

Neuralgia supraorbitaria:  
una alternativa intervencionista

Hemos leído con gran interés el artículo de Penas-Prado et al [1], en el cual indican que la evolución clínica de la neuralgia supraorbitaria tratada farmacológicamente con el arsenal terapéutico actual resulta, en general, benigna. Aunque en la mayoría de los casos esto pueda ser así, nuestra experiencia en el abordaje de la neuralgia supraorbitaria con mal control farmacológico precisa que se contemplen alternativas intervencionistas [2].

El empleo de opioides y neuromoduladores, incluyendo los fármacos antiepilépticos y antidepressivos de forma única o combinada, producen alivio del dolor en aproximadamente la mitad de los pacientes con neuralgia supraorbitaria, sobre todo en los casos idiopáticos. Sin embargo, un gran número de pacientes, especialmente aquellos con neuralgia secundaria a traumatismos, presentan menos respuesta a los fármacos vía oral a lo largo del tiempo, lo que lleva a incrementar progresivamente las dosis y generar en algunos casos efectos secundarios indeseables, siendo difícil mantener el efecto beneficioso de la terapia [3].

El bloqueo con anestésicos locales del nervio supraorbitario proporciona un alivio inmediato en la practica totalidad de los pacientes, pero tiene el inconveniente de que este efecto es temporal. Sin embargo, los bloqueos nerviosos se consideran en general la herramienta estándar para confirmar el diagnóstico de una neuralgia periférica; la desaparición del dolor tras su realización se considera un prerrequisito para que el paciente sea candidato a la implantación de un neuroestimulador periférico [4]. Igualmente, para que la estimulación nerviosa pueda transmitirse, el nervio debe estar anatómicamente intacto [5].

Por tanto, la estimulación periférica mediante la colocación de un electrodo estimulador en la zona diana dolorosa (Figura) puede ser una alternativa terapéutica en los casos de neuralgia supraorbitaria refractaria a tratamiento médico, evitando actuaciones irreversibles como el tratamiento quirúrgico de esta patología.

V.L. Villanueva, J.M. Asensio, A. Pérez,  
G. Cerdá, S. Moliner, J. de Andrés

Aceptado tras revisión externa: 12.02.07.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor. Valencia, España.

Correspondencia: Dr. Vicente L. Villanueva Pérez. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor. Avda. Tres Cruces, s/n. E-46014 Valencia. Fax: +34 961 972 182. E-mail: villanueva\_vic@gua.es



Figura. Localización del electrodo de neuroestimulación periférica en un paciente afecto de neuralgia supraorbitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Penas-Prado M, Martínez-Salio A, Porta-Etessam J, Villarejo-Galende A, García-Ramos R, Saiz-Díaz RA, et al. Neuralgia supraorbitaria postraumática: una entidad benigna. Rev Neurol 2007; 44: 89-91.
2. Asensio JM, Villanueva V, Pérez A, López MD, Monsalve V, De Andrés J. Peripheral neurostimulation in supraorbital neuralgia refractory to conventional therapy. Cephalalgia [in process].
3. Martelletti P, Van Suijlekom H. Cervicogenic headache: practical approaches to therapy. CNS Drugs 2004; 18: 793-805.
4. Bovim G, Sand T. Cervicogenic headache, migraine without aura and tension-type headache. Diagnostic blockade of greater occipital and supraorbital nerves. Pain 1992; 51: 43-8.
5. Slavin K, Nerseyan H, Wess C. Peripheral neurostimulation for treatment of intractable occipital neuralgia. Neurosurgery 2006; 58: 112-9.

**Réplica.** Agradecemos el comentario de Villanueva et al a nuestro artículo sobre la neuralgia postraumática [1], así como la interesante comunicación de su experiencia en la neuroestimulación del nervio supraorbitario en casos de dolor refractario, que sin duda representa una nueva posibilidad terapéutica en este cuadro. Estamos de acuerdo, tal y como expresamos en el artículo –y como se recoge en la bibliografía previa del cuadro [2]–, en que los bloqueos con anestésicos locales son una prueba de interés diagnóstico y de valor pronóstico en los pacientes en los que se planteen tratamientos intervencionistas.

El ánimo principal de nuestro estudio es doble: por un lado, señalar el hecho de que este ti-

po de dolor neuropático no es tan raro como se recoge en la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas [3], sino que probablemente resulta más frecuente y por ello se infradiagnostica; y por otro, destacar que, al menos en su variante postraumática, es más benigno de lo que indican los estudios realizados en las unidades de cefaleas y en las unidades multidisciplinarias del dolor, donde obviamente llegan, por un sesgo de selección, los casos más complejos o refractarios al tratamiento.

Curiosamente, esta impresión se ha visto confirmada en dos artículos publicados tras la escritura del nuestro [4,5], en el primero de los cuales se estima en un 0,5% la prevalencia de la neuralgia supraorbitaria postraumática en un grupo de población adulta de una localidad noruega.

La divulgación de la existencia de este dolor neuropático debería permitir un mejor diagnóstico de estos pacientes en la atención primaria y en la atención neurológica extrahospitalaria, así como el acceso a un tratamiento farmacológico para el dolor neuropático –si se requiere– y una correcta selección de los pacientes con dolor refractario candidatos a tratamientos intervencionistas quirúrgicos [6] o neuroestimuladores, como el propuesto por Villanueva et al.

M. Penas-Prado, A. Martínez-Salio,  
J. Porta-Etessam, A. Villarejo-Galende,  
R. García-Ramos, R.A. Saiz-Díaz,  
T. Moreno-Ramos

Aceptado tras revisión externa: 07.03.07.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Antonio Martínez-Salio. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. Andalucía, km 5,4. E-28041 Madrid. E-mail: amsalio@yahoo.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Penas-Prado M, Martínez-Salio A, Porta-Etessam J, Villarejo-Galende A, García-Ramos R, Saiz-Díaz RA, et al. Neuralgia supraorbitaria postraumática: una entidad benigna. Rev Neurol 2007; 44: 89-91.
2. Caminero AB, Pareja JA. Supraorbital neuralgia: a clinical study. Cephalalgia 2001; 21: 216-23.
3. Headache Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1): S1-135.
4. Sjaastad O, Petersen HC, Bakketeig LS. Supraorbital neuralgia. Vaga study of headache epidemiology. Cephalalgia 2005; 25: 296-304.
5. Pareja JA, Caminero AB. Supraorbital neuralgia. Clin Pain Headache Rep 2006; 10: 302-5.
6. Sjaastad O, Stolt-Nielsen A, Pareja JA, Fredriksen TA, Vincent M. Supraorbital neuralgia. On the clinical manifestations and a possible therapeutic approach. Headache 1999; 39: 204-12.