

# Manejo de cefalea cervicogenica mediante bloqueo great occipital nerve (GON) ecoguiado en el área de urgencias. Reporte de un caso

## Cervicogenic headache treated with great nerve occipital block

Israel Morales García<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Servicio de urgencias del hospital general de zona #2, IMSS Hermosillo. Sonora, México.

Fecha de recepción: 22 de abril de 2022 / Fecha de aceptación: 12 de mayo de 2022

### ABSTRACT

Cervicogenic headache can be confused with migraine headache, which conditions multiple admissions to emergency services, within the established treatments, the international headache society establishes the blockade of the greater occipital nerve (GON) with local anesthetics as necessary for the diagnosis of occipital neuralgia, with the introduction of ultrasound to perform invasive procedures, it has facilitated the performance of the technique, with excellent results, reducing stays in the emergency department and it is a technique that emergency physicians can perform.

**Key words:** Cervicogenic headache, migraine, GON block, echo-guided regional analgesia, ultrasound, emergency, emergency room.

### RESUMEN

La cefalea cervicogenica se puede confundir con cefalea migrañosa eso condiciona múltiples ingresos a los servicios de urgencias, dentro de los tratamientos establecidos, the internacional headache society establece el bloqueo del nervio occipital mayor (GON) con anestésico locales como necesario para el diagnóstico de neuralgia occipital, con la introducción del ultrasonido para realizar procedimientos invasivos ha facilitado la realización de la técnica, con excelentes resultados reduciendo las estancias en el servicio de urgencias y es una técnica que pueden realizar los médicos urgenciólogos.

**Palabras clave:** Cefalea cervicogenica, migraña, bloqueo GON, analgesia regional ecoguiada, ultrasonido, urgencias, urgenciólogos.

La cefalea cervicogenica se presenta como un dolor unilateral que inicia en la región cervical, es un dolor de cabeza y cara crónico y recurrente que generalmente inicia después de algún movimiento brusco de la región cervical, en algunas ocasiones este tipo de dolor se pudiera confundir con migraña, cefalea tensional o con otros tipos de síndromes de cefalea primaria[1].

Los nervios de c1 a c3, transmiten señales de dolor al núcleo nociceptivo de la cabeza y cuello, el núcleo trigémino cervical, se cree que esta en conexión es la causa del dolor referido al occipucio y a los ojos, se piensa que en la inflamación aséptica y la neuro transmisión dentro de las fibras C causadas por una patología del disco cervical producen y empeoran el dolor en

una cefalea cervicogenica[2],[3].

La clasificación de la cefalea cervicogenica como entendida nosológica independiente todavía despierta controversias entre los expertos, que debaten los criterios diagnósticos, la fisiología y los diagnósticos diferenciales entre otras cefaleas, existen quienes han tratado con éxito a pacientes afectados por cefalea cervicogenica mediante bloqueos nerviosos de las vías nociceptivas cervicales altas. La espondilitis anquilosante forma parte de un grupo de enfermedades denominadas espondilo artropatías que se caracterizan por un daño autoinmune de las estructuras articulares y peri articulares de la columna vertebral, tendones, ligamentos, lo que provoca calcificación progresiva, provocando anquilosis perdida de la capacidad de movimiento,

dr4body@hotmail.com

\*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6384-1104>

Muchos pacientes con espondilitis anquilosante tienen episodios leves de rigidez y dolores de espalda esporádicos, pero en otros casos hay rigidez y dolor de espalda severo y continuo[3]. La International Headache Society establece el bloqueo del nervio occipital mayor (GON) con anestésicos locales como necesario para el diagnóstico de neuralgia occipital, anteriormente se realizaba con técnica a ciegas mediante referencias anatómicas de superficie, lo cual condicionaba fallas en el depósito de los anestésicos o complicaciones como la punción arterial, el uso del ultrasonido ha permitido incrementar la tasa de éxito, ya que la precisión de los procedimientos se incrementa puesto que tenemos visión directa de las estructuras anatómicas nerviosas y vasculares en tiempo real, lo cual facilita la realización del bloqueo GON evitando así la punción arterial[5],[6],[7].

### Caso clínico

Se trata de paciente masculino 37 años el cual tiene como antecedentes de importancia padecer de espondilitis anquilosante desde los 10 años de edad, manejado con metotrexato, paracetamol, ácido fólico y mesalazina, posteriormente, tratado con adalimumab, paracetamol y celecoxib, se suspendió el tratamiento por haber presentado nódulos pulmonares que posterior a estudios y valoración médica resultaron benignos, en noviembre de 2021 inicia con cefalea y cervicalgia, además de exacerbación de la rigidez cervical, de inicio tratamiento con ibuprofeno, metocarbamol con paracetamol y tiocochicolcido + cobamida con mejoría relativa. En enero de 2022 presenta incremento del dolor por lo cual acude al servicio de urgencias en varias ocasiones en donde se le administraron AINES, esteroides inclusive opioides sin mejoría alguna. En su 5<sup>to</sup> ingreso al servicio de urgencias revisamos al paciente corroborando cefalea de origen cervicogenico por lo cual se plantea realizar bloqueo tipo GON del lado derecho. Con el consentimiento informado del paciente, procedemos a realizar el bloqueo en la sala de urgencias. Se administra una dosis de prueba con xilocaina al 2% 40 mg (2 ml) mediante uso de ecografía posicionamos la sonda de ultrasonido en una posición transverso al plano sobre el sitio del bloqueo clásico, a nivel del línea nuchal superior, con el centro de la sonda 2-3 cm lateral a la protuberancia occipital externa mediante la aplicación del Doppler color identificamos

la arteria occipital y el nervio occipital (Figura 1). El paciente menciona una reducción del dolor de EVA 9/10 a EVA 3/10 posterior al bloqueo, el cual tuvo una duración de 6 h. A las 48 h del bloqueo diagnóstico se le propone nuevamente bloqueo GON pero en esta ocasión con anestésicos locales con efecto más prolongado, más la adición de dexametasona por lo cual en este segundo bloqueo utilizamos ropivacaina al 7,5% 2 ml (30 mg) + 4 mg dexametasona en un volumen total de 3 ml, el cual depositamos a nivel del GON mediante guía ecográfica, con reducción del dolor a los 30 minutos del procedimiento EVA 1/10, manifestando tener parestesias hasta la región malar del mismo lado del bloqueo. Se deja únicamente celecoxib de rescate en caso de dolor, en seguimiento del paciente hasta el momento a 5 meses de haber realizado el bloqueo no ha presentado recaída en el dolor.

### Discusión

El dolor es el principal síntoma por el cual los pacientes ingresan a una sala de urgencias se tiene documentado que hasta el 80% de los ingresos a una sala de urgencias es por dolor, La cefalea de origen cervicogenico es una de las causas de estos ingresos y esta puede estar desencadenada por múltiples factores y puede llegar a ser incapacitante para los pacientes, con lo cual se produce un desgaste físico y emocional. De acuerdo a la escala analgésica de la OMS los procedimientos intervencionistas se sitúan en el 4<sup>to</sup> escalón, los procedimientos intervencionistas pueden ser utilizados antes de llegar al uso de opioides, dependiendo del origen que este desencadenando el dolor, la ayuda de la ecografía para realizar procedimientos invasivos nos disminuye las complicaciones derivadas de estos.

El bloqueo GON es una herramienta que nos ayuda tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de estos enfermos en conjunto con el manejo farmacológico y la rehabilitación física cuando esta esté indicada. Este procedimiento intervencionista mediante la aplicación de analgesia regional ecoguiada podría implementarse desde que el paciente ingresa a un área de urgencias para poder tener un diagnóstico de certeza y así canalizar al paciente al servicio que le dará seguimiento a su padecimiento por la consulta externa.

El uso de la ecografía crítica en los últimos años ha tomado

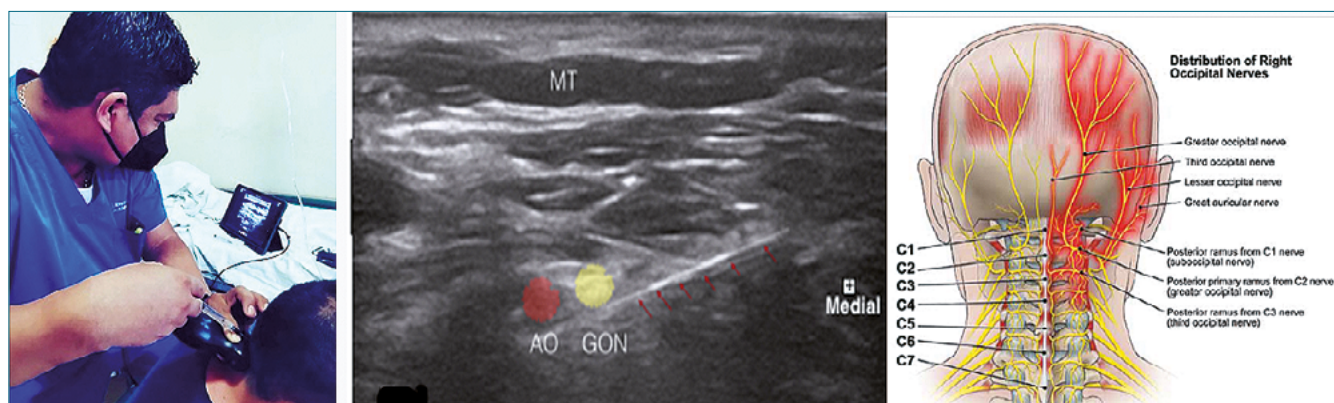


Figura 1.

un auge importante en los servicios de urgencias, la capacitación de los médicos de urgencias en el manejo del dolor mediante analgesia regional ecoguiada es una necesidad actual en las áreas críticas como lo son las salas de urgencias. El manejo del dolor mediante fármacos en combinación con procedimientos intervencionistas brinda un mayor confort a los pacientes, eliminando los efectos deletéreos derivados del mal control analgésico o de una oligoanalgesia por lo cual los procedimientos intervencionistas son cada vez más una necesidad para los médicos urgenciólogos, médicos intensivistas y médicos que atiendan áreas críticas. El bloqueo GON es una opción terapéutica para los pacientes con un manejo difícil del dolor o que no ha sido adecuadamente diagnóstico en cuanto al origen del mismo. Como médicos debemos transmitir el conocimiento a las nuevas generaciones independientemente de la especialidad que se tenga, el manejo del dolor es una parte muy importante de la atención de nuestros pacientes y este manejo se debe iniciar en forma oportuna desde el ingreso a los servicios de urgencias. Se debe tener más apertura entre las especialidades para poder capacitar a más médicos de áreas críticas para realizar analgesia regional ecoguiada.

## Referencias

---

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202> PMID:29368949
2. Robert Gates V. Diagnóstico y tratamiento manipulativo de la cefalea cervicogénica. Revisión bibliográfica. *Fisioterapia*. 2003;25(3):137–49. [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(03\)73050-8](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(03)73050-8).
3. *Rev elect anestesiología* oct 2016 vol 8(10):4.
4. Manual del residente de reumatología ISBN: 978-84-945705-4-4.
5. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition (*Cephalalgia* 2004; 24 suppl 1:1-160).
6. *Pain Physician* 2014; 17:E709-E717 • ISSN 2150-1149.
7. Greher M, Moriggl B, Curatolo M, Kirchmair L, Eichenberger U. Sonographic visualization and ultrasound-guided blockade of the greater occipital nerve: a comparison of two selective techniques confirmed by anatomical dissection. *Br J Anaesth*. 2010 May;104(5):637–42. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq052> PMID:20299347