



CARTA CLÍNICA

Neuralgia occipital. A propósito de un caso: utilidad de la infiltración guiada por ecografía en atención primaria



Occipital neuralgia. A case report: Usefulness of clinical ultrasound guided infiltration in Primary Health Care

Varón de 91 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística y accidente isquémico transitorio, en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg al día. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Consulta por cefalea parietooccipital izquierda de segundos de duración, de dos meses de evolución, de carácter punzante y que empeora en decúbito supino. A la exploración física presenta disestesias en el cuero cabelludo en dicha región y dolor a la palpación del punto de Arnold, sin focalidad neurológica. Ante la sospecha de neuralgia occipital iniciamos tratamiento con paracetamol, metamizol y diazepam, sin mejoría. Posteriormente añadimos pregabalina, suspendido por sensación de mareo y náuseas. Complementamos la evaluación con radiografía de columna cervical, donde se aprecia cervicocartrosis y osteoporosis moderada, acorde con la edad del paciente. Finalmente realizamos infiltración ecoguiada del nervio occipital mayor, previo consentimiento informado, utilizando 40 mg de triamcinolona acetónico y 2 mL de mepivacaína al 2%. En el seguimiento inmediato, y a seis meses, el paciente ha presentado mejoría clínica, precisando únicamente analgesia de primer escalón a demanda.

Comentario: La neuralgia occipital, o neuralgia de Arnold, es un síndrome doloroso que afecta a la región posterior del cuero cabelludo. Se describe como un dolor neuropático, paroxístico, unilateral o bilateral, que corresponde con los territorios inervados en su mayoría por el nervio occipital mayor (nervio de Arnold en 90% de los casos) o en menor medida por el nervio occipital menor (10%) y/o raramente el tercer nervio occipital^{1,2}.

La sensibilidad de la región posterior del cuello se recoge por las raíces cervicales posteriores a nivel de C2, C3 y C4. El nervio occipital mayor es la continuación del ramo dorsal de C2 y un componente de fibras de C3. Se dirige posterocranial, atravesando el trapecio y emerge en la superficie en el

Tabla 1 Etiología de la neuralgia occipital, (tabla de elaboración propia)

Primarias	Herpes zóster, lesiones desmielinizantes, etc.
Secundarias	Contracturas musculares (trapecio, esternocleidomastoideo). Traumatismos craneoencefálicos y esguinces cervicales. Tumores (neurinomas, lipomas). Inestabilidad crónica (unión atlo-axoidea, espondilosis cervical) Postquirúrgicas (cirugías en la unión craneocervical o médula cervical superior). Malformaciones (Arnold-Chiari).

denominado punto de Arnold, medial a la arteria occipital. El punto de Arnold está localizado en la línea imaginaria que une la apófisis mastoidea con la tuberosidad occipital, en el punto en el que se unen el tercio medial con los dos tercios laterales de dicha línea¹⁻³.

El daño en las raíces nerviosas, o nervios periféricos, raramente es primario, siendo la teoría más aceptada el daño secundario por compresión del nervio en su trayecto anatómico, en este caso lo más frecuente es atrapamiento crónico por los músculos cervicales posteriores y del cuero cabelludo. Se han descrito otras causas secundarias (**tabla 1**).

Es más frecuente en mujeres en la quinta década de la vida, si bien nuestro en nuestro caso se trata de un varón de avanzada edad, no debiendo descartar esta entidad ante la posibilidad de neuralgias secundarias (por ejemplo, espondiloartrosis, lesiones malignas). La clínica consiste en la aparición súbita de dolor neuropático en la región occipital, irradiado a la zona retroauricular, temporal, parietal, frontal y retroocular. Es un dolor punzante y sordo, generalmente unilateral (aunque se ha descrito bilateral), de segundos de duración. Puede aparecer espontáneamente o se desencadena mediante la flexoextensión cervical. Se reproduce a la presión occipital de salida de los nervios y puede producir disestesias e hipersensibilidad en nervio o nervios afectados (produciendo incluso dolor con maniobras como peinarse el pelo)^{1,2,4}.

Los criterios diagnósticos según la *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-3)⁵:

- Dolor unilateral o bilateral que cumple los criterios B-E.
- El dolor se localiza en la distribución de los nervios occipitales mayor, menor y tercero.

c. El dolor presenta dos de las siguientes tres características:

1. Ataques paroxísticos recurrentes de entre varios segundos hasta minutos de duración.
2. Intensidad severa.
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.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma al objetivar mejoría clínica tras la infiltración del nervio occipital. En los criterios de la ICHD-III no se recoge la necesidad de técnicas de imagen, aunque algunos autores recomiendan realizar tomografía computarizada (TAC) o resonancia magnética (RMN) ante desencadenantes como traumatismos craneoencefálicos o ante la presencia de exploración neurológica alterada (asociación con malformaciones y procesos infiltrativos)^{1,2,4}. En nuestro paciente, dada la ausencia de síntomas o signos de alarma, se realizó como única prueba complementaria radiografía de columna cervical.

El tratamiento conservador incluye analgésicos, antiinflamatorios y fármacos para el dolor neuropático. Este manejo precisa largos períodos de tratamiento con los consecuentes efectos adversos, en muchos casos sin éxito.

La terapia con infiltración anestésica tiene eficacia demostrada y forma parte de los criterios diagnósticos de la *International Headache Society* (IHS). Puede realizarse en la consulta de un centro de salud por ser una técnica sencilla a nivel subcutáneo con apenas efectos adversos, y si se producen son de poca gravedad (mareos y síntomas vasovagales a corto plazo por punción de la arteria occipital, y a largo plazo atrofia cutánea, alopecia e hipopigmentación en la zona de punción)^{2,4,6,7}. Si se realiza precozmente puede evitar situaciones de abuso de medicación. Es un procedimiento de bajo coste comparado con la farmacoterapia crónica⁷. Además, si se emplea el apoyo ultrasonográfico se evitan casi al 100% las posibilidades de puncionar la arteria o el nervio directamente.

Respecto a la técnica de infiltración anestésica precisaremos de un equipo de ecografía con sonda lineal con frecuencias entre 12 y 15 MHz, aguja 21 G, jeringas de 5 mL, antiséptico local, gasa y paño estéril y solución de infiltración con corticoides depot 1 mL (triamcinolona 40 mg/mL o betametasona 12 mg/2 mL) y anestésico local (2 mL de



Figura 1 Identificación con ecografía en el punto anatómico de la arteria y nervio occipital (punto de Arnold). Se coloca la aguja en ángulo de 45 grados en coincidencia con el haz de ultrasonido y se avanza lentamente siempre visualizando la punta en tiempo real hasta posicionarla en situación perineural por debajo del nervio y por general en contacto con la base del hueso. Finalmente se infiltra el anestésico en la periferia del nervio y nunca en su espesor.

lidocaína o mepivacaína 1 o 2% sin vasoconstrictor). El procedimiento se realiza habitualmente con el paciente en decúbito prono. El nervio de Arnold se encuentra medial y paralelo a la arteria occipital, la cual es su principal referencia anatómica, se debe intentar localizarla para evitar su punción. Sin embargo, la visualización ecográfica permite una identificación directa, ampliando el panorama de infiltración y permitiendo la visualización de la aguja en tiempo real en el sitio correcto (**fig. 1**).

La aguja se coloca en ángulo de 45°, en coincidencia con el haz de ultrasonido y se avanza lentamente siempre visualizando la punta en tiempo real hasta posicionarla en situación perineural por debajo del nervio, y por general, en contacto con la base del hueso. Finalmente se infiltra el anestésico en la periferia del nervio y nunca en su espesor (**fig. 2**).

Vídeo 1. Infiltración ecoguiada del nervio occipital mayor. Vídeo en tiempo real del posicionamiento de la aguja con la técnica descrita.



Figura 2 Infiltración bajo guía ecográfica con colocación de la punta de la aguja en situación perineural. Se identifica con efecto Doppler la arteria occipital (en rojo). Adyacente y medial a esta, ilustrado en amarillo, el nervio occipital. Flechas verdes señalan la aguja.

Se observa al paciente durante unos 10 min ante la posibilidad remota de alergias no reconocidas o reacciones vasovagales 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 meses, 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 con un margen de tres meses^{2,7–9}. Otras opciones de tratamiento son la inyección con toxina botulínica, bloqueo nervioso, y en casos refractarios, neurectomía mediante radiofrecuencia, estimulación del nervio occipital mayor o neurólisis^{2,6,7}.

Responsabilidades éticas

El paciente ha facilitado su consentimiento y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento de la información de los pacientes para la publicación de este caso clínico.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semrg.2021.07.013](https://doi.org/10.1016/j.semrg.2021.07.013).

Bibliografía

- Choi I, Jeon SR. Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. J Korean Med Sci. 2016;31:479–88, [http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2016.31.4.479](https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.4.479). Epub 2016 PMID: 27051229; PMCID: PMC4810328.

- Amodeo Arahal MC, Poyato Borrego M, Molero del Río M, Rodríguez Rodríguez M, Mesa Rodríguez P. Neuralgia occipital y su manejo en Atención Primaria. Semergen. 2016;43:243–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semrg.2016.04.010>.
- Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. Texto y atlas de anatomía. En: Tomo 3: cabeza, cuello y neuroanatomía. 3 a ed Madrid: Médica Panamericana; 2014.
- Solis-Cartas U, Barbón-Pérez O, Bascó-Fuentes E. Neuralgia occipital. A propósito de un caso. Medisur [revista en Internet]. 2016;14 [consultado 14 Dic 2020]. Disponible en <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3102>.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalgia. 2013;33:629–808, <http://dx.doi.org/10.1177/033102413495658>. PMID: 23771276.
- Urts I, Schwartz RH, Patel P, Zeien J, Connor D, Hasoon J, et al. A Review of the Recent Findings in Minimally Invasive Treatment Options for the Management of Occipital Neuralgia. Neurol Ther. 2020;9:229–41, <http://dx.doi.org/10.1007/s40120-020-00197-1>.
- Gaye Saavedra GA. Neuralgia occipital. Tratamiento con infiltración anestésica. Neurología Arg. 2013;5:34–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2012.09.001>.
- Santos Lasaosa S, Cuadrado Pérez ML, Guerrero Peral AL, Huerta Villanueva M, Porta-Etessam J, Pozo-Rosiche P. Guía consenso sobre técnicas de infiltración anestésica de nervios pericraneales. Neurología. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.04.017>.
- Narouze S. Occipital neuralgia diagnosis and treatment: the role of ultrasound. Headache. 2016;56:801–7, <http://dx.doi.org/10.1111/head.12790>.

G.A. García Martínez^{a,*}, V. Esteban Izquierdo^a,
B. López Uriarte^b, T. Villena Guerras^a
y J.A. González Posada Delgado^a

^a Centro de Salud El Greco, Madrid, España

^b Centro de Salud Humanes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(G.A. García Martínez\).](mailto:seldingeralive@gmail.com)