

## CEFALEA POR HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIA A MALFORMACIÓN VASCULAR TRATADA CON BLOQUEO GANGLIO ESFENOPALATINO

C. Sánchez Martín, C. Sifre Julio, J.M. Andreu López.

Servicio de Anestesiología-Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Doctor Peset



### INTRODUCCIÓN

El ganglio esfenopalatino (GSP), una red neural localizada en la fosa pterigopalatina, es accesible a través de la mucosa nasal. Su proximidad a estructuras nerviosas como rama V2 trigeminal, nervio facial y fibras autonómicas, le confiere un interés especial en el tratamiento del dolor facial y cervical.

Dispositivos como Tx360 permiten un acceso poco cruento, sencillo y rápido.

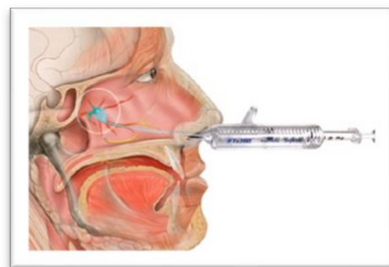
Existen publicaciones que relacionan el bloqueo GSP con el tratamiento en la cefalea secundaria a punción dural. En este caso clínico, presentamos una cefalea hipotensiva de causa anatómica.

### MOTIVO DE CONSULTA.

Mujer 63 años derivada desde Neurología por cefalea opresiva de 5 años de evolución que mejora parcialmente en supino y dolor facial derecho.

### ANTECEDENTES PERSONALES:

- Intolerancia a antiinflamatorios y opioides.
- Hipertensión arterial.
- Neoplasia de colon, libre de enfermedad.



✓ 6 infiltraciones durante 1 mes en junio/2024.

✓ 6 infiltraciones durante 1 mes en diciembre/2024.

### CUADRO CLÍNICO DE DOLOR:

Se identifican 3 tipos de dolor:

- **Cefalea punzante hemicraneal derecha** con frecuencia variable (2-3 episodios al mes).
- **Cervicalgia constante** y **cefalea postural**.
- **Neuralgia del trigémino derecho** ocasional.

Además, acúfenos y mareos.

Exploración física: **diplopía** monocular derecha, resto sin alteraciones.

Tratamiento : pregabalina y paracetamol.

Pruebas de imagen:

- Mielo-TAC: **Malformación vascular venosa craneofacial derecha**, sin demostrar mediante esta técnica fistula de LCR.
- RM cerebral-órbitas: dilataciones varicosas en la hemicara derecha con afectación de la musculatura masticadora y pterigoidea, pared lateral de órbita, ápex orbitario derecho y tejido celular subcutáneo parieto-temporal derecho con comunicación epicraneal a vena de drenaje cerebral superficial.

Tratamiento UDO:

Desestimada intervención por neurocirugía.

Se propone bloqueo transmucoso de GSP. Se realizaron dos tandas:

Se utilizó la misma medicación, 0,5 ml lidocaína 2% + 0,1 ml dexametasona= 0,6 ml, 0,3 ml en cada narina.

Durante la primera tanda, disminuyó el EVA hasta 1 y el número de crisis diarias. La mejoría duró una semana; reconoce que realizó actividades como agacharse y comenzó nuevamente con crisis diarias.

Durante la segunda tanda, el EVA fue 4.

En Cuestionario de impacto afectivo CIA-7R: 51 puntos. Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): “la paciente refiere que el tratamiento hizo que las cosas mejorasen”.

### CONCLUSIÓN:

La cefalea hipotensiva es una entidad que limita la calidad de vida de los pacientes. Dado que el **bloqueo GSP es una técnica con riesgo bajo**, puede resultar interesante como **tratamiento complementario** tanto en cefalea hipotensiva como en la migraña o cefalea clúster.