

Reporte de Caso

Rev. Mex. Anest
1999;22:49-52
©, Soc. Mex. Anest, 1999

Bloqueo del Ganglio Esfenopalatino como tratamiento para la neuralgia Esfenopalatina con expresión del Glossofaríngeo

Ma. Guadalupe Rivera León*, Jorge Rafael Hernández Santos**, Sergio Tenopala Villegas*, Juan Durán Aguilar*

RESUMEN

La historia del bloqueo nervioso del ganglio esfenopalatino data de 1908, cuando Greenfield Sluder, describió por primera vez el tratamiento de una variedad de cefaleas y síntomas de dolor facial a través del bloqueo del ganglio con anestésicos locales. Esta técnica también ha sido útil en el tratamiento de migraña, cefaleas y Síndrome de Dolor Facial Atípico. En este estudio se realizó una revisión retrospectiva de tres casos, dos mujeres y un hombre, con un rango de edad de 36-47 años, con antecedentes de Rinitis Alérgica y cuadros gripales crónicos. En los 3 casos, los pacientes presentaban sintomatología de neuralgia esfenopalatina con componente de neuralgia glossofaríngea, tales como: odinofagia, rinorrea, lagrimeo unilateral, refiriendo episodios de dolor laríngeo súbito, a la deglución (en dos casos) y seguido de un acceso de tos (un caso), tipo punzante, paroxístico, con duración de segundos, sin predominio de horario, con mala respuesta a tratamiento farmacológico a base de carbamazepina. Dicha sintomatología se fue incrementando en frecuencia e intensidad. En los 3 casos, se realizó bloqueo del ganglio esfenopalatino analgésico-desinflamatorio, diagnóstico-pronóstico, presentando mejoría hasta la remisión total de los síntomas clínicos (*Rev Mex Anest*, 1999;22:49-52).

Palabras clave: Neuralgia esfenopalatina, neuralgia glossofaríngea, dolor facial y paroxístico.

ABSTRACT

Sphenopalatine Ganglion Blockade for Sphenopalatine Neuralgia with Glossopharyngeal expression. History of sphenopalatine ganglion nervous blockade dates back to 1908, when Greenfield Sluder described for the first time, the treatment of a variety of cephalic and facial pain syndromes through ganglion blockade with local anesthetics. This technique has been also useful in migraine treatment, headaches and atypical facial pain syndrome. In this paper, a retrospective review of three cases, two women and one man, with a range age of 36 - 47 years, with an allergic rhinitis history and chronic flu pictures was made. In the three cases, patients presented sphenopalatine neuralgia symptomatology, with glossopharyngeal neuralgia components such as: odynophagia, rhinorrhea, unilateral lacrimation, referring sudden laryngeal pain episodes when swallowing (in two cases) following by a cough access (one case), stinging type, paroxysmal, with seconds duration, with no schedule predominance, and with a bad response to pharmacological treatment with carbamazepine; this symptomatology being increased in frequency and intensity. In the three cases diagnostic-prognostic, desinflammatory-analgesic sphenopalatine ganglion blockade was made, showing improvement until total remission of clinical symptoms (*Rev Mex Anest*, 1999;22:49-52).

Key words: Sphenopalatine neuralgia, glossopharyngeal neuralgia, facial and paroxysmal pain.

La neuralgia del ganglio esfenopalatino (también conocida como neuralgia de Sluder, o cefalea de la mitad inferior), es una neuralgia facial poco frecuente, caracterizada por dolor intenso en la mitad inferior de la cara, por debajo

de las cejas. El dolor es unilateral, continuo y terebrante. Se puede referir al ojo, nariz, dientes del maxilar, oído, arco cigomático, paladar, faringe, hombro y brazo. Se puede acompañar de rinorrea, lagrimeo, estornudos, fotofobia y salivación. No hay zona desencadenante, la distribución y duración son variables¹.

La causa de la neuralgia esfenopalatina, se debe a la irritación del ganglio como la sinusitis, el dolor resultante puede ser de distribución neurovascular y por tanto visceral en su origen y tipo. Las áreas implicadas corresponden a las

*Médico Anestesiólogo – Algólogo. **Jefe de Clínica y Terapia del Dolor, Prof. titular del curso del CMN "20 de Noviembre". Correspondencia: Ma. Guadalupe Rivera León. Clínica y Terapia del Dolor Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Torre Consulta Externa, 8º Piso, Av. Félix Cuevas esquina Coyocán, Col. Del Valle, 03100 México, D.F.

que están irrigadas por los vasos sanguíneos que reciben fibras autónomas sensitivas, motoras y viscerales, por la vía del ganglio esfenopalatino²

En tanto que la neuralgia glossofaríngea suele ser unilateral, se caracteriza por presentar dolor punzante paroxístico durante unos treinta segundos, seguido por una sensación quemante que dura de 2 a varios minutos, y se localiza en la parte posterior de la lengua, en la faringe y en el paladar blando, se puede irradiar hacia el oído ipsilateral³. La zona desencadenante se localiza generalmente en la pared lateral de la faringe, en la base de la lengua o en el área del oído externo, posterior a la rama de la mandíbula. Los factores desencadenantes pueden ser el movimiento de la lengua, el bostezo o la tos, acompañándose de lagrimeo y salivación.

Sólo el 10% de los pacientes con neuralgia glossofaríngea presenta bradicardia, síncope y convulsiones. El mecanismo más frecuente del síncope, es un desbordamiento del impulso en el nervio glossofaríngeo por la vía del tracto solitario hacia el núcleo motor dorsal del nervio vago, ocasionando bradicardia refleja y asistolia. También se ha sugerido una respuesta vascular vagal no específica para el dolor neurálgico. Otras posibilidades son que esté aumentada la sensibilidad del núcleo del nervio vago, que desarrolle una sinapsis artificial en la parte más proximal del nervio glossofaríngeo estimulando inadecuadamente las fibras del seno carotídeo.

En pacientes jóvenes las causas orgánicas pueden ser anomalías arteriales en el ángulo pontocerebeloso, aracnoiditis, fibrosis perineural, elongación de las apófisis estiloidea o infección viral⁴.

En algunas ocasiones se presentan dolores análogos secundarios o diversos trastornos, entre otros: el carcinoma nasofaríngeo, la infección faríngea, la amigdalectomía, el síndrome post radiación, la impactación del tercer molar, la extracción dentaria, la apófisis estiloidea alargada o el ligamento estilohioideo, osificado (Sx. De Eagle), el osteoma de agujero carotídeo, el tumor del ángulo pontocerebeloso, el meningioma, el fibroma y las metástasis en el hueso petroso temporal.

La incidencia de la neuralgia del nervio glossofaríngeo es poco frecuente, cerca del 1.5% en relación con la neuralgia trigeminal.

Respecto al tratamiento médico, el fármaco de primera elección es la carbamazepina, siendo también útiles la fenitoína y el baclofén⁵. Si el paciente no responde al tratamiento médico, el bloqueo nervioso dentro de la amígdala o en la ramas lingüales del glossofaríngeo por vía intraoral o percutánea con anestésicos locales o cocaína tienen éxito⁶⁻⁸.

El tratamiento quirúrgico consisten en la sección intracraneal del glossofaríngeo y de las tres o cuatro raicillas superiores del vago en el agujero yugular, la cual se realiza a

través de una craneotomía suboccipital bajo anestesia general. La mortalidad de la técnica operatoria está alrededor del 1-2%⁹.

Janneta ha propuesto una técnica de descompresión microvascular análoga a la de la neuralgia del trigémino como tratamiento quirúrgico de elección¹⁰.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de 3 casos con diagnóstico de Neuralgia Esfenopalatina con expresión del Glossofaríngeo, a quienes de les realizó un bloqueo del ganglio esfenopalatino analgésico-desinflamatorio, diagnóstico-pronóstico.

Técnica de bloqueo del ganglio esfenopalatino vía palatina o interior: se colocó el paciente en decúbito supino. Con la boca abierta, se colocan campos estériles. En el agujero palatino posterior, situado frente al último molar inferior equidistante entre el rafé medio y la cara bucal del molar; se halla por lo tanto más cerca del diente que de la línea media del paladar, con una aguja 22 con una curvatura de 90° se infiltra 0.5 ml de lidocaína al 2%, se rectifica la curvatura de la aguja (formando un ángulo de 120°), se introduce entonces la aguja por el agujero palatino posterior, en el conducto pterigopalatino, a unos 2-3 cm, aproximadamente, y se inyectan 4 ml de bupivacaína al 0.5%. y 1 ml de metilprednisolona (Depo Medrol® 40 mg) La técnica, así como los medicamentos y dosis fueron utilizados de igual manera en los tres casos.

Caso 1

Paciente masculino de 36 años de edad, con antecedentes de sinusitis nasal recibiendo tratamiento quirúrgico. Un año después comienza a presentar cuadros gripales crónicos, diagnosticándose Rinitis Alérgica, posteriormente, dos años después, presente de forma súbita dolor a nivel faríngeo de características punzantes y lancinantes a la deglución de alimentos, con una duración de segundos, en forma esporádica, tres meses después al despertar por la mañana presenta el mismo dolor, con la misma duración. Posteriormente presenta además odinofagia la cual persiste por 3 - 4 días. Recibe tratamiento farmacológico a base de carbamazepina 200 mg cada 8 hrs, sin presentar mejoría satisfactoria; presentándose el dolor con más frecuencia y de mayor intensidad.

Se procede a realizar bloqueo analgésico-desinflamatorio, diagnóstico-pronóstico del ganglio esfenopalatino, refiriendo mejoría del 80% por lo que se continua con CBZ 200 mg cada 12 hrs, y amitriptilina 25 mg cada 24 hrs. Seis meses después se da de alta asintomático, suspendiéndose el tratamiento farmacológico.

Caso 2

Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedentes de cuadros gripales crónicos, lagrimeo y rinorrea, la cual refiere presentar dolor paroxístico unilateral izquierdo, posterior a un acceso de tos, con duración de 20 segundos aproximadamente, seguido de una

sensación quemante localizado en la faringe y paladar blando, repetitivo, sin periodicidad, por lo que se le indica tratamiento farmacológico a base de carbamazepina 200 mg cada 8 hrs, amitriptilina 25 mg cada 24 hrs, con mala respuesta. Se realiza bloqueo analgésico-desinflamatorio diagnóstico pronóstico, del ganglio esfenopalatino presentando mejoría del 90%, disminuyendo tratamiento médico hasta referirse asintomática.

Caso 3

Paciente femenina de 43 años de edad, con antecedentes de Rinitis Alérgica, y septumplastia. Un año después de la cirugía presenta rinorrea y lagrimeo izquierdo de forma crónica, presentando dolor súbito faríngeo, tipo punzante, a la deglución, de intensidad severa, que dura unos segundos, el dolor se irradia hacia el oído ipsilateral, dicho dolor se ha incrementado paulatinamente tanto en intensidad como en frecuencia. Recibe tratamiento médico con carbamazepina 200 mg cada 8 hrs, presentando leve mejoría, por lo que se le realiza bloqueo del ganglio esfenopalatino analgésico-desinflamatorio, diagnóstico-pronóstico refiriendo mejoría del 90%. Se indica continuar con carbamazepina 200 mg cada 12 hrs, suspendiéndose el mismo a la remisión del cuadro.

DISCUSION

La revisión de estos tres casos, en los cuales los pacientes presentan sintomatología de neuralgia esfenopalatina con componentes de neuralgia glossofaríngea, y a quienes se les realizó bloqueo del ganglio esfenopalatino analgésico-desinflamatorio, diagnóstico-pronóstico, refiriéndose en todos los casos importante mejoría y/o remisión de la misma.

Esto se podría explicar, con bases anatómicas, ya que el ganglio esfenopalatino está formado por fibras preganglionares del nervio petroso mayor (que nace del ganglio geniculado del nervio facial) y del nervio petroso profundo (procedente del nervio timpánico, rama del nervio glossofaríngeo), los cuales van a formar el nervio del canal pterigoideo, que sale del cráneo por el agujero rasgado anterior, se introduce en el canal pterigoideo y llega al ganglio esfenopalatino.

Al administrar el anestésico local y el desinflamatorio en el ganglio esfenopalatino, teóricamente por las inervaciones anatómicas, se bloquean las fibras de impulsos nociceptivos que viajan a través del nervio petroso profundo, y ramas sensitivas de V₂ del nervio trigémino, las cuales son bloqueadas en forma antidrómica a nivel del ganglio esfenopalatino, para disminuir los impulsos paroxísticos de la expresión neurálgica del glossofaríngeo.

Anatomía

El nervio glossofaríngeo es un nervio mixto, sus fibras motoras inervan los músculos faríngeos y

parte del velo del paladar, y sus fibras sensitivas van a la mucosa faríngea y el tercio posterior del dorso de la lengua. Su origen es en el ganglio inferior (ganglio de Andersch), y ganglio superior (ganglio de Ehrenriher). En la fosa petrosa, sale del cráneo por el agujero rasgado posterior (borde anterior del occipital y posterior de la roca del temporal), separado del X y XI por el tabique fibrocartilaginoso. Dentro del cráneo corre por delante del X y XI y la yugular interna. Da ramas colaterales y terminales. Ramas colaterales: nervio timpánico (o de Jacobson), nervio estilofaríngeo, nervio estilogloso, nervios carotídeos, y nervios amigdalinos. Ramas terminales: en la base de la lengua forma el plexo lingual, se anastomosa con el X, simpático por plexos faríngeos y laríngeo, y con el facial por los nervios petrosos. El nervio timpánico va al oído medio, y el carotídeo timpánico que inerva barorreceptores del seno carotídeo y los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo^{11,12}.

El ganglio esfenopalatino recibe ramas aferentes unidas entre sí, formando un solo tronco. Estas ramas son: ramo carotídeo, procedente del plexo simpático, que rodea la carotídea interna; ramo craneal que a su vez está formado por dos ramas, una el nervio petroso mayor (que nace del ganglio geniculado del facial y atraviesa el hiato del canal del nervio petroso mayor); y la otra, el nervio petroso profundo (procedente del nervio timpánico rama del glossofaríngeo).

El nervio petroso mayor y el nervio petroso profundo que contienen las tres raíces del ganglio: simpática, sensitiva y motora, se unen para formar el nervio del canal pterigoideo (nervio vidiano) el cual sale del cráneo por el agujero rasgado interior, se introduce en el canal pterigoideo y llega así hasta el ganglio esfenopalatino. Ramas eferentes: ramo pterigopalatino (nervio de Bock), nervios orbitarios, nervio esfenopalatino y nervio palatino^{11,12}. Además recibe ramos directos de la rama mandibular del Trigémino (V₂).

La estimulación del glossofaríngeo por fenómenos externos o quirúrgicos que irritan al ganglio esfenopalatino, pueden ser la causa de la neuralgia esfenopalatina con expresión de glossofaríngeo y en los 3 casos que se aplicó bloqueo analgésico-desinflamatorio, diagnóstico-pronóstico del ganglio esfenopalatino pudiera aliviar la sintomatología por su contacto directo con la rama V₂ del trigémino y su inervación indirecta con el glossofaríngeo a través del nervio petroso profundo (procedente del nervio timpánico –antes Jacobson- rama del glossofaríngeo).

REFERENCIAS

1. Kazuhisa K. Glossopharyngeal Nerve Block for Carotid sinus Syndrome. *Anesth Analg*, 1992;65:1036-1037.
2. Phero JC. Dolor Orofacial y otros síndromes afines. Tratamiento Práctico del Dolor, P. Prithvy Raj. Edit. Mosby, 1994, 228-229.
3. Liette I. Transvenous Pacing for the Anesthetic Management of Surgery for Glossopharyngeal Neuralgia. *Anesthesiology* 1990;1039-1040.
4. Henthom RW. Which Method for intraoral Glossopharyngeal Nerve Block is Better? *Anesth Analg* 1995;81:1110-1119.
5. Russell AL. Sphenopalatine Block, the Cheapest Technique in the Management of Chronic Pain. *Clin J Pain*, 1991;7:256-257.
6. Berger JJ. Does Topical Anesthesia of the Back Pain? *Anesth Analg* 1986;65:700-702.
7. Torre F. Neuralgia del Nervio Glossofaríngeo en el curso de una amigdalitis lingual. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1996;3:328-30.
8. Dalessio DJ. Diagnóstico y tratamiento de Neuralgias Craneales. Cefalalgias, *Clinicas de Norteamérica* 1994:633-644.
9. Scudds RA. The use of topical 4% lidocaine in sphenopalatine ganglion blocks for the treatment of chronic muscle pain syndromes: a randomized controlled trial *Pain*. *Pain* 1995;62:67-77.
10. Lebovist AH. Sphenopalatine Ganglio Block: Clinical Use in the Pain Management clinic. *Clin J Pain* 1990;6:131-136.
11. Testit LA, Latarjet, Nervios Craneales. Compendio de Anatomía Descriptiva. Edit. Salvat, 1991:440-471
12. Netter FH. Nervous System. Anatomy and Physiology. The Ciba Collection of Medical Illustrations, Edit. Alister Brass, 1991;1:104-105.