

Neuralgia occipital y su manejo en Atención Primaria



Occipital neuralgia and its management in Primary Care

Varón de 80 años, hiperlipémico y con hipotiroidismo post-tiroidectomía por nódulo tiroideo que resultó benigno. Intervenido de esófago de Barret en 2009. Tratamiento habitual: levotiroxina 100 µg y simvastatina 20 mg al día.

Presenta cefalea opresiva, holocraneal, de moderada intensidad, con una frecuencia casi diaria y de años de evolución. Su neurólogo le diagnosticó de cefalea tensional y le pautó tratamiento con AINE para los brotes más agudos, así como preventivo con antidepressivos tricíclicos (amitriptilina y nortriptilina) sin resultar efectivo por lo que se añadió tratamiento con fluoxetina sin respuesta.

Para aliviar el dolor, suele hacer uso de paracetamol o metamizol dado que tras su problema digestivo, se le restringieron los AINE.

Acudió a nuestra consulta de atención primaria por paroxismos de dolor tipo «quemazón» en la región occipitoparietal izquierda desde hacía una semana sin responder al tratamiento analgésico de primer escalón.

A la exploración presenta intensa contractura cervical. El resto de la exploración incluida la neurológica fue rigurosamente normal.

Ante esta situación le recomendamos continuar con paracetamol, y pautamos tratamiento con relajante muscular (diazepam 5 mg al día). Lo citamos en una semana para su seguimiento y nos comenta que continúa igual. A la exploración presentaba una ligera mejoría de la contractura muscular y una reproducción del dolor al palpar a nivel occipital en la salida del nervio occipital izquierdo (punto de Arnold), por lo que decidimos infiltración en dicho punto gatillo con lidocaína al 2% y 40 mg de triamcinolona acetónido.

Tras un año de seguimiento después de la infiltración, no ha vuelto a presentar ningún otro episodio de estas características ni efecto adverso tras la técnica.

Discusión

La neuralgia occipital o cefalea de Arnold es una enfermedad frecuente debida a la afectación del nervio occipital mayor o nervio de Arnold en cualquier zona de su extensión, siendo la más afectada la que abarca su paso a través del trapecio. Nace en las raíces C2, recibiendo fibras de C3 generando, estas últimas, ramos posteriores y anteriores; los anteriores contribuyen a la formación del plexo cervical y los posteriores a las fibras nerviosas que generarán el nervio de Arnold. Se forma así un nervio que se dirige posterocraneal, pasando a través del músculo trapecio, haciéndose superficial al atravesarlo para llegar al plano subcutáneo en el punto de Arnold, situado a 2 cm, laterocaudal, de la protuberancia occipital externa, donde se encuentra medial a la arteria occipital, la cual es su principal referencia anatómica¹.

La inflamación del nervio suele ser secundaria, por compromiso del mismo, siendo rara una causa primaria. La principal etiología descrita es la inflamatoria secundaria a contractura muscular aguda o crónica, siendo esta última

la más frecuente en los músculos trapecio y esternocleidomastoideo ya que provoca isquemia neural, dándose un círculo vicioso de espasmo y dolor.

Otras causas descritas son traumatismos craneales y esguinces cervicales, tumores que comprimen el nervio como los neurinomas, espondilouncoartrosis cervical, malformaciones o inestabilidad de la unión atlanto-axoidea, posturas de hiperextensión cervical, neuralgia posherpética, vasculitis, gota, diabetes mellitus, infecciones o esclerosis múltiple².

La clínica consiste en un dolor neuropático, lancinante tipo quemazón, puede ser sordo y permanente, llegando a asociar parestesias y disestesias. Se presenta, a veces, un dolor agudo y repentino, pudiéndose irradiar desde la región occipital hacia la parietal, frontal, temporal e incluso facial. Empeora o se reproduce con la palpación del punto de Arnold o presión occipital a nivel de la salida de los nervios, la flexión o extensión cervical e incluso la fricción producida entre los dedos y el cuero cabelludo puede producir disestesias. La duración del episodio puede ser desde horas hasta días.

El diagnóstico requiere que se cumplan los criterios de la International Headache Society (IHS-III)^{3,4}:

- A. Dolor unilateral o bilateral que cumple los criterios B-E.
- B. El dolor se localiza en la distribución de los nervios occipitales mayor, menor y tercero.
- C. El dolor presenta 2 de las siguientes 3 características:
 1. Ataques paroxísticos recurrentes de entre varios segundos hasta minutos de duración.
 2. Intensidad grave.
 3. Dolor lancinante, punzante o agudo.
- D. El dolor está asociado a ambas características:
 1. Disestesia y/o alodinia aparente durante la estimulación inocua del cuero cabelludo o el cabello.
 2. Uno o ambos de los siguientes:
 - a) Dolor a la palpación en las ramas del nervio o nervios afectados.
 - b) Puntos gatillo en la aparición del nervio occipital mayor o en el área de distribución del C2.
- E. El dolor se alivia temporalmente con bloqueo anestésico local del nervio o nervios afectos.
- F. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

En los criterios de la IHS no se recoge la necesidad de realizar estudio de imagen.

No obstante, algunos autores recomiendan hacerlo si presenta factores precipitantes asociados como un trauma previo, algún dato en la anamnesis que nos hiciese pensar en causa secundaria o la falta de respuesta al tratamiento.

Para el tratamiento de este tipo de cefalea se puede usar medicación oral como son los AINE y los fármacos comúnmente utilizados para el dolor neuropático (pregabalina, gabapentina, carbamacepina y amitriptilina).

Estos fármacos necesitan ser usados durante tiempos prolongados, lo que conlleva efectos secundarios frecuentes (gastritis, úlceras gastrointestinales, HTA, vértigos, somnolencia, inestabilidad, ...), abuso de medicación, importantes gastos para el sistema sanitario y para el paciente.

Por todo esto, se aconseja el uso de la terapia con infiltración anestésica⁵⁻⁸ del nervio a nivel subcutáneo, que puede realizarse en la consulta del centro de salud por ser una técnica sencilla con eficacia demostrada que no requiere ambiente estéril, apenas tiene efectos adversos y si se producen son de poca entidad (mareos y síntomas vasovagales a corto plazo por la punción de la arteria occipital y a largo plazo puede aparecer alopecia, atrofia cutánea e hipopigmentación en la zona de punción⁹).

Además, la infiltración es uno de los criterios requeridos por la IHS para el diagnóstico de esta enfermedad.

Para la infiltración de la zona debemos tumbarnos al paciente en decúbito prono, identificar el punto de Arnold o sitio que genera más dolor, localizar la arteria occipital por fuera del nervio para evitar su punción, limpiar la zona de la inyección con solución iodada u otro antiséptico y proceder a la infiltración.

Utilizaremos lidocaína al 2%, mepivacaína o bupivacaína 2 ml junto a 1 ml de glucocorticoide como puede ser triamcinolona, dexametasona 4 mg o betametasona 4-6 mg. Se inyecta una solución total de hasta 3 cc. Se punciona en el sitio de más dolor en dirección a la protuberancia occipital externa y al contacto con el hueso se instila 1 ml de la solución. Se retira parcialmente y se redirige hacia el centro instilando otro mililitro y luego se retira la aguja angulándose hacia fuera donde se instila el resto. Posteriormente, realizaremos un masaje de la zona para que la solución se difunda de forma adecuada y se realizará una cura de la zona. Es aconsejable dejar al paciente durante unos 10 min en la consulta, posteriormente al proceso, ante la posibilidad de alergias no conocidas o reacción vasovagal tras el procedimiento¹⁰.

En general, la mejoría se produce en minutos y va mejorando poco a poco. Esta mejoría puede durar desde días hasta meses o ser definitiva. No obstante, a veces son necesarias infiltraciones repetidas.

Se han descrito otras alternativas para el dolor refractario al tratamiento explicado anteriormente como son: estimulación eléctrica invasiva del nervio, inyección de toxina botulínica, bloqueo del nervio guiado por ultrasonido o cirugía entre otras.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Latarjet M, Ruiz A. Anatomía Humana, 1. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1991. p. 385-6.
2. Cesmebasi A, Muhleman MA, Hulsberg P, Gielecki J, Matusz P, Tubbs RS, et al. Occipital neuralgia: Anatomic considerations. *Clin Anat.* 2015;28:101-8.
3. Headache Classification Committee. The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition; 2013.
4. Belvis R, Mas N, Roig C. Novedades en la reciente clasificación internacional de las cefaleas: clasificación ICHD-III beta. *Rev Neurol.* 2015;60:81-9.
5. Gaye GA. Neuralgia occipital. Tratamiento con infiltración anestésica. *Neurol Arg.* 2013;5:34-6.
6. Dougherty C. Occipital neuralgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18:411.
7. Vanelderden P, Lataster A, Levy R, Mekhail N, van Kleef M, van Zundert J. Occipital neuralgia. *Pain Pract.* 2010;10:137-44.
8. Anthony M. Cervicogenic headache: Prevalence and response to local steroid therapy. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18 Suppl. 19:S59-64.
9. Shields K, Levy M, Goadsby P. Alopecia and cutaneous atrophy following greater occipital nerve injection. *Neurology.* 2004;63:2193-4.
10. Urbina H, Medina Y. Bloqueo del nervio periférico. *Guías de procedimientos en reumatología.* 2012:97-102.

M.C. Amodeo Arahall^{a,*}, M. Poyato Borrego^b,
M. Molero del Río^a, M. Rodríguez Rodríguez^a
y P. Mesa Rodríguez^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Porvenir, Distrito de Atención Primaria de Sevilla, Área hospitalaria Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Juncal, Distrito de Atención Primaria de Sevilla, Área hospitalaria Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcristina.amodeo@gmail.com
(M.C. Amodeo Arahall).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semern.2016.04.010>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.