

# **Avances en el tratamiento de la neuralgia del trigémino refractaria a tratamiento farmacológico: uso de lidocaína tópica intranasal para el bloqueo del ganglio esfenopalatino**

Miriam Millán Ruiz, Marta Caballero Milán, Carmina Ribes Llario, M<sup>a</sup> José Colomina Soler.

*Departament d'Anestèsia, Reanimació i Clínica del Dolor, Hospital Universitari de Bellvitge, Universitat de Barcelona- Campus de la Salut, IDIBELL, Barcelona*

*Departamento de Anestesia, Reanimación y Clínica del Dolor, Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona-Campus de la Salut, IDIBELL, Barcelona*

*Department of Anesthesia, Reanimation and Pain Clinic, Hospital Universitari de Bellvitge, Universitat de Barcelona- Health campus, IDIBELL, Barcelona, Spain*

# ÍNDICE

1. Introducción: Neuralgia del trigémino y otros síndromes de dolor facial
2. Presentación del caso clínico
3. El bloqueo del SPG
4. Conclusiones
5. Bibliografía

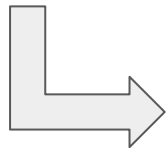
# 1. Introducción: Neuralgia del trigémino y otros síndromes de dolor facial

Cuadro clínico ➡ dolor neuropático paroxístico (\*dolor continuo concomitante) facial, de breve duración, unilateral que puede tener zona de gatillo táctil o gatillarse por estímulos y localizado en el territorio de una o más ramas del **nervio trigémino**.

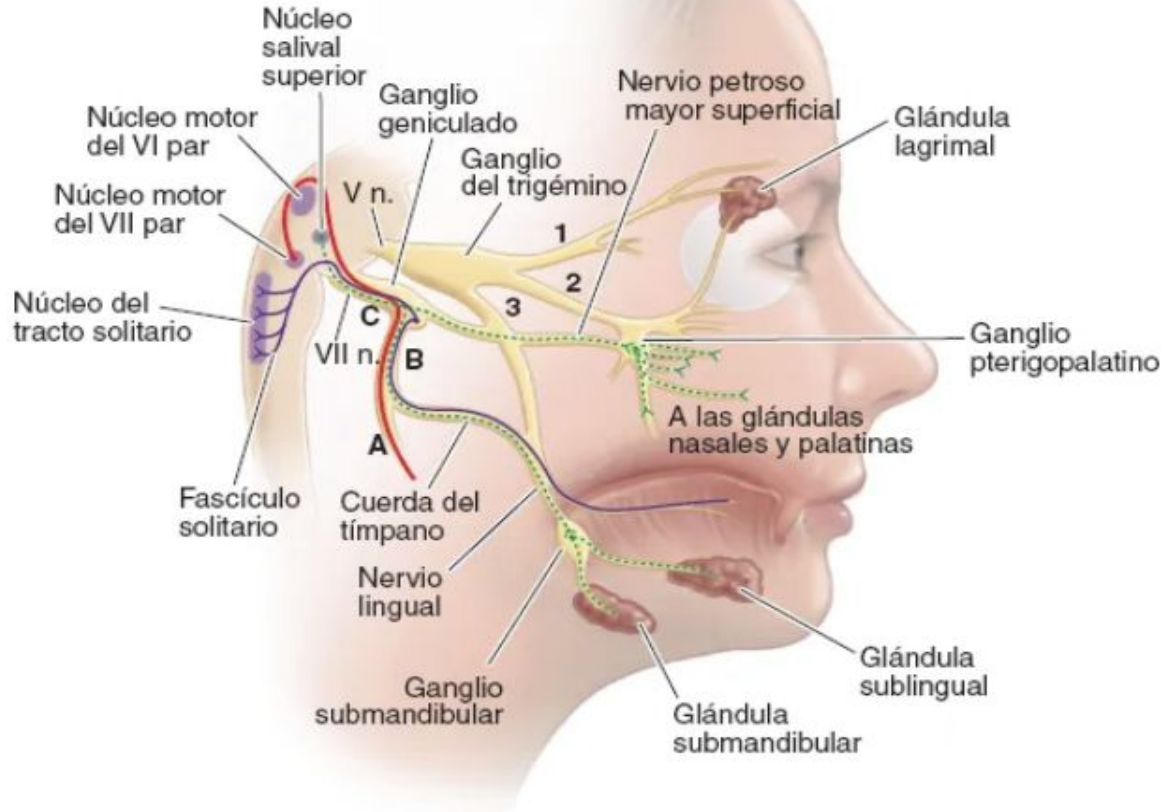
Tratamiento ➡ farmacológico (25% pacientes refractarios), quirúrgico/percutáneo (descompresión del trigémino).

Diagnóstico diferencial: 4 síndromes de dolor facial principales

- Neuralgias faciales (Neuralgia del trigémino)
- Dolores faciales con síntomas y signos neurológicos
- Cefaleas autonómicas trigeminales
- Dolores faciales sin síntomas ni signos neurológicos (rinosinusitis, disfunción temporomandibular, **dolor facial idiopático persistente**)



Diagnóstico por exclusión  
NO carácter neurálgico NO lesiones



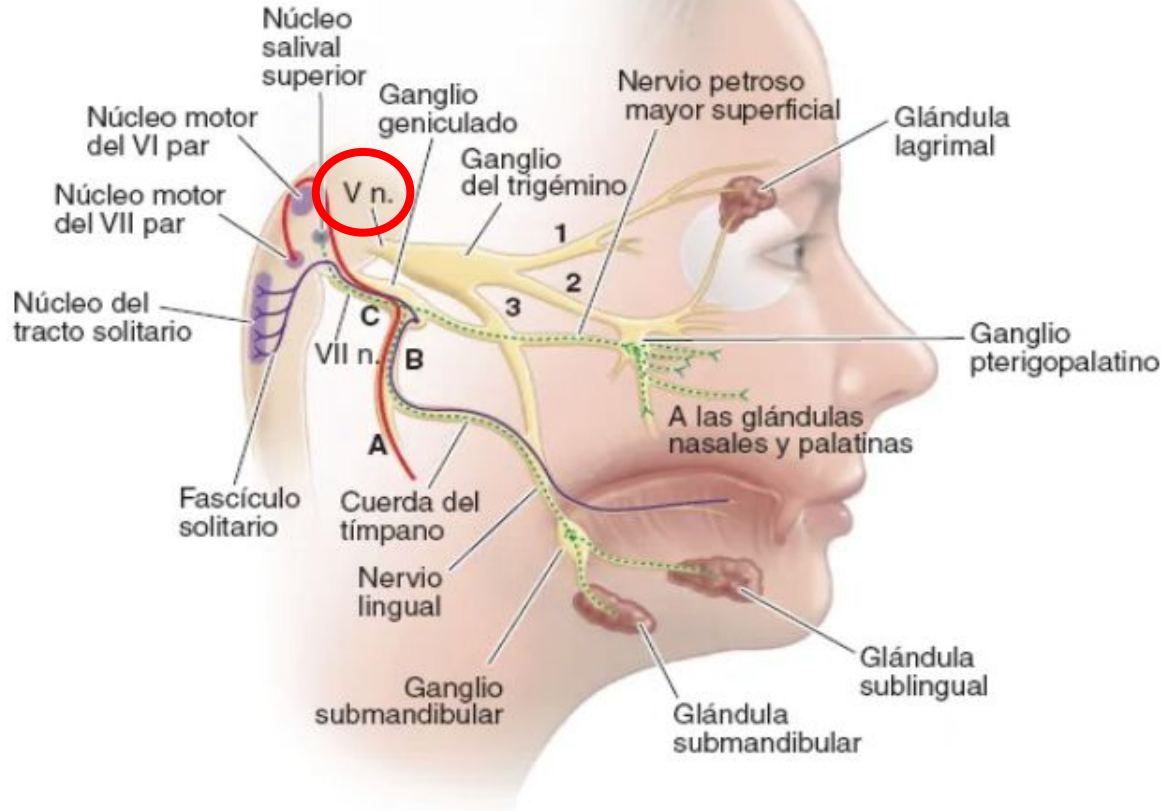
## NERVIO TRIGEMINO

(V par craneal)

n. craneal mixto: sensitivo,  
motor, vegetativo  
(parasimpático).

Ramas:

1. N. oftálmico (V1)
2. N. maxilar (V2)
3. N. mandibular (V3)



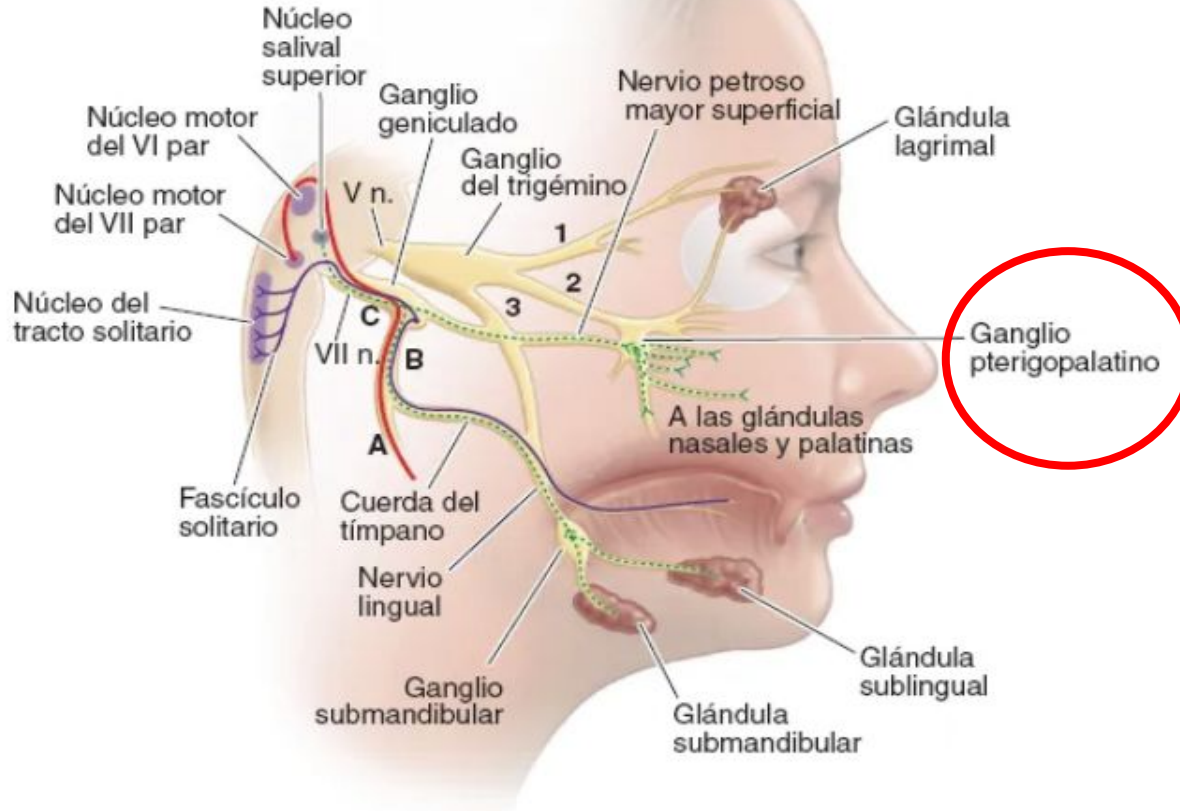
## NERVIO TRIGEMINO

(V par craneal)

n. craneal mixto: sensitivo,  
motor, vegetativo  
(parasimpático).

Ramas:

1. N. oftálmico (V1)
2. N. maxilar (V2)
3. N. mandibular (V3)



## NERVIO TRIGEMINO

(V par craneal)

n. craneal mixto: sensitivo,  
motor, vegetativo  
(parasimpático).

Ramas:

1. N. oftálmico (V1)
2. N. maxilar (V2)
3. N. mandibular (V3)

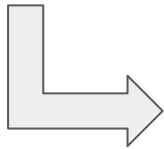
# 1. Introducción: Neuralgia del trigémino y otros síndromes de dolor facial

Cuadro clínico ➡ dolor neuropático paroxístico (\*dolor continuo concomitante) facial, de breve duración, unilateral que puede tener zona de gatillo táctil o gatillarse por estímulos y localizado en el territorio de una o más ramas del **nervio trigémino**.

Tratamiento ➡ farmacológico (25% pacientes refractarios), quirúrgico/percutáneo (descompresión del trigémino).

Diagnóstico diferencial: 4 síndromes de dolor facial según la clínica

- Neuralgias faciales (Neuralgia del trigémino)
- Dolores faciales con síntomas y signos neurológicos
- Cefaleas autonómicas trigeminales
- Dolores faciales sin síntomas ni signos neurológicos (rinosinusitis, disfunción temporomandibular, **dolor facial idiopático persistente**)



Diagnóstico por exclusión  
NO carácter neurálgico NO lesiones

## 2. Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 58 años. No AMC. No AP de interés.

Derivación en 2011 ➡ diagnóstico inicial de **neuralgia del V par** de larga evolución

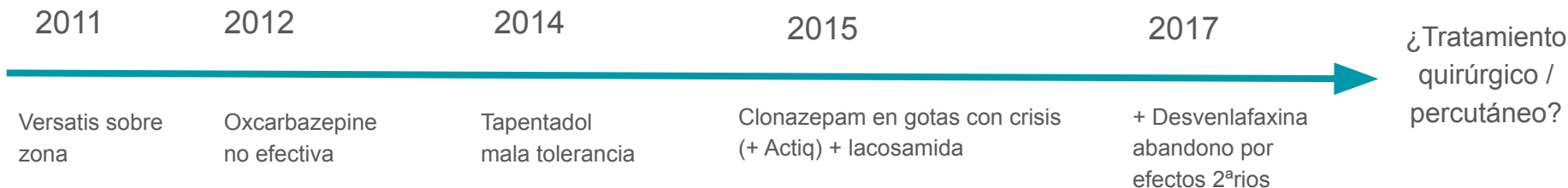
Tratamientos ensayados: carbamazepina, pregabalina, gabapentina

### Sintomatología y exploración física

Exploraciones complementarias: RMN y EMG ok.

DD bruxismo, patología de ATM ➡ OPG, Rx ATM, RMN ok

OD: neuralgia del trigémino resistente vs. dolor facial idiopático persistente



## 2. Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 58 años. No AMC. No AP de interés.

Derivación en 2011 ➡ diagnóstico inicial de **neuralgia del V par** de larga evolución

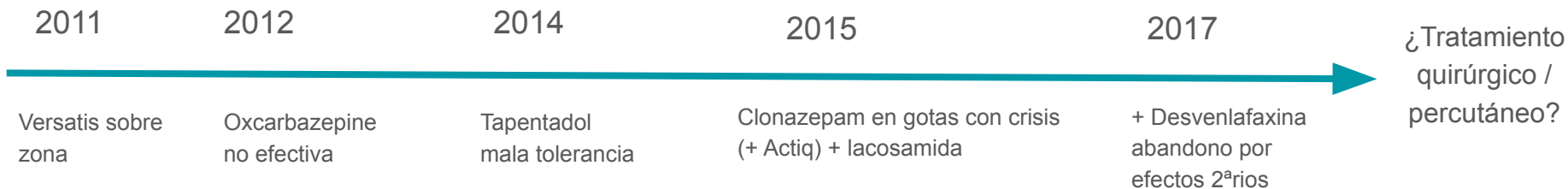
Tratamientos ensayados: carbamazepina, pregabalina, gabapentina

### **Sintomatología y exploración física**

Exploraciones complementarias: RMN y EMG ok.

DD bruxismo, patología de ATM ➡ OPG, Rx ATM, RMN ok

OD: neuralgia del trigémino resistente vs. dolor facial idiopático persistente



## 2. Presentación del caso clínico

Pacien

Deriva

Tratan

Sintor

Explor

DD bri

C

2011

Versatis sobre zona

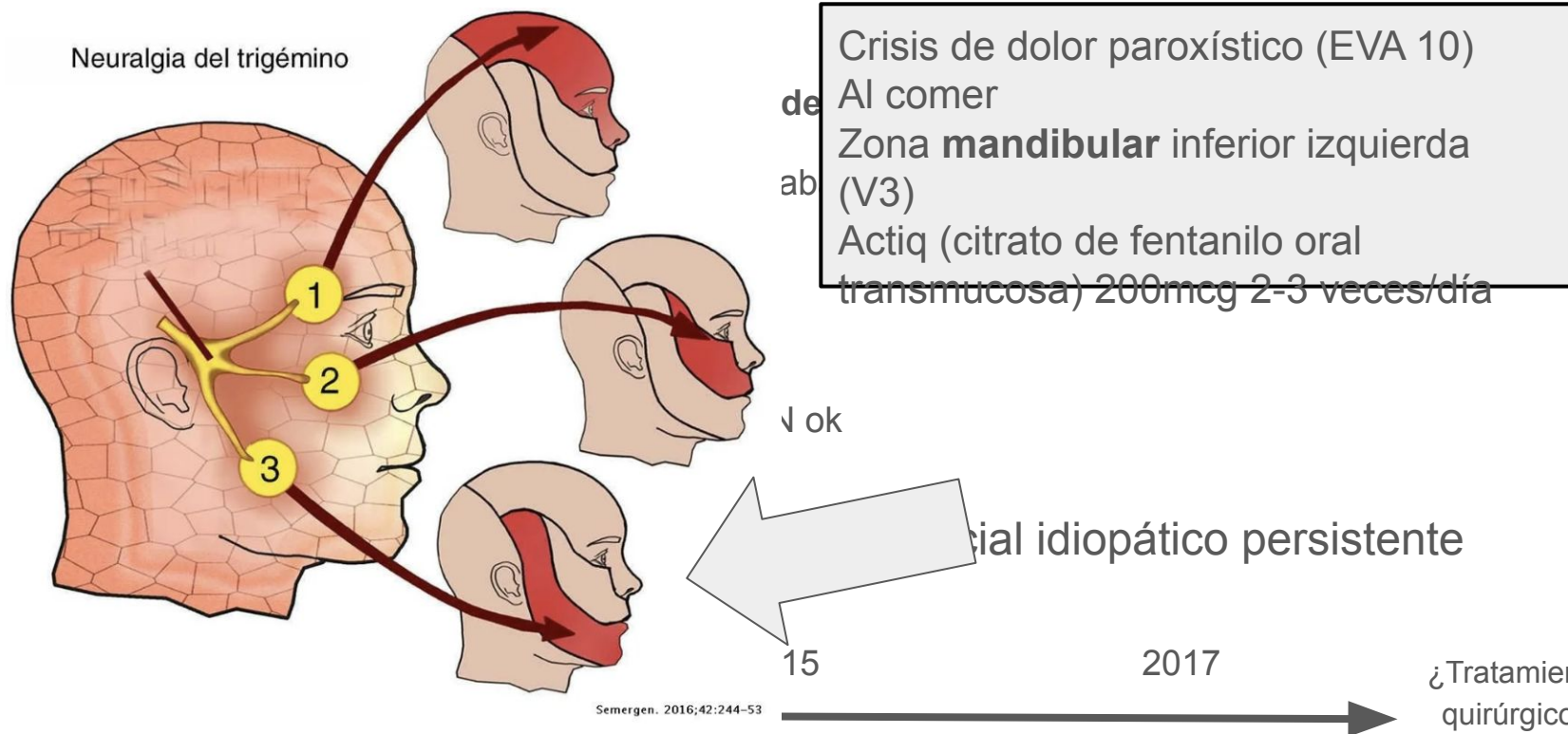
Oxcarbazepine no efectiva

Tapentadol mala tolerancia

Clonazepam en gotas con crisis (+ Actiq) + Iacosamida

+ Desvenlafaxina abandono por efectos 2<sup>arios</sup>

¿Tratamiento quirúrgico / percutáneo?



## 2. Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 58 años. No AMC. No AP de interés.

Derivación en 2011 ➡ diagnóstico inicial de **neuralgia del V par** de larga evolución

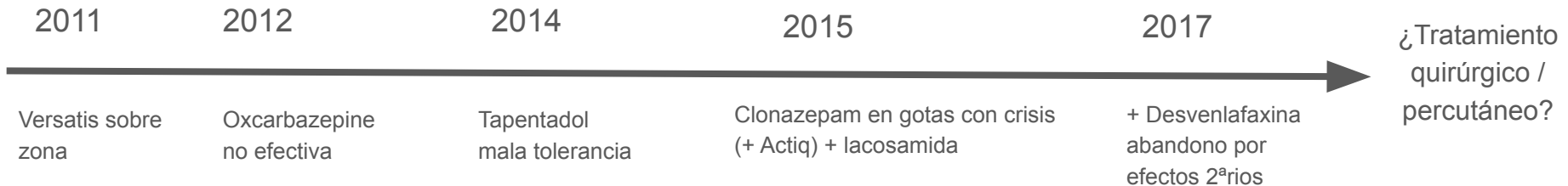
Tratamientos ensayados: carbamazepina, pregabalina, gabapentina

### Sintomatología y exploración física

Exploraciones complementarias: RMN y EMG ok.

DD bruxismo, patología de ATM ➡ OPG, Rx ATM, RMN ok

OD: neuralgia del trigémino resistente vs. dolor facial idiopático persistente



## 2. Presentación del caso clínico

Pacien

Deriva

Tratan

Sintor

Explor

DD bri

C

2011

Versatis sobre  
zona

Oxcarbazepine  
no efectiva

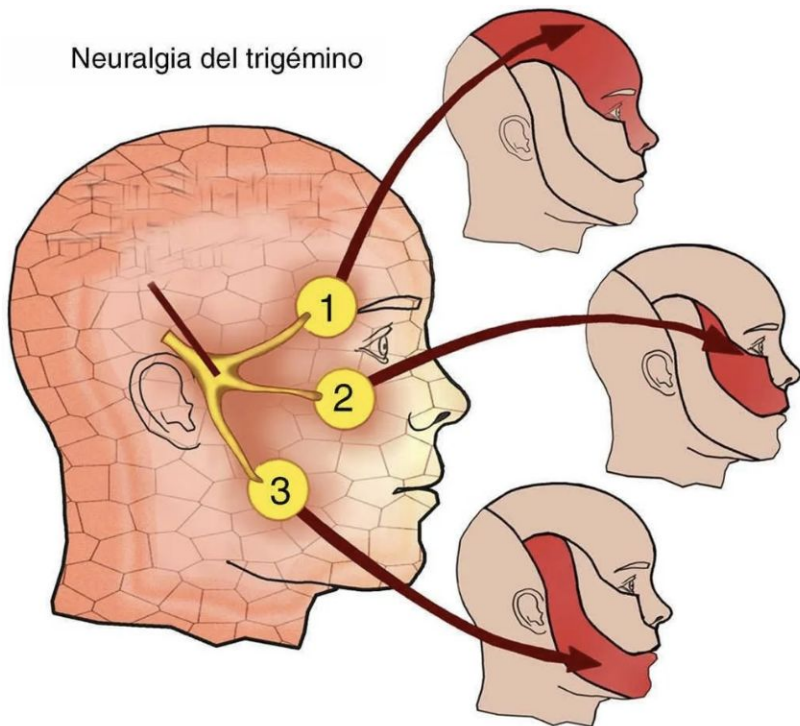
Tapentadol  
mala tolerancia

Clonazepam en gotas con crisis  
(+ Actiq) + lacosamida

+ Desvenlafaxina  
abandono por  
efectos 2<sup>arios</sup>

percutáneo?

Neuralgia del trigémino



Semerger. 2016;42:244-53

Crisis de dolor paroxístico (EVA 10)  
Al comer  
Zona **mandibular** inferior izquierda (V3)  
Actiq (citrato de fentanilo oral  
transmucosa) 200mcg 2-3 veces/día

Dolor a punta de dedo de ATM izquierda  
(musculatura pterigoidea)  
Contractura del ECM y msc pterigoideos  
severa  
Apertura oral limitada por algia

## 2. Presentación del caso clínico

Pacien

Deriva

Tratan

Sintor

Explor

DD bri

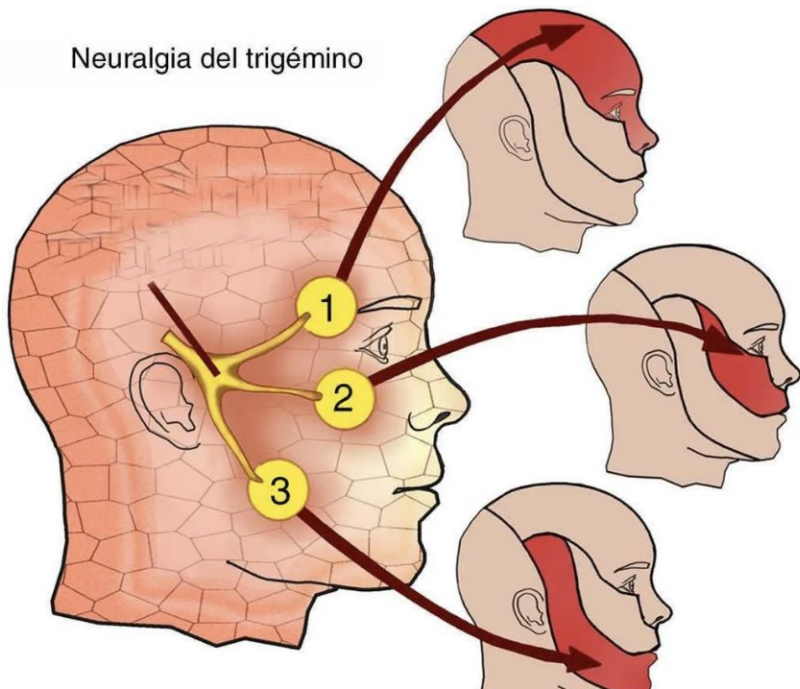
C

2011

Versatis sobre  
zona

Oxcarbazepine  
no efectiva

Neuralgia del trigémino



de  
ab

Crisis de dolor paroxístico (EVA 10)  
Al comer  
Zona **mandibular** inferior izquierda (V3)  
Actiq (citrato de fentanilo oral  
transmucosa) 200mcg 2-3 veces/día

↓ d  
. d

Dolor a punta de dedo de ATM izquierda  
(musculatura pterigoidea)  
Contractura del ECM y msc pterigoideos  
severa

NO alodinia NO signos de dolor  
neuropático

ada por algia

Desvenlafaxina  
abandono por  
efectos 2<sup>º</sup>s

percutáneo?

## 2. Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 58 años. No AMC. No AP de interés.

Derivación en 2011 ➡ diagnóstico inicial de **neuralgia del V par** de larga evolución

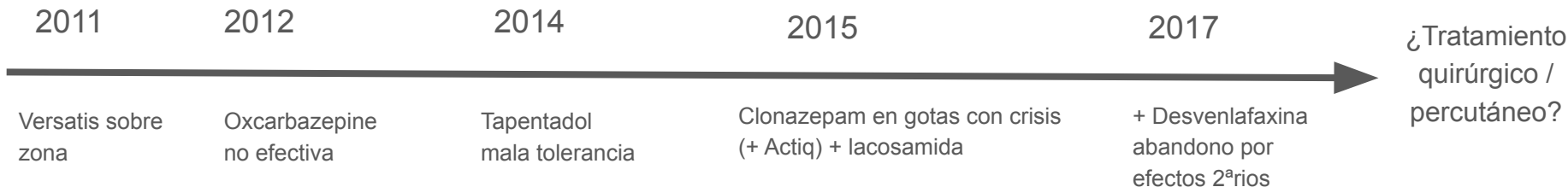
Tratamientos ensayados: carbamazepina, pregabalina, gabapentina

### Sintomatología y exploración física

Exploraciones complementarias: RMN y EMG ok.

DD bruxismo, patología de ATM ➡ OPG, Rx ATM, RMN ok

**OD: neuralgia del trigémino resistente vs. dolor facial idiopático persistente**



## 2. Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 58 años. No AMC. No AP de interés.

Derivación en 2011 ➡ diagnóstico inicial de **neuralgia del V par** de larga evolución

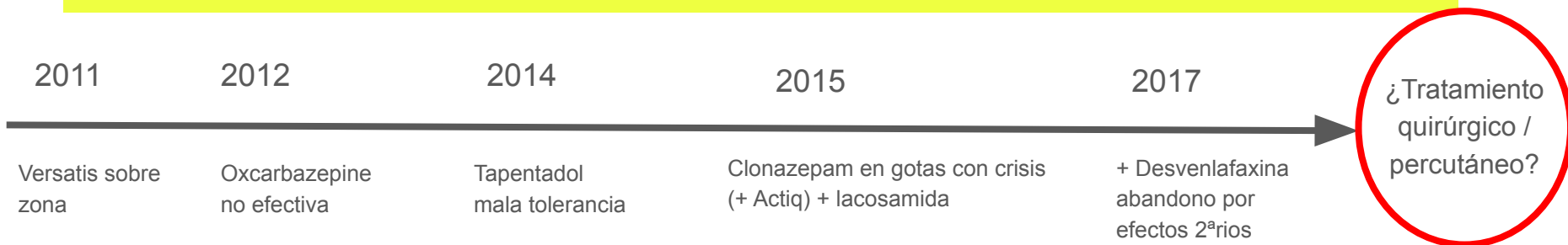
Tratamientos ensayados: carbamazepina, pregabalina, gabapentina

### Sintomatología y exploración física

Exploraciones complementarias: RMN y EMG ok.

DD bruxismo, patología de ATM ➡ OPG, Rx ATM, RMN ok

OD: neuralgia del trigémino resistente vs. dolor facial idiopático persistente



## 2. Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 58 años. No AMC. No AP de interés.

Derivación en 2011 ➡ diagnóstico inicial de **neuralgia del V par** de larga evolución

Tratamientos ensayados: carbamazepina, pregabalina, gabapentina

### Sintomatología y exploración física

Exploraciones complementarias: RMN y EMG ok.

DD bruxismo, patología de ATM ➡ OPG, Rx ATM, RMN ok

**OD:** neuralgia del trigémino resistente vs. dolor facial idiopático persistente

| 2011                | 2012                      | 2014                       | 2015                                                  | 2017                                                          |
|---------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Versatis sobre zona | Oxcarbazepine no efectiva | Tapentadol mala tolerancia | Clonazepam en gotas con crisis (+ Actiq) + Iacosamida | + Desvenlafaxina<br>abandono por efectos 2 <sup>º</sup> arios |

RECHAZO

### 3. El bloqueo del SPG

2018 ➡ bloqueo del **SPG** izquierdo del nervio glossofaríngeo con lidocaína tópica en gel al 2% - fuera de ficha técnica -

#### MATERIAL y TÉCNICA

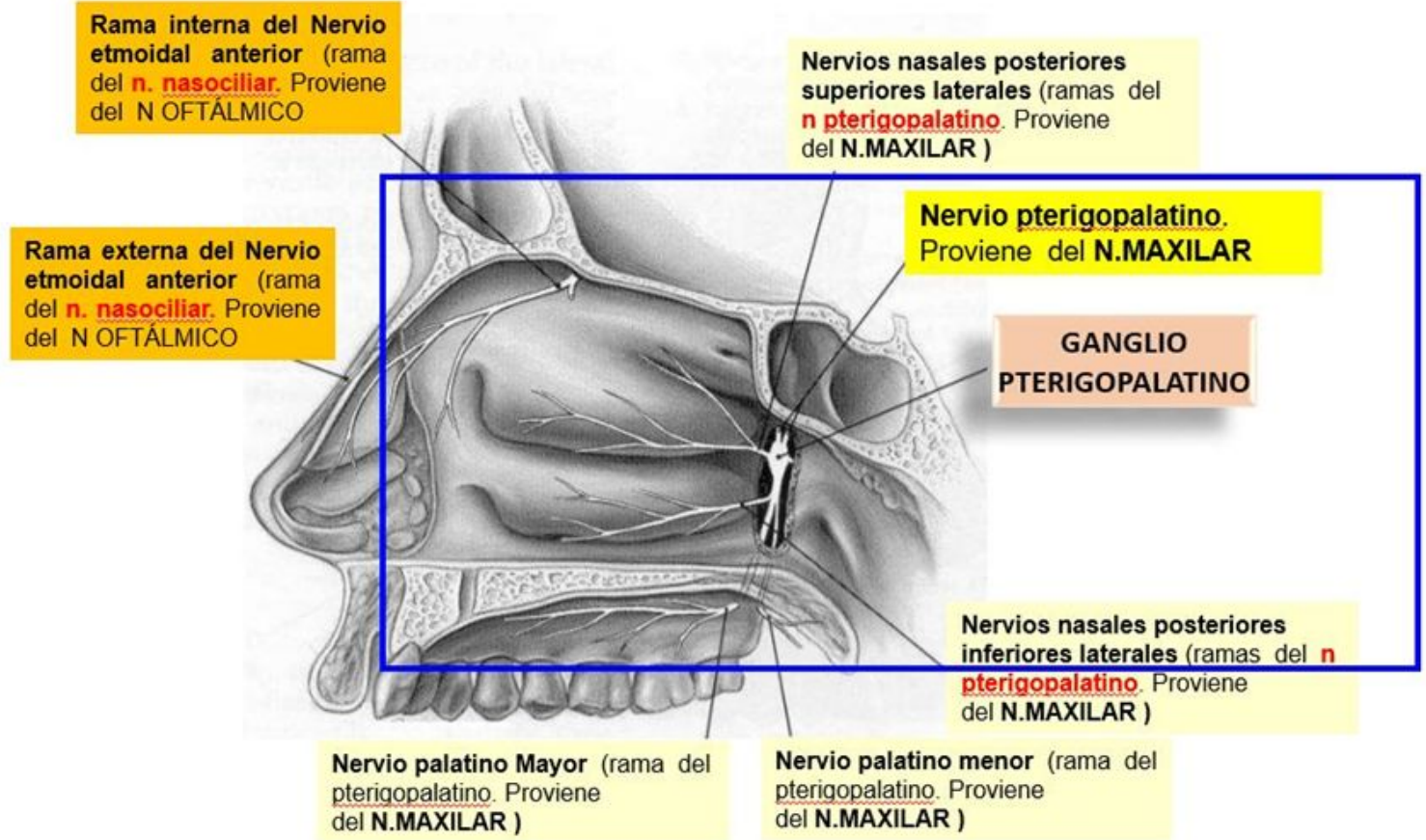
#### RESULTADOS:

A la semana del bloqueo: mejoría de dolor ➡ EVA 0

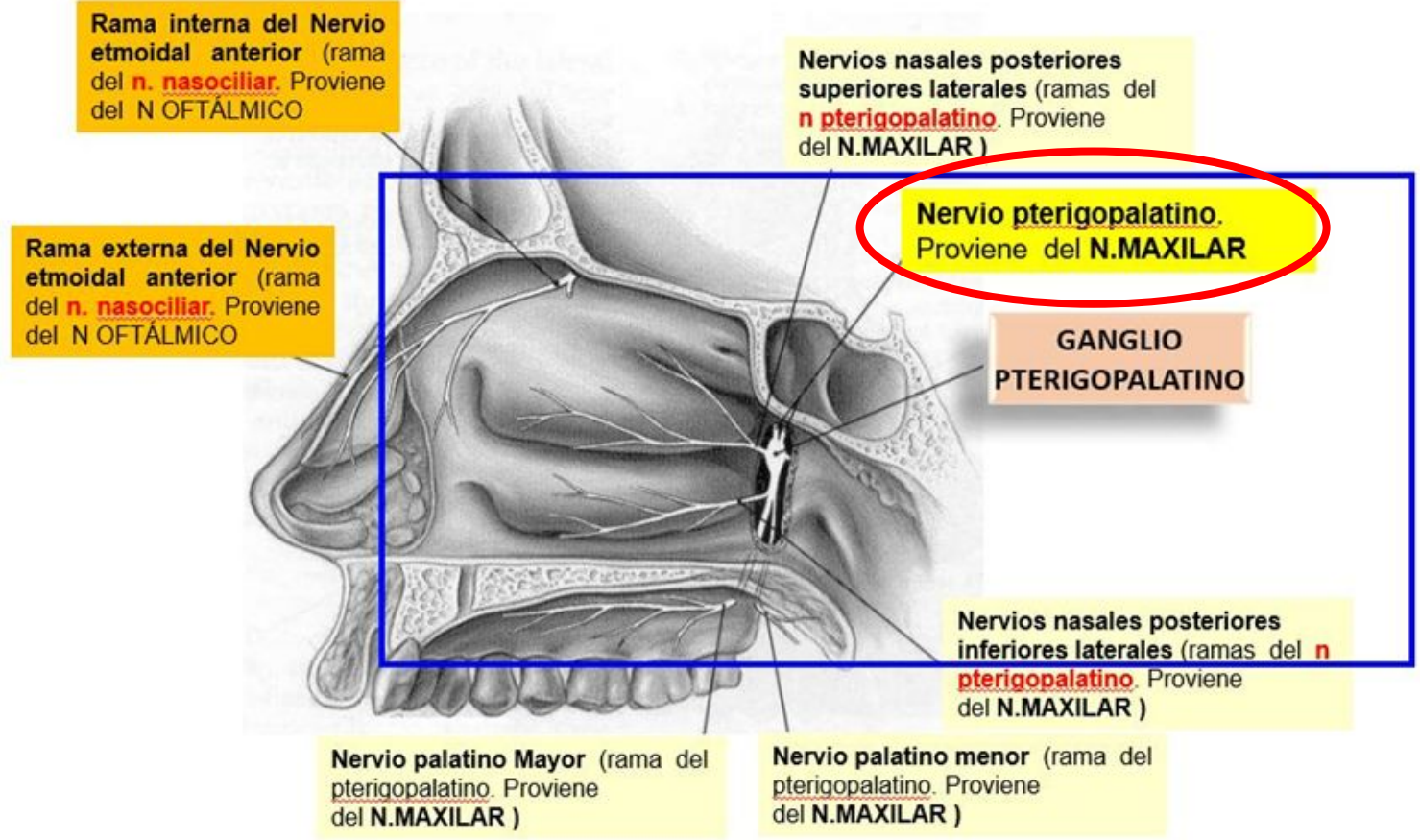
Durante 3 semanas ➡ disminución de hasta un **33%** de la frecuencia de administración de Actiq

Visitas cada 3 semanas ➡ último bloqueo a finales de 2024 ➡ 20 bloqueos hasta la fecha

**GANGLIO ESFENOPALATINO:** sensitivo, parasimpático y simpático  
fosa pterigopalatina detrás del cornete medio de la nariz  
Da origen a:



**GANGLIO ESFENOPALATINO:** parasimpático extracraneal  
fosa pterigopalatina detrás del cornete medio de la nariz  
Da origen a:



### 3. El bloqueo del SPG

2018 ➡ bloqueo del **SPG** izquierdo del nervio glossofaríngeo con lidocaína tópica en gel al 2% - fuera de ficha técnica -

#### MATERIAL y TÉCNICA

##### RESULTADOS:

A la semana del bloqueo: mejoría de dolor ➡ EVA 0

Durante 3 semanas ➡ disminución de hasta un **33%** de la frecuencia de administración de Actiq

Visitas cada 3 semanas ➡ último bloqueo a finales de 2024 ➡ 20 bloqueos hasta la fecha

### 3. El bloqueo del SPG

2018 ➡ bloqueo del **SPG** izquierdo del nervio glossofaríngeo con lidocaína tópica en gel al 2% - fuera de ficha técnica -

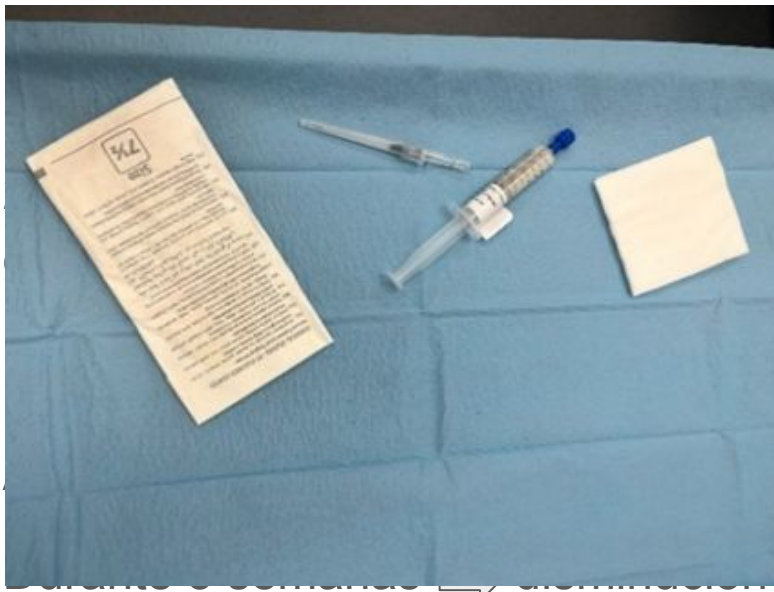
#### MATERIAL y TÉCNICA

#### RESULTADOS:

A la semana del bloqueo: mejoría de dolor ➡ EVA 0

Durante 3 semanas ➡ disminución de hasta un **33%** de la frecuencia de administración de Actiq

Visitas cada 3 semanas ➡ último bloqueo a finales de 2024 ➡ 20 bloqueos hasta la fecha



guantes estériles

jeringa con gel de lidocaína al 2%

na tópica en

Condiciones asepsia

Posición supino con hiperextensión de la cabeza

Inyección por vía intranasal

4 ml de gel en nasofaringe

15 min en posición sin deglución del gel



### 3. El bloqueo del SPG

2018 ⇒ bloqueo del **SPG** izquierdo del nervio glossofaríngeo con lidocaína tópica en gel al 2% - fuera de ficha técnica -

#### MATERIAL y TÉCNICA

#### RESULTADOS:

A la semana del bloqueo: mejoría de dolor ⇒ EVA 0

Durante 3 semanas ⇒ disminución de hasta un **33%** de la frecuencia de administración de Actiq

Visitas cada 3 semanas ⇒ último bloqueo a finales de 2024 ⇒ 20 bloqueos hasta la fecha

### 3. El bloqueo del SPG

2018 ➡ bloqueo del **SPG** izquierdo del nervio glossofaríngeo con lidocaína tópica en gel al 2% - fuera de ficha técnica -

#### CONTRAINDICACIONES:

- Alergia a los medicamentos utilizados
- Alteraciones de la coagulación
  - H<sup>a</sup> de trauma facial
  - Infección
- Rechazo por parte del paciente

#### L y TÉCNICA

por ➡ EVA 0

hasta un **33%** de la frecuencia de

Visitas cada 3 semanas ➡ último bloqueo a finales de 2024 ➡ 20 bloqueos hasta la fecha

### 3. El bloqueo del SPG

2018 ➡ bloqueo del **SPG** izquierdo del nervio glossofaríngeo con lidocaína tópica en gel al 2% - fuera de ficha técnica -

#### CONTRAINDICACIONES

- Alergia a los medicamentos utilizados
- Alteraciones de la coagulación
  - H<sup>a</sup> de trauma facial
  - Infección
- Rechazo por parte del paciente

#### COMPLICACIONES

- Efectos menores adversos a nivel local: epistaxis, anestesia transitoria, hipoestesia (de la raíz de la nariz, faringe y paladar), lagrimeo del ojo ipsilateral
- Efectos adversos graves (infrecuentes): infección en hematoma local o retroorbitario

Visitas cada 3 semanas ➡ último bloqueo a finales de 2024 ➡ 20 bloqueos hasta la fecha

## 4. Conclusiones

1. El bloqueo intranasal del SPG supone una opción analgésica en aquellos pacientes con NT u otras neuralgias faciales atípicas resistentes al tratamiento farmacológico.

## 4. Conclusiones

1. El bloqueo intranasal del SPG supone una opción analgésica en aquellos pacientes con NT u otras neuralgias faciales atípicas resistentes al tratamiento farmacológico.

2. Es un tratamiento de fácil uso, reproducible y con pocos efectos adversos, pero es temporal y requiere de sucesivas visitas para repetir el bloqueo.

## 4. Conclusiones

1. El bloqueo intranasal del SPG supone una opción analgésica en aquellos pacientes con NT u otras neuralgias faciales atípicas resistentes al tratamiento farmacológico.
2. Es un tratamiento de fácil uso, reproducible y con pocos efectos adversos, pero es temporal y requiere de sucesivas visitas para repetir el bloqueo.
3. Este procedimiento presenta potencial para incluirlo en protocolos terapéuticos de NT u otras neuralgias faciales atípicas resistentes al tratamiento.

## 5. Bibliografía

1. G Lambru, J Zakrzewska, M Matharu. Trigeminal neuralgia: a practical guide. Practic Neurol. 2021;21:392-402.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24:126-133.
3. G Cruccu, G Di Stefano, A Truini. Trigeminal Neuralgia. N Engl J Med. 2020;8:383
4. Diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia: Consensus statement from the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group G. Latorrea,\* , N. González-García b , J. García-Ull c , C. González-Oria d , J. Porta-Etessamb,e , F.J. Molina f , A.L. Guerrero-Peral g , R. Belvis h , R. Rodríguez i , A. Bescós j , P. Irimia k , S. Santos-Lasaosa
5. A Nader, MC Kendall, GS De Oliveira Jr, JQ Chen, B Vanderby, JM Rosenow, et al. Ultrasound-Guided Trigeminal Nerve Block via the Pterygopalatine Fossa: An Effective Treatment for Trigeminal Neuralgia and Atypical Facial Pain. Pain Physician 2013;16:E537-E545.
6. Dolopedia. Nervio pterigopalatino o nervio esfenopalatino con sus ramas orbitarias, nasales, posteriores superiores, nasopalatino, palatinos mayor y menor y faríngeo. [Internet]. 15/08/2017. [Citado con fecha 22 de marzo de 2024]. <https://dolopedia.com/articulo/nervio-pterigopalatino-o-nervio-esfenopalatino-con-sus-ramos-orbitarios-nasales-posteriores-superiores-nasopalatino-palatinos-mayor-y-menor-y-faringeo>
7. KWD Ho, R Przkora, S Kuma. Sphenopalatine ganglion: block, radiofrequency ablation and neurostimulation - a systematic review. The Journal of Headache and Pain. 2017;18:118.
8. Tolba R, Weiss AL, Denis DJ. Sphenopalatine Ganglion Block and Radiofrequency Ablation: Technical Notes and Efficacy. Ochsner J. 2019 Spring;19(1):32-37
9. CE Alexander, A Dua. Sphenopalatine Ganglion Block. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; última actualización 2022.