

PERTURBACIONES DE LA SENSIBILIDAD EN EL AREA BUCO - FACIAL*

Prof. J. BELTRAN CODINA

Prof. Numerario de la Beneficencia Provincial
Académico Corresponsal

BASE SENSIBLE

LA sensibilidad se establece en el área buco-facial por las recepciones, que recogen las excitaciones sean éstas internas o externas, cuyos estímulos proceden del soma, músculos, tendones, huesos, dientes y articulaciones, llamadas propiocepciones unidas a las contrariamente originadas por el mundo exterior o exterocepciones, que por mediación de los dispositivos sensoriales de los tejidos externos contribuyen a completar toda la gama variadísima de sensaciones.

Mundo de la sensibilidad, tan exquisito en su compleja apreciación y fineza de matizaciones en el área buco-facial, que creemos merecen detalladas consideraciones fundamentales, antes de desglosar conceptos clínicos prácticos y semiológicos.

Al esbozar la función sensitiva, hay que orientar esta iniciación básica, distinguiendo:

- 1.º Un estímulo.
- 2.º Un mensaje sensorial.
- 3.º La sensación en la conciencia.

En toda la amplia zona externa e interna del área bucofacial se captan los cambios en las condiciones ambientales o del medio interno, en forma de excitaciones, capaces de provocar, gracias al estímulo primario, un impulso o descarga en los órganos terminales o receptores, que a su vez excitan a las fibras nerviosas, asociadas al sistema nervioso central, pero se debe tener en cuenta que el impulso caminante por estas fibras no es producto de un solo órgano terminal, sino que existen interferencias, y que no cabe el concepto del aislamiento y sí el de descargas o impulsos regulares, de ritmos independientes, casi períodos de estado refractario, ya que la limitación es definida por necesitar fisiológicamente una recuperación.

Estos cambios en los impulsos son registrados por válvulas que amplifican experimentalmente las débiles variaciones eléctricas de potencial negativo, que además demuestran que no hay posibilidad de admitir diversos grados en los impulsos y que la intensidad de los mismos, si la descarga es breve, no deja precisa información en el

* Comunicación presentada en la Sesión del día 29 de octubre de 1963.

sujeto, apreciándolo éste mas si, aparte del grado de intensidad, hay además duración y mayor contacto de presión del estimulante.

Hemos de resaltar por su oportunidad el extraordinario acontecimiento actual de la concesión del Premio Nobel 1963 de Medicina a tres investigadores, John Carew Eccles, de Camberra; Allan Lloyd Hodkin, de Cambridge, y Andrew Fielding Huxley, de Londres, los cuales han trabajado estrechamente relacionados, Eccles independientemente, en la transmisión de los impulsos, excitaciones e inhibición experimentales, con ayuda de microelectrodos, pudiendo demostrar lo que sucede al alcanzar las fibras terminales de un nervio y se transmite el impulso a otro. Los dos investigadores Hodkin y Huxley, lo hicieron mancomunadamente acerca del mecanismo íntimo de las células nerviosas y de la naturaleza físico-química del impulso nervioso, como señales que se propagan hasta el cerebro, descubrimientos todos ellos fundamentales y de la máxima importancia en el tema que comentamos.

Hay que aclarar inmediatamente, que cada órgano dentro del área capta principalmente sólo estímulos específicos por sus aparatos sensoriales propios y sus correspondientes fibras nerviosas, en virtud del grado de evolución biológica, con su diferenciación reactiva frente a su medio ambiente.

Así, el desarrollo de los diversos

órganos terminales, receptores dispersos por el área buco-dento-facial, está perfeccionando en su evolución funcional, distribuyéndose convenientemente las células receptoras especializadas, así pondremos un ejemplo; en la captación de estímulos químicos y mecánicos, frente a las sustancias alimenticias, químicas, calor, frío, que actuando al mismo tiempo en coordinación con las reacciones dinámicas musculares de los órganos bucales interiores y exteriores, junto con la captación de los estímulos gustativos y térmicos y en virtud de la sutil organización nerviosa cefálica superior, acopla a esta sensibilidad de los órganos de los sentidos, distribuidos en la superficie endobucal, los influyentes estímulos procedentes de los contactos de tensión, sacudidas y golpes, que sufren los mecanoreceptores de las mucosas y también de los músculos, huesos, dientes, tendones y articulaciones, que dan la sensibilidad interna, en sus desplazamientos por su gran capacidad de movimientos y que determina junto a la sensibilidad dolorosa, excitable por estímulos más íntesos y como resultado de esta actividad compleja, se origina una síntesis sensitiva de reelaboración superior.

Vivencias subjetivas, analizadas por la autoobservación, que precisa de los estímulos específicos captados en los aparatos sensoriales, transformándolos éstos, en proceso nervioso, que conducen las fibras nerviosas como mensaje sensorial,

de la sensibilidad periférica, de origen superficial tegumentario, de presión o barestésica, de movimientos o de actitudes, excitaciones conducidas por las expansiones de las neuronas sensitivas periféricas, hacia las sucesivas neuronas y vías centrales, como mecanismos cerebrales de toma de conciencia.

Mensaje que al llegar a los centros es el momento inicial de la sensación, fundamental problema de neurofisiología, sobre el cual no están de acuerdo las dos escuelas antagónicas, la behaviorista o materialista, que intenta explicarlo por cambios físicos y químicos, y la idealista, con la orientación metafísica de la existencia del alma y del modo de pensar de extraordinaria trascendencia en el ser humano.

Lejos de nuestro ánimo está entrar en estas intrincadas y opuestas tendencias, y hacemos un esfuerzo convergente de síntesis para resaltar en este mecanismo de la neuro-conciencia o de integración individual en el hombre, pues descartando el funcionamiento cerebral en los animales y sus simples conductas reactivas, apreciamos en la tan distinta complejidad cerebral del hombre y su pensamiento, que rige sus deliberadas acciones y sobre todo por el lenguaje, conducta autónoma y verbalizada que le distingue dentro del mundo que le circunda.

Esta misteriosa asociación entre el cerebro y la actividad psíquica,

que caracteriza al individuo con su bioconciencia tan perfectamente organizada, es fundamento de la unión psicosomática, que en su integración consciente piensa, se autoregula y está dotado de variada y exquisita sensibilidad, con la amplia reactividad y auto coordinación de sus órganos, formados por células vivientes, como individuales elementos biológicos.

Además, la ciencia actual acepta el materialismo científico con el automatismo de la cibernética y de sus «robots», con sus circuitos artificiales complicados, que imitan al ser viviente, pero que no dejan de ser una ilusión matemática peligrosa, que cumple determinados fines, para los que han sido construidos, pero no cabe comparación con el valor del hombre, ya que existe en éste un abismo en su sutil y fina integración consciente.

Estas funciones cerebrales, que reflejan la realidad objetiva, cuya iniciación está en la sensación, que se transforma en percepción, cuando los fenómenos y los objetos se reflejan con distintas cualidades, en representación, cuando son reproducidas, surgiendo el pensamiento al comparar, generalizar y deducir consecuencias cognoscitivas.

Estos fenómenos psíquicos son inseparables a un proceso reflejo o de conexión nerviosa, que es la base de la actividad psíquica del sujeto, partiendo de la primera fuente de todos nuestros conocimientos acerca del mundo que nos rodea,

consecuencia de los estímulos que, en su mínima cantidad, constituye el umbral absoluto de la sensación, que en la actividad práctica de la sensibilidad intrabucal, por ejemplo, en los individuos degustadores de vino, té, tabaco, etc., adquieren un alto grado de perfeccionamiento y desarrollo de excitación específica, en cuya determinación hay que considerar, además, el tiempo de actuación del estímulo, la debida extensión de la zona receptora, así como la adaptación de los órganos bucales a la sustancia sávida, ya que las cualidades químicas disueltas en el agua o en la saliva actúa mejor sobre los quimiorreceptores distribuidos entre las papilas linguales, como órganos específicos del gusto.

Sensibilización mayor, que puede aplicarse a todos los tipos de sensaciones, sean térmicas, táctiles, dolorosas, etc., en el aparato bucal y sus paredes limitrofes, siendo siempre el hecho fundamental la acción recíproca con otros analizadores, ya que las conexiones mutuas de los mecanismos reflejos de las sensaciones se difunden a 120 metros por segundo hacia los centros superiores, estableciendo sinápsis múltiples en los centros intermedios y así al mismo tiempo al entrar en la boca un alimento o medicamento, su influencia sensitiva será variada de contacto, de presión, de escozor, de frío, de vibración, etc., pues los centros subcorticales, que se relacionan, quedan

regulados por la corteza cerebral en su funcionamiento.

Intercalamos unos ejemplos, de variaciones de la sensibilidad, en cualquier proceso patológico de la cara, cuya sintomatología típica, puede cambiar de un paciente a otro, por ejemplo, una linfocelulitis geniana, en unos, los signos dolorosos son violentos y en otros, evoluciona con relativa falta de dolor y sin defensas contracturales de la facies, al igual que decimos de las manifestaciones álgicas, puede aplicarse a la sensibilidad táctil y profunda, si el sujeto es un hipersensible.

Las modificaciones cenestésicas son de observación trivial en los pacientes emotivos, frente a un posible tratamiento o por miedo, repugnancia, vergüenza, pudor, etc., también en los sujetos neuróticos, que por estar abstraídos, interpretan falsamente las reales sensaciones y las convierten en fenómenos representativos anormales e incluso su equivocada autointerpretación de las sensaciones cenestésicas, son origen de peligrosa aprensión y de verdadero padecimiento.

En estos individuos introvertidos, existen variaciones extraordinarias de la sensibilidad de los órganos y superficies del área que nos ocupa, y de la máxima importancia clínica práctica, ya que son pacientes hiperexcitables y en constante autoobservación, nos explicamos los absurdos síntomas que realmente perciben, los cuales de-

bemos admitir como sus verdaderos sufrimientos, pero procurando hacerles concentrar su atención, con otros estímulos, se consigue muchas veces, dificultarles la percepción de sus molestias cenestésicas y dolorosas.

A este propósito llevamos al lector a un trabajo anterior nuestro acerca de la «Valoración Psicoterápica en Estomatología» donde pasábamos revista a todo paciente, desde el normal miedoso, al psicopático, señalando las habilidades y conocimientos acerca de la psicoterapia, que debiera poseer el estomatólogo, haciendo mención ya entonces, de las directrices terapéuticas, restablecer primero el sentimiento de seguridad y tranquilidad, dirección moral a la comunicación verbal, reeducar su voluntad con la comprensión, consiguiendo la relajación psicofísica y en lo posible, esclarecer las causas de su trastorno irritativo inconsciente y exagerado, combatiendo tales problemas emocionales y dolorosos con la psicoterapia práctica, que dividimos, en medios psicoprofilácticos, persuasivos y sugestivos, entre estos últimos, los conscientes y los sueños hipnóticos en trance leve, objeto actualmente de recientes aficiones con el nombre de sofrología médica, pero siempre ha indicado un modo fisiológico de llegar al trance con somnolencia, relajación, movimientos automáticos, sordera exterior que sólo oye al operador, amnesia completa y obediencia, consiguiéndose despertarlos con

gran suavidad, saliendo alegres y estimulados, habiéndolo recomendado nosotros por su utilidad e inocuidad y por ser un recurso más, esta forma de sugestión, frente a los pacientes, que comentamos ahora.

Actualmente, por Jackson y Kelly se han hecho experiencias, en sujetos mantenidos en una habitación oscura, privados de su sensorio por medio de drogas, acusando los pacientes alucinaciones de imágenes, percepciones, ideas, sentimientos, que fueron sugeridos, durante tales experiencias y registrados como actitudes alucinatorias, en relación íntima, con la abolición transitoria de la sensibilidad, materia propia de futuros estudios.

Algunos de los cuales se refieren a discriminar la sensibilidad en su valor funcional, aplicando el método de Weber, tanto de sensaciones táctiles como dolorosas, en pequeñas zonas sensibles y en relación con la movible habilidad, como posible reacción perturbadora, dentro de límites precisos, en distintos órganos superficiales, pruebas discriminatorias de sensibilidad, ayudadas de pintura de nihidrina y del compás de puntas de Weber que dan resultados informativos, acerca de la sensibilidad, pero depende del grado de concentración del paciente y de su ayuda cooperativa, como factores subjetivos.

Es difícil en el terreno de la sensibilidad, escapar del factor personal, a pesar de todos los progresos en la experimentación objetiva mo-

derna, con medidas determinativas, pues las tendencias del subconsciente, los instintos, los hábitos creados desde la infancia, por impresiones acumuladas, diferencian los hombres, por sus apetencias, sentimientos y aptitudes, también el biotipo con sus complejos morfo-fisio-psicológicos variados, hace diversa su personalidad, dentro de la unidad psicobiológica del ser, con sus etapas, en función de la edad y la capacidad reactiva de la sensibilidad, de acuerdo con los diversos temperamentos.

Todo ello, nos lleva a la impresión fisiológica conjunta de que la sensibilidad en el área buco-facial es fundamental reflejo, de la actitud del sujeto frente al medio ambiente, con sus actos volitivos, lenguaje, rasgos de la personalidad, criterio en su actividad, en la experiencia vital, en la manera y modos característicos de vivir, modelados éstos, por los impulsos temperamentales, frenados a su vez, en constante actitud defensiva por el carácter, para restablecer la armonía, entre las sensaciones y sus reacciones, fuerza del carácter, cuyo soporte, es el de su temperamento, al igual que la dirección está condicionada por la potencia del motor.

VARIABILIDAD NEUROLOGICA

En el terreno de la práctica y después de conocer el fundamento de la sensibilidad, cuando ésta aparece alterada en el área trigeminal,

el estudio del paciente empieza con el desarrollo cronológico de los síntomas y sus exploraciones, que inicia el diagnóstico, sea por deducción, inducción, demostración o por verdadera comprensión del síndrome, que aqueja el paciente en sus más nimios detalles sentidos por éste.

La orientación diagnóstica, dentro de la variabilidad, requiere, según creemos, un orden, empezando por la historia de las molestias actuales, las características de las mismas en su origen y sucesiva aparición, fecha de iniciación y curso evolutivo, bien intermitente o progresivo. Aquí es necesario, unir a estos datos neurológicos del área buco-facial, un sin fin de cuestiones sociales sobre clase de oficio, nutrición, esfuerzos mentales, tratamientos médicos, viajes realizados, etc., recogiendo además algunos indicios acerca de su conducta y carácter para completar con estos detalles los posibles síntomas psiquiátricos sobreañadidos.

Toda desviación de la normalidad sensible, nos obliga a comprobarla por exploración, basada nos parece siempre, sobre el perfecto conocimiento de las funciones del órgano aquejado, sea diente, tejido celular, hueso maxilar, etc., localización perfecta pues, para interpretar la naturaleza de tales desviaciones de la sensibilidad local y sus irradiaciones a distancia, lesión patológica, que provoca los trastornos sensitivos en toda la variabilidad que comentamos.

Es importante conseguir, la cooperación e interés del paciente, con una aproximación psíquica del observador, para que a parte del síndrome principal que el paciente impone y debemos atender, con la debida flexibilidad, aunque no sea la objeción de gran valor, para así conseguir su mejor disposición y nos refiera con sus propios términos, las perturbaciones de la sensibilidad, sean las que fuesen, aunque después, tengamos que hacer las preguntas aclaratorias evitando en los sujetos neurópatas e histéricos, que con ellas, se les pueda sugerir quizás, otros síntomas falsos.

La exploración física, se hará comprobando el estado sensible de todas las estructuras buco-faciales con un alfiler y chorro de agua fría, y pincel de pelo largo y flexible, para apreciar la sensibilidad externa, depresor de lengua y espejos bucales, junto con pequeños frascos con sustancias sápidas (azúcar, sal, vinagre y quinina) para apreciar las sensaciones gustativas sobre la lengua.

La sensibilidad a la presión, debe ser explorada con un objeto romo, sobre músculos, tendones, huesos, siendo preciso, tener precauciones y no hacer presiones excesivas, para mantener el umbral de la sensación.

Aquí nos referiremos también, a las alteraciones relacionadas con la pérdida de la sensibilidad postural de la posición exacta de su mandíbula, más acusada cerrando los

ojos, torpeza frecuente, al cerrar en las pruebas de oclusión y altura de mordida, en prótesis, que se aprecia a veces más la alteración, al presionar con los dedos, provocando mayor error postural.

Relacionado con estas impresiones sensitivas alteradas, está el sentido de la resistencia mandibular, perturbado al masticar, en pacientes con lesiones anestésicas centrales que, además, no aprecian la forma, tamaño y contextura de los alimentos.

Habiendo entrado en el sentido explorador de la sensibilidad en el área buco-facial, observamos siempre la variabilidad de la sensación y su interpretación, por estar alterado el umbral de la misma, sensibilidad aumentada o hiperpatía, que a igual estímulo, despierta mayor reacción, por el contrario disminuida o hipostesia y quizás abolida o anestesia. Otras veces se encuentra pervertida la sensibilidad, o sea, parestesias, pero siempre se requiere para su distinción métodos satisfactorios.

De una manera objetiva, el examen bucal general, ordenadamente dispuesto por parcelas orgánicas, con inspección y transiluminación, de la mucosa bucal, dientes y encías, garganta, lengua, oclusión de las arcadas, senos maxilares, suelo bucal, etc..., registrando los datos obtenidos, así como aquellos procedentes de la palpación y percusión de tales parcelas, las cuales se han de someter al estudio radiográfico, sea simples radiografías.

intra bucales o placas extra bucales para precisar causas ocultas de trastornos neurológicos de origen local o bien reflejo, interpretación que siempre unida a la de la sintomatología subjetiva, será valiosa en el diagnóstico de las perturbaciones de la sensibilidad.

Descartamos el estudio detallado del «Síndrome doloroso en estomatología» por habernos ocupado hace unos años con gran extensión y detalle en sendas ponencias, a las que remitimos al lector, aligerándonos en esta ocasión de los innumerables datos semiológicos de la sensibilidad dolorosa, quedando de ésta sólo su relación íntima e inseparable, con las sensibilidades, táctil, térmica, visceral y profunda de las estructuras buco-faciales.

Complejo sensible sintomático, cuya interdependencia es el objeto actual de nuestra atención de semiología neurológica, que no sólo comprende la zona extensísima del trigémino como parte principal, sino las múltiples comunicaciones con diversos nervios sensitivos craneales y del sistema simpático, por lo que el examen lo hacemos partiendo de este concepto sindrómico sensitivo, recordando, además, la posible anosmia, limitación del campo visual, disminución del reflejo corneal, del reflejo palatino y del vómito, por afectación de los pares 1.º, 2.º, 4.º, 9.º, 10.º y 11.º, con exploraciones al contacto tenue, en dos puntos simultáneos a diferentes distancias, localizando el esti-

mulo y el sentido de deslizamiento, clase de objeto y forma geométrica, minuciosidad que caracteriza a este examen de la sensibilidad facial.

Aquí comienzan a veces, objetivamente, a distinguirse alteraciones anestésicas o hiperálgicas y subjetivamente, hormigueos, pinchazos ligeros, sensación de contricción y quemazón, combinados con trastornos vasomotores, que denotan complicación simpática en la sensibilidad.

El origen de tales perturbaciones sensitivas puede formar dos grupos etiológicos, unos centrales, en las afecciones de las fibras radicales sensitivas del trigémino, cuando han penetrado en la protuberancia, en el núcleo sensitivo, o partir del mismo, cuando ascienden por el haz nucleotalámico por el lado opuesto teniendo interés en el territorio de inervación sensitiva, las anestias con abolición o atenuación de los reflejos, palpebral, corneal, estornutatorio y del reflejo palatino siendo a veces segmentarias, solo al dolor o bien a los cambios térmicos, por afectarse únicamente los núcleos o vías correspondientes, distinguiéndose también diversas perturbaciones, sólo en la frente, barbilla, mejilla, etcétera, según el preciso punto de la lesión, por procesos morbosos de las fosas cerebrales, sean meningoencefalíticos, vasculares o traumáticos.

Lo mismo podríamos recordar, acerca de los centros y vías supe-

riores de los otros pares craneales sensitivos, que asocian periféricamente con las ramas del trigémino, del cual esbozaremos el estudio etiológico sensitivo periférico, basado en lesiones de los nervios; 1.º de orden mínimo, causante de dolores, hiperestésias o parestésias; 2.º de orden orgánico, como proceso neurítico, con más graves consecuencias en la sensibilidad, tanto hiperestésias, anestésias, como arreflexias, que repercuten en la sensibilidad profunda, tal como se presenta en los pacientes polineuríticos, con ataxia, parálisis de tacto y trastornos tróficos y 3.º de orden traumático, con solución de continuidad de los nervios, que como es lógico, la intensidad es mayor tanto de las parestésias como de los dolores y de todo el síndrome sensitivo.

Al cual observamos y exploramos con variadas y minuciosas pruebas, que abarcan múltiples aspectos, además de los ya expuestos, por inspección, palpación y percusión, los que afectan a las perturbaciones térmicas y sensoriales intrabucuales, de la máxima importancia y trascendencia diagnóstica, difícil y precisa, tanto como útil y necesaria en clínica, así en el examen de los dientes, las excitaciones, aparte de las táctiles percibidas por la encía y periodonto, las más características son las producidas por el frío, el calor, las pruebas eléctricas, pero siempre como respuesta dolorosa cuando se trascienden determinados límites.

Así la tolerancia es variable, en dientes sanos y también en sujetos normales, en cuanto a calor de 45º a 65º y a frío de 0º a 20º, pero al existir inflamación pulpar, se exagera la sensibilidad, reaccionando dolorosamente y prestándose a muchos errores de interpretación, por lo que surge la utilidad de la exploración eléctrica, algo más precisa, si se aísla el diente, aplicándose corriente galvánica con el correspondiente electrodo, comenzando con baja intensidad y registrando el punto en el que aparece la reacción sensitiva, aunque al intervenir la apreciación subjetiva con su inteligencia y psiquismo, tan diverso individualmente, su valoración la consideramos insuficiente.

Por tanto estos datos deben admitirse, pero con gran prudencia, porque además las condiciones de aplicación local, como son el espesor variable de la dentina, clase de obturaciones metálicas o aislantes, densidad de la corriente, diversa cronaxia o tiempo de medida, hará imprecisable el resultado, que sólo admitimos como orientador en el diagnóstico sensible.

Nos encontramos con pacientes, con bocas paradentósicas y estomatitis recidivantes, observaciones muy frecuentes, que se quejan de perturbaciones en la sensibilidad lingual y trastornos gustativos en los que efectuamos un examen por medio de alfileres y de soluciones azucaradas, saladas, amargas (quina) y ácidas (vinagre), para de-

terminar la capacidad funcional sensorial.

Además de las parestesias, que se ofrecen en tales pacientes, en diversos grados con sensaciones subjetivas de embotamiento, de adormecimiento, de tensión, de presión, peso, cosquilleo, de hormigueo, comezón, pinchazos, etc., en paladar y principalmente en la lengua, observamos en esta, los trastornos del gusto, discriminados con las sustancias antes citadas, valiéndonos de una varilla de cristal o un cuentagotas, depositando una gota o un cristal, en cada una de las mitades de la lengua, así como en los dos tercios anterior y posterior, manteniendo el paciente la lengua fuera de la boca mientras dura el examen, aunque entre prueba y prueba, es necesario enjuagar la boca perfectamente.

El gusto, cabe admitirlo como prueba de la notable variabilidad en su apreciación individual e incluso últimamente como carácter hereditario mendeliano dominante sobre «tasters» con productos químicos, como la feniltiocarbamida, derivados del tiuracilo y tiopectona, por Fox, Evans y Fischer, en sendos trabajos y también como significación adaptativa, cuando al ser más sensibles a estas sustancias y a la quinina, son sujetos más refinados y de mayor sutileza en sus gustos alimenticios.

Recordando que la función gustativa es compleja, pues utiliza tres nervios diferentes, ya que los dos

tercios anteriores de la lengua aprecian las sensaciones del gusto por las fibras de la cuerda del tímpano que, en unión del facial, llega al ganglio geniculado y desde aquí pasa otra vez al trigémino, por el nervio petroso superficial mayor al ganglio esfenopalatino. Las fibras gustativas del tercio posterior de la lengua y del paladar pertenecen al glosofaríngeo.

Las fibras de la sensibilidad general de la lengua, corresponden en los dos tercios anteriores de la misma, a la rama lingual del trigémino y en el tercio posterior al glosofaríngeo.

La pérdida de la gustación se llama ageusia, pudiendo ser por el contrario exagerada o hipergeusia, también puede ser en el histerismo e incluso en afecciones orgánicas de los nervios y sin irritante externo que la provoque, ser la gustación subjetiva pervertida o parestésica, constituyendo la parageusia, signo de exploración cuidadosa.

Necesaria ésta porque en toda la gama variable de sensaciones expuestas, las reacciones y las palabras en que expresan los pacientes su propia apreciación, cabe que sea supuesta y no exacta, pues el factor emotivo y de conciencia, puede ser causa de equivocada interpretación.

También juegan su papel las sensaciones provocadas por estimulación más baja que la necesaria, para que aparezca la específica recepción, explicada en parte por la

diversa estratificación de los receptores, como se aprecia actualmente por la óptica con el microscopio electrónico, así como también la diversa cualidad del estímulo, problema de especificidad o de unidades sensibles a determinadas formas de energía, que hace más complicada la interpretación de las informaciones obtenidas.

Por fin, combinando por ejemplo, la estimulación eléctrica dolorosa sobre los dientes, anestesiados con distintos fármacos, con o sin noradrenalina, o bien en pacientes en los que se han administrado tranquilizantes o analgésicos corrientes en clínica, nos hacemos cargo de la infinita gama de respuestas neurológicas a iguales estímulos exploratorios, que nos dan un concepto de la variabilidad de la sensibilidad buco-facial.

SINTESIS CLINICA

Desde la semiología analítica, pasamos a la clínica sintética, dando a esta un enfoque doble neurológico y psicosomático, ya que tan importante consideramos a veces, en la práctica, el examen objetivo a base de las pruebas ya citadas al tacto, presión, temperatura, dolor y de sensibilidad postural, etc., o con sensaciones espontáneas, recogidas por la anamnesis, de entumecimiento, constricción, picazón, cosquilleo y alfilerazos, cuya ubicación dentro del área buco-facial es registrada al mismo tiempo que su

curación e irradiaciones, tan interesantes en el diagnóstico diferencial, como aquel examen más sutil y fino de orden psiquiátrico, en el cual se aprecia como un puente, que uniera lo orgánico a lo psíquico, como son las inervaciones expresivas, que se acompañan de llanto, risa, sonrojo, suspiro, etc., respuestas en las que se mezclan factores vegetativos, endocrinos y de interacción emotiva.

Esta interpretación psicológica de la función sensoperceptiva trastornada puede y debe aplicarse al concepto sintético diagnóstico de los múltiples síndromes sensitivos en el área buco-facial, junto a su base neurológica pura. Intentaremos clasificar en parte, ya que es imposible hacerlo en su totalidad, aquellos estados patológicos nerviosos y psíquicos en los que se observan clínicamente perturbaciones de la sensibilidad buco-facial.

Agrupamos de acuerdo con nuestra experiencia, en cuatro apartados los trastornos sensoperceptivos del área que nos ocupa, primeramente, cuando la irritabilidad está aumentada, en segundo lugar, cuando se halla disminuida, o quizás abolida, y por fin alterada, en forma de parestesias y disociaciones de la sensibilidad.

En el primer apartado la sensibilidad está exacerbada en los pacientes neuróticos, hipertiroideos y maníacos; contrariamente, se halla disminuida en los síndromes depresivos y en los sujetos melancólicos, psicosténicos estuporosos, los

afectos de síntomas confusionales y de despersonalización.

La abolición incluso de la irritabilidad sensible, llega a estar en evidencia en personas histéricas, con anosmias, ageusias, agnosias y estados de ensueños. Otras veces nos hemos encontrado con pacientes que la modificación disociada de la sensibilidad en la zona buco-dento-facial, es de seudopercepciones cenestésicas, tanto en individuos afectos de procesos psiquiátricos, de melancolía, neurastenia hipocóndrica o esquizofrenia, en estados patológicos tan variados, tales como los registrados por nosotros, des enfermos neurológicos, tenemos los polineuríticos o bien con esclerosis en placas, epilépticos, hasta aquellos que además presentan cuadros anémicos graves y de endarteritis, periarteritis, angiopasmos cerebrales.

Resumiendo, en una amplia gama de sujetos, que padecen procesos neuro-vasculares, que por patogenias múltiples dan disociaciones de la sensibilidad, o bien anestias o hemianestias, como por ejemplo, de las disociaciones, tenemos los pacientes tabéticos, con abolición sólo del tacto y sensibilidad profunda y los siringomielicos al calor y dolor, con perturbaciones anestésicas superficiales en estos pacientes y en aquellos que sufren lesiones de los nervios o troncos periféricos y anestias complejas y de la mitad de la cara, en los afectos de procesos neurológicos profundos, situados desde la

substancia cortical, capsular, talámica, pedúnculo ponto bulbar e incluso de los grandes troncos nerviosos de la base del cráneo.

Los errores de interpretación de la exploración de la sensibilidad en esta área maxilo-dento-facial, ya descrita, son fáciles ante la dificultad que presenta la interacción psicofisiológica de todos estos estados patológicos descritos, incluso en pacientes corrientes al parecer, pero que no obstante sufren estados ligeros de interpretaciones delirantes, con confabulación e intuiciones falsas, que nos obligan, por prudencia, a tener siempre en cuenta un enfoque psicossomático al explorar y pretender diagnosticar las perturbaciones de la sensibilidad de cualquier órgano o parcela del área que es objeto de nuestra cuidadosa y prolija atención médica especializada.

RESUMEN

Ante tan exquisito mundo de la sensibilidad en el área buco-facial, con sus recepciones del mundo interior o propiocepciones y de las sensaciones externas, el autor orienta la compleja apreciación en todas sus matizaciones, partiendo del análisis de las mismas, a base de los estímulos, del mensaje sensorial y de la toma de conciencia, de las primitivas excitaciones, que provocan impulsos o descargas en las vías nerviosas, en donde las interferencias y ritmos indepen-

dientes dan una extraordinaria gradación reactiva.

Llegando en su perfeccionamiento funcional los elementos receptores de la sensibilidad externa o interna a acoplarlas en una síntesis sensitiva de reelaboración superior que analiza todos los estímulos de los órganos bucales y de sus paredes, trasformando en proceso nervioso, constituye el mensaje sensorial, el cual excita los mecanismos cerebrales, o sea el momento inicial de la sensación.

Explica el autor este gran problema de neurofisiología; aparte de todas las antagónicas escuelas, se esfuerza en hacer un trabajo de síntesis acerca de la neuroconciencia o mecanismo de integración individual y de la complejidad cerebral del pensamiento en su misteriosa asociación con la actividad psíquica y la variada reacción sensible, como unión psicósomática del hombre.

Esboza las funciones cerebrales, que reflejan la realidad objetiva desde las sensaciones, percepciones, representaciones y las consecuencias cognoscitivas, de las que surge el pensamiento, actividad psíquica del sujeto, en cuanto éste es sensible, por los órganos específicos de la sensibilización en el aparato bucal y paredes limítrofes, comprendiendo las relaciones recíprocas de los receptores en toda la extensión de la zona buco-facial, de las conexiones nerviosas y de sus centros subcorticales y reguladores corticales.

Señala la infinita variación de la sensibilidad en cualquier proceso patológico de la cara, de acuerdo con el factor personal y su característico biotipo, haciendo múltiples alusiones psíquicas y pruebas objetivas, recalcando al fin en la fundamental actitud del paciente, que lucha para restablecer la armonía entre la sensación y la reacción.

En el segundo capítulo, después de conocer la base sensible, se desarrolla la orientación clínica diagnóstica en toda la variabilidad neurológica de la zona extensísima del trigémino, desde la minuciosa exploración y su estudio sensitivo y especializada apreciación semiológica, hasta la comprensión e interpretación de las informaciones, que nos llevan al criterio de la variabilidad de la sensibilidad buco-dento-facial.

Del estudio analítico pasamos a la clínica sintética, con un enfoque doble neurológico y psiquiátrico en cualquier paciente, como si fuera un puente que uniera lo orgánico a lo psíquico, respuestas en que se mezclan los trastornos sensorio-perceptivos, que agrupa el autor en cuatro apartados: 1.º Cuando la sensibilidad está exacerbada. 2.º Cuando se halla disminuida. 3.º La abolición de la irritabilidad sensible, y 4.º Las modificaciones disociadas de la sensibilidad de la zona buco-facial o pseudo-percepciones cenestésicas.

Hace los comentarios oportunos

a cada agrupación, añadiendo los pacientes afectados de procesos neurovasculares, que por patogenias múltiples modifican su sensibilidad en el área maxilo-facial.

Resume, por fin, los fáciles errores de la interpretación ante la dificultad por la interacción psicofisiológica y la correspondiente a

los estados patológicos en aquellos pacientes con perturbaciones de la sensibilidad buco-facial, abogando con tal fin al obligado enfoque psicossomático, como objetivo que resalte y evite desviaciones en nuestra recta, cuidadosa y prolija atención profesional médica especializada.

Discusión. — El Dr. B. Rodríguez Arias alude a la trascendencia cada vez mayor de las investigaciones neurofisiológicas, al interés que debe despertar siempre en los estomatólogos lo neuro-psicológico y a lo que significa en todo momento la gran exploratoria neurológico-psiquiátrica en el área bucofacial, para que no se cometan errores, v. gr., al diagnosticar neuralgias de trigémino y otras dolencias parecidas.

El disertante asegura que jamás olvida el enfoque de orden psicossomático.

BIBLIOGRAFIA

- ADRIAN: La base de la sensación. Madrid, 1947.
- ALAJONANINE: Revue Neurologique, n.º 5, pág. 433, 1962.
- BARRAQUER FERRÉ: Estudios de Neurología Clínica. Barcelona, 1952.
- BAUNISTER: J. Neurol Neurosurg Psychiat, v. 25, 321, 1932.
- BELTRÁN CODINA: Anales Esp. O. Estom., septiembre 1959. Madrid.
- BOURDEL: Les temperaments psychobiologiques. Paris, 1961.
- BÜRGER: Errores de diagnóstico clínico. Barcelona, 1956.
- BURMAN y GOLDSTEIN: The Jour. of Period. v. 32, p. 257. julio 1961.
- CAMPBELL: Brit. D. S., 112, feb. 6, 1962.
- CIENFUEGOS: Emoción de la enfermedad. Madrid, 1961.
- CHAUCHARD: Mecanisme cerebraux de la prise de conscience. Paris, 1956.
- DASSEN: Sistema Nervioso. Buenos Aires, 1948.
- EAGLE: The Jour of Nerv. and Mental Disease. v. 134, p. 1, n.º 1, enero 1962.
- EDELBERG y BURCH: Arch of Gral. Psychiatry, v. 7, n.º 3, p. 163.
- FRIEDMAN: Arch of Gral. Psychiatry. v. 7, n.º 3, p. 193.
- GARDNER: J. Canad. D.A. 28: 151-166, march 1962.
- GARDNER y SAVA: Jour of Neurosurgery, v. XIX, 3-240, march 1962.
- GIANNELLI: Riv. Pat. Nerv. e Ment., I. p. 27, 1961.
- GLASGOW: Brain 85, p. 791, 1962.
- GORDON: Neurología Clínica. Madrid, 1950.
- GRINKER: Neurología. Madrid, 1942.
- HENSON: Bran 84: 535-54, dic. 1961.
- HOUSTON: Fundamentos de Neurología Clínica. Madrid, 1949.
- JACKSON: Science, 35: 211-2, 19 Jan. 1962.
- KARLI: C. R. Soc. Biol. 155:644-6, 1961.
- KRUJEVIC: Experimentia, 17: 469, 15 octubre 1961.
- MARAÑÓN: Diagnóstico Clínico. Madrid, 1957.
- MATTIROLLO: Enfermedades Nerviosas.
- MELZACK: Brain 85, p. 331, 1962.
- MOBERG: Neurology. 12: 8-19. Jan. 1962.
- NAFE: Amer. Rev. Psychol. 13: 201-24, 1962.
- ROSENBLITH: Sensory Communication. Londres, 1961.
- RUSSELL BRAIN: Enf. del Sistem Nervioso. Londres, 1955.
- SHAGAS y SCHWARTZ: The Jour of Nerv. and Mental Disease. v. 135 p. 44 n.º 1, july 1962.
- SMIRNOW: Psicología. México, 1960.
- SPILLANE: Revue Neurologique, 5: 472. 1962.
- SURÓS: Semiología Médica. Barcelona, 1957.
- WALLAND TAMB: Jour of Neurophysiology. vol. XXV, p. 110, march 1962.