

SINDROME DE RAMSAY HUNT POSTHERPETICO. MANEJO NEUROQUIRURGICO.

SCHVARCZ, J. R.

PALABRAS CLAVES: Ramsay Hunt - Neurocirugía.

Introducción

Las neuralgias postherpéticas son de difícil manejo terapéutico. Más aun, a nivel craneofacial, éstas no sólo no han sido modificadas consistentemente por ningún tipo de tratamiento neuroquirúrgico, sino que frecuentemente éstos, al aumentar la deaferentación, producen un agravamiento del cuadro algico.

Las neuralgias facio-gloso-vagales son muy poco frecuentes, siendo aun su tratamiento neuroquirúrgico materia de debate.

Así, las neuralgias postherpéticas de estos pares craneales constituyen no sólo un problema no resuelto por métodos convencionales, sino que también proporcionan interesantes elementos para el análisis fisiopatológico, y por ende, para el correcto enfoque terapéutico no sólo de las disestesias postherpéticas de dichos pares craneales, sino también sobre otros fenómenos dolorosos del intermediario, glossofaríngeo y neumogástrico así como de los primeros nervios cervicales.

De una serie de 129 nucleotomías trigeminales estereotáxicas consecutivas, se presentan 4 casos con síndrome de Ramsay Hunt.

Material y Métodos

La técnica ya ha sido descripta en detalle (Schvarcz, 1978). Sintéticamente, la unión bul-

bo-espinal es abordada por vía posterior a través del espacio occipito-atloideo, previa visualización mediante cisternografía positiva con contraste hidrosoluble en condiciones estereotáxicas. La penetración medular es determinada mediante monitoreo de impedancia y la ubicación exacta del núcleo del tracto descendente del trigémino es determinada mediante estimulación eléctrica. Una vez corroborada fisiológicamente la posición del electrodo se efectúa lesión termocontrolada por radiofrecuencia en forma incremental.

Sobre 67 enfermos operados por dolor de origen central, 19 presentaban disestesias postherpéticas. Dentro de este grupo, 4 casos tenían dolor referido al territorio facio-gloso-vagal. De estos enfermos, 2 tenían adicionalmente dolor referido a V_1 , 1 dolor referido a V_3 , y 3 dolor referido a C_{2-3} .

Sus historias algicas oscilaban entre 1 y 6 años.

Todos ellos habían sido medicados con carbamazepina y/o difenilhidantoina y amitriptilina, son modificaciones.

Resultados

La nucleotomía indujo resultados alejados globalmente satisfactorios en estos enfermos, produciendo abolición de la hiperpatía y marcada reducción en, o desaparición del dolor pro-

fundo quemante de fondo en 3 casos, y transformando al restante de refractario en sensible a la carbamazepina.

El seguimiento postoperatorio osciló entre 1 y 10 años. Ni hubo morbilidad asociada.

Discusión

Las neuralgias postherpéticas craneofaciales han sido particularmente rebeldes, aun dentro de difícil grupo de cuadros de dolor de origen central, a los tratamientos neuroquirúrgicos.

El análisis cuidadoso de la bibliografía demuestra el consistente fracaso de todas las técnicas, aun de la tractotomía trigeminal, hasta el advenimiento de la "nucleotomía" (Schvarcz, 1974) trigeminal estereotáctica.

Ello no es de extrañar, dado que el déficit sensitivo que siempre es demostrable semiológicamente y sobre el cual se superpone el área álgica indica la existencia de un estado parcial o total de deafferentación crónica, determinando consecuentemente que los intentos adicionales de denervación mediante lesión de la primera neurona, en cualquiera de sus niveles, periférico, ganglionar o central, fracasasen invariablemente o aumenten el dolor (Schvarcz, 1979).

A nivel del núcleo caudalis sinaptan aferentes del trigémino, del intermediario, del glossofaríngeo, del neumogástrico y de los tres primeros nervios cervicales.

Numerosas evidencias experimentales señalan la aparición progresiva de una grosera hiperactividad neuronal espontánea a nivel del núcleo caudalis inducida por rizotomía trigeminal. Por otra parte, en las neuralgias postherpéticas existen lesiones de esta estructura. Más aun, las variantes semiológicas aquí presentadas sólo pueden ser explicadas implicándola (Schvarcz, 1977).

Nosotros enfatizamos la importancia fisiopatológica de destruir el polo oral del núcleo caudalis en ciertos tipos de dolor central facial ("nucleotomía", Schvarcz, 1974), actuando presumiblemente sobre el locus lesional, removiendo el pool segmentario de hiperactividad neuronal denervatoria, eliminando la posibilidad de convergencia e interrumpiendo el complejo intranuclear ascendente (Schvarcz, 1977, 1978, 1979).

La nucleotomía trigeminal estereotáctica es, por el momento, el tratamiento de elección del dolor disestésico de las diversas variantes semiológicas del síndrome de Ramsay Hunt.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHVARCZ, J. R. Spinal Cord Stereotactic Surgery. In K. Sano and S. Ishii (Eds.) *Recent Progress in Neurological Surgery*, pp. 234-241. Excerpta Medica, Amsterdam, 1974.
2. SCHVARCZ, J. R. Postherpetic Craneofacial Disaesthesiae. Their Management by Stereotactic Trigeminal Nucleotomy. *Acta Neurochirurg. (Wien)* 38: 65-72, 1977.
3. SCHVARCZ, J. R. Spinal Cord Stereotactic Techniques are Trigeminal Nucleotomy and Extralemniscal Myelotomy. *Appl. Neurophysiol. (Basel)* 41: 99-112, 1978.
4. SCHVARCZ, J. R. Stereotactic Spinal Trigeminal Nucleotomy for Disesthetic Facial Pain. In J. Bonica, J. Biebeskind and D. Albe-Fessard (Eds.) *Advances in Pain Research and Therapy*, vol. 3, pp. 331-336. Raven Press, New York, 1979.