

---

# Complicaciones post neuroablación del ganglio de Gasser: meningitis y síndrome serotoninérgico

Julia Carolina Diaz Herrero, María Cabeza Castro, Laura  
Gonzalez Molina, Carlos Muñoz Burgues, Anna Server Salvà

Unidad del Dolor  
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor  
Hospital Vall d'Hebron

---

---

# Historia clínica

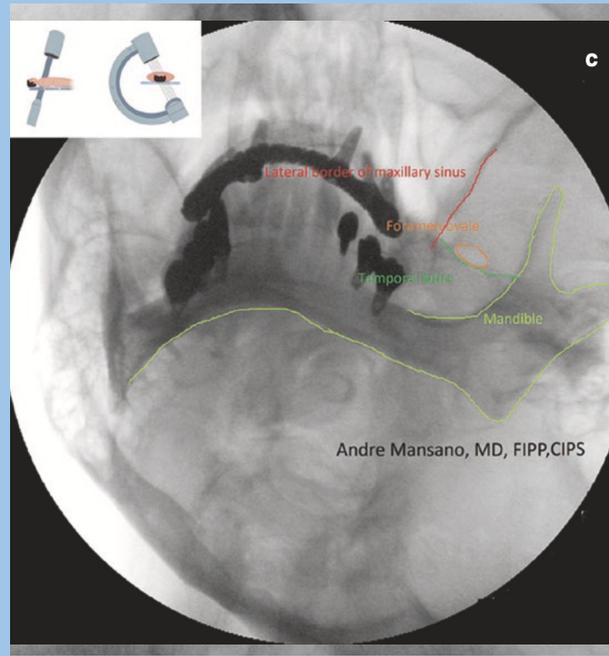
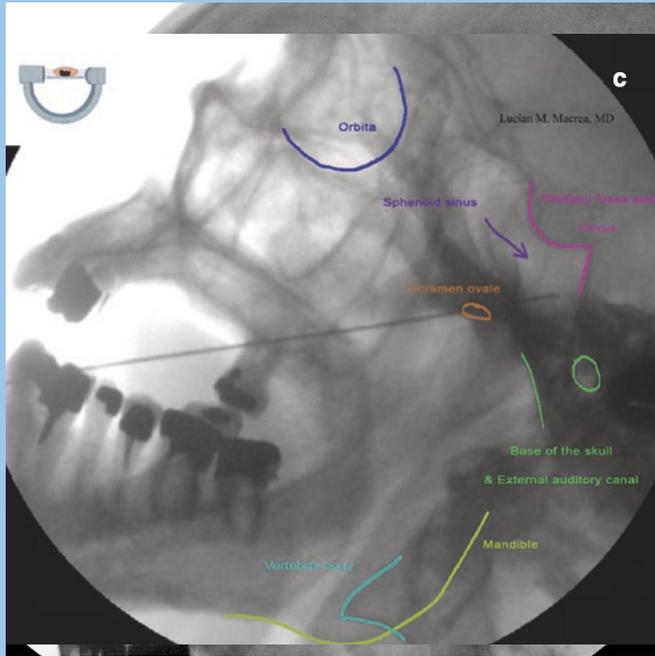
Varón de 71 años de edad con alergia a diclofenaco y antecedentes de hipertensión, dislipemia, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica con debut en el 2001 y rinitis alérgica.

**Neuralgia del trigémino** en hemicara derecha con afectación de V2-V3 de 15 años de evolución en tratamiento con oxcarbamazepina 600mg/8h y gabapentina 300mg/8h.



# Infiltración del ganglio de Gasser

Proyecciones de seguridad durante la intervención



---

# Postoperatorio

Síntomas: vómitos y cefalea holocraneal que se inicia a las 12h post procedimiento y febrícula termometrada de hasta 37.5°C

Exploración: **Ligera bradipsiquia**. Kernig y Brudzinski negativos. Resto de valoración por aparatos y sistemas sin alteraciones destacables.

Pruebas complementarias: analítica general, hemocultivos, TC craneal y **punción lumbar**.

Resultados de la PL:

- Glucosa 64 mg/dL
- Proteínas 350mg/dL
- Eritrocitos 255cel/ $\mu$ L
- **Leucocitos 6400 cel/ $\mu$ L** con un 69% de predominio polimorfonuclear.
- **Aspecto turbio**
- Cultivos negativos
- Ausencia de microorganismos por visión directa.
- Detección de PCR negativa



---

# Ingreso (+48h)

Se decide ingresar al paciente bajo sospecha de **meningitis bacteriana vs aséptica** y se realiza cobertura antibiótica empírica con **meropenem** y **tedizolid**.

Síntomas: **cuadro de desorientación, alucinaciones, temblor distal y rigidez** con evolución a rigidez generalizada y rabdomiolisis.

Pruebas complementarias: TC craneal, **analítica** y nueva punción lumbar con normalización de la celularidad.

**Orientación diagnóstica: síndrome serotoninérgico.**

Se administra fluidoterapia intensiva, **ciproheptadina** y **diazepam**. Se sustituye tedizolid por **ceftarolina**.

Tras 2 semanas de ingreso (incluyendo 5 días a cargo de UCI), el paciente es alta habiéndose recuperado ad integrum.

---

---

# Complicaciones asociadas a la neuroablación

Alteración del reflejo corneal 5,7% - 20%

Debilidad del masetero 4-24%

Parálisis transitorias o permanentes de pares craneales 0,2 - 6,5%

Complicaciones por punción de la arteria carótida 0,2 - 2%

Anestesia dolorosa 0,3-4%

¿Incidencia real de la meningitis? → Complicación rara

- Meningitis aséptica: 0'06% - 0'7%
- Meningitis bacterianas (cocos gram positivos): 0'06%

No existe consenso sobre si se debería de realizar profilaxis antibiótica.

Asegurar la esterilidad del procedimiento y la aguja.

---

# Síndrome Serotoninérgico

Diagnóstico clínico. Importancia del [diagnóstico diferencial](#).

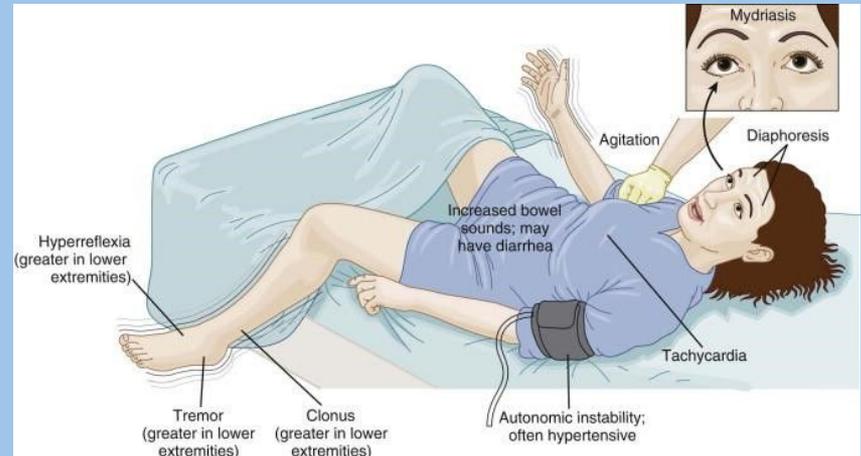
Tratamiento: soporte y monitorización. Benzodiazepinas como sedante. La ciproheptadina es el fármaco de elección por su actividad antagónica sobre los receptores 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2A</sub>.

## Criterios de Hunter

Uso de alguna sustancia con actividad serotoninérgica

Clínica Compatible

- Clonus espontáneos
- Clonus inducibles + agitación / diaforesis
- Clonus oculares + agitación / diaforesis
- Hipertonía + Temperatura >38° + clonus inducibles / clonus oculares
- Temblor + hiperreflexia



---

# Take away messages

1. Agotar alternativas terapéuticas antes de indicar técnicas más agresivas.
  2. Incidir en las complicaciones que conlleven alta morbilidad (e incluso mortalidad) a pesar de que sean poco frecuentes.
  3. Valorar administrar profilaxis antibiótica y extremar precauciones durante el procedimiento para evitar infecciones por contigüidad.
  4. Conocer la entidad del síndrome serotoninérgico ya que requiere un alto índice de sospecha.
-