

## **LA ENFERMEDAD DEL SUICIDIO**

La **neuralgia del trigémino (NT)** se conoce desde la antigüedad. Avicena, en el siglo XI, fue probablemente el primero en hacer una descripción médica de lo que hoy entenderíamos por dicha enfermedad. Los pacientes que tienen NT experimentan bruscamente un gran dolor en una zona de la cara. Se ha dicho con justicia que el dolor de la NT es el peor dolor del mundo, se describe como si un rayo eléctrico o un taladro perforasen la cara e incluso peor. El dolor se desencadena explosivamente ante estímulos cotidianos, como hablar, comer, o lavarse los dientes y, en general, cede a los pocos minutos de iniciarse el ataque. Desgraciadamente con el tiempo las crisis de NT se hacen cada vez más fuertes y frecuentes.



## **DIAGNÓSTICO**

A pesar de los avances actuales en imagen (Resonancia Magnética), el diagnóstico de la NT se basa fundamentalmente en las preguntas que le hace el médico al paciente. El dolor de la NT coge un solo lado de la cara y nunca cruza la línea media, no afecta al lóbulo de la oreja, ni tampoco llega al ángulo de la mandíbula,.. etc. Después de un minucioso interrogatorio el clínico avezado llega al diagnóstico sin ningún género de dudas. Sin embargo, dos de cada tres pacientes sufrirán la extracción de varias piezas dentales sanas antes de que algún médico les aclare que el problema no está en sus dientes sino en el nervio trigémino.

## **¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA NT?**

Hasta hace poco se decía que la causa de la NT era idiopática, o sea desconocida, pero muchos autores consideran que en la gran mayoría de los casos se debe a que una arteria irrita, dentro del cráneo, al nervio trigémino. En el 2% la NT se debe a la esclerosis múltiple, una enfermedad caracterizada por placas de desmielinización en el cerebro y la médula espinal, o a tumores cercanos al nervio auditivo y al cerebelo.

## **¿CÓMO SE CURA ESTA ENFERMEDAD?**

Esta enfermedad se puede curar entrando en el cráneo a través de una pequeña abertura y separando la arteria que comprime el nervio trigémino. Ésta es la única operación que consigue resolver la NT sin que la cara quede ‘dormida’, todas las demás dejan la cara más o menos insensible. Sin embargo, la neurocirugía endocraneana tiene riesgos que no podemos olvidar: sordera permanente en el 10% de los pacientes y una mortalidad no desdeñable del 1-2%, según las series.

## **ABORDAJES PERCUTÁNEOS**

El nervio trigémino nace del tronco cerebral y, antes de distribuirse en sus tres ramas principales, se ‘apelotona’ en un ganglio situado debajo del lóbulo temporal del cerebro. Esa ‘bola’ de nervios se llama ganglio de Gásson y está recubierta por una especie de bolsa conocida como caverna de Meckel.

En los años sesenta y setenta se idearon varias técnicas de mínima invasión para insensibilizar el nervio trigémino y cortar las crisis de NT. En todas ellas se usa una aguja que atraviesa la piel, de ahí el nombre de percutáneas, para llegar al ganglio de Gásson y ‘desactivarlo’ con sustancias químicas (alcohol, glicerol) o mediante calor (termocoagulación por radiofrecuencia [TRF]).

## **TÉCNICA DE MULLAN**

La lesión por calor (TRF) se sigue usando en el mundo entero y, en general, da buenos resultados. No obstante, se necesita que el paciente colabore durante todo el proceso. Hay que dormirlo antes de ‘quemar’ el nervio y despertarlo de nuevo para comprobar qué tal ha ido la cosa. Se tiene que lesionar la zona adecuada de la cara y en

su justa medida, ni mucho ni poco, por lo tanto el enfermo tiene que dar respuestas claras y concisas. Es fácil imaginarse que no siempre es fácil conseguir ese objetivo, es una cirugía artesanal, operador-dependiente, que a veces no sale como uno espera.

En la década 80-90 Mullan ideó su técnica de compresión del ganglio de Gásson. Es 'el último grito' en técnicas percutáneas, consiste en introducir un catéter especial, que lleva un pequeño globo en su punta, dentro de la caverna de Meckel (Fig. 1).



Fig. 1: Catéter Fogarty 4Fr

El globo se hincha con un contraste radiológico que permite ver con Rx su forma y observar la compresión del ganglio de Gásson contra el hueso temporal de la base del cráneo (Fig. 2). Se comprime a lo largo de un minuto y, seguidamente, se retira todo el sistema (aguja y catéter) sin más dificultades. La operación se realiza con anestesia general de corta duración, tarda una hora aproximadamente; no hay incisiones ni suturas.



Fig. 2 Compresión del ganglio de Gásson  
(técnica de Mullan)

## **RESULTADOS**

La técnica de Mullan acostumbra a eliminar inmediatamente el dolor de la NT en más del 90% de los afectados. Globalmente el 70% de los operados sigue sin dolor a los 5-10 años de haberse intervenido, en este sentido no se diferencia de los resultados de cualquiera de los abordajes descritos (cirugía abierta, TRF).

## **SENSACIONES POSTOPERATORIAS**

Los pacientes duermen una noche en el hospital y se van de alta al día siguiente, a primera hora de la mañana. A lo largo de 1-2 meses reducirán la dosis de medicamentos para la NT (carbamazepina) hasta su total suspensión. Al principio notan la cara acartonada, como si estuviera anestesiada, pero a lo largo del tiempo esa sensación de 'hormiguelo' irá disminuyendo; En cualquier caso, la disminución de la sensibilidad facial es el objetivo que se persigue y, de algún modo, es la garantía de que el dolor está controlado y la NT no volverá a arreciar.

## **RIESGOS**

La operación de Mullan comporta escasos riesgos excepto los propios de la anestesia y los cardiovasculares cuando se comprime el ganglio de Gásser. La introducción de la aguja dentro del cráneo puede, obviamente, provocar el desgarramiento de alguna arteria y/o una lesión nerviosa. Sin embargo, más allá de los riesgos descritos, y en manos experimentadas, se la considera una técnica segura de fácil ejecución.