

2. Toledano M, Pittock SJ. Autoimmune epilepsy. *Semin Neurol*. 2015;35:245–58.
3. Suleiman J, Brilot F, Lang B, Vincent A, Russell C. Autoimmune epilepsy in children: Case series and proposed guidelines for identification. *Epilepsia*. 2013;53:1036–45.
4. Toledano M, Britton JW, McKeon A, Shin C, Lennon VA, Quek AM, et al. Utility of an immunotherapy trial in evaluating patients with presumed autoimmune epilepsy. *Neurology*. 2014;157:1578–86.
5. Rocamora R, Becerra JL, Fossas P, Gómez M, Vivanco Hidalgo RM, Mauri JA, et al. Pilomotor seizures. An autonomic semiology of limbic encephalitis? *Seizure*. 2014;670–3.
6. Brenner T, Sills GJ, Hart Y, Howell S, Waters P, Brodie MJ, et al. Prevalence of neurologic autoantibodies in cohorts of patients with new and established epilepsy. *Epilepsia*. 2013;54:1028–35.
7. Wingfield T, McHufh C, Vas A, Richardson A, Wilkins E, Bonington A, et al. Autoimmune encephalitis: A case series and comprehensive review of the literature. *QJM*. 2011;104:921–31.
8. Leypoldt F, Amange T, Dalmau J. Autoimmune encephalopathies. *Ann N Y Acad Sci*. 2015;1338:94–114.

L. Abraira*, L. Grau-López, M. Jiménez y J.L. Becerra
Departamento de Neurología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.abraira.del.fresno@gmail.com (L. Abraira).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.04.004>
 0213-4853/

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Neuralgia lagrimal recurrente desencadenada por procedimientos oftalmológicos



Recurrent lacrimal neuralgia secondary to ophthalmological procedures

Sr. Editor:

La neuralgia del nervio lagrimal es una causa infrecuente de dolor orbitario y periorbitario, descrita por primera vez en el año 2013¹. Las 2 pacientes de la descripción original presentaban un dolor continuo en áreas inervadas por el nervio lagrimal —zona lateral del párpado superior y zona adyacente de la sien—, acompañado de síntomas y signos de disfunción sensitiva en el área de dolor y de hipersensibilidad a la palpación del nervio lagrimal, en el ángulo superoexterno de la órbita. En ambos casos el diagnóstico se confirmó mediante un bloqueo anestésico profundo del nervio lagrimal con lidocaína al 2%, aunque el alivio del dolor solamente se mantuvo durante unas horas. En los casos sucesivos^{2–4} se ha aplicado una técnica anestésica más sencilla, el bloqueo superficial del nervio lagrimal mediante la inyección subcutánea de bupivacaína al 0,5%, que ha demostrado utilidad tanto diagnóstica como terapéutica a corto y a largo plazo. Hasta la fecha se han publicado 7 casos de neuralgia lagrimal, y la mayoría de ellos han sido primarios o idiopáticos. Tan solo se ha comunicado un caso secundario a cirugía oftalmológica³, en el cual el dolor adquirió un carácter paroxístico, con múltiples episodios al día de 1-2 min de duración. Este caso puso de manifiesto que la neuralgia lagrimal puede tener un origen compresivo o traumático. A continuación describimos un nuevo caso de neuralgia lagrimal secundaria a procedimientos oftalmológicos.

Varón de 53 años, con degeneración macular húmeda asociada a la edad y migraña con aura como únicos antecedentes de interés. Consultó por un cuadro de 15 meses de evolución consistente en dolor limitado a un área muy pequeña de la sien izquierda, de unos 3 cm de diámetro,

que apareció por primera vez después de una sesión de terapia fotodinámica con láser argón en el ojo izquierdo. El dolor era intenso (8 en una escala numérica de 0 a 10), de carácter opresivo, y se presentaba en episodios de hasta 72 h de duración que sobrevenían únicamente cuando acudía al oftalmólogo, en posteriores ocasiones para la inyección intravítrea de aflibercept (*anti-vascular endothelial growth factor* [anti-VEGF]) en intervalos de 3 meses. Simultáneamente, presentaba alodinia e hiperalgesia en la zona. La exploración en periodo intercrito puso de manifiesto hipersensibilidad a la palpación del nervio lagrimal izquierdo e hiperalgesia en la zona afectada (fig. 1). En el resto de la exploración neurológica y sistémica no se detectaron hallazgos significativos. Se llevó a cabo un estudio de resonancia magnética craneal, que únicamente mostraba signos concordantes con microangiopatía leve.

En las 2 visitas sucesivas el paciente acudió a nuestra consulta con nuevos episodios de dolor, que se habían iniciado 15-30 min antes coincidiendo con la inyección intravítrea de aflibercept. Se realizaron bloqueos anestésicos superficiales del nervio lagrimal izquierdo mediante la inyección subcutánea de 0,5 cc de bupivacaína al 0,5%, con la misma técnica



Figura 1 Área de hiperalgesia delimitada en la exploración del paciente en la primera consulta.



Figura 2 Bloqueo del nervio lagrimal. La aguja se inserta a través de la cola de la ceja y se dirige en sentido superior y lateral hacia la sien. La solución anestésica se inyecta en el tejido subcutáneo.

empleada en los casos previos (fig. 2). En ambas ocasiones el paciente obtuvo un alivio inmediato y completo del dolor, y permaneció asintomático en los meses que transcurrieron hasta el siguiente procedimiento.

El nervio lagrimal es una de las 3 ramas de la división oftálmica del nervio trigémino. Penetra en la órbita a través de la hendidura esfenoidal, y se dirige a lo largo de la pared lateral orbitaria en dirección ascendente, siguiendo el borde superior del músculo recto lateral, para emerger por el ángulo superoexterno de la órbita hacia la región de la sien y la porción lateral del párpado superior⁵. En dicho punto de emergencia el nervio discurre por el espacio subcutáneo y describe un acodamiento sobre el borde externo orbitario, donde puede ser susceptible a afectarse por presión local. Aunque la mayoría de los casos de neuralgia lagrimal publicados se han considerado primarios o idiopáticos, algunos de ellos podrían haberse relacionado con factores mecánicos sutiles provocados por los movimientos oculares, o con la compresión de otras estructuras a lo largo del trayecto del nervio.

En 2014 se comunicó el primer caso de neuralgia lagrimal sintomática, que presentó carácter paroxístico y que respondió, al igual que el de ahora, al bloqueo nervioso superficial con bupivacaína al 0,5%³. En aquel primer caso el dolor fue desencadenado por cirugía de cataratas. En el caso que presentamos el cuadro de neuralgia apareció de forma recurrente, con un primer episodio tras una sesión de terapia fotodinámica, durante la cual se apoyó una lente de contacto sobre la órbita del paciente^{6,7}, y con episodios sucesivos desencadenados por inyecciones intravítreas de anti-VEGF en las que se empleó un espéculo palpebral o blefarostato^{8,9}. Es posible que las maniobras para la colocación de la lente o el blefarostato o la presión ejercida sobre la emergencia del nervio a lo largo del procedimiento actuaran como desencadenantes traumáticos de los episodios de dolor neuropático.

Desconocemos la incidencia de neuralgia lagrimal relacionada con procedimientos oftalmológicos, pero es

probable que esta sea una de las causas del dolor que puede seguir a la cirugía o a otras intervenciones oftalmológicas. La identificación de este tipo de dolor podría tener interés desde un punto de vista terapéutico, ya que la neuralgia lagrimal y otras neuralgias de ramas terminales pueden responder de forma satisfactoria al tratamiento con bloqueos anestésicos¹⁰.

Bibliografía

1. Pareja JA, Cuadrado ML. Lacrimal neuralgia: So far, a missing cranial neuralgia. *Cephalgia*. 2013;33:1198–202.
2. Cuadrado ML, Aledo-Serrano A, Jorquera M, Porta-Etessam J, Pareja JA. A new lacrimal neuralgia, a new nerve blockade procedure. *Cephalgia*. 2014;34:1030–1.
3. Cuadrado ML, Aledo-Serrano A. Symptomatic lacrimal neuralgia after ophthalmic surgery. *Headache*. 2015;55:323–5.
4. Cuadrado ML, Gutiérrez-Viedma A, Silva-Hernández L, Orviz A, García-Moreno H. Lacrimal nerve blocks for three new cases of lacrimal neuralgia. *Headache*. 2017;57:460–6.
5. Standring S. *Gray's Anatomy. The Anatomical Basis of Clinical Practice*. 40th ed. London: Churchill-Livingstone Elsevier; 2008.
6. Mizuno K. Binocular indirect argon laser photocoagulator. *Br J Ophthalmol*. 1981;65:425–8.
7. Newman DK. Photodynamic therapy: Current role in the treatment of chorioretinal conditions. *Eye*. 2016;30:202–10.
8. Rodrigues EB, Maia M, Penha FM, Dib E, Bordon AF, Magalhães Júnior O, et al. Técnica para injeção intravítrea de drogas no tratamento de doenças vítreoretinianas. *Arq Bras Oftalmol*. 2008;71:902–7.
9. Avery R, Bakri SJ, Blumenkranz MS, Brucker AJ, Cunningham ET Jr, D'Amico DJ, et al. Intravitreal injection technique and monitoring: updated guidelines of an expert panel. *Retina*. 2014;34(Suppl 12):S1–18.
10. Santos-Lasaosa S, Cuadrado-Pérez ML, Guerrero-Peral AL, Huerta-Villanueva M, Porta-Etessam J, Pozo-Rosich P, et al. Guía consenso sobre técnicas de infiltración anestésica de nervios pericraneales. *Neurología*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.04.017>

I. Sánchez-Miranda^a, A. González-Orero^a,
Á. Gutiérrez-Viedma^a, R. Bilbao-Calabuig^b
y M.L. Cuadrado^{a,c,*}

^a Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Unidad de Neurooftalmología, Clínica Baviera, Madrid, España

^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlcuadrado@med.ucm.es
(M.L. Cuadrado).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.02.017>
0213-4853/

© 2017 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).