

NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Mariano Rinaldi, Emilio Mezzano, Matías Berra, Herlido Pares, Ricardo Olocco, Francisco Papalini

Servicio de Neurocirugía, Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina

ABSTRACT

Objective. To present 2 cases of glossopharyngeal neuralgia treated by microvascular decompression.

Description. Case one. 37-year-old male suffering pain in the posterior region of the left half of the tongue for 3 years. The diagnosis was left glossopharyngeal neuralgia. We performed microvascular decompression with Teflon felt. The patient has improved however he is still under medication. Case two. 59-year-old female suffering pain in the posterior third of the left half of the tongue. The diagnosis was left glossopharyngeal neuralgia. We performed microvascular decompression with Teflon. Symptoms completely disappeared.

Conclusion. Glossopharyngeal neuralgia is infrequent. It can be treated with microvascular decompression with good results.

Key words: decompression, glossopharyngeal, microvascular, neuralgia, retrosigmoid approach

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del glossofaríngeo es una entidad infrecuente manifestada a través de una sensación dolorosa paroxística, desencadenada típicamente por la masticación, el bostezo, el estornudo y la deglución. El dolor se localiza frecuentemente en el tercio posterior de la lengua y la faringe y se irradia hacia la garganta y otras estructuras profundas¹⁻³.

Se caracteriza por una sensación lancinante o urente experimentada en la cavidad oral o en el conducto auditivo externo, se desconoce el mecanismo doloroso, aunque se cree que es similar al que ocasiona la neuralgia trigeminal³.

Suele afectar en las 2/3 partes al sexo femenino, siendo la edad de presentación más frecuente alrededor de los 50 años, aunque otros autores refieren un rango más amplio entre los 40- 80 años con un pico incidental a los 70 años¹⁻³.

El trastorno se clasifica en dos grupos basados en el sitio de origen del dolor.

De este modo pueden describirse una forma timpánica en donde el dolor se inicia en el oído y se irradia hacia la garganta y una segunda forma conocida como orofaríngea en la cual el dolor se inicia en la garganta y se irradia hacia el oído¹⁻³.

A pesar del sitio de origen del dolor los pacientes clásicamente describen un dolor paroxístico, lancinante, en algunos casos asociados a bradicardia, síncope y asistolia^{2,3}.

La neuralgia glossofaríngea es aproximadamente 100 veces menos frecuente que la neuralgia trigeminal. Se estima que hasta un 10% de los pacientes con neuralgia glossofaríngea tienen asociada una neuralgia trigeminal¹.

Se lateraliza en aproximadamente un 55% de los

casos del lado derecho y el promedio de inicio de los síntomas antes de la consulta es de 6 años³.

Otros autores refieren que el lado más frecuentemente afectado es el izquierdo en una relación 3:2 sobre el derecho.

El diagnóstico de neuralgia glossofaríngea puede ser confirmado con la aplicación de cocaína al 10% en forma tópica en la zona gatillo del paciente; en caso de neuralgia glossofaríngea los pacientes reportan un alivio inmediato del dolor paroxístico así como un período asintomático de 1 a 2 horas luego de la administración del tóxico².

Los diagnósticos diferenciales más habituales incluyen la neuralgia trigeminal con afección de la tercera rama, la cefalea acuminada, la neuralgia del nervio laríngeo superior².

Las causas más frecuentes de neuralgia glossofaríngea son: idiopática (la más frecuente), aneurismas de arteria vertebral, aracnoiditis, elongación de apófisis estiloides, arteria hipoglosa persistente, trauma, petrositis y abscesos tonsilares¹.

DESCRIPCIÓN

Caso 1. Paciente de sexo masculino de 37 años de edad con antecedentes personales de tabaquismo y adicción a la cocaína, cuyo motivo de consulta fue dolor en región posterior de hemilengua izquierda con irradiación hacia oído izquierdo de 3 años de inicio, de tipo urente, con un rango de frecuencias que oscilaba entre de 2 a 3 episodios hasta 6 a 7 episodios al día de 1 minuto de duración con intensidad subjetiva de 10/10 cuyo desencadenante referido fue la deglución y el habla.

Al momento del examen neurológico no se encontraron alteraciones.

El diagnóstico presuntivo al ingreso fue neuralgia glossofaríngea izquierda por lo cual se solicitó como método complementario de estudio la IRM cerebral con gadolinio la cual confirmó el diagnóstico clínico de ingreso.

Se practicó en el paciente la prueba de inhibición con bupivacaína tópica la cual fue positiva diagnosticándose: neuralgia glossofaríngea típica izquierda.

Caso 2. Paciente de sexo femenino de 59 años de edad, con antecedentes personales de hipotiroidismo bajo reemplazo hormonal, cuyo motivo de consulta fue dolor en tercio posterior de hemilengua izquierda de intensidad referida por el paciente de 10/10 irradiado hacia oído izquierdo, de tipo eléctrico desencadenado por la masticación y el cepillado dental que le ocasiona descenso progresivo de peso y cambios en su estilo de vida habitual por lo que consulta al Servicio de Neurocirugía.

Al momento del examen físico pudo constatar alodinia en hemilengua izquierda ubicado en el tercio posterior de la misma y en la hemifauces izquierda.

Se realizó la prueba de la bupivacaína tópica dando resultados positivos e inhibiendo el dolor.

El diagnóstico obtenido fue neuralgia glossofaríngea izquierda. Se solicitó IRM cerebral y se confirmó el diagnóstico presuntivo al ingreso.

INTERVENCIÓN

Caso 1. Se realizó craneotomía suboccipital lateral izquierda colocando al paciente en posición de Ojemann y descompresión microvascular con teflón felt.

Durante el acto operatorio se pudo comprobar la compresión del glossofaríngeo izquierdo por la arteria cerebelosa posteroinferior, la cual fue disecada con técnicas microquirúrgicas y aislada del complejo neurovascular inferior.

Experimentó un progresivo descenso de las crisis dolorosas, estando hasta la fecha bajo tratamiento con carbamazepina en dosis de 600 mg/día ya que permanece con paroxismos aislados con frecuencias de 1 vez cada 3 a 4 días de intensidad moderada.

Caso 2. Se realizó craneotomía suboccipital lateral izquierda colocando al paciente en posición de Ojemann y se comprobó la compresión del glossofaríngeo izquierdo por la arteria cerebelosa posteroinferior izquierda, disecándose la misma y descomprimiendo el nervio en cuestión con teflón felt, en este último caso se reconstruyó la fosa posterior con subitón quirúrgico, lográndose en este caso una remisión completa de los síntomas que motivaron la consulta. Actualmente se encuentra bajo control por el consultorio externo del servicio manteniéndose asintomático.

DISCUSIÓN

La neuralgia glossofaríngea representa una entidad de presentación poco frecuente. En esta oportunidad presentamos dos casos de neuralgia glossofaríngea, cuya presentación clínica coincide con la descripta por la bibliografía internacional consultada^{1,2}.

En ambos casos se realizaron las pruebas diagnósticas como descriptas por los autores consultados

obteniéndose similares resultados, asimismo a ambos pacientes se les realizó IRM cerebral, obteniéndose en ambos casos signos imagenológicos compatibles con compresión del glossofaríngeo por estructuras vasculares.

El tratamiento de la neuralgia glossofaríngea incluye al tratamiento médico con anticonvulsivantes particularmente con carbamazepina, difenilhidantoína y baclofeno, la rizotomía percutánea por radiofrecuencia y la descompresión microvascular quirúrgica¹.

La rizotomía percutánea debe realizarse con equipo de arco en "C" introduciendo la aguja aproximadamente a 2,5 cm de la comisura labial y con un ángulo de 14 grados en sentido caudal a la proyección del foramen oval, siguiendo misma dirección sagital utilizada para la rizotomía trigeminal. Ubicado el foramen yugular se produce la estimulación correspondiente la cual ocasiona tos y contracción del esternocleidomastoideo. Posteriormente se produce la lesión por radiofrecuencia.

Durante el procedimiento el paciente puede experimentar: síncope, hipotensión o hipertensión arterial y paro circulatorio, por lo cual debe tener un estricto monitoreo durante el mismo por el anesthesiólogo¹.

La denervación sensitiva del reflejo nauseoso y la lesión vagal pueden ocasionar parálisis de las cuerdas vocales homolaterales y disfagia, por este motivo este procedimiento debe ser contraindicado en pacientes con neuralgias de origen neoplásico^{1,2}.

Respecto a la evaluación preoperatoria debemos decir que la IRM de alta resolución con cortes finos es el método de elección para determinar si la neuralgia es el resultado de neoplasias, malformaciones arteriovenosas u otro tipo de lesiones¹⁻³.

Las opciones quirúrgicas son las siguientes:

- Sección extracraneal de las ramas del glossofaríngeo.
- Sección intracraneal de las ramas del glossofaríngeo.
- Sección de las raíces superiores del vago.
- Descompresión microvascular del glossofaríngeo.

Las complicaciones relacionadas a la rizotomía percutánea y a la sección intra o extracraneal del glossofaríngeo incluyen: disfagia permanente, ronquera, parálisis de las cuerdas vocales, abolición del reflejo nauseoso.

Por lo cual la descompresión microvascular representa una opción terapéutica válida ya que evita la presentación de estas complicaciones y al mismo tiempo provee una solución permanente a la neuralgia^{1,2}.

Podemos entonces decir que la indicación estricta de descompresión microvascular está representada por: neuralgia glossofaríngea refractaria al tratamiento médico en pacientes menores de 65 años con buen estado general de salud.

Los resultados postoperatorios de la descompresión microvascular incluyen resultados excelentes en el 76-95% de los casos en períodos de seguimiento de hasta 4 años².

Las complicaciones reportadas incluyen las siguientes: muerte: 5%; parálisis permanente de pares craneales (IX y X): 8%; parálisis transitoria de pares craneales (IX y X): 10%; infección del sitio quirúrgico: 2%.

Se propuso en ambos casos el tratamiento de la patología mediante descompresión microvascular con técnicas microquirúrgicas. Durante dicho procedimiento pudo comprobarse la notable compresión por la arteria cerebelosa posteroinferior, la cual pudo ser correctamente disecada del complejo neurovascular inferior mediante la colocación de teflón felt.

En ambos casos obtuvimos al principio remisión completa de los síntomas, aunque en el caso 1 el paciente presentó una reaparición del dolor meses después del procedimiento con similares características aunque con una frecuencia diaria notablemente inferior a la presentada en el momento de la consulta. El paciente continuó bajo tratamiento médico con anticonvulsivantes manteniéndose hasta la fecha según su relato con accesos de moderada intensidad y frecuencia que le permiten realizar su actividad habitual con buena calidad de vida.

Concordamos con la bibliografía en que la presentación más frecuente involucra al glossofaríngeo izquierdo hecho demostrado en los dos casos presentados¹.

Coincidimos también en que las técnicas microquirúrgicas de descompresión microvascular en pacientes seleccionados representan un tratamiento excelente en lo que respecta a los excelentes resultados obtenidos^{1,2}.

Creemos que la descompresión microvascular otorga la posibilidad de explorar el X par craneal frecuentemente afectado en esta patología hecho de significativa connotación ya que esta opción terapéutica no puede llevarse a cabo con la rizotomía percutánea.¹

En los dos casos reportados no tuvimos complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias en lo que se refiere a la lesión de pares craneales.

CONCLUSIÓN

La neuralgia del glossofaríngeo es una entidad infrecuente. Se presenta con una frecuencia aproximadamente 100 veces menor que la neuralgia trigeminal^{1,2}.

El diagnóstico de neuralgia glossofaríngea puede ser confirmado con la aplicación de cocaína al 10 % en forma tópica en la zona gatillo del paciente¹⁻³.

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son: la neuralgia trigeminal con afectación de la tercera rama, la cefalea acuminada, la neuralgia del nervio laríngeo superior^{1,2}.

Las causas más frecuentes de neuralgia glossofaríngea son:

Idiopática (la más frecuente), aneurismas de arteria vertebral, aracnoiditis, elongación de apófisis estiloides, arteria hipoglosa persistente, trauma, petrositis y abscesos tonsilares¹⁻³.

La IRM cerebral con foco en la fosa posterior continúa siendo una herramienta de vital importancia en el diagnóstico de esta patología^{1,2}.

La rizotomía percutánea y la descompresión microvascular son opciones terapéuticas válidas en la neuralgia glossofaríngea. En los dos casos presentados optamos por utilizar técnicas microquirúrgicas ya que creemos que éstas permiten obtener con similares riesgos una mejor resolución de la patología en cuestión, ya que permite durante el acto operatorio realizar en casos seleccionados una rizotomía quirúrgica selectiva en caso de no obtenerse evidencia de compresión del complejo neurovascular inferior y además permite objetivar la indemnidad del X par craneal frecuentemente comprometido en la patología estudiada^{1,2}.

Bibliografía

1. Abarca J. Alternative treatments for trigeminal neuralgia and other cranial neuralgias. En: Youmans JR (Ed) *Neurological Surgery* 4ª edición. WB Sounder, Philadelphia pp. 3381-3425.
2. Lonser RR, Arthur AS, Apfelbaum RI. Neurovascular decompression in surgical disorders of cranial nerves V, VII, IX and X. En: Schmidek, Sweet (Ed): *Operative Neurosurgical techniques* 4ª ed vol 2. WB Sounder, Philadelphia, 2000.
3. Glossopharyngeal neuralgia treated with gamma knife surgery: Treatment outcome and failure analysis. *J Nerosurg (suppl)* 2005; 102:155-7.