



NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



CARTAS AL EDITOR

Neuralgia del nervio laríngeo superior: a propósito de un caso de difícil control[☆]



Refractory neuralgia of the superior laryngeal nerve: A case study

Sr. Editor:

La neuralgia del nervio laríngeo superior es una entidad poco frecuente, descrita por primera vez en 1900 por Avellis¹. Se caracteriza por la presencia de un dolor severo en la parte lateral de la garganta, región submaxilar y/o debajo del oído.

Anatómicamente, el nervio laríngeo superior surge del nervio vago, y desciende junto con las arterias carótidas hacia la laringe. En un punto variable de su trayecto se divide en una rama externa y una rama interna². La rama externa del nervio laríngeo superior es esencialmente motora, mientras que la rama interna proporciona inervación sensitiva. Penetra a través de la membrana tirohioidea, dando inervación a la base de la lengua, la epiglotis y la mucosa de la laringe³.

Presentamos el caso de un paciente con una neuralgia idiopática del nervio laríngeo superior en el que el control sintomático fue especialmente difícil.

Varón de 61 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a la consulta de cefaleas como consecuencia de un dolor presente desde 6 meses antes. Consistía en paroxismos de un dolor de carácter lancinante e intensidad severa (9 sobre 10 en la escala analógica verbal [EAV] siendo 0: ausencia de dolor y 10: el peor dolor imaginable), iniciados en región lateral derecha del cuello irradiándose a zona submandibular y por debajo del oído ipsilateral. Los episodios dolorosos duraban entre 30 s y 1 min, y se desencadenaban al tragar y forzar el tono de voz. En la exploración neurológica se apreció la provocación del dolor descrito a la palpación en la membrana tirohioidea derecha. La evaluación por parte de otorrinolaringología y las pruebas de

imagen (resonancia magnética craneal y tomografía computarizada cervical) no revelaron alteración alguna.

Se inició tratamiento farmacológico con carbamacepina, tolerándose una dosis de 500 mg/día sin conseguir respuesta. La introducción posterior de lamotrigina (100 mg/día) y pregabalina (150 mg/día), no dio lugar a mejoría adicional. Finalmente, la utilización de lacosamida a una dosis de 150 mg/día consiguió un control casi completo del dolor.

Las causas de la neuralgia del nervio laríngeo superior podemos dividir las en 2 grupos, por un lado las centrales, y por otro, las de origen periférico. Cuando el dolor empeora al tragar se considera más en relación con las causas centrales. Las periféricas pueden incluir la cicatriz por una cirugía de la arteria carótida⁴, la desviación del hueso hioides⁵, la amigdalectomía⁶, el divertículo faríngeo lateral⁷ o un traumatismo⁸; ninguno de estos hallazgos o antecedentes se recogieron en nuestro paciente.

Para llegar al diagnóstico de neuralgia del nervio laríngeo superior según los criterios de la II edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC-2) (código 13.4)⁹, se requiere la respuesta al bloqueo anestésico local. Sin embargo, nosotros reservamos este procedimiento debido a su complejidad técnica y el requerimiento de grandes cantidades de medicación; otros autores reservan el bloqueo anestésico para casos refractarios al tratamiento médico; además, las altas dosis de anestésico local requeridas pueden dar lugar a degeneración walleriana con daño en la célula de Schwann y distrofia axonal¹⁰. Pese a no recogerse la respuesta al bloqueo anestésico, las características clínicas y la identificación de la zona gatillo en la membrana tirohioidea sustenta el diagnóstico en nuestro paciente.

El diagnóstico diferencial de la neuralgia del nervio laríngeo superior incluye la consideración de enfermedad estructural subyacente como procesos inflamatorios y/o neoplásicos de la laringe¹¹, descartados por el examen otorrinolaringológico en nuestro caso. Las neuralgias de otros nervios periféricos difieren de este en la localización del dolor y la distribución de la zona gatillo. La carotidinia puede imitar al dolor de la neuralgia del nervio laríngeo superior, al tratarse de un dolor palpitante en el triángulo cervical anterior que puede acompañarse de cefalea de características migrañosas¹². La palpación sobre la bifurcación carotídea reproduce el dolor y es una maniobra diagnóstica de ayuda para distinguir ambas entidades.

La neuralgia del nervio laríngeo superior es una enfermedad infrecuente que requiere de un tratamiento precoz;

[☆] Presentado parcialmente como póster en el LXV Congreso de la Sociedad Española de Neurología, Barcelona, noviembre 2013.

su identificación y manejo tempranos puede evitar procedimientos innecesarios¹³. El control del dolor neuropático es en ocasiones difícil; dentro de los fármacos antiepilépticos, también llamados neuromoduladores, la lacosamida presenta un mecanismo de acción novedoso basado en la inactivación lenta de los canales de sodio dependientes de voltaje, sin afectar a los canales de inactivación rápida; esto, sumado a su alta biodisponibilidad oral, baja unión a proteínas plasmáticas y menores interacciones farmacológicas¹⁴, lo convierte en una opción a tener en cuenta en el manejo de neuralgias¹⁵. En nuestro paciente su introducción resultó decisiva.

En resumen, ante un dolor cervical paroxístico, en la zona lateral del cuello, oído ipsilateral, generalmente unilateral, debemos tener presente la neuralgia del nervio laríngeo superior; la lacosamida puede ser una opción a considerar en casos refractarios, antes de plantearse técnicas más invasivas como el bloqueo anestésico.

Bibliografía

1. Avellis G. Typische forms von Kehlkopfneuralgie. *Munch Med Wochenschr.* 1900;47:1592–4.
2. Berlin DD, Lahey FH. Dissections of the recurrent and superior laryngeal nerves. The relation of the recurrent to the inferior thyroid artery and the relation of the superior to abductor paralysis. *Surg Gynecol Obst.* 1929;49:102–4.
3. Durham CF, Harrison TS. The surgical anatomy of the superior laryngeal nerve. *Surg Gynecol Obst.* 1964;118:38–44.
4. O'Neill BP, Aronson AE, Pearson BW, Nauss LA. Superior laryngeal neuralgia: Carotidynia or just another pain in the neck? *Headache.* 1982;22:6–9.
5. Kodama S, Oribe K, Suzuki M. Superior laryngeal neuralgia associated with deviation of the hyoid bone. *Auris Nasus Larynx.* 2008;35:429–31.
6. Bruyn GW. Superior laryngeal neuralgia. *Cephalalgia.* 1983;3:235–40.
7. Bagatzounis A, Geyer G. Lateral pharyngeal diverticulum as a cause of superior laryngeal nerve neuralgia. *Laryngorhinootologie.* 1994;73:219–21.
8. Baxter WF. Post-traumatic superior laryngeal neuralgia. *Calif Med.* 1958;88:235–9.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia.* 2004;24(Suppl 1):S1–152.
10. Baugh RF, Baugh A, Bunge F. Superior laryngeal nerve syndrome and the evaluation of anterior neck pain. *Am J Otolaryngol.* 2012;33:481–3.
11. Takahashi Sato K, Suzuki M, Izuha A, Hayashi S, Isosu T, Murakawa M. Two cases of idiopathic superior laryngeal neuralgia treated by superior laryngeal nerve block with a high concentration of lidocaine. *J Clin Anesth.* 2007;19:237–8.
12. Roseman DM. Carotidynia. A distinct syndrome. *Arch Otolaryngol.* 1967;85:81–4.
13. Schmidt D, Strutz I. Superior laryngeal neuralgia. *J Neurol.* 1981;225:223–5.
14. McCleane G. Lacosamide for pain. *Expert Opin Investig Drugs.* 2010;19:1129–34.
15. Bermejo PE, Alba-Alcantara L. Eficacia de la lacosamida en el tratamiento del dolor neuropático. *Rev Neurol.* 2013;56:188–90.

C. Rodríguez-Martín, C. de la Cruz Rodríguez,
M. Ruiz Piñero y Á.L. Guerrero Peral*

Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gueneurol@gmail.com
(Á.L. Guerrero Peral).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.08.006>

Mielinólisis pontina y extrapontina secundaria a fluctuaciones en la glucemia



Pontine and extrapontine myelinolysis secondary to glycemic fluctuation

Sr. Editor:

La mielinólisis central pontina es un síndrome de desmielinización osmótica que en la mayoría de casos se produce tras una rápida corrección de la hiponatremia¹. Existen una serie de situaciones que se asocian a un mayor riesgo, como el alcoholismo, la malnutrición, el uso prolongado de diuréticos y el trasplante hepático². Se ha planteado su posible asociación con otros desencadenantes además de la hiponatremia, como la hipernatremia y, en menor medida, la hipopotasemia, el magnesio y el tratamiento con litio³. Presentamos el caso de una paciente que desarrolló una mielinólisis central pontina y extrapontina tras fluctuaciones de la glucemia.

Se trata de una mujer de 84 años que es encontrada en su domicilio con bajo nivel de consciencia e hipoglucemia de 60 mg/dl. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 con mal control terapéutico (hemoglobina glucosilada de 11,5% 6 meses antes). Había acudido a urgencias 2 días antes por sensación de mareo y náuseas. En ese momento se observó una hiperglucemia no cetósica de 600 mg/dl, y se incrementó la dosis habitual de insulina. La paciente vivía sola y era independiente, aunque en los últimos meses presentaba cierto abandono personal, menor cuidado de la higiene y no cumplía adecuadamente el tratamiento prescrito. Durante los primeros días del ingreso la paciente mejora del nivel de consciencia, y en la exploración neurológica realizada tras 3 días de ingreso, y sin alteraciones metabólicas, la paciente se mantiene alerta, pero no muestra prácticamente iniciativa ni actividad voluntaria. Se observa un reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral. La exploración de los pares craneales y el sistema sensitivo son normales. El lenguaje emitido, aunque muy escaso, es normal sin transformaciones afásicas y con una adecuada comprensión verbal. El cuadro es por lo tanto compatible con un estado