

Neuralgia del Trigémino

Dolor Facial Paroxístico o Tic Douloureux

Dr. Wilfredo Cruz Campos, Dr. Napoleón Urcuyo†*

RESUMEN. La neuralgia del trigémino se caracteriza por un dolor paroxístico breve e intenso que en forma crónica se presenta en el territorio de inervación de dicho nervio, presentándose algunas veces con actividades comunes como hablar y comer; usualmente puede ser tratado con medicamentos en forma adecuada, pero en ocasiones se vuelve refractario al tratamiento médico, necesiéndose procedimientos neuroquirúrgicos para el alivio del dolor. En el presente artículo se informa de cuatro casos refractarios al tratamiento médico que fueron sometidos a procedimientos neurolíticos con glicerol o por medio de la compresión del ganglio de Gasser, canalizándose el foramen oval utilizando la técnica de Härtel. El satisfactorio alivio de los pacientes en todos los casos destaca estos procedimientos como una alternativa terapéutica adecuada, confiable y segura para el manejo de estos pacientes.

Palabras clave: *Neuralgia del Trigémino, Härtel, Gasser, Gangliolisis.*

ABSTRACT. Trigeminal neuralgia is characterized by paroxysmal episodes of severe, short pain in its corre-

sponding innervation territory; speaking, chewing may precipitate or trigger a pain episode. This neuralgia can be medically treated, but sometimes may be refractory to medical treatment, needing a neurosurgical pain relief. This paper presents four refractory trigeminal neuralgia cases, which underwent neurolytical procedures with glycerol or by means of Gasserian ganglion compression, reaching oval foramen by Härtel technique. The satisfying pain relief in every case shows these techniques like an adequate, safe and reliable alternative therapy for patient management.

Keywords: *Trigeminal Neuralgia, Härtel, Gasserian, Gangliolysis.*

INTRODUCCIÓN

El nervio trigémino o V nervio craneal tiene principalmente dos componentes, uno sensorial que provee la sensibilidad de la piel de una hemicara y la porción anterior de la cabeza, y otro componente motor que inerva los músculos maseteros y pterigoideos.¹

La neuralgia del trigémino se caracteriza por ataques paroxísticos de dolor breve, severo en una o más divisiones del nervio, tornándose en el trastorno más molesto de la disfunción del trigémino, por lo cual es también conocido como *tic douloureux*.²

* Médico Especialista de Neurocirugía. Sala de Neurocirugía de Adultos, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

† Médico residente del Programa de Neurocirugía, Hospital Escuela.
Dirigir correspondencia a:

Este dolor involucra la segunda o tercera división y menos frecuentemente la primera, raramente ocurre bilateralmente. Los ataques duran días o semanas, y cuando cesan, pueden desaparecer hasta por varios meses. El dolor se exagera o se presenta al masticar, hablar, lavar o tocar la cara. Típicamente afecta a mujeres de más 50 años. El diagnóstico es eminentemente clínico y debe ser diferenciado de otras causas de dolor craneal o facial.

Su etiología en la mayoría de los casos permanece desconocida, aunque se conoce que se puede producir por compresión en la raíz o desmielinización (los tumores del ángulo pontocerebeloso como los meningiomas, quistes epidermoides) o vasos que hacen contacto en la zona de entrada del nervio en el tronco cerebral.³

Su manejo en principio es médico, y para éste fin se utilizan diversas drogas que han probado mejorar la sintomatología con efectos adversos tolerables. Probablemente la más utilizada es la carbamacepina, y en casos de difícil control, se suman otras como la fenitoína, el clonazepan o últimamente la gabapentina.²

Al fallar la terapia médica, se emplean diversos procedimientos: descompresión microvascular, sección de la raíz principal o de sus ramas, termocoagulación con radiofrecuencia, procedimientos neurolíticos de las diferentes ramas o del ganglio con alcohol, glicerol o fenol, también se utiliza la compresión del ganglio mediante un pequeño balón inflable de una sonda de embolectomía (Fogarty).⁴

Una de las técnicas más utilizadas para colocar el balón inflable en el foramen oval, es la descrita por Härtel,^{5,6} marcando el punto de entrada de la aguja a 2.5 cm lateral a la comisura labial y luego dirigiéndola al foramen oval con ayuda fluoroscópica (ver figuras No. 1 y No. 2), a través de esta técnica se logra penetrar al foramen oval generalmente sin dificultades. El alivio del dolor se logra muy a menudo, pero también se producen complicaciones como disestesias, anestesia corneal o la morbimortalidad propia de cualquier cirugía cerebral en el caso de la descompresión microvascular.

Figura No. 1

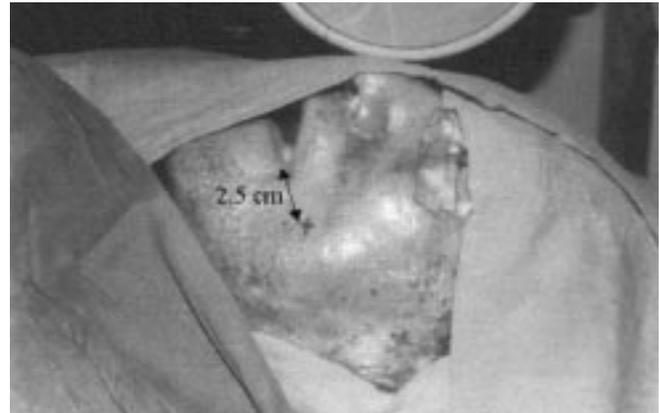


Figura No. 2



MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron cuatro pacientes con diagnóstico de neuralgia del trigémino que se atendían en el transcurso del año 2000, mediante citas en la Clínica de Consulta Externa de Neurocirugía de Adultos del Hospital Escuela. Se seleccionaron tomando en base su pobre respuesta al tratamiento médico de la neuralgia a lo largo de por lo menos 6 meses, lo que les impedía las actividades comunes y necesarias para una adecuada calidad de vida. No se tomaron en cuenta aquellos pacientes que tuvieran otra enfermedad médica importante que estuviera asociada en forma directa con a neuralgia del trigémino, como por ejemplo un tumor en el ángulo pontocerebeloso.

Se ingresaron a Sala de Neurocirugía de adultos del Hospital Escuela y bajo anestesia general se canalizó el foramen oval mediante la técnica propuesta por Härtel,⁵ realizándose procedimiento neurolítico mecánico o químico del ganglio de Gasser, ya sea con compresión con balón de Fogarty o inyectando glicerol al 95% en el foramen oval, permaniendo como mínimo un día para observación postoperatoria y citándolos a la consulta externa de Neurocirugía de Adultos del Hospital Escuela para control de la evolución de la enfermedad.

Resultados y Casos Clínicos

Caso 1

Paciente femenina de 63 años, con educación universitaria, con antecedentes de tratamiento médico por neuralgia del V par, en 1992 se le practicó rizotomía de las 3 ramas del trigémino con mejoría del cuadro por 11 meses, en 1996 se le realizó descompresión del ganglio de Gasser con mejoría temporal y en 1997 con otra descompresión del ganglio de Gasser mejoró su cuadro por 2 años. Al recurrir el dolor, se utilizó nuevamente tratamiento médico con carbamacepina, desarrollando alergia. La sintomatología aumentó progresivamente, al grado de alimentarse sólo con líquidos y jugos, tolerando previo a la cirugía sólo algunos alimentos, comunicándose en forma escrita únicamente, por el dolor producido al hablar. Por lo anterior, se realizó en sala de operaciones una gangliólisis percutánea química con glicerol al 95% con 0.5 cc según técnica de Härtel, obteniéndose una mejoría clínica importante, permitiéndole otra vez reanudar sus actividades normales, sin complicaciones.

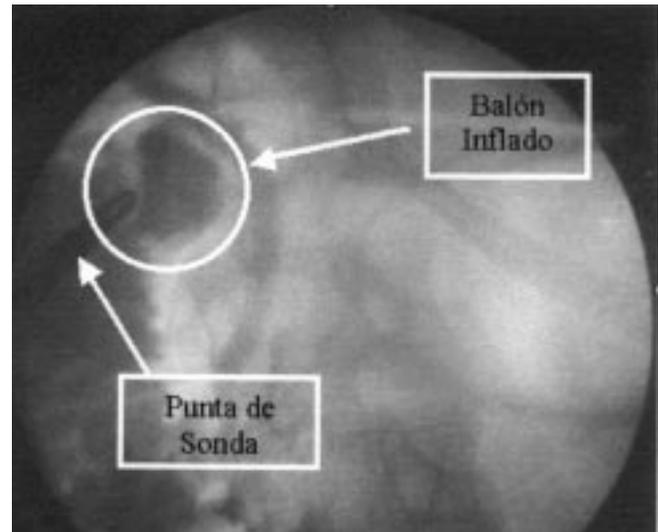
Caso 2

Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de tratamiento médico por neuralgia del V par, en 1995 se realizó descompresión microvascular del trigémino permaniendo asintomático por 1 mes aproximadamente, iniciando nuevamente su tratamiento médico.

Por la severidad de su cuadro algido, se realiza en abril del 2,000 mediante punción percutánea según la técnica de Härtel, compresión del ganglio de Gasser con balón de catéter Fogarty No. 4, usándose medio de contraste para

visualizar y controlar con la fluoroscopia la localización y el inflado del balón (Ver figura No. 3). Su evolución fue adecuada, mejorando el dolor en forma importante, sin complicaciones posteriores.

Figura No. 3



Caso 3

Paciente femenina de 37 años, ama de casa, secretaria, con antecedentes de 20 años de dolor paroxístico en rama III de nervio trigémino posterior a extracción dentaria, con aumento progresivo de intensidad y frecuencia de los eventos paroxísticos, presentándose, posteriormente también en ramas I y II de nervio trigémino izquierdo, desencadenándose por la exposición al frío, masticación y con el habla, impidiéndole sus actividades cotidianas.

Se le había realizado en años anteriores gangliólisis de trigémino con mejoría temporal del cuadro, recidivando el cuadro por lo que buscó nuevamente atención médica. Por lo anterior se le realizó gangliopraxia con balón de sonda Fogarty, según la técnica de Härtel, mejorando en forma notable sus síntomas, permitiéndole realizar sus actividades normalmente nuevamente, se observó en el postoperatorio inmediato paresia del VI nervio craneal ipsilateral, debilidad del masetero y sensación de hormigueo en hemicara izquierda. A pesar de las complicaciones, la satisfacción de la paciente por la desaparición del dolor paroxístico, es notable. Seis semanas después del procedimiento la paresia del VI nervio había desaparecido.

Caso 4

Paciente masculino de 77 años, perito mercantil y jubilado, con antecedentes de 20 años de neuralgia del trigémino izquierdo en todas sus ramas, desencadenándose por estímulos táctiles locales, masticación y el habla. Se había controlado parcialmente con carbamacepina, suspendiéndola por presentar mareo importante y pobre control algíco.

Se le había realizado previamente tratamiento quirúrgico en años anteriores con avulsión del nervio en dos ocasiones, obteniéndose mejoría de los síntomas y con la última cirugía, una remisión por tres años. Se realizó gangliólisis del trigémino con 0.5 cc de glicerol al 95% según técnica de Härtel, presentándose en el transoperatorio aumento de la presión arterial y bradicardia, en forma transitoria. En su seguimiento en la consulta externa el paciente refiere con satisfacción remisión del cuadro algíco en un 90%.

DISCUSIÓN

La gangliólisis y la gangliopraxia efectuadas sobre el ganglio de Gasser con glicerol al 95% y balón de sonda Fogarty No. 4 respectivamente, utilizando la vía percutánea descrita por Härtel, son ambos procedimientos útiles para aliviar la neuralgia del trigémino.

Hay autores en centros neuroquirúrgicos importantes, que tienen una vasta experiencia con casuísticas grandes que demuestran el real valor de estos procedimientos, sin embargo en nuestro país estamos implementándolos por primera vez y ganando la experiencia para incorporarlos como procedimientos rutinarios en aquellos pacientes que han sido refractarios al tratamiento médico y en quienes los efectos adversos son intolerables, empeorando la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS

1. Nieto T, Fiallos E. *Semiología Neurológica*. Tegucigalpa. Colección Científico Técnica, 1985.
2. Vélez H. *Neurología Medellín*. Corporación para Investigaciones Biológicas, 1995.
3. Braunwald E. *Principios de Medicina Interna*. 11 Ed. México, McGraw Hill, 1989.
4. Joynt R. *Neurology on CD*. Philadelphia. Lippincott-Raven, 1996.
5. Härtel F: Über die intracranielle injektionsbehandlung der Trigemini-neuralgie *Med Klin*, 1914;10:582.
6. Jefire E. *Neurosurgical Focus*. Charlottesville, VA. American Association of Neurological Surgeons, 1999.

EL CAOS EN MEDIO DEL CAOS
NO TIENE CHISTE, PERO EN MEDIO
DEL ORDEN ES DIVERTIDO.

STEVE MARTIN