

# Tormenta de dolor

Fernández-Álvarez B<sup>1</sup>, Rodríguez-Constenla I<sup>2</sup>, Cimas-Hernando I<sup>2</sup>, Pato-Pato A<sup>2</sup>, Lorenzo-González JR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atención Primaria. Área de Vigo

<sup>2</sup>Servicio de Neurología Hospital Povisa de Vigo

Cad Aten Primaria  
Año 2013  
Volume 19  
Páx. 135-135

## INTRODUCCIÓN

Mujer de 36 años de edad, sin AP de interés, que consulta por sensación de calambres en hemicráneo izquierdo de inicio insidioso y dos meses de evolución. Lo define como una corriente eléctrica que suele presentarse en ráfagas de corta duración desencadenándose al girar el cuello hacia la izquierda. Refiere además sensación punzante en oído ipsilateral. No otra sintomatología asociada. A tratamiento con AINES desde el inicio del cuadro no refiere mejoría del dolor.

La exploración física y neurológica fueron normales.

## FORMULACIÓN DE PREGUNTA

¿Cuál sería el diagnóstico?

1. Compresión vertebral
2. Herpes Zoster
3. Inflamación vascular
4. Neuralgia de Arnold
5. Patología psiquiátrica

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DORSALGIA EN VARÓN DE 65 AÑOS

Este paciente presenta un aplastamiento vertebral traumático y además una osteoporosis severa, que predispone a este tipo de fracturas.

El tratamiento debemos basarlo en dos aspectos:

\* Para el aplastamiento vertebral:

- Tratamiento del dolor con analgésicos con o sin opiodes asociados.
- Prevención de caídas.
- Ejercicio físico regular aeróbico.

\* Para la osteoporosis:

- Bifosfonato vía oral; y calcio 1000 mg más Vitamina D a razón de 800UI, ambos diarios.

La osteoporosis es una enfermedad sistémica caracterizada por una resistencia ósea disminuida, debido a una disminución de la masa ósea y a un deterioro de la arquitectura microscópica del tejido óseo, que aumenta la fragilidad del mismo y como consecuencia aumenta la susceptibilidad para fracturas óseas.

Para su diagnóstico definitivo es necesario la medición de la masa ósea mediante DEXA (Dual Energy X-ray Absorciometry); que utiliza puntuaciones T-score, que comparan los resultados del paciente con una población joven sana comparable en raza y sexo.

Cualquier paciente con alteraciones vertebrales en la radiología indicativas de osteoporosis (osteopenia, fracturas vertebrales) ó una cifosis significativa debería hacerse un estudio de osteoporosis, aunque no es necesario esperar a su realización para iniciar tratamiento farmacológico.

Este paciente presenta una T-score entre -3,5 y -4,5 que corresponde a una osteoporosis severa. En este paciente aparte de actuar sobre la reducción de los factores de riesgo que pueda tener, se debe implantar un tratamiento con bifosfonato y calcio asociado a vitamina D en cantidades adecuadas, y la repetición de la medición de la masa ósea por densitometría con un intervalo de más de 23 meses (o más frecuentemente si estuviera justificado); recomendaciones de la FDA para las pruebas de densidad mineral ósea).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dennis L. Kasper, Anthony S. Fauci, Dan L. Longo, Eugene Braunwald, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson: Osteoporosis. Principios de medicina Interna 16ª edición; 2496-2507
2. M.C.Amaya, M.M.Gómez, M.J.Martinez, J.M.Lendinez. Adecuación del tratamiento preventivo de fracturas osteoporóticas en mujeres postmenopausicas. Semergen 2010;36(3):121-127
3. NICE technology appraisal guidance 161. Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene and strontium ranelate for secondary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women.2008.
4. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad. Guía de práctica clínica sobre osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica del SNS: AATRM N°2007/02.

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO TORMENTA DE DOLOR

### DIAGNÓSTICO

Neuralgia occipital o neuralgia de Arnold.

### EXPLICACIÓN FINAL

Entendemos por neuralgia aquel dolor referido en el territorio de distribución de un nervio siendo el criterio más importante para su diagnóstico el espacial, la localización del dolor<sup>1</sup>.

La Neuralgia de Arnold es un síndrome doloroso en la zona de recorrido de los nervios occipitales mayor, menor y tercer nervio occipital.

El dolor puede desencadenarse con la presión en el punto de Arnold (punto de salida de C2), la extensión del cuello o la rotación hacia el lado doloroso.

Su etiología primaria es rara. La teoría sugiere un proceso inflamatorio del nervio occipital mayor o menor, debido a la contracción muscular crónica, provocando isquemia neural. Más comúnmente la neuralgia occipital se desarrolla posterior a un latigazo cervical o a una contusión occipital existiendo también otras causas de neuralgia occipital menos frecuentes (Tabla 1).

**TABLA 1.** Causas de Neuralgia Occipital

Trauma (post latigazo cervical)  
Contusión occipital  
Compresión vertebral  
Post craneotomía occipital  
Herpes Zoster  
Gota  
Diabetes  
Inflamación vascular

Su prevalencia es mayor en mujeres en la quinta década de la vida y su síntoma guía es el dolor occipital que parte de la unión cévico-occipital e irradia hacia el vertex en forma continua o paroxística. Unilateral y de carácter punzante, con frecuencia se extiende más allá de la zona inervada por el nervio afectado, refiriéndose a la zona retroauricular, temporal, parietal, frontal y retro-ocular.

En el caso que presentamos se trata de una mujer que consulta por calambres en hemicráneo izquierdo que define como una corriente eléctrica que suele venir en ráfagas de corta duración desencadenándose también al pasar su mano por dicha región. Refiere además sensación punzante en oído ipsilateral.

Su diagnóstico es clínico, aunque puede ser complicado por la similitud con otros tipos de algias occipitales y la posibilidad de subyacer causas secundarias que impliquen un estudio y tratamiento específico. La international headache society (IHS) en su clasificación de las cefaleas y algias craneofaciales del 2004 establece los criterios diagnósticos que se utilizan en la actualidad (tabla 2)<sup>2</sup>.

**TABLA 2.** Criterios diagnósticos de la IHS 2004

- A. Dolores punzantes paroxísticos con o sin persistencia del dolor entre paroxismos, en la distribución de los nervios occipitales mayor, menor y/o tercer nervio occipital.
- B. Sensibilidad sobre nervio afectado
- C. Alivio del dolor temporalmente por bloqueo anestésico del nervio.

Existe la impresión de que la mayoría de los casos catalogados como neuralgia occipital son en verdad síndromes de dolor occipital referidos desde estructuras cervicales o tejidos distintos del nervio occipital mayor o menor. De este modo, debemos recordar los principales diagnósticos diferenciales a considerar en este tipo de neuralgia (tabla 3).

**TABLA 3.** Neuralgia occipital: Diagnóstico diferencial

1. Cefalea tensional
2. Migraña "cervicogénica"
3. Cefalea del tercer nervio occipital
- 4.-Neuralgia de C2
- 5.-Sd. cuello-lengua
- 6.-Trastornos de la unión craneocervical
- 7.-Espondilosis cervical y hernia discal

Por tanto, aunque el diagnóstico de esta patología es clínico, dentro del manejo de un paciente con dolor neuropático occipital es aconsejable remitir a atención especializada para la realización de algún método de imagen (TAC ó RMN) que descarte causa secundaria del dolor.

En nuestro caso se derivó a la paciente a neurología con diagnóstico de probable Neuralgia de Arnold. Se realizó RMN cráneo-cervical para descartar causas sintomáticas, sin evidenciarse alteraciones significativas.

El tratamiento de la neuralgia occipital inicialmente es médico. Si el dolor es lancinante y paroxístico, se suelen usar antineurálgicos como Gabapentina 300-3600 mg/día o Carbamazepina 400-1200 mg/día en dosis crecientes. Indometacina si el dolor es sordo y continuo y, en casos con mala respuesta a AINES, se puede usar amitriptilina en dosis bajas (20-50 mg).

Existen otros fármacos no antiepilépticos que eventualmente pueden asociarse si un fármaco falla, aunque no hay datos basados en la evidencia que sustenten el uso y la recomendación de estas combinaciones. Entre los fármacos no antiepilépticos usados: amitriptilina, baclofeno, tizanidina, pimocine, tocinida...<sup>3</sup>.

En nuestro caso, se decidió comenzar tratamiento médico con amitriptilina con buena mejoría clínica de la paciente.

No obstante, los mejores resultados se obtienen con el bloqueo del nervio afectado aunque no existen estudios prospectivos randomizados que evalúen la efectividad del bloqueo neural. En casos rebeldes a tratamiento se ha planteado la neurolisis o neurectomía, con resultados cuestionables dada la frecuente aparición de anestesia dolorosa. Otra técnica es la liberación quirúrgica del nervio occipital mayor del atrapamiento que se produce en el músculo trapecio, consiguiendo eliminación del dolor en un 75% de los casos por varios meses. No obstante, la recurrencia también es común, sugiriendo un origen anatómicamente más profundo del dolor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Caminero A, Mateos V. Aproximación clínica a las neuralgias craneales. Rev. Neurol 2009; 48 (07):365-373
2. Headache Classification Committee. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24:1-160.
3. Biondi D. Neck pain and cervicogenic headache: mechanisms, evaluation and treatment strategies. AAN 2000;5:15-25
4. Afridi S. Greater occipital nerve injection in primary headache syndromes. Pain 2006;122:126-129.
5. Anthony M. Cervicogenic headache: prevalence and response to local steroid therapy. Clin Exp Rheumatol 2000; 18:59-64.