

Continue

Neuralgia de arnold tratamiento pdf

El nervio de Arnold o raíz posterior de la segunda raíz cervical actúa a dos niveles, motor, sobre los músculos profundos de la nuca y a nivel sensitivo, actuando sobre la sensibilidad del cuero cabelludo. Esta raíz emerge hacia la superficie a nivel del reborde sub-occipital, por lo que puede ser una zona muy sensible cuando este nervio está irritado y muy rebelde a los tratamientos convencionales. ¿Qué síntomas produce la Neuralgia de Arnold? Los síntomas principales son dolor en la nuca frecuentemente de forma unilateral, con sensación de rigidez al mover la cabeza y el cuello. Puede darse una sensación de quemazón y pinchazos, el paciente siente como si le tirasen de los pelos y puede afectar a un solo lado de la cabeza. Dependiendo de que el nervio afectado, sea derecho o izquierdo, puede ser de tipo continuo o intermitente o provocarse por alguna posición concreta de la cabeza.



Con mucha frecuencia el paciente puede sentir paralelamente sensaciones de mareo, aturdimiento, inestabilidad e incluso algún síntoma digestivo como náuseas. El dolor de cabeza producto de la neuralgia de Arnold es distinto de un dolor de cabeza normal. Observa el siguiente video: Diferencias entre la neuralgia de Arnold y las cefaleas o dolores de cabeza. ¿Sabes diferenciar entre un dolor de cabeza convencional y uno producto de una neuralgia de Arnold? En éste video te explicamos todas las diferencias que tienes que tener en cuenta. Causas de este dolor de cabeza y tratamientos más habituales Este dolor de cabeza, puede ser la consecuencia de una enfermedad poco frecuente como la siringomelia (quiste dentro de la médula espinal), pero en la mayoría de las ocasiones es la consecuencia de una alteración en la movilidad de las vértebras de la zona sub-occipital, el atlas y el axis. Esta alteración de la movilidad en esta región del cuello puede deberse a varias situaciones: Traumatismos físicos como un accidente de tráfico. Actitudes posturales inadecuadas, como estar mucho tiempo con la cabeza orientada hacia abajo (en el ordenador, leyendo,...) Estrés y tensión emocional que provocan una tensión involuntaria y constante, incluso durmiendo, de los músculos del cuello y de la zona sub-occipital. El tratamiento puede variar en función de la causa; por ejemplo: si es traumática será necesario el reposo y cierta inmovilización con un collarín, pero en general siempre se encontrará beneficio con: Masaje de la musculatura cervical y más aún de la zona sub-occipital: Auto-masaje de nuca y cervicales altas. Fibrólisis diacutánea o terapia de ganchos para liberar la raíz nerviosa de posibles adherencias: Tratamiento de fisioterapia con fibrólisis o ganchos para la neuralgia de Arnold. Punción seca de los músculos del cuello más afectados. Manipulaciones osteopáticas con el fin de restaurar la movilidad cervical. Lamentablemente en muchas ocasiones el tratamiento se reduce a la toma de relajantes musculares, antiinflamatorios y analgésicos, con todos sus efectos negativos a corto, medio y largo plazo y con resultados muy pobres y poco duraderos. En los últimos años también se han instaurado tratamientos a base de infiltraciones de toxina botulínica para, durante algunos meses, conseguir relajar los músculos de la nuca. Tratamiento complementario a las terapias convencionales El problema de estos tratamientos convencionales es que sólo actúan en la zona donde se producen los síntomas, pero no sobre el origen del problema, y esto es especialmente relevante en las neuralgias de Arnold que están provocadas por estrés, crispación y enfados acumulados. Observa el siguiente video: Causas de la neuralgia de Arnold. Visión desde la medicina natural Muchas veces las neuralgias de Arnold van más alla que una mala actitud postural durante el trabajo. Observa este video para que tengas en cuenta la opinión de la medicina natural de la causa de las neuralgias de Arnold. Según la medicina oriental, estas situaciones emocionales influyen directamente sobre órganos como el hígado y la vesícula biliar, y estos órganos cuando están desequilibrados provocan de forma refleja un aumento de la tensión de los músculos de la nunca (esta es la explicación por la que el dolor de cabeza propio de la neuralgia de Arnold puede ir acompañado de mareos, aturdimiento, inestabilidad y náuseas). Por tanto, es necesario sumar a la terapia manual citada anteriormente un tratamiento nutricional eliminando durante 3 o 4 semanas los lácteos y derivados, carne roja, embutidos, chocolate, café, naranjas y mandarinas, y un tratamiento a base de plantas medicinales con el objetivo de proteger al hígado y vesícula biliar de la influencia negativa de las citadas tensiones emocionales. Plantas medicinales y tratamiento natural de la neuralgia de Arnold A continuación os dejo un vídeo donde os explico con más detalle acerca del tratamiento a base de plantas medicinales para la neuralgia de Arnold. De esta forma la terapia manual será mucho más rápida, eficaz y duradera. Bajo este punto de vista la terapia farmacológica es contraproducente ya que no sólo no ataca la causa sino que potencia las agresiones sobre el hígado y vesícula biliar. Tratamiento quirúrgico de la neuralgia de Arnold Observa el siguiente video: Neuralgia de Arnold. Operación quirúrgica o cirugía En éste video te enseñamos en qué consiste la operación quirúrgica para eliminar la neuralgia de Arnold. Esta operación quirúrgica consiste en liberar el estrangulamiento del nervio de Arnold a nivel de la raíz nerviosa en la zona occipital. Las técnicas de cirugía que se utilizan más a menudo para esta alteración son la desinserción parcial de los músculos que se insertan en el lugar de salida del nervio o que son atravesados por este nervio (principalmente el esplenio de la cabeza). Pero son más comunes los bloqueos nerviosos generados bien con rizólisis -mediante la aplicación de calor muy intenso en el nervio para que deje de funcionar y de transmitir la sensación sensitiva o dolorosa- o bien mediante la aplicación de un corticoide junto con un anestésico local para buscar la desinflamación del nervio y que así ceda el dolor. Otra técnica utilizada es la inyección de toxina botulínica en la inserción de los músculos que comprimen al nervio, de esta manera se disminuye su capacidad de contracción y la tensión de compresión que hay en torno al nervio. Sin embargo, la experiencia nos dice que estas medidas no tienen un buen resultado a largo plazo y que las personas sólo notan un alivio temporal, puesto que con el paso del tiempo la compresión y, por lo tanto, el dolor regresan. Por ello, el tratamiento debe ser más global y enfocado hacia las causas. Puntos claves acerca de la neuralgia de Arnold Para finalizar este artículo podemos concluir: La neuralgia de Arnold es un problema de tipo neurológico generado por estrangulamiento de dicho nervio en la zona occipital. Sintomas: dolor en la nuca, rigidez al mover la cabeza, sensación de quemazón y pinchazos, mareo, aturdimiento, inestabilidad e incluso náuseas. Causas: traumatismos físicos a nivel del cuello y cabeza, actitudes posturales inadecuadas, estrés y tensión emocional. Tratamiento: masajes, terapia de ganchos, punción seca, manipulaciones osteopáticas, infiltraciones de toxina botulínica, plantas medicinales, quirúrgico. Referencias Bibliográficas La neuralgia occipital es una enfermedad frecuente que se debe casi siempre a afectación del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.



Puede manejarse con fármacos por vía oral, o con infiltración anestésica del nervio, la cual está infrautilizada.
Se presentan 2 casos de pacientes que no respondieron al primer tratamiento y lo hicieron de forma satisfactoria a la infiltración. Se analizan los principales conceptos sobre anatomía, fisiopatología, etiología y clínica de la enfermedad, así como de la técnica de la infiltración anestésica.Occipital neuralgia is a common disease most oftenly caused by greater occipital nerve or Arnold nerve affection. It can be managed with oral medications or anesthetic infiltration of the nerve, which is underused.



We present 2 cases of patients who did not respond to initial treatment and did so successfully to infiltration. We discuss the main concepts of anatomy, pathophysiology, etiology and symptoms of the disease as well as the technique of anesthetic infiltration.
IntroducciónLa neuralgia occipital es frecuente en la práctica clínica. Se debe sobre todo a la afectación del nervio occipital mayor o nervio de Arnold (NA). Su manejo incluye antiinflamatorios no esteroideos (AINE), fármacos utilizados para el tratamiento del dolor neuropático, así como relajantes musculares y en ocasiones opiáceos1. Con todos ellos puede ser necesario el uso crónico, con el consiguiente riesgo de abuso, así como de dependencia y tolerancia. Se pueden observar cefaleas mixtas que incluyen aquellas secundarias al abuso de fármacos, de mayor dificultad terapéutica. A pesar de la efectividad para su alivio, la infiltración anestésica de dicho nervio es poco utilizada y contribuye, además, al diagnóstico de la entidad2 así como a evitar los inconvenientes antedichos.Se analizan los casos de 2 pacientes tratados con esta modalidad y se revisa la anatomía, etiología, cuadro clínico y tratamiento de la entidad.Casos clínicos1.Mujer de 32 años afecta de fibromialgia, en tratamiento con pregabalina 300mg día.



Presenta cefalea hemicránea derecha y parestesias que evocan la distribución anatómica del NA de 3 meses de evolución. Es refractaria a múltiples tratamientos con AINE, tizanidina, orfenadrina y tramadol, de los que abusa. El examen mostró dolor a la palpación del punto de Arnold, con irradiación en el territorio de inervación de dicho nervio. Al nivel del cuello había una intensa contractura muscular. El resto del examen físico fue normal. Se realizó infiltración anestésica del NA derecho con mejoría franca del dolor al control, al mes y a los 3 meses, con cesación parcial del abuso de la medicación descrita.2.Hombre de 56 años, hipertenso controlado. Presenta un cuadro de años de evolución de cefalea opresiva, holocraneana, de moderada intensidad, de frecuencia diaria y con paroxismos de dolor tipo «quemazón» en la región occipitoparietal bilateral, que fue catalogada como cefalea tipo tensional crónica con múltiples tratamientos para la misma, incluidos amitriptilina, nortiptilina y topiramato, así como AINE y relajantes musculares. Con todos ellos tuvo una mala respuesta, agregando últimamente síntomas sugestivos de enfermedad úlcero-péptica. Al examen presentaba dolor irradiado a regiones occipitoparietales, bilateralmente con la palpación del punto de Arnold, por lo que se decide el tratamiento con infiltración anestésica bilateral de dicho nervio con desaparición casi total de la cefalea, con prácticamente nula necesidad de fármacos agresores de la mucosa gastroduodenal.DiscusiónEl nervio occipital mayor o NA tiene su origen en las raíces C2, y en menor medida recibe ramos de C3. Estas últimas generan ramos posteriores y anteriores; los anteriores contribuyen a la formación del plexo cervical y los posteriores son los que dan las fibras nerviosas que generarán el NA.
Se forma así un nervio voluminoso que se dirige hacia atrás y arriba, discurriendo a través del músculo trapecio y haciéndose superficial al atravesarlo en su totalidad, llegando al plano subcutáneo en el punto de Arnold, situado 2cm por fuera y por debajo de la protuberancia occipital externa, donde se encuentra por dentro de la arteria occipital, la cual es su principal relación anatómica. Desde su emergencia genera ramos que se distribuyen en la piel y en el tejido subcutáneo del cuero cabelludo en sus regiones occipitales y parietotemporales1,3.La neuralgia occipital mayor se origina por irritación del nervio en cualquier parte de su extensión, siendo la región más frecuentemente afectada la que abarca su paso a través del trapecio. Allí es especialmente suceptible a la contractura muscular aguda o crónica, siendo esta última su causa más frecuente1,10. Otras etiologías descritas son los traumatismos locales en la zona subcutánea del paso del nervio, compresión por espondilouncoartrosis cervical4, neurinomas5, tumores de la región de la nuca, como lipomas y otros que comprometen al nervio, hiperextensión cervical frente a procedimientos médicos o ciertas profesiones, neuralgia posherpética, vasculitis, traumatismos de cráneo6 e incluso esclerosis múltiple1.El diagnóstico de neuralgia de occipital requiere que se cumplan los criterios actuales de la Internacional Headache Society (IHS)2:1.Dolor punzante paroxístico en el territorio de distribución del nervio. Fuera de los paroxismos el dolor puede persistir.2.Dolor que se reproduce al presionar el punto de emergencia del nervio al nivel del trapecio.3.Alivio del dolor con la infiltración anestésica del nervio.El dolor se describe como de tipo neuropático (lancinante, punzante, tipo quemazón, tipo corriente eléctrica, etc.) en algunas ocasiones, pero en otras es más sordo y permanente. Puede asociar parestesias y disestesias. Tanto estas como el dolor se distribuyen desde la nuca hacia las regiones occipitales, temporales y parietales e incluso hacia la región frontal y en ocasiones facial, excediendo el territorio de inervación del nervio7. Característicamente el dolor empeora al palpar el punto de Arnold, y el paciente puede referir aumento del dolor ante lateralización, flexión o extensión de la cabeza.El tratamiento tiene 2 enfoques, uno conservador que incluye el tratamiento sintomático del dolor con AINE y eventualmente con fármacos destinados al tratamiento del dolor neuropático como la pregabalina, gabapentina, carbamacepina, amitriptilina y otros.



Estos fármacos necesitan ser usados durante tiempos prolongados, lo que conlleva efectos adversos fercuentes, siendo los más destacables de los AINE: gastritis, úlcera gastroduodenal, hipertensión arterial, nefropatía intersticial y otros. En el caso número 2 se generó una probable gastritis por AINE y además el paciente era hipertenso, con lo que la administración crónica de AINE puede dificultar su manejo. Los medicamentos utilizados para el dolor neuropático generan sedación, ataxia, vértigo, trastornos digestivos y otros. Además, el uso crónico de medicación provoca gastos importantes para el paciente y los sistemas sanitarios, así como la posibilidad de dependencia y abuso de medicación, como se vio en el caso 1, lo cual es un hecho muy frecuentemente observado en las cefaleas crónicas y que genera muchas veces cefaleas transformadas de muy difícil manejo.El segundo enfoque incluye la terapia con infiltración anestésica del nervio en el sitio de emergencia a nivel subcutáneo anteriormente descrito. Dicha técnica es sencilla, y puede realizarse en el consultorio, pues al ser subcutánea no requiere un ambiente estéril para su ejecución. Es además uno de los criterios requeridos por la IHS para diagnosticar la entidad2.El procedimiento se realiza en una camilla con el paciente en decúbito prono. Se consigue la asepsia local con solución iodada y alcohol rectificado. Se identifica el punto de Arnold descrito o el sitio que genera el dolor irradiado. Se debe intentar localizar la arteria occipital por fuera del nervio para evitar su punción. Se carga una jeringa con 4mg de dexametasona (1ml) o 4 a 6mg de betametasona y 2ml de lidocaína al 2%1,7 (preguntar acerca de alergia a la misma). Se ha utilizado también bupivacaína7. Se reconstituye entonces una solución de 3cc. Se cambia la aguja por una fina, como la de aplicación de insulina (25G), y se punciona en el sitio mencionado en dirección a la protuberancia occipital externa; al contacto con el hueso se instila 1ml de la solución, se retira parcialmente y se redirige hacia el centro instilando otro mililitro y luego en una tercera dirección, angulando algo hacia fuera, se instila el mililitro restante, se retira la aguja y se realiza masaje de la zona para que la solución difunda. Se realiza una cura plana y se observa al paciente durante unos 10min ante la posibilidad remota de alergias no reconocidas o reacciones vasovagales8 por el procedimiento. En general el inicio de la mejoría del dolor se da en unos minutos y continúa mejorando por horas o días. La duración de dicha mejoría es variable y puede ir desde días a meses1,7,8 (como en el caso de los pacientes descritos), o incluso que el dolor no reaparezca.
En otros casos el dolor reaparece en un tiempo variable y son necesarias infiltraciones repetidas si fueron efectivas previamente1,7. Puede realizarse en el mismo acto infiltraciones bilaterales.Las punciones repetidas son capaces de generar efectos adversos como la alopecia local, la atrofia cutánea2,9 y los cambios de coloración de la piel1.En nuestra experiencia no se dieron complicaciones agudas, no se realizó punción accidental de la arteria occipital y no se generaron los efectos crónicos referidos, si bien no se efectuaron punciones repetidas. La infiltración bilateral del caso 2 se llevó a cabo sin inconvenientes y fue bien tolerada.La absorción sistémica de los coricoides es escasa y no genera efectos graves.En el caso 2 se logró el cese de la terapia oral y en el caso 1 se debió seguir administrando la pregabalina por la fibromialgia coexistente, y la paciente siguió por su cuenta recibiendo AINE por dicha patología.Cabe acotar que existen otros tipos de cefalea, incluidas la migraña, la cefalea tipo tensión e incluso cluster, neuralgia trigeminal y otras que pueden mejorar con las infiltraciones descritas1,8,10–12, por lo que algunos autores cuestionan la especificidad de la infiltración anestésica como criterio diagnóstico de la neuralgia occipital.ConclusionesLa infiltración anestésica del NA en el tratamiento de la neuralgia occipital:1.Es un procedimiento sencillo e infrautilizado.2.Es sumamente eficaz y forma parte de los criterios diagnósticos de la enfermedad.3.Logra evitar o reducir el uso crónico de fármacos por vía oral, con la consiguiente disminución de los efectos adversos de los mismos.4.No genera efectos adversos graves durante el procedimiento ni luego del mismo.5.Si se realiza precozmente puede evitar situaciones de abuso de medicación.6.Es un procedimiento de bajo costo comparado con la farmacoterapia crónica.7.Debería ser aplicada por neurólogos en la propia policlínica, y no necesariamente por anestesistas o terapeutas del dolor, dada la sencillez de la técnica.Conflicto de interesesEl autor declara no tener ningún conflicto de intereses. Copyright © 2012. Sociedad Neurológica Argentina