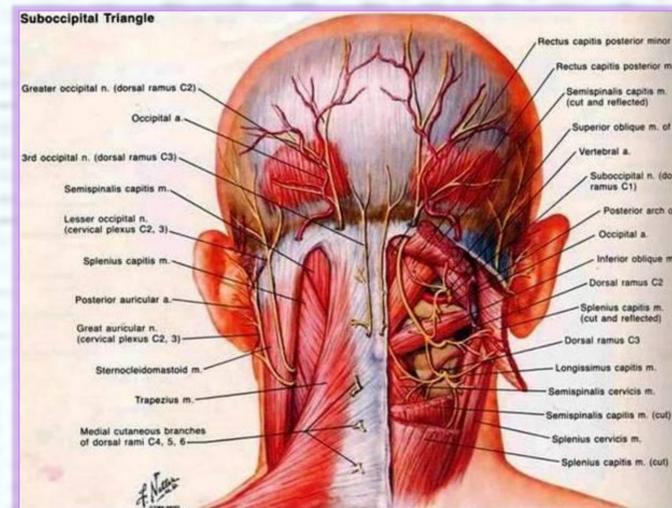
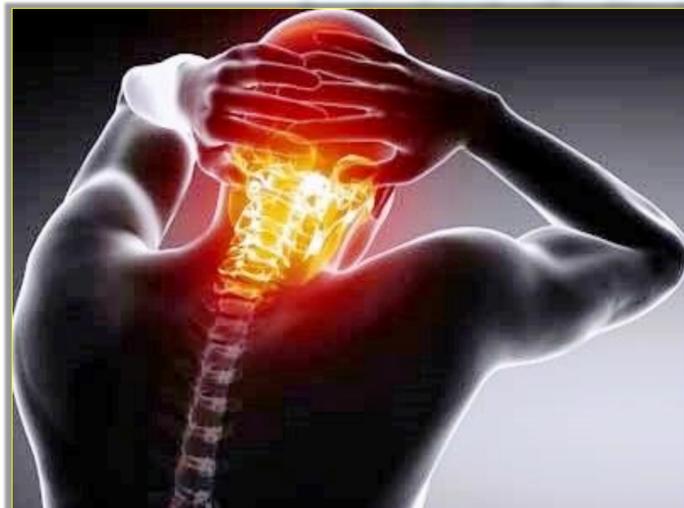


Teresa Rama Martínez¹, Rosa M^a Alcolea García², Víctor López-Marina³, Pere Beato Fernández⁴, Gregorio Pizarro Romero⁵, Jordi Tolo Solé¹.

¹CAP El Masnou-Alella, ²CAP Besòs, ³CAP Piera, ⁴Consultorio Barrio Cotet, Premià de Dalt, ⁵CAP Llefià, Badalona. Barcelona.

Introducción:

La **neuralgia occipital** es una enfermedad debida casi siempre a la afectación del nervio occipital mayor, conocido también como **nervio de Arnold (NA)**. La repercusión clínica puede ser importante. El diagnóstico y tratamiento precoces pueden mejorar la calidad de vida del paciente.



Descripción sucinta del caso:

Mujer de 43 años, administrativa de profesión, diagnosticada hace dos años de NA por médico privado. Acude por persistencia de cervicalgia occipital con dolor cefálico referido y sensación vertiginosa. Tratamiento actual: naproxeno, diazepam y pregabalina. Mejoría parcial con tratamiento rehabilitador.

Exploración física: Palpación occipital dolorosa con contractura muscular cervical acusada, exploración neurológica normal.

Exploraciones complementarias: *Radiografía cervical* anodina. Aporta *Resonancia Magnética (RM) cervical*: espondilodiscartrosis de C3 a C7 sin compromiso mieloradicular. Se deriva a neurólogo de zona, que le solicita *Tomografía axial computarizada craneal*, que es normal y le repite la *RM cervical*, que informa de leve compromiso postero-lateral izquierdo. Se le practica infiltración mejorando el dolor, pero persistiendo la sensación de mareo.

Bibliografía:

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629–808.
2. Vanelderden P, Lataster A, Levy R, Mekhail, Van Kleef M, Van Zundert J. Occipital Neuralgia. *Pain Pract* 2010;10(2):137-44.
3. Caminero A, Mateos V. Aproximación clínica a las neuralgias craneales. *Rev. Neurol* 2009; 48(07):365-73.

Estrategia práctica de actuación:

La NA es un síndrome doloroso en la zona de inervación del nervio occipital.

Nervios occipitales:

- **Mayor (NA):** Rama posterior de C2. Es voluminoso (anastomosis con C3). Se hace superficial (subcutáneo) al perforar el trapecio. Inerva la piel y el tejido subcutáneo de la región occipital, temporal y parietal homolateral.
- **Menor:** Rama anterior del C2. Ascende por el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo y se anastomosa lateralmente con el occipital mayor.
- **Tercer nervio:** Rama de C3, inerva la piel de la nuca en la zona media.

Epidemiología: Es más frecuente en mujeres mayores de 50 años.

Etiología: Suele producirse por contractura muscular por trauma (latigazo cervical), contusión, compresión, etc.

Clínica: El dolor de tipo neuropático se irradia a otras zonas cefálicas.

Diagnóstico: Clínico, debiendo cumplir los criterios de la **IHS 2013**:

Criterios de la IHS (International Headache Society)

- Dolor en el territorio de distribución del nervio occipital.
- Dos de los siguientes:
 - Paroxismos recurrentes que duran segundos o minutos.
 - Intensidad severa.
 - Dolor punzante, agudo.
- El dolor se asocia a dos de los siguientes:
 - Disestesia y/o alodinia aparente durante la estimulación del cuero cabelludo o cabello.
 - Sensibilidad en el territorio del nervio y/o en el punto de emergencia del nervio occipital mayor o en el área de distribución de C2.
- El dolor se alivia temporalmente con la infiltración anestésica del nervio.

Diagnóstico diferencial: Otras cefaleas o neuralgias.

Tratamiento: Analgésicos-antiinflamatorios, relajantes musculares, fármacos para el dolor neuropático e infiltración local.

Evolución: Variable.