

Neuralgia del glossofaríngeo como consecuencia de compresión neurovascular vertebral. Reporte de caso

Glossopharyngeal neuralgia as a consequence of vertebral neurovascular compression. Case report

Sandra Milena Piña Cabrales¹, Boris Cabrera Nanclares¹, Elloth Tamara-Contreras²

¹Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario del Caribe. Cartagena, Colombia.

²Universidad del Sinú, Seccional Cartagena. Cartagena, Colombia.

Resumen

La neuralgia del glossofaríngeo es una afección neurológica caracterizada por un dolor paroxístico, punzante, a lo largo de la distribución del nervio glossofaríngeo que, aunque infrecuente, representa un desafío médico. La descompresión microvascular debe considerarse principalmente en la neuralgia del glossofaríngeo intratable medicamente. En la presente revisión se trae a colación el caso de un paciente de 52 años con diagnóstico de neuralgia del glossofaríngeo con fallo terapéutico mediante manejo médico y requerimiento de descompresión microvascular al documentar dolicoectasia de la arteria vertebral izquierda con mejoría subsecuente.

Palabras clave: Neuralgia del glossofaríngeo, compresión vascular, neurocirugía.

Abstract

Glossopharyngeal neuralgia is a neurological condition characterized by paroxysmal, stabbing pain along the distribution of the glossopharyngeal nerve, which, although rare, poses a medical challenge. Microvascular decompression should primarily be considered in cases of glossopharyngeal neuralgia that are refractory to medical treatment. This review highlights the case of a 52-year-old patient diagnosed with glossopharyngeal neuralgia who experienced therapeutic failure with medical management and subsequently required microvascular decompression due to documented dolichoectasia of the left vertebral artery, resulting in subsequent improvement.

Keyword: Glossopharyngeal Neuralgia, vascular compression, neurosurgery.

Introducción

Dentro de los síndromes dolorosos faciales, la neuralgia del glossofaríngeo constituye una entidad rara y un verdadero reto diagnóstico para el galeno pues en algunos casos se puede confundir con la más común de ellas como lo es la neuralgia del trigémino. Por esta razón es importante conocer sus características semiológicas distintivas para establecer un diagnóstico diferencial en pacientes con un cuadro clínico de dolor facial atípico teniendo en cuenta la distribución del dolor y los síntomas asociados^{1,2,3}.

La neuralgia del glossofaríngeo se caracteriza por un dolor punzante, unilateral, de inicio abrupto y corta duración, en la distribución no sólo del trayecto del nervio, sino que también puede involucrar afluentes sensoriales del nervio vago pudiendo afectar las zonas por donde discurren las ramas auricular y faríngea del nervio vago, por lo que se puede reflejar en el oído, la base de la lengua, amígdalas y/o por debajo del ángulo mandibular, y en algunos casos puede desencadenar episodios cardiovasculares, como bradicardia, asistolia o hipotensión. De allí que debido a la proximidad de los 2 nervios se considera que el termino más adecuado es neuralgia vago

Correspondencia a:

Elloth E. Támara Contreras
ellotamaracon@gmail.com

glossofaríngea. Usualmente es provocado o empeora al tragar, hablar o toser y puede ser episódico, con lapsos de remisión y recaídas muy similar a los casos de las neuralgias trigeminales². Lo que puede separar neuralgia del glossofaríngeo de la trigeminal es siempre la distribución del dolor, no las características del dolor o los factores precipitantes.

Se puede clasificar en 3 tipos según la sociedad internacional de cefaleas en:

1. Clásica, donde se identifica claramente en imágenes de resonancia magnética una compresión neurovascular en la raíz del nervio glossofaríngeo. Esta suele afectar más adultos con predilección izquierda y por el género femenino.
2. Secundaria cuando existe una enfermedad subyacente que explica la neuralgia como: tumor en el ángulo ponto-cerebeloso, infecciones, esclerosis múltiple, enfermedad de Paget, trauma, procedimiento dental, etc.
3. Idiopática, cuando no se demuestra que ni una enfermedad subyacente ni la compresión neurovascular causen los síntomas de la neuralgia².

Dentro del manejo inicial según diversos protocolos se incluye el manejo médico con neuromoduladores, y si se documenta compresión vascular ofrecer la alternativa quirúrgica de descompresión microvascular, con o sin transección del IX par craneal constituyendo la mejor alternativa con alta tasa de curación (> 90%) a largo plazo^{2,3,6}. La refractariedad al dolor con el manejo médico, así como la baja tolerancia a los neuromoduladores constituyen la principal indicación quirúrgica.

La neuralgia del glossofaríngeo es un síndrome extremadamente raro que representa el 0,2% a 1,3% de todos los tipos de neuralgias craneales^{2,3,4}, por lo que a continuación se reporta el caso de un paciente de 52 años con diagnóstico de neuralgia del glossofaríngeo con fallo terapéutico mediante manejo médico y requerimiento de descompresión micro-

vascular al documentar dolicoectasia de la arteria vertebral izquierda con mejoría subsecuente.

Caso clínico

Paciente masculino de 52 años de edad, multiconsultante al servicio de consulta externa, quien acudió al servicio de urgencias de un Hospital de tercer nivel en la ciudad de Cartagena, Colombia, refiriendo cuadro clínico crónico de 3 años de evolución caracterizado por odinofagia, asociado a dolor en hemicuello izquierdo con irradiación a región preauricular y retroauricular, 8/10 en escala análoga del dolor, que se atenúa con el uso de carbamazepina, y se intensifica con la deglución y los movimientos masticatorios, de duración paroxística aproximadamente 1 minuto, tipo punzante. Este dolor tiene apariciones paulatinas, manifiesta que se ha vuelto constante en los últimos 3 meses, pese al manejo con neuromoduladores (pregabalina 75 mg cada 12 horas + carbamazepina 200 mg vía oral cada 12 horas) sin control sintomático durante 6 meses. Al examen físico consciente, alerta, orientado, normocéfalo, pupilas isocóricas, normorreactiva a la luz, mucosa oral húmeda, cuello simétrico, sin adenopatías, tórax simétrico, expansible, sin tirajes, murmullo vesicular conservado, sin agregados, abdomen blando, depresible, no doloroso, extremidades simétricas, eutróficas, sin edema, no déficit neurológico, hiperalgesia en territorio de IX par craneal (PC) izquierdo, resto de pares craneales conservados. Se solicita resonancia magnética simple cerebral más secuencia FIESTA (fast imaging employing steady-state acquisition), donde se visualiza cisternas permeables, sistema ventricular normo configurado, no se evidenciaron lesiones intra-axiales o extra-axiales, pero se denoto arteria vertebral dolicoectásica tortuosa y con presencia de loop vascular a nivel de cisterna peribulbar (Figura 1), razón por la cual por refractariedad a manejo médico se decide motivar para descompresión microvascular.

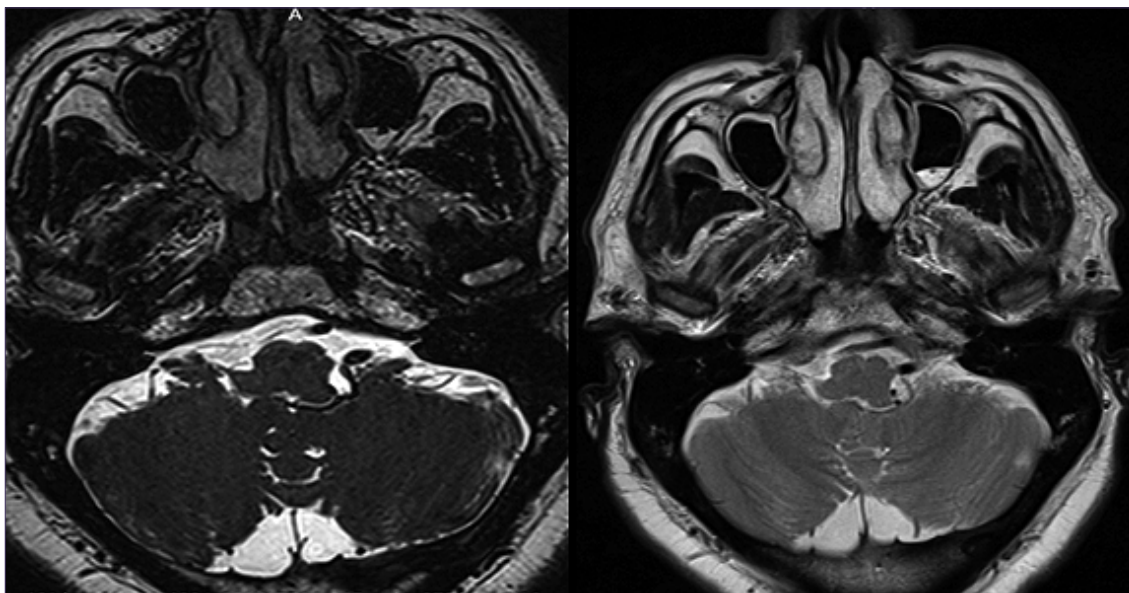
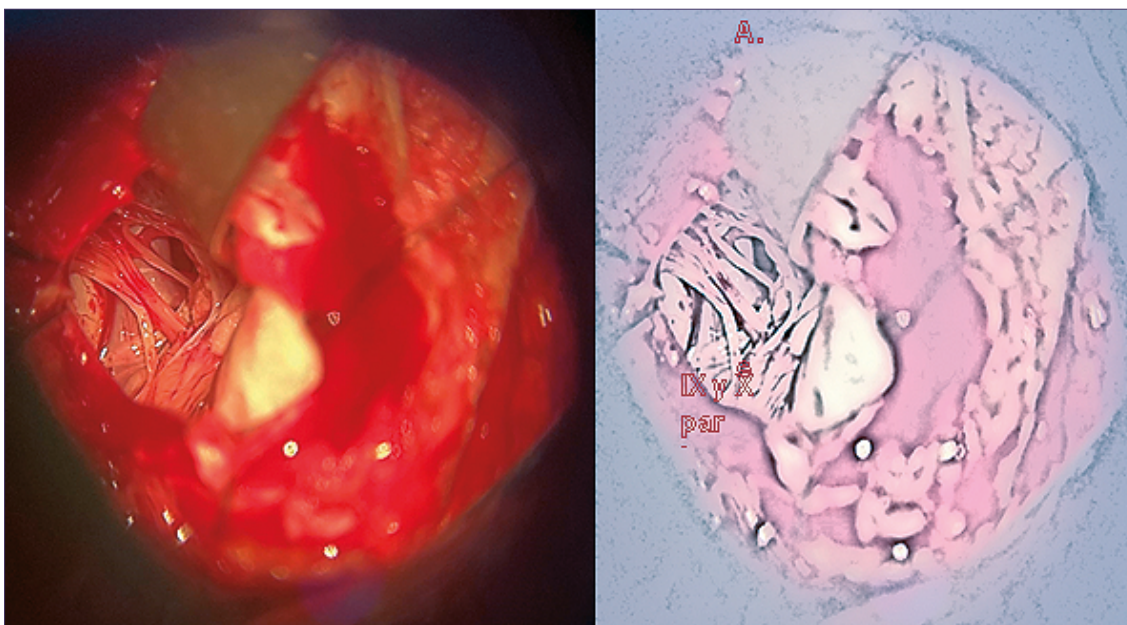


Figura 1. RMN cerebral en secuencia FIESTA y T2 donde se logra ver la arteria vertebral izquierda que llega a contactar al IX PC izquierdo cuando se dirige hacia el foramen yugular.



Figuras 2 y 3. Vista intraoperatorio mediante microscopio quirúrgico de pares craneales bajos donde se evidencia dolicoectasia vertebral con compresión neurovascular del IX y X par.

Se decidió realizar una incisión retroauricular, aproximadamente a 3,5 cm del reborde posterior del pabellón auricular izquierdo, se procede a disección por planos, para realizar craniectomía retromastoidea izquierda, se realizó apertura dural en C sobre el seno sigmoides y disección aracnoidea hasta evidenciar pares craneales bajos y su REZ (zona de entrada de la raíz), que bajo visión microscópica, permite evidenciar compresión inferomedial neurovascular por parte del loop de arteria vertebral dolicoectásica que generaba lateralización mayor de lo habitual (Figuras 2 y 3). Se separa a nivel superior y se coloca entre ellos injerto de músculo temporal sostenido con engrosamiento aracnoideo adyacente es decir se realizó la técnica de interposición más que transposición pues la PICA (arteria cerebelosa posteroinferior) fijaba la vertebral de ese lado limitando su rotación.

Paciente con postoperatorio inmediato y mediato adecuado, con desaparición de hiperalgesia en territorio de nervio glossofaríngeo izquierdo, tolerando vía oral, sin déficit de pares craneales, se decidió a los pocos días dar egreso con cita de control, terapias físicas de rehabilitación y neuromoduladores que fueron retirados durante el primer mes postoperatorio sin recaída de la neuralgia en los 6 meses de seguimiento.

Discusión

El síndrome de compresión neurovascular se define como el contacto directo que conlleva a irritación mecánica de un par craneal por un vaso sanguíneo. Los más comunes son la neuralgia trigeminal, espasmo hemifacial por compresión del VII par craneal, neuralgia vestibulococlear y del glossofaríngeo. El contacto neurovascular suele ser un hallazgo imagenológico común en pacientes asintomáticos, existen múltiples factores que determinan si puede llegar a convertirse en sintomático o no. Primero, las arterias son más propensas a

causar síntomas de síndrome de compresión neurovascular que las venas, debido a la mayor presión y pulsatilidad, y segundo, la localización anatómica del contacto puede ser relevante⁷.

Dentro de las ayudas diagnósticas para el diagnóstico de la neuralgia del glossofaríngeo, la resonancia magnética nuclear es el *gold estándar*, sin embargo, la tomografía computarizada de cráneo nos puede dar indicio de posibles etiologías compresivas de forma indirecta como la calcificación del ligamento estilohioideo o la evidencia de apófisis estiloides alargada. Dentro del *gold estándar* la secuencia FIESTA (fast imaging employing steady-state acquisitions) juega un papel fundamental en las neuralgias, debido a que permite apreciar estructuras nerviosas y vasculares, así como su recorrido y relaciones^{8,9}. En nuestro caso gracias a la visualización del loop vascular a nivel peribulbar izquierdo se pudo realizar el diagnóstico.

El 25% de los casos el dolor se presenta bilateralmente. Existe una prevalencia en grupo etario, con una edad media de aparición aproximada a los 64 años. Además, la arteria más relacionada con la compresión es la arteria cerebelosa posteroinferior, observando en nuestro paciente una edad de inicio más temprano y la compresión por la arteria vertebral ectásica, en la cual no se evidencia en literatura alta prevalencia^{2,3,10}.

El tratamiento consiste inicialmente en manejo del dolor con medicamentos como carbamazepina, oxcarbazepina, baclofeno, gabapentin, pregabalina, lamotrigina, fenitoína al igual en la neuralgia trigeminal, posteriormente si este falla se podría considerar otras opciones como alternativas destructivas nerviosas como son ablación por radiofrecuencia, rizotomía y radiocirugía, siendo la cirugía de descompresión neurovascular la técnica quirúrgica indicada cuando hay evidencia imagenológica del cruce vascular con menores complicaciones y menor tasa de recurrencia. Esta última técnica

se considera que tiene poca tasa de recurrencia del dolor posterior, mortalidad aproximada del 5% y su principal evento adverso post quirúrgico es la disfagia. Por esta razón, fue la técnica utilizada en la resolución quirúrgica de la compresión vascular por arteria vertebral^{2,3,11}.

Conclusiones

La neuralgia del nervio glossofaríngeo es una entidad rara que debemos sospechar en aquellos pacientes que acusan dolor intenso de aparición súbita en un lado de la garganta, parte posterior de la lengua y, más raramente, en el oído con duración desde segundos a un máximo de dos minutos y aparece varias veces al día. Suele ser desencadenado al tragar, mascar chicle, hablar, toser o al tocarse ciertas zonas del cuello^{2,12}.

El diagnóstico oportuno influye en la respuesta a la terapia y el pronóstico a largo plazo. El estudio y manejo de las neuralgias debe ser multidisciplinario. El tratamiento contempla una analgesia multimodal y en caso de refractariedad se aconseja el manejo quirúrgico, con tasas de éxitos altas y poca recidiva^{2,3,12,13} siendo la descompresión neurovascular la opción no destructiva con mayor tasa de curación.

Nota: El presente caso fue aprobado por el comité de ética de su institución.

Referencias

1. Erdogan, B, Batum K. Rare Complication of Tonsillectomy: Glossopharyngeal Neuralgia. *J Craniofac Surg.* 2021; 32: e100-e101.
2. Park JS, Ahn YH. Glossopharyngeal Neuralgia. *J Korean Neurosurg Soc.* 2023;66(1):12-23.
3. Rey-Dios R, Cohen-Gadol AA. Current neurosurgical management of glossopharyngeal neuralgia and technical nuances for microvascular decompression surgery. *Neurosurg Focus.* 2013 Mar;34(3):E8.
4. Shah R, Padalia D. Glossopharyngeal Neuralgia. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
5. Khan M, Nishi SE, Hassan SN, Islam MA, Gan SH. Trigeminal neuralgia, glossopharyngeal neuralgia, and myofascial pain dysfunction syndrome: an update. *Pain Res Manag.* 2017; 2017:7438326. doi: 10.1155/2017/7438326.
6. Jianqing C, Sindou M. Vago-glossopharyngeal neuralgia: a literature review of neurosurgical experience. *Acta Neurochir.* 2015; 157: 311-321. doi: 10.1007/s00701-014-2302-7.
7. Kim MK, Park KS, Ahn YH. Microvascular decompression for glossopharyngeal neuralgia: clinical analyses of 30 cases. *J Korean Neurosurg Soc.* 2017; 60: 738-748. doi: 10.3340/jkns.2017.0506.010.
8. Blumenfeld A, Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2013; 17(7): 343.
9. Rushton JG, Stevens JC, Miller RH. Glossopharyngeal (vago-glossopharyngeal) neuralgia: a study of 217 cases. *Arch Neurol.* 1981; 38(4): 201-5.
10. Franzini A, Messina G, Franzini A, et al. Treatments of glossopharyngeal neuralgia: towards standard procedures. *Neurol Sci.* 2017; 38, 51-55. doi: 10.1007/s10072-017-2909-6.
11. Chai S, Xu H, Han J, Han T, Wang X, Xiang W. Management of recurrent glossopharyngeal neuralgia after a failed microvascular decompression. *Acta Neurochir (Wien).* 2021; 163 (6): 1615-1616. doi: 10.1007/s00701-021-04739-w.
12. Vargas J, Palacios F, Rosell A. Neuralgia del glossofaríngeo izquierdo: una patología poco frecuente. Un reporte de caso *Acta Med Peru.* 2022;39(3):294-8.
13. Simpson CD, Rahman N, Lamey PJ. Glossopharyngeal neuralgia: a case report. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 57(5): 486-487.