

Neuralgia del trigémino, ¿se deben abandonar los agentes neurolíticos?

El ganglio de Gasser es una estructura intracraneal localizado proximal y lateral al agujero oval, que contiene tres ramas: oftálmica, maxilar y mandibular. La neuralgia del trigémino se define como un “dolor paroxístico, unilateral, severo, penetrante, de corta duración, recurrente, en la distribución de una o varias de las ramas del V par craneal”. La neuralgia del trigémino es la más frecuente de los nervios craneales, afectando a 4 de cada 100.000 habitantes cada año. Se produce en personas mayores de 50 años en un 80% de las ocasiones, con un pico de incidencia entre los 60-70 años. El lado derecho suele afectarse algo más frecuentemente (60%), siendo bilateral en sólo 16% de los casos. Es una patología más común en mujeres siendo la tercera rama la que más frecuentemente esta expuesta a la aparición del dolor (1).

Para aliviar el dolor derivado de esta estructura, cuando es rebelde al tratamiento médico, existen diferentes técnicas intervencionistas que pueden clasificarse dependiendo de la complejidad de las mismas. La técnica más sencilla sería la realización de bloqueos periféricos de los nervios terminales (nervio supratroclear, supraorbitario, infraorbitario, mentoniano) a su salida a través de los diferentes agujeros. En el segundo nivel podría clasificarse los bloqueos extracraneales de las diferentes ramas a nivel de la apófisis pterigoides, aunque con este tipo de procedimientos no se puede llegar a bloquear la primera rama del trigémino. Se pueden emplear técnicas intracraneales, a través del foramen oval, bajo visión radiológica que permiten un acceso tanto al ganglio de Gasser como a las tres ramas. Dentro de las últimas se incluyen la termocoagulación del ganglio de gasser, la radiofrecuencia pulsada sobre el ganglio de gasser, la microcompresión del ganglio de gasser con balón de fogarty (técnica de Mullan), y la neurolisis retrogasseriana e intragasseriana con glicerol. Por último cuando todo falla se pueden aplicar técnicas quirúrgicas como la descompresión microvascular del V par (técnica de Janetta), la radiocirugía estereotáctica y las técnicas de neuromodulación (2).

En la actualidad parece que la técnica percutánea más empleada en este tipo de patología es la termocoagulación por radiofrecuencia o bien la radiofrecuencia pulsada sobre el ganglio de gasser. Los agentes neurolíticos han sido ampliamente utilizados en el tratamiento de este tipo de patología. Dentro de las diferentes agentes neurolíticos se han empleado el alcohol, el fenol y el glicerol. El alcohol es el agente menos denso y ha de emplearse con mucha cautela, nunca más de 1

ml, dividido en varias dosis. El fenol, empleado al 6%, es el agente más viscoso y generalmente es el agente neurolítico más empleado para bloqueos neurolíticos. El glicerol es un agente que puede emplearse a través del agujero oval o bien vía retrogasseriano.

La inyección de glicerol retrogasseriano consiste en la infiltración de glicerol en la cisterna trigeminal. La técnica consiste en introducir una aguja a través del foramen oval, avanzándola hasta que se observe salida libre de líquido cefaloraquídeo (LCR). Con la salida del LCR el paciente se coloca en posición de semisentado y con el cuello flexionado. Se comprueba la posición de la aguja por medio de inyección de contraste. La comprobación de la localización de la aguja y del tamaño de la cisterna es importante. Aunque el tamaño medio de la cisterna es de 0.4 ml, el tamaño puede variar de 0.25 a 0.8 ml. Dado que el glicerol no se mezcla con el contraste es importante aspirar el volumen de contraste inyectado antes de administrar el agente neurolítico. Una vez inyectado el mismo se ha de mantener al paciente en la posición en la que se ha realizado la técnica por un periodo de 2 horas. La inyección intragasseriana de glicerol consiste en la inyección de glicerol en las diferentes ramas del V par sin necesidad de realizar una cisternografía (3,4).

Todas las técnicas tiene ventajas e inconvenientes y la elección de una u otra dependen de diversos factores. En este número de la revista el grupo de Porras (5) presenta un estudio prospectivo aleatorio y doble ciego en el que comparan la eficacia del glicerol intragasseriano frente a un corticoide. Aunque el escaso número de pacientes por grupo no nos permite obtener unas conclusiones estadísticamente significativas si parece que los resultados preliminares estén a favor de las conclusiones de los autores. El empleo de técnicas invasivas en el tratamiento de la neuralgia del trigémino en las que la existencia de riesgo es real y en ocasiones devastadores se debe de elegir muy cautelosamente el procedimiento a realizar. Se echa de menos en el trabajo de estos autores el porcentaje de pacientes que mejoran tras la técnica para poder comparar con otros grupos que emplean este tipo de terapia así como los posibles efectos secundarios.

Uno de los principales problemas que suscitaron los agentes neurolíticos fueron los efectos secundarios y la recurrencia de la sintomatología. Los principales efectos secundarios derivados de las técnicas intracraneales son similares. Cuando se revisan los efectos secundarios derivados del empleo del glicerol comparados con los que se dan tras la termocoagulación con radiofrecuencia es importante apreciar la tasa de mortalidad y morbilidad. En el primer caso la morbilidad está en torno al 0.7% frente al 0.4% de la radiofrecuencia y la mortalidad del empleo del glicerol se da en el 0.1% frente al 0.03% en a radiofrecuencia. El alivio del dolor y la recurrencia del mismo son otro punto clave a tener en cuenta a la hora de elegir una u otra técnica. En este respecto la termocoagulación parece ser algo mejor que el empleo de los agentes neurolíticos, el alivio que se obtiene al aplicar la termocoagulación se encuentra en torno al 75% de los casos, frente al 55% de pacientes que mejoran con el empleo del glicerol. La recurrencia de la sintomatología también parece que juega un papel desfavorable en cuanto al uso de los agentes neurolíticos (6).

Aunque los resultados que presentan los autores en este excelente trabajo hablan a favor del empleo de los agentes neurolíticos frente a los corticoides a corto plazo, por el momento y en espera de otros estudios de este tipo que nos permitan extraer otras conclusiones parece que la técnica más prometedora en el momento actual es la termocoagulación con radiofrecuencia. El empleo de este tipo de agentes debe reservarse para algún caso especial o en determinadas situaciones en las que no se pueda emplear esta técnica por alguna limitación en la infraestructura necesaria para el correcto empleo de la misma.

D. Abejón

Jefe de Unidad de Dolor.

Unidad de Dolor.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

C/ San Martín de Porrés 4

28035 Madrid

e-mail: dabejon@telefonica.net

Financiación: Ninguna

Conflictos de interes: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. Seijo F. Neuralgia del trigémino. *Rev Soc Esp Dolor* 1998; 5: 70-78.
2. Robaina F. Dolor craneal y orofacial. Indicaciones y resultados de las técnicas intervencionistas y mínimamente invasivas. Radiofrecuencia, neuromodulación y técnicas quirúrgicas. *Rev Soc Esp Dolor* 2007; 14 (suplemento II): 64-89.
3. Sweet WH. Glycerol rhizotomy. *Neurological Surgery*. Youmans JR (ed). Philadelphia: WB Saunders; 1997. p 3908-3921.
4. Hernandez-Santos JR, Plancarte R, Oliva S, Duran J. Bloqueo de ganglio de Gasser con glicerol versus fenol intragasseriano para neuralgia trigeminal. *Ver Soc Esp Dolor* 1999; 6: 269- 276.
5. Porras R, Tenopala S, Hernández-Santos JR, Torrés JC et al. Eficacia del bloqueo intragasseriano con glicerol versus depósito de acetato de metilprednisolona en la neuralgia del trigemino. Efectos en el corto plazo. *Rev Esp Soc Dolor* 2007;8:xxx-xxx
6. Fraioli B, Esposito V, Guidetti B, Cruccu G, Manfredi M. Treatment of trigeminal neuralgia by thermocoagulation, glycerolization, and percutaneous compression of the gasserian ganglion and/or retrogasserian rootlets: Long-term results and therapeutic protocol. *Neurosurgery* 24:239-245, 1989.