



RADIOFRECUENCIA DE GANGLIO ESFENOPALATINO EN NEURALGIA POSTHERPÉTICA

Autores: Muñoz Tabas M., González Gálvez Y., Delange Segura L.

Introducción

La neuralgia postherpética (NPH) es la complicación más frecuente del herpes zóster (20%). Se trata de un dolor persistente, tipo quemazón o descarga eléctrica, habitualmente asociado con alodinia o hiperalgesia que puede durar meses o años. La NPH ocurre con mayor frecuencia después del zóster del trigémino, siendo la rama oftálmica la más frecuentemente afectada (75%), teniendo más del doble de riesgo de NPH en comparación con el zóster no oftálmico.

La NPH es difícil de manejar y no tiene un tratamiento específico, por lo que la estrategia terapéutica debe centrarse en el control de los síntomas, habitualmente con un enfoque multimodal. Además de los medicamentos tópicos y sistémicos, los bloqueos nerviosos o simpáticos y la estimulación eléctrica transcutánea son otras opciones útiles.

Caso

Mujer de 76 años, intolerante a haloperidol y pregabalina, con AP de HTA, fibromialgia, hipotiroidismo y artrosis, que acude a la Unidad del Dolor refiriendo alodinia en hemicara derecha y zona occipital tras desarrollar hace 7 meses un herpes zóster oftálmico. Previamente tratada con gabapentina 300-600-600, lacosamida 50mg por la noche y amitriptilina 10mg cada 8h. A pesar de ello, seguía frecuentando el servicio de urgencias por dolor.

En nuestra consulta, se realizó un bloqueo diagnóstico con una torunda impregnada en lidocaína del ganglio esfenopalatino (GEP) derecho con alivio del dolor, por lo que se programa para radiofrecuencia de dicho ganglio. Se ajusta el tratamiento, añadiendo tapentadol 100mg cada 12h, parche de lidocaína y clonazepam en la noche.

Intervención

En quirófano, se realiza una radiofrecuencia del GEP mediante abordaje subzigomático guiado por radioscopia. Tras la comprobación en vista lateral y anteroposterior, utilizando contraste y con adecuada estimulación sensorial concordante, se realiza radiofrecuencia térmica a 80°C 1 minuto seguido de 2 ciclos de 90 segundos de radiofrecuencia pulsada a 55V y 42°C. La paciente pasa a URPA, evolucionando favorablemente y refiriendo mejoría ya en el momento del alta.



Discusión

En la NPH establecida no existe ninguna terapia modificadora de la enfermedad, el tratamiento es sintomático, y requiere enfoque multimodal, combinando medicación tópica: lidocaína, capsaicina y antiinflamatorios, y sistémica: anticonvulsivos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina. Incluso con la medicación más eficaz, se logra una respuesta significativa en menos del 50% de los pacientes. Además, existen diversas técnicas intervencionistas seguras y eficaces para la NPH. Entre las diferentes localizaciones nerviosas, está el GEP.

El GEP es el mayor ganglio parasimpático extracraneal, se cree que interviene en la génesis y mantenimiento de dolores faciales atípicos y cefaleas unilaterales debido a la gran relación y conexiones con múltiples ramas faciales y trigeminales.

Conclusiones

- La neuralgia postherpética provoca un dolor persistente con alodinia e hiperalgesia que afecta gravemente la calidad de vida.
- Actualmente, el régimen terapéutico debe ser multimodal, sin embargo, no todos los pacientes responderán. Las terapias intervencionistas son muy valiosas en estos casos.
- El ganglio esfenopalatino está íntimamente relacionado con múltiples estructuras faciales y trigeminales, interviniendo en la patogénesis y mantenimiento de dolores faciales atípicos y cefaleas unilaterales.
- Es importante la realización de un bloqueo previo para saber si el GEP está implicado en la génesis o el mantenimiento del dolor, para posteriormente realizar radiofrecuencia.