

Bloqueo del ganglio de Gasser contra crisis sobreaguda de la neuralgia del trigémino

Blockade of Gasser ganglion against overacute crisis of the trigeminal nerve neuralgia

MsC. Carlos Rafael Fleitas Salazar,¹ MsC. Lilibet Zamora Cabezas¹ y Dra. Elba Patricia Cabezas Niubó¹¹

¹ Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de 24 pacientes con crisis sobreaguda de neuralgia del trigémino, atendidos en la Clínica del Dolor del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, desde enero de 2008 hasta igual mes de 2011, a fin de evaluar la evolución terapéutica mediante bloqueos del ganglio de Gasser. Se administró una solución compuesta por bupivacaína al 0,5 % y betametasona. Se utilizaron las escalas de valoración verbal, la de grado de alivio y la de efectos secundarios. Se encontró que el grupo etario de 50-59 años y el sexo femenino resultaron ser los más afectados, que 58,3 % de los integrantes de la serie llegaron a la tercera consulta con alivio total y que la anestesia prolongada fue el efecto secundario más común (37,5 %), aunque al final hubo una respuesta satisfactoria al tratamiento.

Palabras clave: ganglio de Gasser, bloqueo del trigémino, neuralgia del trigémino, dolor neuropático, técnica intervencionista, Clínica del Dolor.

ABSTRACT

A descriptive study of 24 patients with overacute crisis of the trigeminal nerve neuralgia assisted in the Clinic for Pain of "Saturnino Lora" Teaching Clinical-Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba was carried out, from January, 2008 to the same month of 2011, in order to evaluate the therapeutic course by means of blockades to Gasser ganglion. A solution composed by 0,5 % bupivacaine and betametasonone was administered. The scales of verbal evaluation, relief degree and secondary effects were used. It was found that the age group of 50-59 years, and the female sex turned out to be the most affected, that 58,3 % from the members of the series arrived to the third visit with total relief and that the prolonged anesthesia was the most common secondary effect (37,5 %), although at the end there was a satisfactory response to the treatment.

Key words: Gasser ganglion, trigeminal blockade, trigeminal neuralgia, neuropathic pain, intervention technique, Clinic for Pain.

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del trigémino (NT) ha sido motivo de estudio desde épocas remotas. Fue referida en la Grecia Antigua por Arataeus de Capadocia. Una de las primeras descripciones más acertadas corresponde al fisiólogo alemán Johannes Bausch (1672), quien sufrió la enfermedad. En 1756 Nicholaus André acuñó el nombre de tic doloroso; sin embargo, en 1773, John Fothergill fue el primero en detallar y precisar lo referente a esta afección.^{1,2}

Según algunos estudios, la NT es uno de los dolores más intensos conocidos, se caracteriza por breves y lancinantes paroxismos de dolor facial que duran unos segundos o de 1-2 minutos. El paciente puede describirlo como una descarga eléctrica, un latigazo o un pinchazo. Puede resultar muy incapacitante, con gran repercusión social y laboral e incluso generar síndromes depresivos.¹

Para aliviar el dolor del trigémino cuando es "rebelde" al tratamiento médico se utilizan diferentes técnicas intervencionistas. Se ha preconizado el bloqueo del nervio, es decir, según las características del dolor, puede bloquearse el ganglio de Gasser o una de las ramas periféricas; en tal sentido, en la bibliografía médica se describen diversas técnicas, como la de Braun y la de Hartel. También se pueden utilizar las intracraneales, como la neulolisis retrogasseriana e intragasseriana con glicerol, que permiten el acceso al ganglio de Gasser y a las 3 ramas.³⁻⁵

El bloqueo neulolítico es reservado solamente para pacientes en estadio terminal o muy ancianos, debido a las consecuencias negativas e irreversibles que produce tanto en la actividad sensitiva como motora de las estructuras nerviosas periféricas.^{4,5}

Asimismo, pueden emplearse anestésicos locales para aliviar el dolor, asociados o no a esteroides; estos últimos se utilizan como medida preventiva para la inflamación facial, que de producirse, sería una noxa más que actuaría como estímulo compresivo doloroso en las raíces del trigémino.⁶

Al respecto, varios autores⁶ han informado sus experiencias al utilizar fármacos, mientras que otros abogan por el tratamiento quirúrgico;⁷ en este Centro, la tendencia tradicional es realizar bloqueos, sin protocolizarse ningún esquema de tratamiento, por lo cual se decidió llevar a cabo la presente investigación para describir las bondades terapéuticas obtenidas al bloquear el ganglio de Gasser, con anestésicos locales y esteroides en bajas dosis, para aliviar el dolor que produce esta neuralgia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de 24 pacientes con crisis sobreaguda de neuralgia del trigémino, "rebelde" al tratamiento farmacológico, atendidos en la Clínica del Dolor del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, desde enero de 2008 hasta igual mes de 2011, a fin de evaluar la evolución terapéutica mediante bloqueos del ganglio de Gasser.

El bloqueo del ganglio de Gasser se efectuó mediante la técnica de Braun. Para realizar el habón cutáneo se empleó lidocaína al 1 % y el bloqueo se hizo con un trocar 25 G. Se administró una solución compuesta por 2 mL de bupivacaína al 0,5 % y 4 mg de betametasona.⁸

A partir de la segunda consulta se evolucionó a los pacientes, previamente entrenados, para lo cual se aplicaron las escalas de grado de alivio del dolor y de efectos secundarios.⁹ De tal manera se procedió semanalmente hasta el egreso definitivo.

RESULTADOS

Del total de pacientes (tabla 1) predominaron el grupo etario de 50-59 años (50,0 %) y el sexo femenino (20, para 83,3 %).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupo de edades (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
40 – 49	1	4,2	4	16,6	5	20,8
50 – 59	2	8,3	10	41,7	12	50,0
60 – 69	1	4,2	3	12,5	4	16,7
70 y más	0	0	3	12,5	3	12,5
Total	4	16,7	20	83,3	24	100,0

Como se muestra en la tabla 2, en la segunda consulta 8 integrantes de la serie fueron dados de alta al cumplirse los criterios establecidos para ello (33,3 %) y en la tercera, 6 (25,0 %), pues en este momento ya 58,3 % del total había logrado una remisión total de su cuadro doloroso. Así sucesivamente, en la cuarta 87,5 %; en la quinta 95,8 % y en la sexta 100,0 %, es decir, todos los pacientes lograron aliviar el dolor.

Tabla 2. Sesiones necesarias para la remisión de los síntomas

Consultas	Atendidos		No.	De alta		Continuantes	No.	%
	No.	%		%	Acumulado (%)			
Segunda	24	100,0	8	33,3		16	66,7	
Tercera	16	66,7	6	25,0	58,3	10	41,7	
Cuarta	10	41,7	7	29,2	87,5	3	12,5	
Quinta	3	12,5	2	8,3	95,8	1	4,2	
Sexta	1	4,2	1	4,2	100,0			

En cuanto a la intensidad de los efectos secundarios (tabla 3), todos correspondieron al grado 1 de la escala; la mayoría de estos se observaron luego de realizadas la primera y segunda sesiones de bloqueos nerviosos, con 3 y 5 pacientes (12,5 y 31,3 %, respectivamente) del total de bloqueos.

Tabla 3. Intensidad de los efectos secundarios según bloqueos

Consultas	Bloqueos	Grado 0 (ninguno)		Grado 1 (ligero)	
		No.	%	No.	%
Primera	24	21	87,5	3	12,5
Segunda	16	11	68,7	5	31,3
Tercera	10	9	90,0	1	10,0
Cuarta	3	2	66,7	1	33,3
Quinta	2	2	100,0		
Sexta					

La anestesia prolongada (tabla 4) fue el efecto secundario más común (37,5 %), seguida en orden decreciente por el bloqueo motor facial y los mareos (20,8 %, respectivamente).

Tabla 4. Pacientes según efectos secundarios

Efectos secundarios	No.	%
Anestesia prolongada	9	37,5
Bloqueo motor facial	5	20,8
Mareos	5	20,8
Dolor sitio de punción	1	4,2

*Porcentaje calculado sobre la base del total

DISCUSIÓN

Se plantea que existe mayor incidencia de la NT a partir de la quinta década de la vida, sobre todo en el sexo femenino, y que es inusual que aparezca en pacientes menores de 40 años de edad;^{1,2,4} lo cual se relaciona con lo obtenido en esta serie, pues todos los pacientes rebasaban esta edad.

En la bibliografía médica consultada suele recogerse un menor número de sesiones de bloqueo, pero esto se debe a que generalmente existe el criterio de que un alivio de 70 %, para los tratamientos mediante bloqueos nerviosos, es suficiente;⁶ sin embargo, en el presente estudio el criterio fue mantener las sesiones terapéuticas hasta tanto se obtuviese la mayor mejoría posible, mientras no hubiese alguna contraindicación para ello y el paciente realmente lo considerase efectivo.

Por la complejidad del bloqueo y la posible aparición de complicaciones importantes, muchos autores no lo realizan; en cambio, en esta casuística no se encontraron efectos secundarios tan intensos, por lo cual no fueron considerados como complicaciones, pues cedieron espontáneamente sin necesidad de tratamiento médico y sin comprometer la consecutividad de los bloqueos.

La anestesia prolongada, más allá de lo esperado, en el caso de la bupivacaína puede ser consecuencia de la dosis empleada, aunque algunos autores emplean mayores concentraciones.^{8,9}

El bloqueo motor facial, otra reacción adversa encontrada, pudiera atribuirse a que el medicamento haya difundido y bloqueado alguna rama del nervio facial, de manera que no puede descartarse que el mareo fuera consecuencia de los anestésicos locales, aunque también puede estar relacionado con la aprensión de los pacientes. El dolor en el sitio de la punción era de esperar, sobre todo en quienes se realizó más de un bloqueo en la misma zona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo MBE Galicia. Neuralgia del trigémino. Guías clínicas. [Internet]. 2006 [citado 2 Ago 2009]; 6(17). Disponible en: <http://www.lafar.net/simple99/spaw/uploads/files/Neuralgia%20trigeminio.pdf>
2. Abarca J. Neuralgia del trigémino. Neurocir Contemp. 2007; 1(4): 1–6.

3. López Tofiño A, Herrero B. Bloqueos del trigémino. En: Rizo Castro M. Manual de anestesia regional: práctica clínica y tratamiento del dolor. Madrid: Elsevier; 2009: 97-111.
4. Abejon D. Neuralgia del trigémino. Rev Soc Esp Dolor. 2007; 14(8): 547-9.
5. Robaina F. Neuralgia del trigémino. Revisión del tratamiento médico y quirúrgico. Rev Soc Esp Dolor. 2008; 4: 248-56.
6. Delgado Carlo MM, Tamayo Valenzuela AC, López Martínez JA, Cardona Cordero AV, Granja Posadas E, Guevara López U. Tratamiento algológico de neuralgia del trigémino. Experiencia de 15 años. Cir Ciruj. 2006; 74: 83-8.
7. Zakrzewska JM. Surgery for trigeminal neuralgia? Pain. 2011; 152(3): 469-70.
8. Faulí A, De Andrés J. Bloqueo del nervio trigémino: ganglio de Gasser y ramas periféricas. En: De Andrés J. Manual de bolsillo de anestesia regional. Barcelona: Caduceo Multimedia; 2005: 48-55.
9. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ. Anestesiología clínica. 4 ed. Madrid: El Manual Moderno; 2007: 349-96.

Recibido: 2 de diciembre de 2011

Aprobado: 12 de enero de 2012

Carlos Rafael Fleitas Salazar. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.