

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLV | Bogotá-Colombia S. A. Mayo-Junio 1935 | N. 525-6

LA NEURALGIA DE LA FRENTE POR HIPEREMIA O ESTADO CONGESTIVO DEL SENO FRONTAL

Presentado a la Academia Nacional de Medicina por el doctor Francisco Vernaza.

No es mi propósito dirigirme a mis colegas de especialidad de Enfermedades de los Organos de los Sentidos, porque creo que nada nuevo e instructivo podría decirles, con relación a lo que ellos saben muy bien, sobre las sinusitis o estados congestivos de los senos frontales. Me dirijo con toda modestia a los médicos generales porque creo puede serles de alguna utilidad la divulgación de algunos síntomas, sencillos, netos y precisos que contribuyen al diagnóstico de una sinusitis hiperhémica. Tampoco creo decir nada original sobre este tema y solamente servirá de confirmación a lo que ya se haya escrito anteriormente.

Descripción de la afección:

Estado gripal previo. El dolor.

Generalmente se trata de un sujeto que da como antecedente una gripa, un catarro, o un estado catarral ligero. Algunas veces puede no presentar este antecedente y encontrarse en una salud general más o menos perfecta. Una mañana, al levantarse, observa que tiene un dolor en la región frontal, sobre una de las cejas, con irradiación de ese lado, o menos frecuentemente este dolor es en la región de la línea media entre las dos cejas, también con irradiación más o menos grande de uno de los lados. Este dolor es al mismo tiempo con una sensación de tensión y al agacharse o hacer un esfuerzo se acentúa. El dolor puede ser muy intenso desde el primer día o irse acentuando en los días siguientes. Produce quebrantamiento y altera el estado general del sujeto hasta el punto que mientras está con el dolor no puede dedicarse a ninguna ocupación. El dolor persiste durante varias horas y casi siempre se prolonga hasta las horas del mediodía y de la tarde, a pesar de

los analgésicos que el enfermo toma y de las aplicaciones locales que se hace. El enfermo pasa sin dolor o apenas con una ligera sensación dolorosa a las horas de la tarde y de la noche, hasta el día siguiente, que vuelve a tener el dolor aproximadamente a la misma hora y en la misma forma. En los primeros días, que son de agravación, el dolor se presenta a la misma hora o se anticipa un poco y solamente en los días siguientes, cuando el enfermo principia a mejorarse, el dolor se va presentando cada vez más tarde en la mañana y termina más temprano en la tarde, hasta que llega un día que el dolor apenas se esboza por un rato. Puede el enfermo tener al día siguiente la desagradable sorpresa de sufrir de nuevo el dolor con mayor intensidad, pero el hecho de haberse presentado más tarde y de haber tenido una duración más corta indica que no está lejana la mañana en que el enfermo vuelve a tener su neuralgia.

Características del dolor: frontal matinal, presentándose diariamente a la misma hora; se exaspera al agacharse o hacer un esfuerzo.

Examen del enfermo:

A la inspección:

No se encuentra nada de particular.

El interrogatorio:

Es un enfermo que casi siempre da un antecedente gripal o catarral, muchas veces de poca intensidad.

Presenta una neuralgia con sus características de ser frontal, casi siempre unilateral con irradiaciones, matinal y que se agudiza o exaspera en los esfuerzos y al agacharse. El enfermo pasa casi siempre las últimas horas de la tarde y la noche sin el dolor, conservando apenas como una vaga sensibilidad de la región que fue dolorosa. El dolor se presenta siempre a la misma hora y solamente va siendo cada vez más tardío en su aparición y de duración menor cuando el enfermo va entrando en un período de mejoría. El enfermo se suena poco. No se suena mas por una nariz que por la otra, y lo que se suena no es purulento, ni sufre de sensación de un olor desagradable o cacosmia, lo cual sirve para el diagnóstico con una sinusitis supurada, etc., etc.

El examen con el alumbrado frontal:

Endonasalmente se encuentra la mucosa un poco roja, húmeda, hipertrofiada. No hay mucho pus endonasal, y si lo hubiere sobre el conete inferior o en el infundíbulo no se trataría ya de una sinusitis hiperhémica sino de una sinusitis supurada. Algunas veces el síntoma de la hipertrofia de la mucosa es muy desagradable y el enfermo sufre de tupizón unilateral, en válvula una primero y otra fosa nasal después o de ambas fosas nasales a la vez. En otras ocasiones la tupizón es muy discreta y poco desagradable. Casi siempre se encuentra una

desviación del tabique nasal, y son las desviaciones de la parte alta del tabique las que más predisponen a la neuralgia frontal. Puede existir también un espolón o cresta del tabique que disminuya la luz nasal de un lado. También pueden ser fosas nasales estrechas por nariz de forma muy alta y muy estrecha. Pocas veces hipertrofia ósea de los cornetes inferiores. Pero con mayor frecuencia puede haber un cornete medio hipertrofiado o ser una bula o burbuja del cornete medio la que ocasiona la neuralgia de repetición y la congestión del seno frontal. Sucede no pocas veces que endonasalmente se encuentre muy poca cosa y apenas un estado catarral de la mucosa muy discreto.

La palpación:

Es una parte del examen muy importante. Casi siempre con el interrogatorio simplemente y con la palpación, se puede hacer el diagnóstico. Este diagnóstico debe completarse con la inspección de lo que se suene el enfermo, que no debe ser purulento ni unilateral, sino simplemente catarral e igual por ambas fosas nasales. Lo demás del examen del enfermo sólo sirve para corroborar un diagnóstico que ya se tiene preciso y perfecto. La palpación debe hacerse con la yema del dedo índice o del pulgar de la mano derecha en ambas fosas caninas con el objeto de asegurarse de que no son dolorosas, y en el ángulo superointerno de ambas órbitas por debajo de la cabeza de la ceja. Una presión discreta, aunque el enfermo no tenga la neuralgia en ese momento, es dolorosa y obliga al individuo a retirar la cabeza. No es necesario insistir en esta palpación y basta con asegurarse de la existencia de este síntoma.

La diafanoscopia:

Es la iluminación de los senos por medio de un bombillito colocado en la extremidad de un mango que tiene un interruptor. Para hacer la iluminación de los senos maxilares, el bombillito debe ir colocado dentro de una canalita metálica, abierta por encima, que permita que la difusión de la luz solamente se haga hacia arriba. Se hace en un cuarto o cámara que sea oscura, y para los senos maxilares es necesario que la intensidad de la luz sea mayor que para los senos frontales. Se introduce dentro de la boca de manera que el bombillo quede debajo de la bóveda palatina, y se hace que el enfermo cierre bien los labios. Si los senos son normales, la luz que los atraviesa viene a alumbrar la grasa que hay en la órbita y forma una ojera luminosa. Pero si el seno tiene una densidad mayor que la normal, sea por un mayor espesor de la mucosa, o porque existe algo sólido o líquido dentro del seno, las ojeras luminosas no se hacen, porque la luz ha sido detenida por la densidad aumentada del seno. Esta ausencia de las ojeras luminosas u oscurecimiento de un seno según su grado, hemos convenido

en el Consultorio de Organos de los Sentidos de San Juan de Dios expresarlo por una cruz cuando el obscurecimiento es poco, si es mayor por dos cruces y si es muy denso por tres cruces.

Para hacer la diafanoscopia de los senos frontales se le pone al bombillito un capuchoncito solamente abierto en la extremidad con el objeto de dirigir en este sentido los rayos luminosos que se van a aplicar en el ángulo superointerno de la órbita, por debajo de la cabeza de la ceja. También se expresa la falta de luminosidad del seno por una cruz, si es discreta, como es frecuente en los casos de que nos ocupamos; dos cruces si es más acentuada, y tres cruces para los senos muy densos y muy obscurecidos. En las simples congestiones del seno frontal el obscurecimiento es en sumo grado discreto aun en los casos de neuralgia sumamente intensa. Estos ligeros obscurecimientos muchas veces sólo se hacen visibles al disminuir la intensidad luminosa, pues si se acentúa parece que los dos senos fueran igual de claros. En mucho más de mil diafanoscopias practicadas en el Consultorio de Organos de los Sentidos de San Juan de Dios se ha llegado a la conclusión de que el obscurecimiento del seno es discreto. Generalmente es de un solo seno. Rarísima vez se trata de una congestión de ambos senos frontales. Algunas veces puede ser acompañado de un obscurecimiento semejante del seno maxilar del mismo lado, y es caso muy frecuente que la diafanoscopia sea cruzada, un seno frontal de un lado y un seno maxilar del lado opuesto. Muy frecuentemente sucede que las sinusitis maxilares supuradas, recientes, se acompañan de un obscurecimiento discreto o acentuado de un seno frontal del mismo lado o del lado opuesto. Se puede asegurar en este caso, si la sinusitis supurada es reciente, que a pesar de presentar el seno frontal un obscurecimiento, éste no se debe a densidad por líquido dentro del seno sino a congestión o espesamiento de la mucosa. No pasa lo mismo en una vieja sinusitis maxilar supurada y con fungosidades. El obscurecimiento del seno en este caso es función de una sinusitis frontal supurada y hasta con fungosidades. Las sinusitis frontales primitivas son en extremo raras y en la generalidad de los casos el primer seno enfermo ha sido el maxilar que ha producido una etmoiditis y a su vez una sinusitis frontal supurada. De ahí que sea necesario ser en extremo prudente con lo que se le prometa a un paciente cuando se le va a operar un seno maxilar para una muy vieja sinusitis maxilar supurada y en fungosidades. Se le debe decir que se le va a practicar esa intervención, pero que en caso de continuar sonándose pus nasal será necesario someterlo a otra u otras intervenciones para obtener la curación. Muchas veces sucede que después de operado el seno maxilar el obscurecimiento del frontal desaparece y todo entra en orden, pero si esto no sucede será necesario raspar un etmoide, operar un cornete medio, etc., y si se tiene habilidad, cateterizar y ensanchar el canal nasofrontal, etc. Solamente reservar para el fracaso de estas operaciones la operación del seno frontal por vía externa, que

siempre ha debido ser precedida de ellas, pues solamente si se han practicado anteriormente, el seno drenará y no habrá una recaída o un fracaso operatorio.

Cuando el enfermo va mejorando de la neuralgia, las diafanoscopias de los senos frontales van modificándose sucesivamente. El seno se va aclarando y casi siempre coincide la desaparición del dolor con la iluminación perfecta del seno. Esta observación repetida un sinnúmero de veces establece una relación de causa a efecto y no deja la menor duda de que la congestión, la hiperhemia del seno son la causa del dolor, la causa del conjunto sintomático que hemos venido describiendo.

En el análisis y en el estudio de las diafanoscopias es necesario tener cierta agilidad de interpretación y ciertas precauciones. Unos huesos excesivamente gruesos pueden dificultar las diafanoscopias y hacer creer que todos los senos están enfermos. Forzando la luz se llegará a hacer aparecer la ojera luminosa para los maxilares y se puede llegar a iluminar suficientemente los frontales. Un seno frontal muy pequeño de un lado y muy grande del otro lado puede ser una causa de error. Con práctica se llega perfectamente a subsanar todas estas dificultades y sobre todo recordar que por encima de cualquier procedimiento mecánico o de laboratorio está la clínica y el buen sentido clínico.

La radiografía:

Para este caso particular de la sinusitis congestiva los resultados radiográficos son en todo semejantes a los de la diafanoscopia. El obscurecimiento generalmente es discreto, casi siempre se presenta en un solo seno, raras veces ambos senos frontales, algunas veces un frontal y un maxilar de un mismo lado, o cruzado, un frontal de un lado y un maxilar del lado opuesto. Tiene la ventaja la radiografía que nos da un dato, sobre el estado de los etmoides y del seno esfenoidal. Casi siempre sucede cuando el obscurecimiento de un frontal es acentuado que la región etmoidal correspondiente presenta igual obscurecimiento. Muy rara vez sucede que el seno esfenoidal esté obscurecido. Esto sólo ocurre en rinitis demasiado intensas y demasiado generalizadas.

He tenido la ocasión de seguir un enfermo radiográficamente como lo hago siempre con la diafanoscopia, y la marcha es en todo semejante. A medida que el dolor va desapareciendo el seno se va aclarando, coincidiendo la desaparición del dolor con la normalidad radiográfica del seno. De esta manera también he podido establecer una relación de causa a efecto absolutamente indiscutible.

El diagnóstico:

Con todos los elementos que preceden se hace el diagnóstico. Pero

creo que con el interrogatorio y la palpación únicamente se puede establecer. Las demás cosas solamente vendrán a confirmarlo.

Una neuralgia matinal, que se presenta diariamente a la misma hora y que mejora en las horas de la tarde y de la noche, que diariamente se presenta por un lapso de tiempo más o menos igual y que sólo se va haciendo cada vez más corto cuando el enfermo ya está mejorando. Neuralgia sumamente intensa, casi siempre unilateral, con irradiaciones de un lado, que se agrava en los movimientos o al agacharse, que repercute sobre el estado general hasta el punto de no permitir las ocupaciones y que el enfermo se siente muy quebrantado, casi siempre afebril o con ligero movimiento febril. Que ha sido precedida de un estado catarral o gripal ligero. Con ligera tupidón nasal. Una neuralgia que corresponde a esas características es una neuralgia debida a un estado congestivo del seno frontal. Esto se confirma con el dolor que se produce a la presión del ángulo supero-interno de la órbita por debajo de la cabeza de la ceja.

Al enfermo se le hace que se suene para tener la seguridad de que no hay secreción purulenta por una de las fosas nasales. Si esto sucede, entonces es probable que se trate de una sinusitis supurada, que no es el caso que tratamos y en el resto del examen viene casi siempre a confirmarse esta suposición.

Las neuralgias producidas por otras causas tienen otras características. El sitio, la hora de aparición, la irregularidad, la intensidad, etc., etc. Por ejemplo la fatiga ocular por un defecto de refracción no corregido se presenta precisamente en las horas de la tarde, no es matinal, es cuando el enfermo ha trabajado con los ojos, etc. La neuralgia palúdica especifica el tic doloroso de la cara, etc., etc., tiene otras características. El solo diagnóstico diferencial que habrá que hacer porque muchas veces esa neuralgia tiene algo de las características de la neuralgia por congestión del seno es el dolor de las sinusitis supuradas. Pero la presencia del pus, la punción positiva del seno maxilar, etc., vendrán a establecer el diagnóstico.

Evolución y pronóstico:

Esta neuralgia puede presentarse en todas las edades, pero es menos frecuente en el niño y en el viejo. Después de los 10 o 12 años hasta los 30 o 40 es la edad de mayor frecuencia. Tengo la sensación de que es más frecuente en el hombre que en la mujer, por lo que el hombre está más expuesto a las intemperies o a los cambios de temperatura. Hay profesiones que predisponen. Los policías la presentan muy a menudo. Los empleados de los bancos que están destinados a la contabilidad, etc. Es raro que la neuralgia dure menos de cuatro días y generalmente el máximo de duración es de diez o doce días; en casos menos frecuentes presenta una duración de quince o veinte días.

Hay épocas del año en que es más frecuente; épocas de clima húmedo lluvioso, como acontece en los meses de junio y julio en Bogotá. Por esta misma razón quizás en los climas medios y húmedos se presenta algunas veces y con menos frecuencia en los climas secos y calientes.

No he tenido la ocasión de dejar los enfermos sin terapéutica alguna (no sería posible a causa del dolor tan tenaz), y no puedo saber con precisión si prescindiendo de toda terapéutica el enfermo cura o si dura más tiempo con la neuralgia. El pronóstico siempre es muy favorable, y solamente se presentaría el problema de que la neuralgia repita en una época posterior. Esto es muy posible de que suceda si hay algo endonasal, en el nasofaringe o amigdaliano por corregir. Tengo la sensación de que el uso de las vacunas inmuniza un poco y la repetición de la neuralgia es menos fácil y menos frecuente.

Tratamiento:

He usado generalmente la quinina en pequeñas dosis mezclada casi siempre con la fenacetina. Unas gotas endonasales a base de efedrina o una pomada ligeramente mentolada y cocainada para usar endonasalmente en caso de congestión muy marcada de la mucosa nasal con tupición exagerada. Si existe una rinitis un poco seca o un poco purulenta, una solución endonasal de una sal de plata como el colargol o el argirol. Las vacunas dan muy buen resultado inyectadas en dosis moderada sin tratar de producir una reacción general intensa que no tendría ningún objeto. Tengo el criterio de que las vacunas como tratamiento de las sinusitis sólo dan resultado en las sinusitis hiperhémicas o congestivas. Esto me hace pensar que en estas sinusitis aunque no haya pus se trata en realidad de un estado infeccioso. Las vacunas como tratamiento de las sinusitis supuradas no dan ningún resultado y creo que las sinusitis con supuración no pueden hacer excepción a la regla general que existe en cirugía que donde hay pus se drena.

Como tratamiento de las crisis dolorosas, completar la acción de la quinina con analgésicos y en ocasiones hasta con una inyección de morfina si la crisis es demasiado intensa o se prolonga mucho. Cuando el enfermo está con la crisis se puede aplicarle en la región del infundibulum nasal un taponcito empapado en solución de cocaína adrenalina. Algunas veces la crisis se calma con este medio y en muy pocos casos he podido observar lo que describen algunos autores; el enfermo se calma al arrojar de la región del canal nasofrontal una especie de tapón mucoso o ligeramente purulento. Los autores expresan esto diciendo que el seno se suena. Los rayos X filtrados, la diatermia, la lámpara caliente, la lámpara de cuarzo, etc., o la sola aplicación de compresas calientes en la región frontal son un medio de calmar el enfermo durante sus crisis dolorosas y un medio de tratamiento de su sinu-

sitis. Personalmente he podido observar en algunos casos la acción benéfica de los rayos X sobre la crisis dolorosa, y en algunos enfermos la evolución de la neuralgia ha sido de unos pocos días nada más.

Para prevenir las recaídas o las crisis futuras he podido observar que las vacunas tienen un papel de importancia. Si existe endonasalmente un tabique desviado o una hipertrofia del cornete medio deben operarse ambas cosas para prevenir las crisis de repetición. Unas amígdalas francamente infectadas, unos adenoides, deben ser extirpados y raspados. Pero no creo que fuera indicación de una amigdalectomía el haber presentado el enfermo una sinusitis hiperhémica, si por lo demás esas amígdalas se muestran en perfecto reposo y completamente inofensivas. No es raro ver un enfermo con una sinusitis hiperhémica, sin amígdalas y sin nada endonasal. Estos factores locales no excluyen el factor infeccioso que por sí solo, produciendo una rinitis, es capaz de producir la congestión de los senos.

Estadística:

En el Consultorio Externo de Enfermedades de los Organos de los Sentidos del Hospital de San Juan de Dios se han examinado 17.892 enfermos.

Por sinusitis supuradas, 599 enfermos.

Por sinusitis no supuradas, 368 enfermos. (El 38% de las sinusitis).

Total, 967 enfermos. (El 5½% de los enfermos).

En mi clientela civil he examinado 8.619 enfermos.

Sinusitis maxilares, 221 enfermos.

Sinusitis frontales, 158 enfermos.

Pansinusitis, 7 enfermos.

Etmoiditis, pólipos mucosos, etc., 32 enfermos.

Quistes o inclusiones supuradas, 2 enfermos.

Total, 420 enfermos, el 5% de los enfermos.

De estos enfermos eran por sinusitis supuradas, 199 enfermos.

Por sinusitis no supuradas, 221 enfermos.

Total, 420 enfermos.

(221 sinusitis no supuradas, es el 52½% de las sinusitis examinadas).

Resumen:

Enfermos examinados, 26.511.

Sinusitis, 1.387, 5% de los enfermos.

Sinusitis supuradas, 798.

Sinusitis no supuradas, 589, 42½% de las sinusitis.

Para terminar:

La hiperhemia o congestión del seno frontal produce una neuralgia de características muy precisas (periódica, matinal, etc.), con dolor a la presión del ángulo supero-interno de la órbita. De una duración de 4 a 12 días. Confirmada por la diafanoscopia o por la radiografía positiva. Algunas veces acompañada de defectos endonasales o del nasofaringe que predisponen a la repetición de la neuralgia y a las recaídas, pero también en ocasiones sin estos defectos endonasales o del nasofaringe. El tratamiento por los antineurálgicos y por la desinfección nasal discreta se combina muy bien con las aplicaciones de rayos X, diatermia, lámpara caliente, etc. La vacuna parece tener una influencia favorable para la evolución de la neuralgia y para prevenir las recaídas en el futuro. La estadística que se presenta tomada sobre 26.500 enfermos muestra que las sinusitis en general son un 5% de estos enfermos. Y de las 1387 sinusitis consideradas, 589 son sinusitis no supurada con diafanoscopia o radiografía positiva, esto es, el 42% de los enfermos tratados. Estos enfermos son más numerosos en la clientela civil que en la hospitalaria, probablemente porque los civiles son enfermos que acuden más donde el especialista. En todo caso las neuralgias por hiperhemia o sinusitis no supuradas son un fuerte porcentaje de las sinusitis observadas.

