

Presentación de caso

MICROCOMPRESIÓN PERCUTÁNEA DEL GANGLIO DE GASSER: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL

A.F. Moles, F. Vítolo, M. Pomsztein y J.L. Gardella

División Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires .

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente que desarrolló una anestesia corneana, a consecuencia de la cual presentó una úlcera de córnea que requirió una tarsorrafia, secundaria a una microcompresión percutánea del ganglio de Gasser. Dicho procedimiento fue realizado para tratar una neuralgia típica del trigémino que comprometía las tres ramas del mismo, del lado derecho. Los beneficios de esta técnica requieren un mayor análisis.

Palabras clave: neuralgia trigeminal, nervio trigémino, anestesia corneana, úlcera de córnea.

ABSTRACT

We hereby report the case of a patient who developed a cornean anesthesia which ended up in a trophic cornean ulcer which required tarsoraphy further to a percutaneous microcompression of the Gasserian ganglion caused by a typical trigeminal neuralgia involving the three right branches. The advantages of this method requires further discussion.

Key words: Trigeminal neuralgia, Trigeminal nerve, cornean anesthesia, cornean ulcer

Existen diversas opciones neuroquirúrgicas para el tratamiento de la neuralgia esencial del trigémino resistente a la terapéutica médica. De ellas las más usadas son: la descompresión microvascular⁵, y las técnicas percutáneas: termocoagulación⁹, rizotomía trigeminal con glicerol⁴ y la microcompresión del ganglio de Gasser⁸. De todas estas, la microcompresión es la más sencilla técnicamen-

te, y además es especialmente ventajosa en los ancianos, en quienes el riesgo de una operación a cielo abierto es mayor. Más aún, esta técnica está especialmente indicada para el dolor en el territorio de la primera rama trigeminal, ya que es difícil realizar los otros procedimientos percutáneos sin algún riesgo de anestesia corneana⁷.

El objetivo de esta comunicación es describir esta complicación, excepcional, que produjo una úlcera de córnea, la que requirió de una tarsorrafia definitiva debido a la severidad del daño ocular.

CASO CLINICO

Se presenta una mujer de 67 años portadora de una neuralgia esencial del trigémino, con compromiso de las tres ramas del mismo, del lado derecho, con cinco años de evolución y resistente al tratamiento médico.

Tanto el examen neurológico como la tomografía computada cerebral sin y con contraste fueron normales. Se realizó una microcompresión percutánea del ganglio de Gasser con un catéter arterial de Fogarty número 4, inflado con 0,75 ml de Iopamidol 300 durante cuatro minutos, de acuerdo a la técnica descrita por Mullan y Lichtor⁶⁻⁸.

Se obtuvo una inmediata remisión del dolor, pero con anestesia de la primera rama y severa hipoestesia de las segunda y tercera. No se detectó compromiso motor del trigémino. Se le dio el alta de internación libre de medicación, e indicándosele estricto control oftalmológico en su lugar de residencia habitual (Río Gallegos, Provincia de Santa Cruz), sitio al que regresó luego de una semana de control ambulatorio sin complicaciones agregadas más allá del déficit de la sensibilidad descripto.

Cinco meses después del procedimiento volvió a la consulta en nuestro Servicio con una úlcera trófica de la córnea de evolución tórpida, que requirió una tarsorrafia definitiva. También se quejaba de disestesias en la hemicara derecha, que disminuyeron significativamente con la administración de antidepresivos tricíclicos, no requiriendo otra terapéutica, hasta la fecha del último control, tres meses después.

DISCUSIÓN

En el caso presentado se optó por la microcompresión percutánea del ganglio de Gasser debido a que estaban afectadas las tres ramas del nervio, por lo que no se consideró necesaria una técnica selectiva.

También se tuvo en cuenta que la anestesia corneana había sido comunicada solamente

una vez como posible complicación del procedimiento^{2,3}.

Si bien consideramos la descompresión microvascular la técnica de elección, la misma no fue llevada a cabo en esta paciente debido a su edad^{1,6}. Habida cuenta de la seria complicación descrita, creemos que más allá del tiempo de compresión, que no tendría que ser mayor de un minuto, se necesitarán más datos antes de poder determinar con certeza si la microcompresión percutánea del ganglio de Gasser es la técnica de elección cuando se la compara con los otros procedimientos percutáneos en pacientes con compromiso de las tres ramas, ya que dada la falta de selectividad para producir la lesión, no la consideramos en aquellas neuralgias que no comprometen a la primera rama.

Inicialmente el tiempo de compresión del ganglio de Gasser era de 15 minutos. Progresivamente se lo fue disminuyendo, no obstante lo excepcional de la complicación corneana, y para tratar de minimizar las complicaciones sensitivas no corneanas y del trigémino motor. Actualmente se acepta que la compresión no debe ser efectuada durante más de 1 minuto. La técnica requiere que el balón inflado adopte la forma de pera con el vértice hacia la fosa posterior. Restaría dilucidar si sucesivos y cortos traumatismos sobre el ganglio semilunar al inflar y desinflar el balón hasta la obtención de la forma deseada no invalidarían la medición absoluta de 1 minuto desde que el mismo adopta la forma correcta. Es por ello que sugerimos como modificación a la técnica de Mullan y Lichtor una variante, cual es la realización de una cisternografía del cavum de Meckel previa al inflado del balón. Una vez comprobada con ella la adecuada posición de la aguja, sí se infla el Fogarty por espacio de un minuto. Si bien esto hace más engorroso el procedimiento porque debe ponerse al enfermo en posición semisentada, con la cabeza flexionada y bajo efectos de anestesia general, favorecería la eliminación de traumatismos no deseados sobre el nervio y permitiría una verdadera compresión por espacio de 1 minuto.

Bibliografía

1. Apfelbaum R. Surgical management of disorders of the lower cranial nerves in Schmidek, HH and Sweet WH (Ed.) Operative neurosurgical techniques, indications, methods and results. Vol. 2 2nd. ed. Orlando, Grune and Stratton, 1988 pp. 1097-1109.
2. Brown JA, Mc Daniel M, Weaver MT. Percutaneous trigeminal nerve compression for treatment of trigeminal neuralgia: results in fifty patients. *Neurosurgery* 1993, 32:570-573.
3. Fiume P, Scarda G, Natali G, Della Valle G. La microcompresione percutanea del ganglio di Gasser: una nuova terapia per la nevralgia del trigemino. *Riv. Neurol.* 55:387-391, 1988.
4. Hakanson S. Trigeminal neuralgia treated by the

- injection of glicerol into the trigeminal cistern. *Neurosurgery* 9: 638-646, 1981.
5. Jannetta PJ. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patients with trigeminal neuralgia. *J. Neurosurg* 26:159-162, 1967.
 6. Meglio M, Cioni B, Moles A, Visocchi M. Microvascular decompression vs. percutaneous procedures for typical trigeminal neuralgia. Personal experience. *Stereotact and Funct. Neurosurgery* 54+55:76-79, 1990.
 7. Mullan S. Percutaneous microcompression of the trigeminal ganglion in Rovit RL, Murali R, Jannetta PJ, Eds. *Trigeminal neuralgia*. Baltimore, Williams and Wilkins 137-144, 1990.
 8. Mullan S, Lichtor T. Percutaneous microcompression of the trigeminal ganglion for trigeminal neuralgia. *J. Neurosurg* 59:1007-1012, 1983.
 9. Sweet WH, Wepsic JG. Controlled thermocoagulation of trigeminal ganglion and rootlets for differential destruction of pain fibers. Part I: trigeminal neuralgia. *J. Neurosurg* 40:143-156, 1974.