

Bloqueo del Ganglio de Gasser en las Neuralgias del V Par

(Nueve años de experiencia)

Por el Dr. Roberto J. Lucca E. (*)

Director del Departamento de Anestesia
del Centro Médico de Caracas

Desde marzo de 1956 hasta la fecha, junio de 1965, cuarenta y tres (43) enfermos que presentaron alguna forma de neuralgia del Trigémino, o V par, han sido tratados mediante bloqueos llamados "terapéuticos" del ganglio de Gasser. Se practicaron 206 bloqueos, lo que nos da un promedio de 4,8 bloqueos por caso, lo que está bastante cerca de nuestro criterio actual, que considera un mínimo de cinco (5) bloqueos seriados por caso para obtener un resultado satisfactorio. Aunque el número de pacientes es reducido, nos referimos a la "labor de 9 años" debido a que este tipo de terapia interesa sobre todo en el tiempo.

Estadística

Número total de casos	43
Número total de bloqueos	206
Promedio de bloqueos por enfermo	4,8
Mayor número de bloqueos en un mismo enfermo ..	24

Caso con el mayor número de bloqueos

Ficha Nº 4. Lapso de 6 y 1/2 años. Total de bloqueos	24
--	----

Objetivo de los bloqueos

Con fines de un diagnóstico diferencial, o pronóstico	1
Con fines puramente paliativos	3
Con ambiciones curativas	39

(*) Trabajo leído en la reunión intercapitular de la Sociedad Venezolana de Anestesiología en Maracay, 24-25-26 de junio de 1965. Capítulo del Centro.

Causas de los bloqueos

Por neuralgia de tipo "Tic doloroso"	15
Por neuralgia de otras causas	22
Por dolor de cáncer, o sus consecuencias	3
Por aclarar un diagnóstico	1
Otras causas	2

Efecto de los bloqueos efectuados con Lidocaína al 2%

Tiempo máximo en la acalmia obtenida	33 meses
(O sea, 2 años con 9 meses).	
Acalmia, promedio a esperar	12 meses

Efecto de los bloqueos con Alcohol

Tiempo máximo de acalmia con Alcohol	40 meses
(O sea, 3 años con 4 meses. Paciente aún asintomático).	
Promedio a esperar en el tiempo de la acalmia	?
(Aún no predecible).	

Edad

Edad promedio	52 años
Edad máxima	96 años
Edad mínima	19 años

Sexo

Masculino	25 casos
Femenino	18 casos

Ramas del V par afectadas

I ^a rama	6 casos
II ^a rama	6 casos
III ^a rama	6 casos
I ^a y II ^a ramas	9 casos
II ^a y III ^a ramas	11 casos
I ^a , II ^a y III ^a ramas	5 casos

Lado afectado por el dolor

Lado derecho	25 casos
Lado izquierdo	15 casos
Bilateral	3 casos

Agente usado para el bloqueo

Se usó Lidocaína al 2%	28 casos
Se usó Lidocaína al 2% y alcohol	12 casos
Se usó únicamente alcohol	3 casos

Consideraciones de índole general:

- 1) Es frecuente que al penetrar la aguja en la cisterna Trigeminal, o perfore al propio ganglio, se observe una importante alza de la presión arterial.

Esto sucede sin que aún se haya inyectado el agente anestésico o neurolítico. Repetimos, este fenómeno es muy frecuente, y para nosotros significa una correcta colocación de la aguja.

- 2) Hasta hace poco menos de un año considerábamos que el punzar la duramadre y permitir la salida del L.C.R. no era recomendable, y más aún peligroso, pero después de leer el trabajo de Lyonnet & Silva (1) tratamos de que así suceda, cosa que garantiza casi en forma perfecta que estamos a nivel del plexo triangular de Valentin.
- 3) Hemos perforado la mucosa bucal en dos ocasiones. Este incidente carece de importancia, pero hay que pensar siempre en la posibilidad de una infección... Sin embargo, no olvidemos que los otorrinolaringólogos usan la vía mucosa, faríngea, bucal, etc. sin mayores contratiempos. Podemos evitar la perforación de la mucosa bucal haciendo la punción de la piel de la mejilla un poco más hacia afuera de lo que recomienda Hartel, citado por Bonica (2).
- 4) Hemos observado trastornos pasajeros de la audición. Quizás debidos a efectos de bloqueo vía ganglio ótico (nervio del músculo del martillo, o tensor del tímpano) (3), (4), (5). También vértigos y mareos de bastante intensidad, acompañados de vómitos, por lo general de pocas horas de duración. En ocasiones pueden prolongarse dos o tres días, lo que parece indicar cierto toque en la inervación laberíntica. En ninguno de nuestros casos han revestido gravedad, pero sí han obligado a hospitalizar de nuevo a un paciente.
- 5) Dos casos de posible perforación de la trompa de Eustaquio no comprobadas y con posible paso del líquido anestésico al oído medio (sensación de gota oscilante). Un caso quedó con ligera hipoacusia presente meses después.
- 6) Cuando la inyección de Lidocaína se hace intracisternal no es infrecuente observar una bradipnea, o un paro respiratorio. Este paro respiratorio se caracteriza por ser de corta duración (en una ocasión duró 45 minutos) y, además, de no ir acompañado de sintomatología cardiovascular alguna. Sólo requiere respiración artificial con la máquina de anestesia, con o sin intubación endotraqueal. La intubación traqueal se hace habitualmente muy fácil debido a anulación total de los reflejos faríngeos y glóticos.
- 7) La inyección intracisternal va acompañada, a veces, de pérdida de conciencia pasajera. Pero como desde hace ya tiempo todos nuestros bloqueos los practicamos bajo discreta anestesia con algún barbitúrico intravenoso, sólo se observa una repentina profundización de la misma. Para quienes observan por primera vez el efecto del anestésico inyectado intracisternal el incidente adquiere un aspecto dramático, pero su efecto pasajero y libre de repercusiones cardiovasculares lo hacen tolerable a la rutina. Sin embargo, lo antedicho ratifica el criterio que siempre hemos sostenido de que todo bloqueo de este tipo debe ser practicado en el quirófano, con todas las facilidades para la reanimación y practicado por o en presencia del anestesiólogo.
- 8) En varias ocasiones, con o sin punción de la dura, y por unas 48 horas, hemos observado cefalalgia de alguna consideración. Ninguna ha sido rebelde.

- 9) Dos pacientes nos han reclamado sobre lo molesto y desagradable que les resulta la sensación de hemianestesia de la cara, y esto a pesar de que se les había informado sobre las consecuencias de la alcoholización.
- 10) Hubo un caso de neuralgia de la I^a rama y que fue alcoholizado, habiendo presentado una queratitis neuro-trófica, y siendo necesario practicarle una tarsorafía por el lapso de dos meses. El dolor desapareció y la queratitis curó poco tiempo después; es actualmente uno de los pacientes más satisfechos y lleva poco más de tres (3) años asintomático.
- 11) Hemos tenido seis (6) casos de hematomas del carrillo. Hematomas sin importancia, que no han obligado a interrumpir la secuencia de los bloqueos, pero que estéticamente han resultado inconvenientes en dos ocasiones. Infiltramos uno de ellos con Hyaluronidasa con buen resultado.
- 12) En dos ocasiones hemos observado una paresia del oblicuo mayor y del recto externo del ojo. Muy explicable si recordamos la intimidad y proximidad que tienen el nervio Patético y el Motor Ocular Externo, con la raíz del trigémino poco antes de ensancharse ésta en el plexo triangular de Valentin. La duración de estas paresias ha sido pasajera, no mayor de dos semanas, y fueron controladas por un oftalmólogo. Actualmente están normales.

Resultados obtenidos sobre 43 enfermos

a) Curación definitiva	2 casos
b) Alivio humanitario	2 casos
c) Socialmente curados	30 casos
d) Fracaso total	3 casos
e) Abandonaron el tratamiento	6 casos

Casos interesantes

Tres casos de neuralgia post-herpética, I^a rama.

Dos colegas con neuralgia del V par, I^a rama, y que trabajan juntos en el mismo consultorio.

Casos de curación definitiva

- a) Neuralgia post-herpética, de I^a rama y que fue bloqueado hace seis años y medio (6 y 1/2 años).
- b) Caso de proceso supurativo del oído medio y mastoides, primitivamente bloqueado para diferenciar tumor cerebral, fue posteriormente trepanado (antrotomía) y bloqueado para alivio del dolor. Actualmente curado.

Socialmente curados:

Sin dolor en la actualidad, trabajando, pero siempre con una posibilidad de recidiva y, por ende, necesidad de nuevas sesiones de bloqueo: 30 casos. Estos son casos ya crónicos, que acuden periódicamente al tratamiento tan pronto comienzan a sentir que el dolor vuelve.

Abandonaron el tratamiento:

Precozmente debido a cierta mejoría, y también por temor al tratamiento: 6 casos.

Fracaso total: 3 casos.

- a) El primero, sexo femenino, se entregó de lleno y con toda disciplina a las órdenes médicas y secuencia del tratamiento. Fue bloqueada varias veces; al comienzo con Lidocaína y luego con alcohol, habiendo sido repetido este último. El resultado obtenido fue mediocre, o nulo. Se refirió entonces para neurocirugía, pero hasta ahora ha sido rechazada, debido quizás a importante fondo psicopático.
- b) El segundo, caso de radionecrosis del maxilar inferior post cirugía y radium. El tratamiento, que iba bien, fue interrumpido para la extirpación de un secuestro óseo. No volví a saber del paciente.
- c) El tercero, sexo femenino de 62 años. Cuando se le propuso el uso del alcohol por haber fracasado la Lidocaína, prefirió la cirugía.

Recomendaciones, comentarios

El bloqueo terapéutico del ganglio de Gasser, o mejor aún del plexo triangular de Valentin (1) retro ganglionar, es un tratamiento de apreciable valor en la mayoría de las neuralgias que afectan al V par. Bien se trate del llamado "Tic doloroso", o de neuralgias de las llamadas "atípicas". Claro está que es un tratamiento sintomático, ya que combate sólo el dolor, y es necesario siempre que sea factible el descartar cualquier patología vascular, de ocupación de espacio, infecciosa, etc. que pueda ocasionar daño, compresión, maltrato, etc. de la raíz nerviosa.

Sin embargo, el síntoma dolor adquiere en estos casos un cariz tan dramático que consideramos plenamente justificado que en ocasiones aliviemos primero e investiguemos después. La amenaza de suicidio está siempre a flor de labio en estos enfermos.

Por lo demás, ningún bloqueo terapéutico puede pretender ser de resultados definitivos, o sea curativo del dolor. La recidiva a plazo variable es casi segura y en tal sentido debe instruirse al enfermo sin engañarle. Pero, por otra parte y ante la amenaza de un dolor tan terrible, los enfermos regresan precozmente, apenas sienten las primeras amenazas de su antiguo dolor.

Nuestros pacientes nunca han sido engañados, ni siquiera en forma piadosa. Y es de hacer notar que cuatro casos que venían de grandes centros neuroquirúrgicos de Norteamérica y Canadá, resultaron de los más disciplinados y quizás por ello en los cuatro obtuvimos marcado éxito. Puede haber influido también los sacrificios familiares y económicos que han tenido que afrontar, cosa que los hace apreciar mejor la necesidad de una rígida disciplina y subordinación al médico. La cooperación del enfermo es condición "sine qua non" para el éxito en el tratamiento por bloqueos. Los bloqueos no sustituyen a la cirugía. Sin embargo, un caso que había sido previamente rizotomizado ha caído en

nuestras manos para ser bloqueado, y hasta el momento el resultado ha sido halagador.

Para la introducción de la aguja hemos usado en todos los casos la vía antero-inferior de Hartel, actualizada por Bonica (2). En todos los casos usamos control radiográfico como comprobación de la correcta colocación de la aguja. Y, desde hace un año, tratamos de obtener el goteo del L.C.R., habiéndolo obtenido en 9 casos. En todos los casos en que se usó anestésico del tipo local lo fue con Lidocaína, específicamente Xilocaína Astra (r). En todos los casos en los que se usó alcohol lo fue el absoluto y, desde unos años hacia acá, el alcohol absoluto Abbott (r) especial para bloqueo nervioso, estéril y en ampolletas de 2 c.c.

Usando la técnica de practicar por lo menos cinco (5) bloqueos sucesivos con la Lidocaína, hemos encontrado que el tiempo de acalmia es bastante prolongado y se aproxima al obtenido usando el alcohol absoluto. Esto al menos en algunos casos. Tal cosa es explicable por una más profunda neurolisis ocurrida cuando el anestésico local se repite varias veces, concepto de acuerdo al emitido por Pizzolato & Mannheim (6).

Cabe señalar como importante el hecho de que, bien se haya usado alcohol o la Lidocaína, el efecto benéfico de los bloqueos se deja ver en su intensidad definitiva, final, a los 10 días aproximadamente. Por lo tanto, no hay que dar por fallido un tratamiento por bloqueo si la desaparición del dolor no es inmediata a la última infiltración, y es muy conveniente advertírsele así al paciente antes de comenzar el tratamiento para evitar su desmoralización.

Todos nuestros bloqueos fueron practicados en el quirófano y con el equipo de reanimación listo para su uso.

Es de hacer notar que muchos de estos enfermos llegan a nuestras manos totalmente desmoralizados por el dolor y con una amenaza de suicidio a flor de labio. Es más, en una ocasión hube de practicar el primer bloqueo a un enfermo a media noche y de urgencia por auténtico riesgo de suicidio. El trauma emocional que vienen arrastrando por años estos enfermos los hace aparecer a veces como casos de psiquiatría, y hasta se ha tratado en ocasiones de atribuir el dolor a trastornos psíquicos. Hay que tener mucho cuidado con pensar en tal forma; de los casos señalados en este trabajo sólo uno podría ser catalogable como tal, y eso con grandes dudas al respecto.

Hemos encontrado que el control radiográfico de la posición de la aguja es de una necesidad para nosotros imperativa, ya que sin él se corre el riesgo de fracasar en buen porcentaje de los casos, con el consiguiente descrédito del método (atribuimos a esta causa papel importante en el escepticismo de muchos neurocirujanos, otorrinos, etc., etc. sobre las bondades del procedimiento por bloqueos terapéuticos).

En ocasiones, y a fin de hacer un bloqueo más selectivo de alguna de las ramas, he usado dos agujas simultáneas, escogiendo para la inyección la más próxima a la rama afectada. Sin embargo, con la punción intracisternal tal cosa no es posible, y será necesario por ello retirar un poco la aguja hasta que no gotee el L.C.R.

La hospitalización de los enfermos que van a ser sometidos a una serie de bloqueos (sesiones) es muy recomendable por distintas razones:

- 1) Posibilidad de usar anestesia general durante los bloqueos, así como también el uso endovenoso de un gota a gota de Procaína o Lidocaína, posible adyuvante a la terapéutica de base.
- 2) Posibilidad de controlar en mejor forma los efectos de los bloqueos.
- 3) Los enfermos se hacen más dóciles, conceden al tratamiento mayor importancia y fe, y se puede hacer una terapéutica más intensiva y sin temor de complicaciones que puedan aparecer en el domicilio del paciente.

En general los pacientes se muestran contentos y agradecidos, ya que esta afección los había desmoralizado y los imposibilitaba en sus ocupaciones habituales, trabajo, etc. Es por ello que acuden gustosos otra vez cuando comienzan a sentir que el dolor reaparece.

Es deseable que el mismo anesthesiólogo pueda actuar como técnico radiólogo y posea su propio equipo. Con una potencia de 30 miliamperios segundo basta y sobra para el control de todos los tipos de bloqueos factibles. Hemos encontrado que, además, el uso de los Rayos X permite practicar los bloqueos bajo una ligera analgesia general, cosa muy conveniente ya que, muchos de ellos suponen sensaciones dolorosas bastante molestas. Sobre este particular merece especial mención el advenimiento del metohexital, Brietal o Brevital (r) y, en la actualidad practicamos una mayoría de nuestros bloqueos bajo anestesia con el metohexital. Hemos estudiado la recuperación de estos pacientes y en forma simplista hemos llegado a la siguiente conclusión: para dosis terapéuticamente iguales en clínica de bloqueos, no hay una marcada diferencia en el tiempo transcurrido para las primeras manifestaciones de recuperación cuando se usa tiopentona o metohexital pero, el sujeto anestesiado con metohexital sale del sueño quirúrgico con una rapidez mucho mayor que el anestesiado con tiopentona. Casi tan rápido como el salir de un sueño fisiológico y, en esta forma el paciente ambulatorio puede reintegrarse a su actividad en forma precoz y con un mínimo de riesgo. La dosis media necesaria para cada uno de los pasos del bloqueo (introducción de la aguja, reajuste, inyección del anestésico) varía por los alrededores de 50 mgmos. y, al final de la sesión se han consumido unos 150 a 250 mgmos. según las dificultades de cada caso.

Para terminar diré que, hasta hace dos años consideraba que el bloqueo terapéutico de ganglio de Gasser estaba indicado en las siguientes situaciones (7) (8).

- 1) En pacientes con una posible corta sobrevida.
- 2) En pacientes en quienes existe una patología causante de la neuralgia, que puede ser comprobada y, tratada y eliminada más tarde (infecciones, tumores, problemas dentales, etc.).
- 3) Determinadas condiciones económicas (en especial aquellos que no pueden interrumpir sus obligaciones por muchos días).
- 4) Pacientes con riesgo quirúrgico alto.
- 5) Como tratamiento previo a todo enfermo que vaya a ser sometido a una rizotomía, o equivalente y, a fin de que se adapte y acepte la hemianestesia de la cara.

Pero, en la actualidad, después de nueve años de tratar enfermos con neuralgias del V par, y después de haber mejorado las técnicas de punción, cambiando conceptos, aclarando otros, etc., creemos que las contra indicaciones para el bloqueo terapéutico del ganglio de Gasser, o mejor, del plexo triangular retrogassereano de Valentin, son muy pocas. No debe bloquearse, claro está, un paciente con infección de la piel a nivel del sitio de punción, ni con infección general grave tipo piohemia, ni con una aneurisma del sifón, etc. Pero tampoco debe dejar de bloquearse a un sujeto que sufre intensamente so pretexto de que es un tratamiento puramente sintomático y por lo demás; la rizotomía es también un tratamiento sintomático idéntico al del bloqueo sólo que el procedimiento usado es diferente.

Todo enfermo con problemas de este tipo puede ser tratado con bloqueos terapéuticos del Ganglio de Gasser, y esto con ambiciones de "curación social". El Departamento de Bloqueos debe ser muy serio, estar bien dotado, y usar de rutina los Rayos X como control técnico de la posición de las agujas. El concepto de curación puede ser planteado desde un punto de vista de índole o actividad social y verificado periódicamente por el control de los pacientes.

R E S U M E N

Se presenta la experiencia de nueve (9) años con el bloqueo del ganglio de Gasser en las neuralgias del V par. Se comenta la técnica habitualmente usada que es la de Hartel, actualizada por Bonica. Se recomienda el uso rutinario de los controles radiográficos, frente y perfil, como corroboración de la correcta colocación de la aguja. Las disestesias no son índice suficiente de un buen paso por el agujero oval. Se presenta una estadística de 206 bloqueos efectuados sobre 43 pacientes: resultados y recomendaciones, bien sea para el uso de algún anestésico local, o del alcohol. Complicaciones.

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

- (1) LYONNET, JULIO H. & SILVA, FERNANDO.: "Neuralgia del Trigémino". Su tratamiento por la neurolisis percutánea transoval del plexo triangular retrogassereano. 1963. Editorial Baraca S.R.L. Pedernera 3253 o Buenos Aires.
- (2) BONICA, JOHN J.: "The Management of Pain". Lea & Febiger - Philadelphia - 1953.
- (3) TESTUT, L.: "Traite D'anatomie Humaine". Octave Doin et Fils, Editeurs. 8, Place de L'Odeon, 8 Paris 1911.
- (4) STOOKEY, BYRON & RNSHOFF, JOSEPH: "Trigeminal Neuralgia". Its History and Treatment. Charles C. Thomas - Publisher, Springfield-Illinois - 1959.
- (5) POTES, JAIME - MORA RUBIO, JOSE - VERGARA, IGNACIO: "Neuroanatomía Básica". Imprenta de la Universidad Nacional. Bogotá - Colombia - 1963.
- (6) PIZZOLATO, PHILIP & MANNHEIMER, WALTER: "Histopathologic Effects of Local Anesthetic Drugs". Charles C. Thomas - Publisher - Springfield - Illinois, 1961.
- (7) LUCCA E., R. J.: "Bloqueo del Ganglio de Gasser". (siete años de experiencia). Tribuna Médica - Venezuela Año 1 - Vol. 1 - Octubre 21 de 1963.
- (8) LUCCA E., R. J.: "Bloqueo del Ganglio de Gasser". Anestesiología. Vol. 1 No. 1. 1962. Caracas.

R. J. Lucca E.

Caracas, 23 de junio de 1965