

# *Neuralgia del trigémino.*

## *¿Cuál es la mejor técnica percutánea?*

*F. Robaina*

En el presente número se publican dos excelentes estudios clínicos (Castro, M. y cols y el de Hernández-Ruiz E. y cols), que ponen de relieve la problemática de la neuralgia del trigémino y su tratamiento mediante técnicas intervencionistas percutáneas poco invasivas. Ambos trabajos realizan un análisis de sus resultados comparándolos con las publicaciones clásicas sobre la materia.

Respecto a la rizotomía percutánea con radiofrecuencia descrita por Sweet y Wepsic (1), el grado de recurrencia del dolor estará en función del grado de hipo-estesia conseguida. Cuanto mayor es la hipoestesia generada por la lesión mayor será el riesgo de anestesia dolorosa. Las complicaciones más frecuentes son las parestesias en el 80% de los casos; debilidad del masetero (4,1%); anestesia dolo-rosa (1%); keratitis (0,6%), alteraciones de pares craneales III y IV, (0,8%) y mucho menos frecuente la lesión del VI par (2). Existe una nueva variante técnica conocida como radiofrecuencia pulsada, consistente en la aplicación de una corriente de radiofrecuencia pulsada, en la que no se produce lesión ya que la temperatura de los tejidos no pasa de 42° C. Los parámetros de este tipo de “lesión” son 2 Hz, 20 msec, 45 voltios, 120 segundos. Generalmente se hacen dos “lesiones” seguidas. La información derivada de publicaciones recientes (3,4), es que se obtienen buenos resultados tal y como vemos en el artículo de Castro y cols. Mi opinión personal es diferente. El resultado que yo obtengo con la radiofrecuencia pulsada en la neuralgia del trigémino no es bueno debido a las altas tasas de recurrencia o no alivio del dolor, lo que obliga a repetir el procedimiento varias veces o a buscar otros métodos alternativos (5). (Trabajo publicado dolor oral y facial). Actualmente, pienso, que no existen evidencias para aplicar la radiofrecuencia pulsada en la neuralgia del trigémino y recomendaría la radiofrecuencia convencional a temperaturas entre 60 y 65 ° C. Castro y cols, destacan cómo en casos muy invalidantes su primera opción es la radiofrecuencia convencional.

En el segundo artículo, Hernández-Ruiz E y cols, concluyen que la radiofrecuencia convencional es una técnica más eficaz que la inyección de glicerol al 100% intragaseriano. El descubrimiento de los efectos beneficiosos del glicerol en pacientes con neuralgia del trigémino fue accidental al emplearlo como contraste en lugar de la metrizamida para suspender los polvos de tantalio para proceder a la radiocirugía estereotáctica en casos de pacientes con neuralgia del trigémino (6,7). La técnica descrita originariamente ha sufrido muchas modificaciones obteniéndose mejores resultados (8,9). Según sus actuales preconizadores en el Hospital Karolinska de Estocolmo, para realizar el procedimiento, el paciente debe estar sentado, en un silla rotatoria. El abordaje del ganglio de Gasser se realiza por la misma vía del foramen oval descrita para la rizotomía con radiofrecuencia. La dosis necesaria es de 0,28 cc de glicerol. La selectividad de la rama a lesionar se consigue flexionando más o menos la cabeza del paciente. El porcentaje de alivio del dolor a largo plazo es del 55% por lo que la tasa de recurrencia es la más alta de todas las técnicas percutáneas o quirúrgicas descritas para el manejo de la neuralgia del trigémino (2).

En mi opinión, después de estudiar las diferentes actitudes terapéuticas para el manejo intervencionistas de la neuralgia del trigémino (5), teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes, el grado de capacitación del profesional encargado de realizar la técnica elegida y el medio donde se desenvuelve el responsable de practicar la técnica, se decidirá entonces una técnica percutánea, quirúrgica o radioterápica. Todas ellas tienen ventajas e inconvenientes y ninguna de ellas consiguen siquiera el 90% de éxito en el control del dolor a largo plazo. La lógica indica que debemos empezar por las técnicas menos agresivas y con mayor porcentaje de éxito que a mi juicio son: primero radiofrecuencia convencional, seguida por la microcompresión con balón de Fogarty, a continuación la descompresión micro-vascular en la fosa posterior si el paciente es joven o se encuentra en buen estado general y, finalmente, la radiocirugía estereotáctica del ganglio de Gasser mediante aceleradores lineales o GammaKife (10,11), técnica que está en franca expansión actualmente. Posiblemente, esta última técnica, escale algunos puestos en la escalera terapéutica descrita a muy corto plazo, debido a la aparición de nuevos equipos de radiocirugía sin marco de estereotaxia como es el CyberKnife (12).

**Francisco Javier Robaina Padrón**

Neurocirujano

Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional

Hospital Universitario de Gran Canaria

Las Palmas de Gran Canaria

C/ Barranco de la Ballena S/N  
35010 Las Palmas de Gran Canaria  
Tlf: 928-449566  
Fax: 928.449786

[fropad@gobiernodecanarias.org](mailto:fropad@gobiernodecanarias.org)

## CORRESPONDENCIA

F. Robaina

[fropad@gobiernodecanarias.org](mailto:fropad@gobiernodecanarias.org)

Financiación: Ninguna

Conflictos de interes: No declarados

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sweet WH , Wepsic JG. Controlled thermocoagulation and rootlets differential destruction of pain fibers. 1. Trigeminal neuralgia. J Neurosurg. 1974; 40 (2): 143-156.
2. Taha JM, Tew JM. Percutaneous rhizotomy in the treatment of intractable facial pain Operative Neurosurgical Techniques. Indications, Methods and Results. Schmidek & Sweet. Schmidek HH (ed). Fourth Edition. Saunders. 2000.
3. Sluijter ME. Radiofrequency. Part 2. Thoracic and Cervical Región. Headache and facial pain. Flivo Press SAMegggen (LU) 2003, Switzerland.
4. Van Zundert J, Brabant S, Van de Kelft E, Vercruyssen A, van Vuyten JP. Pulsed radiofrequency treatment of the Gasserian ganglion in patients with idiopathic trigeminal neuralgia. Pain 2003; 104; 449-452.
5. Robaina FJ. 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, Sup II: 64-88.
6. Leksell L. Trigeminal neuralgia. Nagra neurofysiologiska aspekter och en ny behandlings-metod. Läkartidningen 1971; 68: 5145-5158.
7. Hakanson S, Leksell L. Stereotactic radiosurgery in trigeminal neuralgia. In Pauser G, Gerstenbrand F, Gross D (eds): Gesichtsschmerz: Schmerzstudien 2. New York 1971: Gustav Fischer Verlag.
8. Sweet WH. Glycerol rhizotomy. In Youmans JR (ed). Neurological Surgery, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders 1990: pp 3908-3921.
9. Fujimaki T, Fukushima T, Miyazaki S. Percutaneous retrogasserian glycerol injection in the management of trigeminal neuralgia: Long-term follow-up results. J Neurosurg 1990; 73: 212-216.
10. Gorgulho AA, De Salles AA. Impact of radiosurgery on the surgical treatment of trigeminal neuralgia. Surg Neurol 2006; 66 (4): 350-356.
11. Chen JC, Girgivan M, Greathouse H, Miller M, Raliman S. Treatment of trigeminal neuralgia with linear accelerator radiosurgery. Initial results. J Neurosurg 2004; 101, sup 3: 346-350.
12. Romanelli P, Heit G, Chang SD, Martin D et al. CyberKnife radiosurgery for trigeminal neuralgia. Stereotac Funct Neurosurg 2003; 81 (1-4): 105-109.

