

Radiofrecuencia del Ganglio de Gasser en un caso de cefalea neuralgiforme de breve duración.

Carlos Alberto Varela-Crespo*, María del Rosario López-García*, Álvaro Sánchez-Tabernero*, Jesús Javier Cuello-Azcárate*

* LES. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Carlos Alberto VarelaCrespo. cavarelac@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: El acrónimo SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing) corresponde a una cefalea primaria con dolor unilateral del trigémino y síntomas autonómicos (inyección conjuntival y lagrimeo). Su patogenia involucra el nervio trigémino, el ganglio de Gasser y el ganglio eseno-palatino. Es una entidad rara (prevalencia de 1/15000) pero invalidante. Un paciente presenta numerosos ataques diarios, con duración menor a 10 minutos, pero con dolor muy severo. La respuesta farmacológica no suele ser óptima. Por ello, terapias más invasivas, como la radiofrecuencia de los ganglios de Gasser o eseno-palatino, y/o el implante de neuro-estimuladores occipitales, están justificadas.

Exposición del caso: Paciente con diagnóstico de SUNCT e implante de neuro-estimulador occipital en 2008, con fracaso de éste en 2021. Se ensayaron varias alternativas, que incluyeron radiofrecuencia térmica del ganglio de Gasser en 2022, siendo esta técnica exitosa en tanto supuso la rápida remisión de las crisis.

Diagnóstico y discusión: El principal diagnóstico diferencial es la neuralgia del trigémino. También es importante diferenciar el síndrome SUNCT de otras cefaleas trigeminales (como la cefalea en racimos y las hemicráneas) ya que éstas tienen una respuesta positiva al tratamiento con sumatriptán o indometacina. En cambio, la cefalea tipo SUNCT presenta una mala respuesta farmacológica y requiere de la implementación de otras técnicas, como la estimulación nerviosa y/o radiofrecuencia. Por ello, planteamos que la radiofrecuencia del nervio trigémino sea incorporada de manera más temprana y habitual en el tratamiento de las cefaleas trigémino-autonómicas.

PALABRAS CLAVE

Cefalea trigeminal. Ganglio de Gasser. Radiofrecuencia. Estimulación eléctrica. SUNCT.

ORIGINAL

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años, sin alergias o intolerancias conocidas. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, dislipemia y Diabetes Mellitus tipo 2 con tratamiento farmacológico.

El paciente presentaba cefalea primaria diagnosticada en 2007, caracterizada por episodios de dolor lancinante e inicio súbito, que alcanzaba una intensidad en la escala verbal numérica (EVN) de 9/10 y afectaba al territorio de las ramas V1 y V2 derechas del nervio trigémino. Asociaba inyección conjuntival, epífora y rinorrea ipsilateral, de forma intermitente. Los episodios tenían una duración aproximada de 10 minutos, llegando a tener hasta 15 episodios al día, lo que resultaba incapacitante para su vida diaria y además interrumpía el descanso nocturno. El cuadro era resistente a tratamiento farmacológico, por lo que en 2008 le implantaron electrodos octapolares de estimulación occipital bilateral y un neuroestimulador. Con ello obtuvo un alivio satisfactorio, aunque requirió tratamiento regular con carbamazepina 600 mg en el desayuno y 400 mg en la cena, además de amitriptilina 25 mg al acostarse. El paciente permaneció estable, hasta enero de 2021, cuando presentó empeoramiento progresivo, con gran número de crisis diarias y mal

control del dolor, cuadro que se relacionó con agotamiento del neuroestimulador.

La intensificación de los síntomas motivó una nueva consulta al servicio de Neurología, quienes añadieron a su tratamiento pregabalina, lamotrigina y tramadol, sin obtener alivio. Se le realizaron varios bloqueos del nervio supraorbitario derecho con 2 cc. de mepivacaína al 2 % con mejora sintomática parcial durante dos o tres semanas. Posteriormente fue remitido de nuevo a nuestra Unidad de Dolor Crónico que realizó, en junio de 2021, bloqueo del ganglio de Gasser con esteroides, logrando remisión clínica limitada a tres meses.

En febrero de 2022 se retiró el neuroestimulador averiado y se colocó un nuevo implante (Medtronic Intellis®) con lo que se obtuvo una mejoría clínica significativa. Sin embargo, persistieron algunos episodios de cefalea sin respuesta farmacológica. Ante refractariedad del cuadro, se le indicó la radiofrecuencia del ganglio de Gasser, explicando al paciente la técnica y los riesgos asociados a ésta, obteniéndose su consentimiento informado.

En abril de 2022 se realizó la técnica: paciente en decúbito supino con monitorización básica, (electrocardiograma, esfigmomanómetro y pulsioximetría) y bajo anestesia general intravenosa (con propofol y fentanilo). El objetivo del procedimiento fue el ganglio de Gasser derecho, con abordaje percutáneo a través del foramen oval guiado por radioscopia. Para la radiofrecuencia se utilizó una cánula-electrodo (CVR™ Cardiva®) de 10 cm x 22 Gauge y punta activa de 2 mm. Los parámetros de dicha técnica fueron modificados para la prevención de efectos deletéreos, esto es: control de temperatura máxima de 70°C, y duración de 1 min en rama V1 y de 1 min en rama V2. El tratamiento transcurrió de forma ambulatoria y sin incidentes.

Pasado un mes del procedimiento se contactó telemáticamente con el paciente para valorar su evolución. Éste refirió no haber presentado más crisis desde la realización de la técnica e indicó encontrarse muy satisfecho con el resultado, ya que había supuesto un cambio radical en su calidad de vida.

DISCUSIÓN

El SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing) fue descrito por primera vez en 1978 e incluido en la clasificación de cefaleas primarias en 2004. Forma parte de las cefaleas primarias autonómicas trigeminales, caracterizadas por dolor de distribución unilateral del trigémino que se produce en asociación con características

autonómicas craneales ipsilaterales. Éstas incluyen la cefalea en racimos, la cefalea hemicraneal paroxística, los ataques de cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración y la cefalea hemicraneal continua (1). Se diferencian entre ellas por el número y la duración de los episodios y la respuesta al tratamiento. Dentro de los síndromes caracterizados por una duración más corta de los episodios y con una alta frecuencia, se encuentran el SUNA y el SUNCT. Este último se diferencia del primero porque en su presentación clínica presenta inyección conjuntival y lagrimeo (2).

Una dificultad en el manejo de este síndrome es que usualmente es refractario al tratamiento farmacológico, tal y como ocurrió con nuestro paciente. Las terapias de oxígeno, el sumatripán o la indometacina, eficaces en otros casos de cefaleas autónomas del trigémino, tienen un efecto limitado o ninguno en el síndrome SUNCT. Los enfermos se benefician del uso de fármacos que puedan prevenir las crisis, siendo los más recomendados: lamotrigina, carbamazepina y gabapentina, aunque solo llegan a ser moderadamente efectivos y la taquifilaxia es un problema común (3).

Por otro lado, se han intentado varios enfoques quirúrgicos para el tratamiento del SUNCT, dentro de los cuales se encuentran: bloqueos locales, procedimientos invasivos que involucra el nervio trigémino, procedimientos neuromoduladores que utilizan estimulación del nervio occipital y bloqueo del ganglio eseno-palatino, que aún se encuentra en fase de investigación (4).

En los últimos años se ha estudiado la eficacia de las técnicas neuromoduladoras y neuroablativas en el tratamiento de las cefaleas trigémino-autonómicas resistentes a tratamiento, especialmente en casos de cefaleas en racimos, con resultados variables (5).

CONCLUSIONES

La radiofrecuencia térmica del ganglio de Gasser, con impacto selectivo correspondiente a V1 - V2 podría postularse como una alternativa eficaz en pacientes con SUNCT refractario al tratamiento farmacológico y donde la estimulación de nervios occipitales arroje resultados incompletos.

Dada su baja tasa de complicaciones y su bajo coste económico, podría plantearse como una opción intervencionista de primera línea para llevar a cabo de manera precoz, especialmente en aquellos casos de larga evolución y refractariedad, como ocurría en el caso de nuestro paciente.

Las técnicas neuromoduladoras deberán ser incluidas en los algoritmos de tratamiento de las diferentes cefaleas y sobre todo en las de tipo neuralgiforme.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalalgias. Pathophysiology and classification. *Rev Neurol (Paris)*. 2005; 161: 692-5.

2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The

International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1-211.

3. Duggal AK, Chowdhury D. SUNCT and SUNA: An Update. *Neurol India* 2021; 69, Suppl S1: 144-59.

4. Weng HY, Cohen AS, Schankin C, Goadsby PJ. Phenotypic and treatment outcome data on SUNCT and SUNA, including a randomised placebo-controlled trial. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1554-63.

5. De Andrés J, Díaz L, Cid J, Gómez Caro L. Bloqueo y radiofrecuencia del ganglio esfenopalatino para el tratamiento de algias faciales. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011; 18(5): 303-10.