tinitus. No existe catarro ni obstrucción nasal. Canales auditivos y tímpano normales, siendo el resto del examen del Otorrinolaringólogo, negativo. Diagnosticando otalgia referida. Refiriendo la paciente al Odontólogo para descartar cualquier patología dentaria, el reporte del Odontólogo fué negativo. La paciente consulta con el neurólogo que sospecha neuralgia del trigémino, e indica tratamiento con vitamina B 12 y analgésicos y alcoholización.

La paciente viaja a EE. UU. consultando con el Otorrinolaringólogo quien la remite al Odontólogo, encontrando el canino superior derecho incluido e impactado.

El canino es extraído y desapareció la otalgia. La paciente regresó curada.

Caso No. 7

D. R. - 48 años.

Consulta por dolor fuerte que desaparece y vuelve aparecer en la cara y órbita, de 2 meses y medio de duración.

Historia del Paciente: El dolor apareció en una forma muy brusca, como si le hubieran metido un clavo y desapareció un rato después.

La aparición de los dolores ha seguido y su duración ha aumentado siendo en este momento de una forma continua e inaguantable. La paciente consulta al dentista pues sospecha que allí estuviera la causa a pesar de que en su vida no le hubiera dolido una muela.

El examen presentó toda la dentadura erupcionada y en perfectas condiciones a excepción de la primera molar inferior izquierda que presentó carie de cuarto grado. Se diagnosticó pulpitis aguda y se hizo la extracción; la paciente regresó pocos días después, mostrando su agradecimiento pues desapareció toda molestia.

Discusión de los Casos

En el caso No: 1:

El paciente con su historia de herida de bala, las radiografías mostrando la bala alojada en el vértice del peñasco. Consulta 7 años después un estado doloroso de la cara, es de sospechar que es este cuerpo extraño el causante de este padecimiento.

El diagnóstico de Neuralgia del Trigémino posttraumática no sería apropiado, puesto que la Neuralgia del Trigémino no tiene etiología definida, es idiopática y en este caso sí existe una etiología que es la irritación de

la bala. Creo sería más conveniente llamarla en este caso Neuralgia Secundaria del Trigémino.

En el caso No. 2:

En este paciente la distribución del dolor se limitaba al área del quinto nervio craneano, derecho, el carácter del dolor es paroxismal, localizado y agudo, había factores externos que lo precipitaban, zonas de gatillo también presentes en el labio, y la edad del paciente 50 años. Por todas estas características se diagnosticó Neuralgia del Trigémino.

En el caso No. 3:

El paciente en este caso localiza perfectamente el dolor en el lado derecho de la cara, el carácter del dolor es agudo y localizado, la duración del mismo es de minutos y desaparece, apenas influenciado por los analgésicos. El comer, lavarse, desencadenan el dolor o lo vuelven más grave, la edad del paciente: 65 años, todos estos factores son típicos de una Neuralgia del Trigémino; sin embargo el dentista extrajo todas las piezas dentarias. En este caso una relación médico dental, le hubiera significado al paciente conservar sus piezas dentarias.

En el caso No. 4:

En este caso la localización del dolor es propia de Neuralgia Atípica. El carácter del dolor no es de Neuralgia Típica, puesto que el área no es definida, es un dolor profundo, el dolor no es paroxismal, y no presenta factores desencadenantes, no existen zonas de gatillo, existe excitación del sistema nervioso autónomo: sudoración en la región cervical y existe etiología definida, que es la artritis de la columna cervical, por lo tanto en este paciente se diagnostica Síndrome de Sluder, por irritación simpática.

En los casos No. 5 y No. 6:

Podemos hacernos una idea de que a pesar de la coordinación Médico-Odontológica que existía no se pudo llegar al diagnóstico. El Dentista tenía en sus manos el diagnóstico del paciente, pero por no aplicar todos los procedimientos de diagnóstico dió un dato de negatividad a patología dentaria a pesar de que existía y en estos casos se debe ser muy minucioso en los exámenes.

En el caso No. 7:

Este paciente presentaba dolor facial sin una localización precisa, se pudiera haber sospechado de una neuralgia atípica por el tipo de dolor, sin embargo el examen clínico presentó la pieza dentaria con carie de 4º grado, la cual había provocado una pulpitis, siendo ésta la causa del estado neurálgico facial. El diagnóstico fué correcto lo mismo que el tratamiento, pues la paciente curó de su padecimiento.

Revisión de 24 casos de Neuralgia Faciales archivadas en el Hospital Rosales, correspondientes a los años 1958 - 1959 - 1960, proporcionando los números de los archivos correspondientes:

NEURALGIAS FACIALES

No. Archivo	Sexo	Edad	Resultado	Sala de Servicio
120598	Femenino	29 años	Curado	3a Cirugía Mujeres
A-116531	Masculino	52 "	Curado	3a Cirugía Hombres
1901	Femenino	27 "	Mejorado	3a Cirugía Mujeres
A-128893	Masculino	45 "	Curado	3a Cirugía Hombres
A-128910	Femenino	50 "	Curado	3a Cirugía Mujeres
A-49831	Femenino	85 "	Curado	Pensionado General
A-88987	Femenino	43 "	Curado	3a Cirugía Mujeres
163710	Masculino	22 "	Curado	3a Cirugía Hombres
14392	Femenino	20 "	Curado	Pensionado General
51618	Femenino	38 "	Curado	1a Cirugía Mujeres
A-59483	Femenino	20 "	Curado	3a Cirugía Mujeres
A-93862	Masculino	69 "	Curado	Pensionado General
97823	Femenino	47 "	Curado	3a Cirugía Mujeres
A-95028	Masculino	60 "	Curado	Pensionado General
62788	Femenino	27 "	Curado	Pensionado General
B-7793	Femenino	72 "	Mejorado	3a Cirugía Mujeres
A-105814	Femenino	"	Mejorado	6a Cirugía Mujeres
B-393	Femenino	65 "	Curado	3a Cirugía Mujeres
147756	Femenino	44 "	Mejorado	3a Cirugía Mujeres
A-58025	Femenino	21 "	Mejorado	Pensionado General
A-3408	Femenino	60 "	Mejorado	3a Cirugía Mujeres
A-124673	Masculino	49 "	Curado	Pensionado Especial
A-101523	Femenino	72 "	Mejorado	2a Cirugía Mujeres
101892	Masculino	42 "	Curado	3a Cirugía Hombres

Grales.	H. Clínica	Ex. Clínico	Ex. Radiog.	Diagnóstico	Tratamiento
G. H. 20 años Femen. Of. Domest	Dolor y hormigueo en la cara. Región izquierda. Especialmente en la mandíbula. Duración 4 años.	Presencia de caries. Mala higiene. Boca en malas condiciones.	Tercera molar impactada y caries.	Dolor neuralgiforme por impacto y focos infecciosos dentarios.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo las molestias.
M. A. S. 24 años Femen. Of. Domest	Dolor neuralgiforme en región inf. izq. Duración 3 años.	Carie 4º grado de 2a molar izq. Resto relativamente normal.	3a. molar impactada y premolar aberrante juntas. Absceso en 2a. molar inf. izq.	Impacto de 3a. molar inf. izq. y premolar aberrante, molar lesia.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo toda molestia.
A. V. 24 años Femen. Ofic. Domést.	Dolor en todas las piezas dentarias inf. de 6 meses de duración. Acentuándose más antes de la consulta pues el dolor se localiza en toda la cara, lado izq.	Mucosa oral normal dentadura en reg. condiciones Gingivitis en la región 3a. molar inf. izq.	3a. molar parcialmente impactada. Zona radiolúcida en porción retro-molar.	Impacto de 3a. molar inf. izq. con gingivitis pericoronaria.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo toda molestia.
A. G. A. 17 años Femen. Estud.	Dolor en toda la cara especialmente mandíbula der. Dolor insoportable, llegándole al oído lo describe como aguja que se le mete.	Mucosa oral normal cúspide de 3a molar inf. der. apenas visible.	Impacto de 3a molar der. contra la 2a. molar.	Dolor neuralgiforme de la emicara der. y región auditiva externa por 3a molar inf. der. impactada.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo toda molestia.
J. J. M. 32 años Masc. Tejedor	Dolor agudo y tumoración en maxilar inf. lado izq. malestar gral. de 3 semanas duración estado gral. delicado	Mal higiene. Fístula en 1a. y 2a. molares gingivitis 3a. molar. Sin erupción resto de los dientes en mal estado.	3a. molar inf. izq. impactado con la 2a.	Dolor neuralgiforme e inflamación por impacto de 3a. molar inf. izq.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo toda molestia.

Gratos.	H. Clínica	Ex. Clínico	Ex. Radiog.	Diagnóstico	Tratamiento
G. S. 35 años Masc.	Dolor en la mandíbula izq. que ahora se le agudiza.	Gingivitis a nivel de la 3a. molar inf. izq. resto relativamente normal.	3a. molar inf. izq. incluida impactando a la 2a.	Dolor por impacto de 3a. molar inf. izq.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo toda molestia.
G. V. 18 años Estud.	Dolor en la mandíbula de 2 semanas duración. Imposibilidad de masticar. El dolor se agudiza al momento de consulta	Mucosa oral normal dentadura en buenas condiciones gingivitis.	3a. inf. izq. incluida impactando a la 2a. zona radioluciente retrómolalar.	3a. inf. impactada e incluida y pericoronitis.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo toda molestia.
J. C. 25 años Masc. Ofic. Dom.	Dolor al abrir y cerrar la boca focalizado en la región mandibular izq.	Examen oral normal excepto región mandibular izq. inflamada y dolorosa al tacto.	Impacto de 3a. molar inf. izq. cañal en 2a. molar inf. izq.	3a. molar impactada.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo toda molestia.
O. A. F. 25 años Masc. Mec.	Dolor y prurito en mejilla der. que va del cóndilo del molar inf. al mentón de la región der. duración 1 mes.	Mala higiene. Caries. Zarro en abundancia.	3a. Molar inf. der. erupcionando anormalmente.	Impacto de la 3a. molar inf. der.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo las molestias.
E. I. R. 19 años Femen. Estud.	Dolor en la región molar inf. der. que sobrevino después de rellenar la 2a. molar inf. der. el dolor agudo que le impide comer.	Examen oral normal presencia de caries en la 1a., 2a. y 3a. molar inf. izq.	Obluraciones radiopacas en 1a. y 2a. molar inf. der. 3a. molar inf. impactada incluida.	Impacto de 3a. molar inf. der.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo las molestias.

Grates.	H. Clínica	Ex. Clínico	Ex. Radiog.	Diagnóstico	Tratamiento
R. R. M. 30 años Masc. Zapat.	Dolor en la cara lado izq. 10 días duración el dolor se localiza más en la región molar izq. superior.	Presenta caries Zario, mal higiene y dice que hace 1 año le extrajeron la molar sup izq.	Resto radioclar en el seno se remite al O. T. R. L.	Sinusitis Maxilar.	Tratamiento Quirúrgico, Desaparecieron las molestias.
M. L. H. 24 años Fem. Modista	Dolor sordo en la región molar der. sup. sin poder localizar la pieza, días antes tuvo catarro.	Todos los tejidos blandos normales dolor a la percusión en zona molar der. y sensación de pesantez en el pómulo	Examen radiográfico dental negativo se remite al O. T. R. L. por sospecha de sinusitis.	Sinusitis maxilar aguda der.	Tratamiento Médico. Desaparecieron las molestias.
N. L. de A. 22 años Fem. Domest.	Dolor sordo en la región molar der. sup. sin poder localizar la pieza, días antes tuvo catarro.	Todos los tejidos blandos normales piezas dolor a la percusión en zona molar der. y sensación de pesantez en el pómulo.	Obluraciones Radiopacas normales en buen estado se remite al O. T. R. L.	Sinusitis maxilar aguda der.	Tratamiento Médico. Desaparecieron las molestias.
M. C. M. 40 años Femen. Domest.	Dolor agudo en todo el maxilar cuando se baña la hizo llorar, era un dolor desesperado.	Tejidos blandos normales poca incidencia de caries las molares no doblan a la percusión	Residiva de caries en la 2a. molar y calcificaciones pulpares.	Pulpitis de la 2a. molar por irritación de carie residual y nódu- los pulpares,	Conservador.

Grales.	H. Clínica	Ex. Clínico	Ex. Radig.	Diagnóstico	Tratamiento
G. A. 20 años Femen. Domest.	Dolor no localizado en la reg. der. del maxilar inf. padeciendo dolores de cabeza frecuentes. Pero no puede localizar la pieza; el dolor tiene 2 meses duración.	Las piezas dentales presentan observación de amalgama, se comprobó que ninguna estaba alta no hay caries.	Los Rayos X mostraron una zona radiopaca en la pulpa de la 3a. molar inf. der.	Pulpitis por nóduo pulpar.	Quirúrgico.
G. L. 21 años Masc. Agric.	Refiere dolor fuerte pero se le quitó en el lateral sup. pero nuevamente apareció y es constante.	Tejidos blandos buen estado piezas dentarias molares han sido tratadas.	Rarefacción periapical y carie perforante.	Pulpitis y pericementitis.	Conservador.
C. B. 19 años Femen. Sec.	Dolor en la parte posterior der. maxilar inf. no pudiendo localizar la pieza dentaria.	Tejidos blandos buen estado poca incidencia de carie la. molar inf. der. presenta carie 40 grado poco dolor en la percusión.	Carie perforante tomada la cámara pulpar pequeña rarefacción en la raíz distal de la pieza.	Pulpitis y pericementitis.	Quirúrgico.
V. M. 28 años Masc. Obreiro	Hace 2 años le rellenaron las 2a. molar pero un día por deslizar un bote, se le quebró la muela; sintió un dolor no muy fuerte pero estos últimos días es agudo e insoportable.	Tejidos blandos en buen estado 2a. molar inf. der. fractura coronaria con exposición pulpar.	Obturación radiopaca fractura distal de la corona rarefacción periapical e interradicular de la 2a. molar inf. der.	Pulpitis y pericementitis.	Quirúrgico.

Grates.	H. Clinica	Ex Clínico	Ex. Radiog.	Diagnóstico	Tratamiento
M. R. Femen. Estud.	Fuerte dolor continuo en la 1a. molar der. agrandándose más en la masificación pero en estos últimos días ha sido más fuerte.	Mucosa oral normal y limpia poca incidencia de la molar inferior. Periapical difusa en la raíz y cambios iérmicos.	Obliteración radiopaca en la 1a. molar inferior. rarefacción periapical difusa en la raíz.	Pulpitis y pericementitis por perforación del cuerno distal.	Quirúrgico.
T. G. Z. 35 años Fem. Domest.	Cefalalgia y dolor en la bóveda palatina. 8 meses de duración. Desapareciendo. Volviendo fuertemente en la cara 3 días antes de consulta.	Tumoración en el paladar en la región anterior cañales en el lateral der. e inscrustración en el central. Mala higiene	Rarefacción Periapical bien circunscrita región lateral der.	Quiste radicular por necrosis del lat.	Tratamiento Quirúrgico. Desaparciendo las molestias.
C. A. 33 años Fem. Domest.	Dolor pulsátil en la región I. L. S. I. extendiéndose a la región molar. Duración 1 año.	Carie I. L. I. S. y obturación de porcelana.	Zona radioluciente apical y dos tercios del proceso alveolar del I. L. S. I. bien definida.	Quiste radicular.	Tratamiento Quirúrgico. Desaparciendo las molestias.
J. C. 31 años Masc. Albañil	Fuerte dolor en la parte anterior del maxilar superior. 8 días de duración. Historia de traumatismo en dos incisivos hace 8 años.	Tejidos blandos y duros bastante normales.	Zona radioluciente abarcando central y lat. izq. bien definida.	Quiste radicular zona del central y lat. izq.	Tratamiento Quirúrgico. Desaparciendo las molestias.
M. A. M. 22 años Masc. Empl.	Dolor en la región mentoniana y parte del cuello más acentuado en la región premolar inferior. izq.	Tumoración a nivel de premolar inferior. izq. supuración fistula.	Canino incluido impactado al lateral. izq.	Impacto del canino inferior. izq.	Tratamiento Quirúrgico. Desaparciendo las molestias.

Grtales.	H. Clínica	Ex Clínico	Ex. Radiog.	Diagnóstico	Tratamiento
M. R. 68 años Fem. Pianista	Dolor en la parte anterior de la cara, parte de la nariz por lo que le extrajeron los dientes centrales y el dolor continuaba.	Inflamación y dolor en la región de las extracciones.	Canino der. incluido.	Canino incluido.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo las molestias.
H. M. 30 años Masc. Ord.	Fuerte dolor de cabeza cara y región I. C. S. aumentando al masticar durante 2 semanas el dolor aumenta sin hacerle efecto nada.	Denitadura normal completa todo resto normal.	Diente supernumerario incluido región del agujero incisivo.	Diente incluido que presiona el nervio siendo la causa del dolor.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo las molestias.
J. C. G. 25 años Masc. Contador	Fuerte dolor de cabeza cara y región I. C. S. aumentando al masticar durante 6 años el dolor aumenta sin hacerle efecto nada.	Caries en el central y lat. izq.	Canino superior der. incluido.	Diente incluido que presiona el nervio siendo la causa del dolor.	Tratamiento Quirúrgico. Desapareciendo las molestias.

RESUMENES

Neuralgias Típicas

Distribución del dolor	Limitado al campo de uno de los nervios craneales
Caracter del dolor	Paroxismal, agudo y localizado
Duración del dolor	Segundos a minutos
Señales del sistema nervioso autónomo	Ninguno
Precipitación por estímulo externo	Si
Zona de Gatillo	Presente
Edad	Grupo edad madura

Terapeutica

Vasoconstrictores	No produce alivio
Vasodilatadores	Alivio Inadecuado
Narcóticos	Alivio Inadecuado
Interrupción Quirúrgica o Química	Alivio. Tratamiento indicado
Personalidad	Neurótico no prominente

Neuralgias Atípicas

Distribución del dolor	No sigue distribución del nervio.
Caracter del dolor	Difuso, bien sentado, pobremente localizado
Duración del dolor	Horas o días
Señales del Sistema nervioso autónomo	Lacrimación, sonrojo, congestión nasal y otros síntomas
Precipitación por estímulo externo	No existe
Zona de Gatillo	Ausente
Edad	Grupo joven

Terapeutica

Vasoconstrictores	Alivio frecuente
Vasodilatadores	No producen alivio
Narcóticos	Alivio inadecuado
Interrupción Quirúrgica o Química	No producen alivio
Personalidad	Neurótico prominente

En los estados neurálgicos faciales de origen dentario:

La historia del paciente

El examen clínico del paciente

Exploración, percusión, palpación, transiluminación

Pruebas térmicas

Calor, frío, Test de Vitalidad

Examen Radiografico en todas posiciones

Son los métodos auxiliares de la Odontología para poder hacer un diagnóstico de Neuralgia Facial y el diagnóstico diferencial de todos los estados de Neuralgias Faciales.

CONCLUSION

Se ha expuesto en esta tesis la Psicofisiología, Anatomía Topográfica, Patología Clínica y la Casuística de los estados neurálgicos de la cara más frecuentes o de mayor importancia; tomando en consideración estados neurálgicos, que solo el Médico puede tratar de aliviar o curar, lo mismo que estados neurálgicos propios de la Odontología.

Es por lo tanto mi conclusión que el Médico debe conocer los estados neurálgicos de Patología Dentaria para poderlos sospechar o diagnosticar y remitirlos al especialista. Lo mismo que el Odontólogo debe conocer los estados neurálgicos faciales propios de la medicina para poder hacer un diagnóstico diferencial de los de origen dentario y remitir estos pacientes al médico especializado; pues es tan complejo, muchas veces el diagnóstico de los estados neurálgicos faciales que el Odontólogo y el Médico deben coordinar sus conocimientos, para beneficio del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Testut. L., Jacob, O. TRATADO DE ANATOMIA TOPOGRAFICA. 8a. Ed. Argentina, España. Salvat Editores, S. A. 1950.
- 2 Wintrop, Products, Inc.: EL DOLOR COMO SINTOMA Y COMO AGENTE, Nueva York, E. U. A.
- 3 Miller, S. Ch.: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BUCAL. 1a. Ed. Argentina, Editorial La Médica, Córdoba, 2901.
- 4 Hayen, L. V.: DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA. 2a. Ed. México, U. T. E. H. A
- 5 Christopher: TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA. 6a. Ed. II México. Editorial Interamericana, S. A. 1958
- 6 Moench, L. G.: HEADACHE. 2a. Ed. Chicago. The year book publishers. Inc. 1951.
- 7 Merrit, H. H. (MD) A TEXBOOK OF NEUROLOGY. Phyladelphia. Lea T. Febiger, 1955.
- 8 Baker, A. B. (MD): CLINICAL NEUROLOGY A. Hoeber Harper Book. New York, 1955.
- 9 Murphy, J. P. (MD) CEREBROVASCULAR DISEASE. Chicago. The year book publisher Inc. 1954.
- 10 White, J. C (MD) and Sweet, W. H. (MD) Pain. ITS MECHANISM AND NEUROSURGICAL CONTROL. Springfield, Illinois, U. S. A. Charles C. Thomas Publisher.
- 11 Avellanal C. D. DICCIONARIO ODONTOLOGICO Buenos Aires. Editorial Soc. Anón. Editores 1955.
- 12 Archivo del Hospital Rosales: Casuística.
- 13 Fac. de Odontología. Archivo Depto. de Cirugía Oral. Casuística.