

MÁS ALLÁ DEL ROSTRO: DESCUBRIENDO LA CLAVE EN EL MACIZO FACIAL

Bermejo Marín, Ara(1) Fons Barroso, Laura(2) Robledo Algarra, Ruth (1) Izquierdo Aguirre, Rosa María (1) Castel González, Beatriz (1) Canós Verdecho , M^a Ángeles (1) Argente Navarro, Pilar (1)

1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València; 2) Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN

El **bloqueo transnasal del ganglio esfenopalatino** es un procedimiento **sencillo y poco invasivo** que puede ser efectivo en cefaleas y en dolor facial. Esta técnica produce un efecto analgésico secundario al bloqueo anestésico y mediante mecanismos de **neuromodulación y desensibilización**.

El ganglio esfenopalatino es un ganglio impar y medio que se encuentra en la profundidad del macizo facial, posterior al cornete medio. Contiene fibras del sistema simpático y parasimpático y recibe aferencias múltiples, entre ellas de los nervios trigémino y facial (imagen 1), aunque no tiene una función puramente sensitiva.

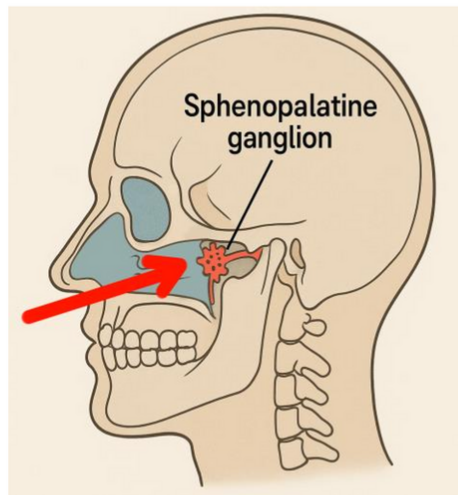


Imagen 1. Localización y dirección de entrada de la infiltración

Consiste en la instilación intranasal de una dilución de 0.3 cc de lidocaína y dexametasona en ambas fosas nasales con un aplicador (catéter o algodón) (imagen 1).

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 52 años, sin antecedentes patológicos relevantes. Remitido a la Unidad del Dolor por **dolor hemifacial y cervical derecho** secundario a **herida facial por caída accidental** complicada secundariamente con **celulitis cervicofacial extensa por *S. pyogenes* 10 meses antes**.

CUADRO CLÍNICO

Dolor **tipo quemazón** y de carácter **opresivo** que localiza en hemicara derecha, retroocular, cervical y región pectoral superior ipsilaterales. Se trata de un dolor constante, aunque presenta varias **crisis de dolor agudo diario tipo descarga eléctrica**. Asocia leve disestesia al tacto en territorio del V1 y V2. El EVA basal inicial es de 6 y el máximo de 8.

Se ajusta **medicación neuromoduladora** (PGB, ESL y tapentadol) y se propone como primera medida intervencionista la infiltración subcutánea del territorio doloroso con 95 U de **incobotulinumtoxina A** distribuidas bilateralmente en región frontal, supraorbitaria, auricular anterior, arco cigomático y mandibular; y en platisma y región pectoral derechas. Ante la ausencia de mejoría, se realiza **bloqueo de los nervios supraorbitario, infraorbitario y supratroclear derechos** con anestésico local y dexametasona, sin suficiente respuesta.

Finalmente se propuso el **bloqueo transnasal del ganglio esfenopalatino** por su **potencial efecto sobre el núcleo trigémino-cervical**. Se realizaron 8 sesiones a días alternos con una solución lidocaína y dexametasona, observándose una mejoría progresiva del dolor, con EVA basal de 4 y de 7 durante las crisis, y una reducción del área dolorosa (imagen 2) que persiste 3 meses después.



Imagen 2. Área dolorosa inicial en amarillo; en rojo el área dolorosa tras el tratamiento

CONCLUSIONES

El bloqueo del ganglio esfenopalatino por vía transnasal ha resultado ser una **alternativa terapéutica sencilla, inocua y efectiva** en el **dolor facial neuropático de causa atípica** que no ha respondido a otras opciones terapéuticas. Suele emplearse de forma conjunta con otras técnicas analgésicas.