

Farmacopuntura como terapia intervencionista en paciente con neuralgia del glossofaríngeo

Pharmacopuncture as Interventional Therapy in A Patient with Glossopharyngeal Neuralgia

Ramón Hernández Sarduy^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6921-6158>

Yanay Álvarez Aquino² <https://orcid.org/0000-0002-3177-7686>

Eusebio Rojas Santos³ <https://orcid.org/0000-0002-2074-1784>

Didiana Llamosa García¹ <https://orcid.org/0000-0001-5427-6772>

¹ Policlínico Comunitario Área Norte. Placetas, Villa Clara, Cuba.

² Hospital General Docente Daniel Codorníu Pruna. Placetas, Villa Clara, Cuba.

³ Centro Comunitario de Salud Mental. Placetas, Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ramonfis@infomed.sld.cu

RESUMEN

La *neuralgia del glossofaríngeo* es una enfermedad bastante rara que consiste en la aparición paroxística de dolor en la base de la lengua, región amigdalina o faringe posterior, que puede irradiarse al oído; y causa gran sufrimiento al paciente. Se presenta, con el objetivo de describir la evolución de la neuralgia del glossofaríngeo tras el uso de farmacopuntura para el tratamiento del dolor, un paciente masculino de 74 años de edad, que fue atendido en la sala de rehabilitación integral de Placetas; entre mayo y junio de 2022, al que la farmacopuntura se le realizó en los puntos Hegu y Waiguan. Este tratamiento consistió en la aplicación semanal de 0,25 mL de betametasona en cada punto, por tres semanas consecutivas y que resultó ser efectivo al desaparecer el dolor, por lo que se recomienda como terapéutica intervencionista efectiva para el control de este tipo de dolor.

Palabras clave: neuralgia del glossofaríngeo; farmacopuntura, rehabilitación neurológica.

ABSTRACT

Glossopharyngeal neuralgia is a fairly rare disease that consists of the paroxysmal appearance of pain at the base of the tongue, tonsillar region or posterior pharynx, which can radiate to the ear, causing great suffering to the patient. In order of describing the evolution of glossopharyngeal neuralgia after the use of pharmacopuncture for the treatment of pain, the case of a 74-year-old male patient, is reported. He was treated in the comprehensive rehabilitation room of Placetas, from May to June 2022, for which pharmacopuncture was performed at Hegu and Waiguan points. This treatment consisted of weekly usage of 0.25 mL of betamethasone at each point, for three consecutive weeks, which turned out to be effective in disappearing the pain, hence it is recommended as an effective interventional therapy for the control of this type of pain.

Keywords: glossopharyngeal neuralgia; pharmacopuncture, neurological rehabilitation.

Recibido: 30/06/2023

Aceptado: 05/10/2023

Introducción

La *neuralgia del glossofaríngeo (NGF) o síndrome de Wilfred-Harris* es una enfermedad bastante rara que se caracteriza por dolor en la distribución sensorial del noveno par craneal, también conocido como nervio glossofaríngeo.

Según la clasificación ICHD-III (International Classification of Headache Disease-III),⁽¹⁾ la NGF es un trastorno caracterizado por un breve dolor unilateral episódico, de carácter agudo y punzante, con inicio y cese abruptos en el ángulo de la mandíbula, la oreja, la fosa amigdalina y la base de la lengua y que de afectar el área sensitiva del noveno par craneal puede también afectar las ramas sensitivas faríngea y auricular del nervio vago.

El dolor suele desencadenarse al toser, hablar y tragar, con un patrón de recaídas y remisiones por lo que se incluye en la clasificación internacional de enfermedades (CIE) como ICD-10-CM-G52.1.⁽²⁾

Al tener el área de la cabeza una buena inervación sensorial, debido a la superposición de la inervación visceral y somática, los síndromes de dolor que en ella se manifiestan tienen algunas características específicas que no se encuentran en otras áreas del cuerpo.

La mayor parte de la región orofacial está inervada por el nervio trigémino, cuyas fibras forman anastomosis con las fibras de otros nervios de la zona, y hace que los síndromes dolorosos en esa área anatómica suelen compartir apariencia clínica similar,⁽³⁾ por lo que el diagnóstico y el tratamiento pueden ser difíciles.

Las condiciones dolorosas en la zona de inervación del nervio glosofaríngeo no son comunes, pero sí significativas por su especificidad anatómica y funcional, así como por el gran sufrimiento que causan a sus afectados.

La neuralgia vago glosofaríngea puede acompañarse de asistolia, convulsiones, o síncope, que deben ser considerados tanto durante el proceso de tratamiento como en el diagnóstico diferencial.⁽⁴⁾

El nervio glosofaríngeo contiene fibras motoras, sensoriales y parasimpáticas. Sus fibras motoras inervan el paladar blando y la musculatura faríngea y se originan en el núcleo del bulbo raquídeo, donde comparten origen con las de los nervios vago y accesorio.

Las fibras somatosensoriales conducen impulsos desde la orofaringe, el tercio posterior de la lengua, el paladar blando, la epiglotis, la trompa de Eustaquio, el oído medio y la mastoides y conducen la sensación gustativa desde el tercio posterior de la lengua. Las fibras motoras inervan el músculo estilofaríngeo y las fibras parasimpáticas secretomotoras la glándula parótida; además de inervar al músculo estilofaríngeo con fibras motoras y a la glándula parótida con fibras parasimpáticas secretomotoras.⁽⁴⁾

Algunas neuronas transmiten impulsos aferentes, desde quimiorreceptores y barorreceptores ubicados alrededor de la bifurcación de la arteria carótida común (glosofaríngeo) y en el arco aórtico y sus ramas (vago) de manera central y, por tanto, participan en la actividad respiratoria y circulatoria refleja.

La NGF es un trastorno poco frecuente (alrededor de 0,8 por 100 000 habitantes), que se manifiesta con mayor frecuencia como dolor paroxístico en la zona de inervación del glossofaríngeo y el nervio vago.⁽¹⁾ Trastorno que fue descrito por primera vez en el año 1910 por Wisen burg, sin embargo, fue Harris, en 1921, el primer médico en etiquetar estos síntomas como neuralgia del glossofaríngeo.^(2,5)

Este síndrome es muy parecido en muchos aspectos a la neuralgia trigeminal, con la diferencia de que el dolor lancinante, urente o terebrante está localizado en la raíz de la lengua y la garganta y es cien veces menos frecuente que la neuralgia trigeminal.⁽⁶⁾

El dolor orofacial se puede clasificar según las estructuras anatómicas afectadas o por su mecanismo fisiopatológico. Su primera clasificación integral se realizó en el año 2020.⁽⁷⁾

Al tener en cuenta su mecanismo fisiopatológico, debe hacerse la distinción entre dolor nociceptivo, neuropático, nociplásico, mixto, odontogéno o no odontogéno, localizado o referido, agudo o crónico, episódico (paroxístico) o continuo y distinguir estas categorías es importante debido a sus diferentes enfoques terapéuticos.

El dolor orofacial no odontogénico neuropático crónico es uno de los mayores desafíos terapéuticos y diagnósticos en esta área anatómica, donde la enfermedad clínica típica y más común es la neuralgia del trigémino, mientras que la NGF es menos común, pero estos dos trastornos pueden coexistir.^(3,7)

Las causas más frecuentes de la NGF son: idiopática (la más frecuente), aneurismas de arteria vertebral, aracnoiditis, elongación de apófisis estiloides, arteria hipoglosa persistente, trauma, petrositis, y abscesos tonsilares.⁽⁶⁾

Debido a la complejidad de los componentes biopsicosociales del dolor, el tratamiento suele tener una eficacia limitada, a pesar de que para ello se dispone de métodos no invasivos (farmacológicos, psicológicos y complementarios) e invasivos (bloqueo del nervio y quirúrgicos).^(3,6)

En el tratamiento farmacológico de la NGF se utilizan los mismos fármacos que se emplean en la neuralgia del nervio trigémino como, la carbamazepina, fenitoína, gabapentina, pregabalina, baclofeno y amitriptilina, entre otros.

En ocasiones el dolor se torna resistente y refractario al tratamiento, y obliga al bloqueo del nervio glossofaríngeo, lo que tiene un valor terapéutico y diagnóstico importante para distinguir la causa de la afección dolorosa o incluso procedimientos

quirúrgicos más invasivos como la descompresión microvascular del nervio, con respuesta favorable en gran parte de los pacientes tratados por este método.^(3,6)

En el tratamiento sintomático del dolor neuropático crónico, el uso de la acupuntura es beneficioso en un gran número de pacientes, al aliviar la intensidad del dolor y reducir la frecuencia de ataques dolorosos.^(3,8,9)

Se decide realizar terapia intervencionista por un equipo interdisciplinario a un paciente con NGF, al haber fallado su tratamiento multiterapéutico, y motiva describir su evolución después de la aplicación de la farmacopuntura, con el objetivo de reducir la intensidad o controlar el dolor.

Presentación del caso

Se presenta un paciente masculino de 74 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial. Comenzó con dolor en hemicara izquierda en enero de 2021. Acudió al consultorio donde se le indicó analgésicos y antiinflamatorios. No hubo mejoría y fue referido a la clínica estomatológica donde se le realizó una exodoncia de la arcada inferior homolateral al dolor y se le orientó antibioticoterapia por siete días y continuar con analgésicos, después de lo que hubo una remisión de los síntomas por 6 meses.

El dolor facial reapareció con más intensidad y de tipo urente, con un rango de frecuencia que oscilaba entre de 2 a 3 al día y episodios de 8 a 10 seg con intensidad subjetiva de 5/10 según la escala visual analógica (EVA).⁽¹⁰⁾

El estomatólogo tratante lo interconsultó con el maxilofacial, interpretándose como neuralgia del trigémino. El tratamiento de elección fue la carbamazepina (tabletas de 200 mg), que en un inicio tomó 100 mg cada 12 h.

Al no existir control del dolor, en cada reconsulta fue aumentándose la dosis de carbamazepina, hasta que el especialista decidió hacer bloqueos al nervio trigémino. En total fueron cuatro bloqueos con un intervalo de tres semanas cada uno y el agente neurolítico usado fue el alcohol etílico, que dejó como secuela parestesias de la zona mandibular izquierda y alrededor del oído.

Estuvo asintomático 4 meses, (agosto - diciembre del año 2021), en que ante una gran exposición de calor desencadena un dolor de episodios breves lancinante,

unilateral, y que afecta la región mandibular izquierda y las encías, que dura segundos.

Acude a la reconsulta del maxilofacial, el cual aumenta las dosis de carbamazepina hasta llegar a 1600 mg diarios.

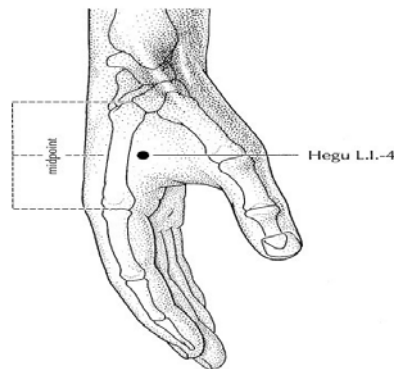
A finales de marzo de 2022 hace una reacción adversa al medicamento manifiesta con desorientación, ataxia, rigidez, lenguaje tropeloso y diplopía, que motiva su remisión al hospital provincial universitario Arnaldo Milián Castro de Santa Clara y su ingreso en la sala de medicina.

Al interrogatorio refirió presentar dolor de oído y en el mastoides que se irradia a la mandíbula en hemicara izquierda y se desencadena al masticar y al tragar; constatándose durante su examen físico alodinia en tercio posterior de hemilengua y hemifauce izquierda.

Se solicitó como métodos complementarios de estudios: radiografía de tórax y de cráneo simple, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear para detectar tumores, anomalías vasculares, apófisis estiloides más larga, entre otras posibles causas que explicaran su cuadro clínico. Todos los informes resultaron negativos e hizo llegar a la conclusión de que se trataba de una NGF primaria o idiopática.

Egresó a los 25 días de estadía hospitalaria con gabapentina (tabletas de 300 mg) 1 tableta cada 8 h, cosedal (tabletas de 30 mg), amitriptilina (tabletas de 25 mg) media tableta cada 8 h y tramadol (tabletas de 50 mg) 1 tableta cada 12 h y sugerencia de siembra de catgut, que tras el egreso se le hicieron tres, pero el dolor seguía con categoría de moderado a paroxístico.

Por lo que se decidió aplicar una modalidad terapéutica de la medicina tradicional china, la farmacopuntura, que consiste en inyección de medicamentos en los puntos de acupuntura.^(8,9,11) y para lo cual se usó betametasona en ampula de 4 mg/1 cc, colocándose 0,25 ml por punto de acupuntura y donde fueron usados cuatro puntos, dos en cada miembro superior: intestino grueso-4 (Hegu) y San Jiao-5 (Waiguan) (fig. 1, 2, 3), con una frecuencia semanal por tres semanas consecutivas.



Fuente: Climent Barbera JM, Pastor Saura G. Lesiones y atrapamientos de los nervios periféricos: dolor neuropático. Editor Enfoque Editorial S.C., 2017 [acceso 20/12/2023] Disponible en:

https://books.google.com/cu/books/about/Lesiones_y_atrapamientos_de_los_nervios.html?id=iQgZzgEACAAJ&redir_esc=y

Fig. 1 - Localización anatómica del punto Hegu (IG4), cuarto de los puntos pertenecientes al meridiano de Intestino Grueso.



Fuente: Climent Barbera JM, Pastor Saura G. Lesiones y atrapamientos de los nervios periféricos: dolor neuropático. Editor Enfoque Editorial S.C., 2017 [acceso 20/12/2023] Disponible en:

https://books.google.com/cu/books/about/Lesiones_y_atrapamientos_de_los_nervios.html?id=iQgZzgEACAAJ&redir_esc=y

Fig. 2 - Localización anatómica del punto Waiguan (SJ5), quinto de los puntos pertenecientes al meridiano de San Jiao.



Fig. 3 - Aplicación de Farmacopuntura en el punto Waiguan (SJ5).

Para evaluar la intensidad del dolor y la efectividad de la terapia, se utilizó la escala visual analógica (EVA),⁽¹⁰⁾ por ser la más utilizada para medir el dolor y que de manera habitual se representa como una línea horizontal de 100 mm con anclajes en ambos extremos, que van desde ausencia de dolor, hasta el peor dolor imaginable. Se le pidió al paciente que realizara una marca en la línea para indicar la intensidad del dolor y el evaluador transforma la marca realizada por el paciente en una puntuación que va de 0 a 10.

En función de la puntuación obtenida se habla de dolor:

- Leve $\leq 4/10$.
- Moderado $> 4-7/10$.
- Intenso $> 7/10$.

Después de la primera sesión, el paciente mejoró, pasó de 9 a 5/10 según la EVA. Tras la segunda aplicación el dolor desapareció y después de un año del tratamiento se mantiene asintomático.

Discusión

La NGF es una enfermedad poco frecuente, difícil de diagnosticar y de tratar, de mayor presentación en hombres por encima de los 50 años, siendo el lado izquierdo de la cara el más afectado. El dolor bilateral es posible y, según algunos estudios,^(4,5,12) ocurre en alrededor del 12 % de los pacientes. *Shah y Padalia*⁽²⁾ encontraron igual incidencia para en ambos sexos y aumento de sus tasas generales con la edad tanto en hombres como en mujeres.

El dolor es breve, de carácter agudo y punzante, similar a una descarga eléctrica, que inicia y termina de forma abrupta, además de aparecer en un solo lado sobre la distribución del nervio glossofaríngeo (ángulo de la mandíbula, oído, fosa amigdalina y base de la lengua), por lo que suele desencadenarse al toser, bostezar, estornudar, masticar, deglutir o tragar. Afecta la calidad de vida del paciente, al alterar su patrón de sueño y volverse este muy ansioso y puede asociarse a una desnutrición al dejar este de alimentarse porque su dolor se desencadena al masticar y tragar.^(2,3,5,12)

La NGF está incluida en el portal de información de enfermedades raras y medicamentos huérfanos (ORPHA:221078),⁽¹³⁾ y se clasifica como un síndrome de disfunción hiperactiva combinada de los nervios craneales definida como una neuropatía periférica poco frecuente caracterizada por síntomas, que resultan de la hiperactividad combinada de los nervios craneales, sin ninguna lesión estructural que lo explique.

Los síntomas pueden ser uni- o bilaterales y pueden presentarse de forma sincrónica,^(12,13) por lo que puede encontrarse en su forma simple o en una forma combinada junto a neuropatías del quinto, séptimo, octavo o décimo par craneal.⁽¹²⁾ *Cutri*⁽¹⁴⁾ y *Segura*⁽¹²⁾ refieren que, a menudo se diagnostica de forma errónea como neuralgia del trigémino.

El diagnóstico de la NGF es clínico, por lo que es necesario una revisión de la historia clínica y un buen examen físico del paciente para un diagnóstico certero, en el cual se deben descartar otras enfermedades como la neuralgia del trigémino, ya que ambas comparten características de dolor similares, en especial lo que corresponde a la rama mandibular del trigémino. Además, ambas son neuralgias craneales, con fisiopatología y manejo médico similar, que, en algunos casos raros, pueden coexistir.⁽¹²⁾

Según la medicina tradicional china, esta dolencia se debe a la invasión del viento y el calor externo, al estancamiento de la energía y la sangre, la obstrucción de los canales y colaterales o a la deficiencia del yin e hiperfunción del yang y al ascenso del viento-fuego.^(8,9,11)

El IG-4 es el punto más analgésico y el que más saca calor del cuerpo. El TR-5 tiene efectos beneficiosos sobre la cabeza y los oídos. Desde el punto de vista tradicional, al aplicar esos puntos, se logra que fluya la energía y sangre que estaba estancada.^(8,9,11)

En la farmacopuntura o inyección de medicamentos en los puntos de acupuntura se usan analgésicos, antiinflamatorios, vitaminas, antibióticos, entre otros^(8,9,11,15) por lo que se debe observar si el paciente tiene reacciones de hipersensibilidad al fármaco. Las principales ventajas de la farmacopuntura sobre la acupuntura tradicional, son la rapidez de su efecto, la facilidad para ajustar la dosis sumado al efecto sinérgico adicional de la acupuntura.⁽¹⁴⁾

Con la farmacopuntura se logra un triple efecto: mecánico de la aguja, químico local y sistémico del medicamento.⁽¹¹⁾

Por lo que se puede concluir que la farmacopuntura fue efectiva, al poderse constatar alivio del dolor desde la primera sesión y que un año después de concluida la terapia el paciente se mantiene asintomático, lo que permite recomendar su aplicación para el control del dolor y mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Referencias bibliográficas

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211. DOI: [10.1177/0333102417738202](https://doi.org/10.1177/0333102417738202)
2. Shah RJ, Padalia D. Glossopharyngeal Neuralgia. In: *Stat Pearls* Treasure Island (FL): Estados Unidos, Treasure Island: Stat Pearls Publishing; 2023 [acceso 20/10/2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/books/31082085/>.
3. Bičanić I, Hladnik A, Džaja D, Petanjek Z. The Anatomy of Orofacial innervation. Acta Clin Croat. 2019 [acceso 12/09/2023];58(Suppl 1):35-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6813484/>

4. Šklebar D, Vučemilo L, Šklebar T. Glossopharyngeal nerve as a source of orofacial pain - diagnostic and therapeutic challenges. *Acta Clin Croat.* 2022 [acceso 14/08/2023];61(Suppl 2):90-5. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9942470/>
5. Maya Entenza CM. *Neurología clínica fundamental.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019: vol. 1 Cap 9: Exploración de alteraciones de los nervios craneales. [acceso 14/06/2023];208-88. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/neurologia_clinica_fundamental_tomoi/neurologia_clinica_fund_cap09.pdf
6. Martínez Suárez JE. Cap 14. Síndromes dolorosos de cabeza, cuello y hombro. En: Yera Nadal JL. *Temas de Medicina del Dolor.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [acceso: 25/06/2023]. p 9-101. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/temas_medicina_dolor/cap_14.pdf
7. International Classification of Orofacial Pain. 1st edition (ICOP) Cephalalgia. 2020;40(2):129–221. International Headache Society 2020. DOI:
[10.1177/0333102419893823](https://doi.org/10.1177/0333102419893823)
8. Álvarez Díaz TA, Tosar Pérez MA, Echemendia Sáliz C. Modalidades terapéuticas: acupuntura, moxibustión y ventosas. En: *Medicina Tradicional China. Acupuntura, moxibustión y medicina herbolaria.* 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [acceso 10/06/2023] p. 91-101. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/medicina_tradicional_china/cap03.pdf
9. Tosar Pérez MA, Álvarez Díaz TA. Cap 97. Medicina natural y tradicional en el primer nivel de atención. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera GV, García Núñez RD, Barcos Pina I, Báster Moro JC. *Medicina General Integral; 4 ed. T1. Vol 3. Salud y Medicina.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022 [acceso 10/06/2023] p. 243-85. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_vol3_4taed/mgi_tomoi_vol3_4taed_capitulo97.pdf
10. Vidal Fuentes J, de Andrés Ares J, Gálvez Mateos R, Goicoechea García C, Margarit Ferri C, Montero Matamala A. *et al.* *Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, evaluación y tratamiento.* Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2016.

11. Conghuo T. 101 enfermedades tratadas con acupuntura y moxibustión. Beijing: Ediciones Lenguas Extranjeras; 2003.
12. Segura O. Neurología Segura [Blog]. Morelia, Michoacán: Mauro Segura. Jun 2023 [acceso 25/06/2023]. Disponible en: <https://neurologiasegura.net/neuralgia-del-glosofaringeo/>
13. Enfermedades raras y medicamentos huérfanos París: Orphanet [acceso 23/11/2023]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=221078
14. Cutri RM, Shakya D, Shibata SB. Neuralgia and Atypical Facial, Ear, and Head Pain. Otolaryngol Clin North Am. 2022. DOI: [10.1016/j.otc.2022.02.006](https://doi.org/10.1016/j.otc.2022.02.006)
15. Jeong JH, Hwang JH. Pharmacopuncture for nerve entrapment syndrome: A protocol for systematic review. Medicine (Baltimore). 2022. DOI: [10.1097/MD.00000000000031458](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031458)

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.