

Dolor Incohercible y su Tratamiento *

Dr. Manuel Velasco Suárez

De la Facultad de Medicina de México

Llamamos dolor incohercible aquel que no cede por el adecuado y específico tratamiento de la condición patológica causal y que necesita ser aliviado por cualquier procedimiento.

Dentro de esta vastísima connotación se encierran cuadros dolorosos producidos por las más distintas causas, desde las de naturaleza desconocida como el "Tic douloureux" del trigémino, hasta las producidas por el cáncer espinal...

Todo aquello que promete alivio debe ser ofrecido a los pacientes que viven bajo la trágica situación de un dolor de esta naturaleza, ya se le llame neuralgia del glossofaríngeo, del occipital de los intercostales, del crural, etc. Enfermedad de Raynaud, angina de pecho, tumores malignos y sus metastasis, tabes, procesos tuberculosos de la laringe, neuritis periférica intratable, causalgia, herpes zoster, etc. lesiones o padecimientos inoperables de los nervios espinales o la causa equina, dolores viscerales de origen simpático o desconocido dolores talámicos, etc.

La elección del procedimiento terapéutico para cada caso, dependerá de la naturaleza de su origen, de su localización, del estado general del paciente, de su edad, etc. Y después de agotar todos los tratamientos, para el proceso causal, se hará un concienzudo análisis de la condición psicológica y de encontrar elementos anormales en esta especie se justificará la psicoterapia que en algunas condiciones logra resolver situaciones sifitivas dolorosas de causa desconocida.

Los recursos médicos casi nunca obtienen resultados satisfactorios en estos pacientes, sin embargo es de recomendarse su uso antes de recurrir a los medios cruentos y, en forma definitiva, sólo en aquellos casos de contraindicación operatoria. La combinación de codeína, barbitúricos, morfina y otros analgésicos deberá reservarse para los pacientes condenados a no poderse servir de los beneficios quirúrgicos, y en los que se hará tratamiento técnico de radioterapia, etc.

Tratado este difícil capítulo desde un punto de vista genérico, antes de hablar de los distintos procedimientos quirúrgicos, señalaré brevemente, el recurso de la inyección de alcohol y sustancias anélgicas en el espesor de los troncos nerviosos y en el saco dural.

La novocaina sigue siendo una droga útil para obtener anestesia

*Trabajo leído por su autor en el auditorio de la Facultad de Medicina, durante su visita a Costa Rica.

transitoria y su inyección sobre un tronco nervioso dado, podrá ser vir, como procedimiento diagnóstico para localizar las ramas nerviosas involucradas en el proceso doloroso.

La inyección de suero fisiológico en los nervios y su periferia ha sido recomendada para romper adherencias inflamatorias que suelen ser causa de dolor (ciática crónica, espacio epidural, para dolores sobre el plexo sacro, etc.)

Las inyecciones de alcohol continuarán en uso, pero se emplean cada vez menos. La sección fisiológica lograda por este método, sin destrucción de la continuidad de las fibras es casi siempre transitoria y puede producir reacciones neuríticas severas. Comúnmente se usan mezclas de novocaína 1% y alcohol 80% en suero fisiológico. Sobre añadir que nunca debe inyectarse alcohol en nervios mixtos. Cuando se haga sobre fibras sensitivas debe hacerse precisamente en el espesor mismo de los troncos nerviosos, pues de lo contrario precipitará las proteínas de los tejidos vecinos y producirá reacciones de irritación.

Las inyecciones de alcohol absoluto en el saco dural, ofrecen algún beneficio en los casos de dolor visceral, pélvico y de las extremidades inferiores, sin embargo son muy raras las secuelas de trastornos esfinterianos y cambios inflamatorios generales, en la médula, así, pues, su uso debe ser limitado a aquellos pacientes en los que no se espera una integridad duradera de sus funciones espinales, por la naturaleza misma de su enfermedad.

Cada inyección no pasará de 1 c.c. y se repetirá con intervalos de 10 a 15 días.

Cuando los procedimientos anteriores no sean oportunos, hubiesen falado o no se juzguen indicados, se recurrirá al tratamiento operatorio.

La mayoría de las intervenciones quirúrgicas indicadas para el alivio del dolor, se realizan sobre elementos nerviosos anatómicamente intactos; de este hecho se desprende que se requiere muy buen juicio para escoger siempre el procedimiento menos vulnerable y sólo cuando sea absolutamente necesario.

Las operaciones utilizadas hasta hoy contra el dolor incohercible son: la *neurolysis* o *neurorrafia* que tiene por objeto liberar un tronco nervioso de adherencias perineurales; la *neurectomia* periférica indicada en aquellos casos de dolor limitado al campo de la inervación del nervio en cuestión; la *rizotamia* posterior o sección de las raíces sensitivas de los nervios espinales cuya indicación se reduce cada día más, sólo es aconsejable cuando se trate de molestias bien individualizadas, para uno o dos nervios raquídeos. La *cordotomía*, que consiste en la sección medular del fascículo espinotalámico es probablemente la intervención más racional para resolver problemas de dolor unilateral ya que la sección bilateral, aun cuando no se haga a la misma altura, deja a la médula con huellas de lesión muy seria y

secuelas definitivas muy desagradables (pérdida del control esfinteriano).

Cuando la indicación es de sección unilateral, la lesión es benigna y se obtiene anestesia contralateral.

Ultimamente el Profesor Werheimer ha sido entusiasta partidario de la mielotomía comisural anterior que trata de reproducir una "siringomielia artificial" por división de la comisura mediana y con la que se obtiene pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura (bilateral y cuya extensión está de acuerdo con las secciones medulares incididas). Creemos que este procedimiento debe preferirse, en médula cervical, a la cordotomía bilateral.

La resección neuro-vascular de arterias temporales y occipitales para el tratamiento de las cefaleas por neuralgia vascular, constituye también un procedimiento racional contra el dolor (Watts). Así como una de las más recientes adquisiciones en esta lucha es la simpatectomía y casi no puede hablarse de ella sin hacer mención de Leriche, de Francois-Frank de Cannon, de Gaskell, de Smith-Wilk y de los trabajos de James C. White, quien ha puntualizado la doctrina quirúrgica del simpático.

Las resecciones del plexo hipogástrico son preconizadas para corregir el dolor de la vejiga y órganos genitales internos; la de la cadena lumbar para corregir trastornos circulatorios dolorosos de las extremidades inferiores y la cirugía del simpático-torácico y cervical brinda grandes beneficios en la angina de pecho, causalgias y enfermedad de Raynaud.

Por último haremos hincapié en los magníficos resultados de la leucotomía prefrontal como tratamiento del dolor incohercible.

Casi nada se ha dicho del mecanismo funcional de esta intervención con respecto al dolor, pero es posible que siendo el tálamo el centro receptor no discriminativo de la sensación y necesitando ésta de la distinción cortical para ser identificada, la sección blanda de los elementos de concepción tálamo-frontales impida la percepción definida del dolor, la identificación de sus componentes y haga perder carga efectiva y mental a esta sensación.

Si pues, la desconexión tálamo-frontal disminuye el valor del dolor, lo hace tolerable y permite que los enfermos vivan mejor, hemos pensado que para lograrlo no es indispensable llevar a cabo la lobotomía amplia total, sino tratar de alcanzar particularmente la radiación talámica anterior. Sobre esta base hemos operado recientemente a tres enfermos con muy buenos resultados.

CASUÍSTICA

A. Y. B.—Mujer de 48 años, casada, con nueve hijos.

En abril de 1947, úlcera en el cuello del útero. En noviembre de

de 1940 histerectomía total por cáncer. En octubre de 1942 se inician dolores penetrantes sobre el muslo y pierna izquierdas y sedescubre una recidiva del tumor que desde entonces se juzga inoperable. Las molestias dolorosas pronto se acompañaron de edema en las extremidades inferiores, sobre todo del miembro izquierdo. En marzo de 1944 se le hicieron diez aplicaciones de terapia profunda, obteniendo disminución del edema pero ningún alivio para el dolor. Un estudio radiológico practicado en febrero de 1945 deja ver una incipiente invasión del ilíaco izquierdo.

Por este tiempo se le hacen doce aplicaciones más de terapia profunda, sin resultado aparente y los dolores se extienden a la baja espalda. Ya desde entonces ningún analgésico mitiga sus molestias y empieza a abusarse de la morfina y el demerol (cuatro a cinco inyecciones diarias).

En noviembre de 1946, por el enorme edema de la pierna izquierda, es internada en el Hospital Inglés donde se le somete a nuevo tratamiento roentgen (doce radiaciones) y se le hacen tres o cuatro transfusiones.

En abril de 1947, los dolores llegaron a tal extremo que no toleraba ni el roce de sus ropas sobre todo el miembro edematoso y fué imposible registrar qüos oscilométricos.

Biopsia: carcinoma epidermide.

Estudio radiológico: invasión neoplásica del ilíaco y alas del sacro izquierdos.

Estando la paciente en condiciones trágicas de dolor se le practica la lobotomía pre-frontal "modificada", el 6 de junio de 1947. Bajo anestesia local. Terminada la leucotomía y establecida la desorientación resultante, (habitual) nuestra enferma no volvió a quejarse de dolor, a pesar de friccionarle la pierna e imprimirle movimientos bruscos. La inercia mental consecutiva fué profunda. Recuperada al doceavo día de la operación, se mostraba mucho más alerta que los lobotomizados comunes. Nunca se quejó por los baños de esponja, ni cambios de posición, etc al preguntarle si tenía dolor contestaba indistintamente que sí o que nó. Desde entonces no ha vuelto a requerir analgésicos de ninguna clase. Come mejor que antes, duerme bien y ha ganado 2.5 kilogramos de peso (VIII-29-47). No han ocurrido grandes modificaciones en su personalidad y sigue siendo comedida, seria y gran factor de respeto en su casa.

H. C.—Mujer de 36 años. Casada, sin hijos. Comerciante. Antecedentes familiares y personales, positivos para alcoholismo y lues.

Hace seis años, diez después de la primera infección luética, empezó a sufrir dolores en las piernas y espalda. Al poco tiempo de iniciadas estas molestias se presentó un dolor intenso en transicción y cinturón a la altura del epigastrio, que se acompaña de vómitos, duró cuatro a cinco horas y desapareció espontáneamente. Desde en-

tonces ha venido sufriendo estas crisis dolorosas acompañadas de náusea y vómito, en forma periódica. Inicialmente hacían su aparición cada cinco meses, luego fueron haciéndose más frecuentes, hasta que ahora son diarias y durando tres y cuatro horas, se repiten por la noche. Después de dos a tres días de relativo bienestar, tiene cuatro en "estado de mal". Además hay disuria, estreñimiento y anorexia absoluta.

Todo el estudio especializado para aparato digestivo dió datos negativos a excepción de... "carencia de ácido clorhídrico libre en el cont. gástrico de ayuno".

Exploración neurológica: signo de Argyll-Robertson, estrabismo, hipoacusia, abolición de todos los reflejos profundos tendinosos (signos de Westphal y Romberg positivos).

Las reacciones serológicas en la sangre fueron intensamente positivas para lúes. En L. C. R. hubo seis linfocitos por mm. cúbico y todos los otros datos dentro de lo normal.

Terapéutica empleada: en los últimos dos años se la han aplicado inyecciones de arsénico, bismuto y mercuriales. Ultimamente se la han inyectado 6000.000 U. O. de penicilina y doce ampollas de bismuto. Como las condiciones generales de la paciente continuaran empeorando, se propone la operación.

Lobotomía pre-frontal (modificada para dolor). Se practica la intervención el 17 de julio. Ocurre muy discreta desorientación e inercia post operatoria. Al tercer día la enferma se muestra alerta, no hubo incontinencia urinaria y desde entonces no ha vuelto a tener dolores ni vómitos. Ha abandonado la cama, come y duerme bien.

G. A.—Mujer de cuarenta y cinco años, casada con tres hijos. Hace dieciséis meses inicia su padecimiento con: hiperpolimenorrea aperiódica. Dolor en ambas fosas ilíacas que ha ido aumentando progresivamente de intensidad. Flujo mucosoide blanco. Aumento de volumen del vientre. Metrorragia con coágulos y líquido serosanguinolento, que aumenta con los movimientos. Hace siete meses el dolor irradia hacia la región lumbar acompañado de vómitos. Crecimiento del vientre, como embarazo de seis meses.

Aplicación de treinta y ocho sesiones de terapia profunda con ligero alivio durante las mismas y recrudecimiento de la sintomatología después.

Vientre: se aprecia un bulto duro, irregular, inmóvil, doloroso, dos dedos arriba del ombligo y que ocupa todo el hipogastrio.

Vagina totalmente invadida por masas irregulares de color gris oscuro sucio que forman un solo bloque con el tumor del vientre cuello desaparecido.

Diagnóstico: cáncer uterino con invasión total de la vagina y parametrios.

Para resolver el problema del dolor cada vez menos tolerable, se ofreció la operación.

Lobotomía prefrontal (modificada para dolor) el 8 de agosto de 1947. Inercia mental transitoria. Recuperada a los tres días. No vuelve a quejarse de dolor. Discreta euforia y no más requiere el uso de analgésicos.

Desgraciadamente esta enferma no sobrevivió más de dos semanas y murió (sin dolores) a consecuencia del cáncer ya muy avanzado.

Setiembre veintuno de mil novecientos cuarenta y siete.