fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Neuralgia del glosofaringeo secundaria a liquen lingual

Polo Fernández, Noelia[1], Gorosabel Rebolleda, Jesús[1], Brañuelas Quiroga, Juan[1], Ruiz Morales, Mª Angeles[1], San Vicente Domingo, Juan Ignacio[1].

1 Médico de Familia. Centro de Salud Lagasca, Madrid. España.

Contacto: Dra. Noelia Polo Fernández. noelia.polo@salud.madrid.org

Citar como: Polo Fernández. N; Gorosabel Rebolleda, J; Brañuelas Quiroga, J; Ruiz Morales, Mª A; San Vicente Domingo, JI. Neuralgia del glosofaríngeo secundaria a liquen lingual. fml. 2017; 21(8)4p

Recibido el 21/09/2016
Aceptado el 15/03/2017
Publicado el 10/05/2017

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 93 años con dolor crónico de características neuropáticas en oído y garganta, asociado con cefalea y calambres recurrentes. Refiere además alteración en el gusto y en la voz, hasta le cuesta hablar y tragar en ocasiones. Los síntomas se reagudizan con brotes de liquen plano en lengua. La exploración ORL y neurológica es normal.
La clínica mejora parcialmente con pregabalina, pero cuando surge un nuevo brote de liquen en lengua y se inicia tratamiento con prednisona la paciente queda totalmente asintomática, reapareciendo la clínica al suspender dicho tratamiento.
El hecho de que los síntomas se reagudizan con nuevo brote de lesión oral, que los corticoides hagan que la clínica desaparezca y que el dolor, de características neuropáticas, no se calme con analgesia habitual y sí con pregabalina, hace plantearse la posibilidad de neuralgia del glosofaríngeo.

Palabras *MESH:* Nervio glosofaríngeo; Liquen plano; Neuralgia

Introducción

La neuralgia del glosofaríngeo es una entidad infrecuente. Se presenta con una frecuencia aproximadamente 100 veces menor que la neuralgia trigeminal, aunque ambas pueden asociarse hasta en un 10% de los casos[1].

Suele afectar en las 2/3 partes al sexo femenino, siendo la edad de presentación más frecuente alrededor de los 50 años, aunque otros autores refieren un rango más amplio entre los 40- 80 años con un pico incidental a los 70 años. El lado más frecuentemente afectado es el izquierdo en una relación 3:2 sobre el derecho[1].

La neuralgia del glosofaríngeo se manifiesta clínicamente como una sensación dolorosa paroxística, desencadenada típicamente por la masticación, el bostezo, el estornudo y la deglución. Los episodios pueden ocurrir muchas veces al día y despiertan a la persona que está dormida. El dolor se localiza frecuentemente en el tercio posterior de la lengua y la faringe y se irradia hacia la garganta y otras estructuras profundas[1]. Se caracteriza por una sensación lancinante o urente experimentada en la cavidad oral o en el conducto auditivo externo.

Descripción del caso clínico

Mujer de 93 años de edad con antecedentes de HTA bien controlada con enalapril/hidroclorotiazida, marcapasos por bloqueo A-V de segundo grado. Episodio hace 2 años de liquen plano lingual documentado en su historia y que cedió con prednisona oral y síndrome disestésico en miembros inferiores secundario a polineuropatía no filiada que trata con pregabalina 75mg/12h.

Desde hace años realiza innumerables consultas a MAP por dolor crónico con picos de intensidad a lo largo del tiempo de características neuropáticas en el oído izquierdo y la garganta. Asocia sensación de embotamiento de la cabeza con disminución subjetiva de la audición, que explica como oír con eco, y que se acompaña de cefalea mal definida sobre todo dolor a nivel retroauricular derecho en ángulo mandibular que describe como pinchazos o calambres recurrentes y continuos que impiden incluso el sueño nocturno junto con sensación de mareo mal definido continuo que no cede con paracetamol ni metamizol ni con ibuprofeno. Se nota alteración en la voz dice que no es suya y hasta le

Artículo de acceso libre bajo licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

cuesta hablar y tragar en ocasiones porque ello desencadena crisis de dolor intenso y se echa la mano al cuello mientras lo explica. Refiere alteración en el gusto que manifiesta como que todo le sabe mal. Todo ello produce gran angustia y tristeza lo que le lleva a expresar deseo de muerte, aunque niega elaboración suicida.

La exploración de boca, faringe y oídos es normal, así como la neurológica en la que destaca únicamente marcha senil, sin signos extrapiramidales, aunque con inseguridad en reflejos posturales giros y Romberg +/-.

La clínica mejora con pregabalina, sobre todo los calambres, pero persiste dolor continuo de menos intensidad, en oído y garganta, la alteración subjetiva de mala audición y la sensación de mareo.

Cuando surge nuevo brote de liquen en lengua y al reiniciar el tratamiento con prednisona, la paciente queda totalmente asintomática, reapareciendo la clínica de nuevo al suspender dicho tratamiento.

En repetidas ocasiones la paciente ha sido valorada por otorrino que descarta patología importante, salvo la recomendación de audífonos que no usa pues no se adapta y no nota que le mejoren.

Varias valoraciones por neurología que incluyen TAC: signos involutivos atróficos seniles acordes con la edad y signos de vasculopatía de pequeño vaso con infartos lacunares; con diagnóstico de cefalea tensional con contractura y limitación de los movimientos en probable relación con cervicoartrosis.

Sin embargo, el hecho de que los síntomas se reagudizan con nuevo brote de lesión oral, que los corticoides hagan que la clínica desaparezca y que el dolor, de características neuropáticas, no se calme con analgesia habitual y sí con pregabalina; hace plantearse posibilidad de neuralgia del glosofaríngeo.

Discusión

El IX par craneal también conocido como Glosofaríngeo (N. glossopharyngeus) es un nervio mixto, sensitivo-sensorial (sensibilidad gustativa), motor (faringe y velo del paladar) y vegetativo. Se distribuye en la región de la lengua (gloso) y de la faringe adyacente. Es el nervio del tercer arco branquial. En su actividad motora contribuye a la deglución. En su actividad sensitiva, el nervio asegura la sensibilidad de la faringe, de la amígdala palatina y de la lengua entre otros[2]. Con respecto a su actividad sensorial, transmite las sensaciones gustativas nacidas de las papilas posteriores de la lengua, situadas detrás de la V lingual[2].

El trastorno se clasifica en dos grupos basados en el sitio de origen del dolor. De este modo pueden describirse una **forma timpánica** en donde el dolor se inicia en el oído y se irradia hacia la garganta y una segunda forma conocida como **orofaríngea** en la cual el dolor se inicia en la garganta y se irradia hacia el oído[1,2].

A pesar del sitio de origen del dolor los pacientes clásicamente describen un dolor paroxístico, lancinante, en algunos casos raros asociados a bradicardia, síncope y asistolia por afectación concomitante de ramas del nervio vago[1,2].

Los diagnósticos diferenciales más habituales incluyen la neuralgia trigeminal (NT) con afección de la tercera rama, la cefalea acuminada y la neuralgia del nervio laríngeo superior.

En la neuralgia del glosofaríngeo (NGF) las crisis de dolor duran todo el día mientras que en la NT suelen durar de 10 a 30 min, existe zona en gatillo en la forma típica. La forma atípica de NT si es más difícil de diferenciar, ya que el dolor suele ser continuo, sin punto gatillo, con paroxismos del dolor de 3-4 horas, puede afectar a incluso a los tres dermatomas del NT y el examen neurológico es normal[3]; aunque la localización del dolor en la garganta y zona posterior de la lengua orienta hacia la NGF. El nervio trigémino inerva *maxilar superior* (es sensitiva, inerva párpado inferior, labio superior, mejilla, nariz, nasofaringe y techo de la boca) y *maxilar inferior* (es mixta, inerva la porción posterior de la región temporal, parte del pabellón de la oreja, conducto auditivo externo, mejilla, labio inferior, mentón, suelo de la boca, dos tercios anteriores de la boca y mucosa de la mejilla).

Se cree que la irritación de este nervio (IX par) es la causa de la neuralgia glosofaríngea. En la mayoría de los casos nunca se descubre el origen de la irritación, siendo la causa idiopática la más frecuente; no obstante, los tumores o las infecciones de la garganta y la boca, la comprensión del nervio glosofaríngeo por parte de los vasos sanguíneos circundantes, y otras lesiones en la base del cráneo como pueden ser aneurismas de arteria vertebral, aracnoiditis, elongación de apófisis estiloides, arteria hipoglosa persistente, trauma, petrositis y abscesos tonsilares; son causa algunas veces este tipo de dolor[2].

No está recogido en la literatura consultada en PubMed el liquen plano de la lengua como causa de la neuralgia del glosofaríngeo. Sin embargo, hay datos además de la relación clínica que existe que al curar el brote de liquen mejora la clínica de la paciente, que hacen suponer dicha relación causal. Así la comparativa de la evidencia de que el liquen escleroatrófico es causa de dolor neuropático vulvar[4]. El hecho de que con corticoides orales la clínica en nuestro caso remita, habla a favor de que la inflamación por sí misma sea causa de lesión del nervio; ya sea por su efecto masa que produce compresión, así como por la irritación axonal y el depósito de amiloide que la propia reacción inflamatoria produce[5].

El liquen plano oral es una enfermedad crónica inflamatoria de la mucosa histológicamente caracterizada por una banda bien definida de linfocitos como inflamación subepitelial. Se diferencian 6 tipos, el reticular y el erosivo son los más comunes siendo éste último el más doloroso[6]. Aunque se ha demostrado en el seguimiento de las enfermedades cutáneas crónicas como en el liquen plano que la inervación cutánea o la sensibilización periférica está aumentada, la información acerca de la correlación entre la inflamación neurogénica y la nocicepción asociada con la mucosa oral es limitada[6].

En algunos estudios llevados a cabo en casos de liquen simple crónico a través de medición de la sensibilidad distal y la latencia motora de los nervios concluyen que el liquen es causa de neuropatía relacionada con el prurito y las disestesias que producen dichas lesiones a distintos niveles[7].

El tratamiento que se plantea es similar al usado en la neuralgia del trigémino. El dolor neuropático es resistente a los analgésicos habituales. La mayoría de los pacientes presentan una gran mejoría del dolor y mejora de la calidad de vida con el uso de anticonvulsivantes[8]. La carbamazepina (200-1200 mg/d) es efectiva (nivel A de recomendación) y la oxcarbazepina (600-1800 mg/d) (nivel B) para control de los síntomas en la neuralgia del trigémino. Otros agentes en segunda línea son gabapentina y con menos experiencia lamotrigina aunque ésta tiene menos estudios y su eficacia es limitada en dolor severo[9,10]. Sin embargo, quedan aún muchos pacientes que no responden al tratamiento o que sufren efectos adversos intolerables. Serán susceptibles de valoración de tratamientos quirúrgicos. La eficacia de tratamientos no farmacológicos o quirúrgicos como la estimulación eléctrica transcutánea o la terapia conductual no está clara[8].

Finalmente, la paciente sufre depresión, asociada al cuadro de dolor crónico y agravada por la sensación de incomprensión por todos los médicos que le han valorado. Antidepresivos del tipo duloxetina o venlafaxina estarían también recomendados para el tratamiento del dolor neuropático además de los ya mencionados[11]. La asociación duloxetina-pregabalina mejoró la eficacia analgésica de ambos fármacos, consiguiendo con dosis menores un alivio mayor del dolor en un porcentaje mayor de pacientes, con relación a otros estudios debido en parte a su acción sobre las citoquinas[12].

Conclusiones:

Hay que destacar, una vez más, la importancia de la historia clínica para relacionar el brote de liquen plano con la reagudización de la clínica (cefalea, alteración de la voz, gusto, dolor de garganta) de la paciente, ya que se puede interpretar como dos procesos independientes.

La neuralgia del glosofaríngeo es una entidad infrecuente, suele afectar predominantemente al sexo femenino, siendo la edad de presentación más frecuente alrededor de los 50 años.

Se caracteriza por una sensación lancinante o urente en la cavidad oral (frecuentemente en el tercio posterior de la lengua y la faringe y se irradia hacia la garganta y otras estructuras profundas) o en el conducto auditivo externo, paroxística,

desencadenada típicamente por la masticación, el bostezo, el estornudo y la deglución.

El tratamiento es la carbamazepina (200-1200 mg/d), efectiva (nivel A de recomendación). El dolor neuropático es resistente a los analgésicos habituales.

Bibliografía

1. Rinaldi M, Mezzano E, Berra M, Pares H, Olocco R, Papalini F. Neuralgia del glosofaríngeo, presentación de dos casos. Rev Argent Neurocir. septiembre de 2009;23(3):0-0.

2. González JM, González MC, Jiménez J, Espinoza M, Ortiz MJ, Hernández R. Neuralgia del glosofaríngeo y examen neurológico-Revisión bibliográfica. Acta Odontológica Venezolana (2010); 48(1): 143-148.

3. Leclercq D, Thiebaut J-B, Héran F. Trigeminal neuralgia. Diagn Interv Imaging. octubre de 2013;94(10):993-1001.

4. Berger MB, Damico NJ, Haefner HK. Responses to the McGill Pain Questionnaire predict neuropathic pain medication use in women in with vulvar lichen sclerosus. J Low Genit Tract Dis. abril de 2015;19(2):135-9.

5. Love S, Coakham HB. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis. Brain J Neurol. diciembre de 2001;124(Pt 12):2347-60.

6. Chattipakorn S, Ittichaicharoen J, Rangdaeng S, Chattipakorn N. Changes in peripheral innervation and nociception in reticular type and erosive type of oral lichen planus. Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res. octubre de 2011;22(5):678-83.

7. Cohen AD, Andrews ID, Medvedovsky E, Peleg R, Vardy DA. Similarities between neuropathic pruritus sites and lichen simplex chronicus sites. Isr Med Assoc J IMAJ. febrero de 2014;16(2):88-90.

8. Dworkin RH, O'Connor AB, Kent J, Mackey SC, Raja SN, Stacey BR, et al. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. Pain. noviembre de 2013;154(11):2249-61.

9. Al-Quliti KW. Update on neuropathic pain treatment for trigeminal neuralgia. The pharmacological and surgical options. Neurosci Riyadh Saudi Arab. abril de 2015;20(2):107-14.

10. Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management. BMJ. 27 de enero de 2007;334(7586):201-5.

11. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. febrero de 2015;14(2):162-73.

12. Khan J, Alghamdi H, Anwer MM, Eliav E, Ziccardi V. Role of Collagen Conduit With Duloxetine and/or Pregabalin in the Management of Partial Peripheral Nerve Injury. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 21 de enero de 2016;