

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo O SINDROME DE WILMER HARRIS

Dr. José de Jesús Jimenez Olavarrieta

Jefe del Servicio de Medicina Interna, Hospital José María Cabral y Baez, Santiago , R.D.

Es la primera vez que se reporta esta condición en la ciudad de Santiago. Todos los libros consultados en la bibliografía hacen hincapié en lo muy raro de la condición. Me he puesto en contacto con diferentes especialistas (otorrinolaringólogos, neurólogos y de vías digestivas altas) y uno que otro señala vagamente haber visto algún caso , o sencillamente no haberlo visto.

Conocida también como tic doloroso del glossofaríngeo, glosodinia posterior y Síndrome de Wilfred Harris, es mucho menos frecuente que la neurálgia del trigémino.

Su identificación como entidad neurológica se debe a Harris, quien la describió magistralmente en 1921. Consiste en aparición paroxíptica de dolor muy severo en la base de la lengua, región amigdalina o faringe posterior, que pueden irradiarse al oído.

Su etiología es desconocida, aunque en algunos casos se han encontrado compresión del nervio glossofaríngeo por neoplasias amigdalofaríngeas o de la base de la lengua.

No tiene predilección por sexo o edad.

El glossofaríngeo es un nervio mixto.¹ Por

sus fibras motrices contribuyen a la inervación de los nervios de la faringe, especialmente los constrictores de la faringe y el estilofaríngeo y junto con el vago y el simpático, forman el plexo faríngeo, determinando algunos movimientos de la faringe y de los pilares del velo del paladar.²

Las fibras sensitivas recogen las impresiones sensitivas de la mucosa de la faringe y del oído medio, mientras que las sensoriales recogen las impresiones gustativas del tercio posterior de la lengua, detrás de la V lingual.

La raíz motora procede de la extremidad superior del núcleo ambiguo, en el bulbo. Las fibras sensitivas tienen sus orígenes en dos ganglios situados a nivel del agujero rasgado posterior: Los ganglios de Andersch y de Ehrenriter. Estos ganglios emiten ramas periféricas que terminan en la parte media del haz del fascículo solitario en el bulbo. La vía gustativa procede del núcleo salival inferior (bulbar) y determina el gusto en el tercio posterior de la lengua. Las fibras secretoras y vasodilatadoras están destinadas a la glándula parótida.

Este nervio emite seis ramas colaterales, de la cual solo haremos mención del nervio de Jacobson, el cual, desde su origen en el ya mencionado ganglio de Andersch a nivel del agujero rasgado posterior, penetra en el conducto timpánico, llegando al oído medio (caja del tímpano), donde se divide en unas seis ramas. Hacemos esta mención para poder explicar porqué, en la neuralgia del glosofaríngeo, el dolor puede irradiarse al oído medio.

Sintomatología.-

El dolor es paroxístico, muy intenso, hasta el grado que el paciente cree haber recibido una puñalada profunda a nivel de la región amigdalina. El dolor es siempre unilateral, referido a la región amigdalina.

Puede irradiarse a la faringe, raíz de la lengua, región lateral del cuello hasta el oído.

La estimulación de la amígdala y pilares del velo del paladar puede desencadenar las crisis dolorosas. Muy frecuentemente el dolor es desencadenado durante la deglución. También se produce con frecuencia durante las crisis una sensación constrictiva muy desagradable en la garganta y en ocasiones el oído se torna tan sensible que no se puede ni tocar.

Cita Pedro Pons, que ha habido casos en que los paroxismos dolorosos iban acompañados de fenómenos cardíacos, consistentes en cianosis, bradicardia, sensación de angustia, que se han atribuido a fenómenos reflejos de inhibición vagal provocados por el dolor.

Diagnóstico diferencial.-

Debe hacerse con la neuralgia del trigémino. Esta condición consiste en dolores espontáneos localizados en el trayecto de una o varias ramas del trigémino. El dolor es de inicio brusco, de duración breve y usualmente aparece cuando el paciente comienza a masticar, a diferencia de la neuralgia del glosofaríngeo, cuando el dolor aparece al deglutir el paciente.

En la neuralgia del trigémino hay puntos dolorosos característicos (puntos de Valleix). La presión ejercida sobre el trayecto del nervio es dolorosa en estos puntos de acuerdo a la rama afectada. Además, en la neuralgia del trigémino se asocian trastornos vasomotores y secretorios (congestión de conjuntivas, hipersecreción nasal, salival y lagrimal).³⁻⁶

Tratamiento.-

El tratamiento recomendado es un ciclo de Carbamazepina (Tegretol) o difenilhidantoína (Epamín) lo cual produce remisiones del dolor con frecuencia.

En casos rebeldes el nervio podría seccionarse intracranalmente. Los resultados de la operación son parcialmente beneficiosos. El paciente quedará sin dolor, pero la mucosa faríngea de ese lado quedará anestesiada para siempre, con pérdida del reflejo nauseoso de ese lado, mas pérdida del gusto en el tercio posterior de la lengua de ese lado. Si el nervio vago es afectado durante el proceso quirúrgico, la cosa será peor: habrá disfagia y disartria.

PRESENTACION DEL CASO

Niño BRRC de 10 años de edad. Desde hace unos tres meses viene padeciendo de dolores agudísimos a nivel de la amígdala izquierda, de 10 a 15 segundos de duración, crisis dolorosas que se despiertan al tragar. El proceso es unilateral, el dolor se irradia a la base de la lengua y al oído. Estos episodios ocurren dos o tres veces por semana.



FIGURA No. 1.- BRRC DE 10 AÑOS DE EDAD CON . NEURALGIA DEL GLOSOSFARINGEO.

Fue llevado a otorrinolaringólogos, gastroenterólogos y médicos generales. Según la madre del niño, que es enfermera de nuestro Hospital Cabral y Baez, nadie supo decirle lo que

tenía y al examen de la nasofaringe, todo estaba normal.

Entonces ella llevó el niño al Departamento de Medicina Interna del Cabral y Baez. Quien esto escribe, con toda humildad, buscó un libro de Harrison improvisadamente y leyó a todo el Departamento la condición que nos ocupa. Todos estuvieron de acuerdo y en vista de que los Editores de Acta Medica Dominicana necesitan pruebas de algo tan subjetivo como esto (a la vez de la rareza), los Residentes de Medicina Interna confeccionaron una carta, la cual va anexa al trabajo como constancia, aunque no será publicada. El niño lleva dos semanas de tratamiento con Tegretol y por el momento, las crisis han desaparecido.

REFERENCIAS

- 1.- Enfermedades del sistema nervioso. Agustín Pedro Pons, Salvat Editores, Barcelona 1974, pag 797
- 2.- Anatomía Humana. H. Rouviere, Tomo I, Editorial Bailly-Bailliere 1953, pag 251
- 3.- Semiología del Sistema Nervioso. Dassen y Fustinioni. Librería "El Ateneo", 1949, 5ta edición, Buenos Aires, pag 121
- 4.- Essentials of Clinical Neuroanatomy & Neurophysiology. Manter & Gatz, 6th edition 1982, F.A. Davis Company, Philadelphia, pp 87 and 94
- 5.- Merritt's Textbook of Neurology. Edited by Lewis Rowland, 7th edition 1984, Lea & Febiger, Philadelphia, pag 325
- 6.- Principios de Medicina Interna, Harrison. 12va edición, vol II, 1991, McGraw-Hill, pag 2413