Descargado el: 18-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Neuralgia occipital. A propósito de un caso

Occipital Neuralgia. A Case Report

Urbano Solis Cartas[1] Olga Gloria Barbón Pérez[1] Eduardo Lino Bascó Fuentes[1]

[1] National University of Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador

Cómo citar este artículo:
Solis-Cartas U, Barbón-Pérez O, Bascó-Fuentes E. Neuralgia occipital. A propósito de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 18]; 14(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3102

Resumen

La neuralgia occipital, o neuralgia de Arnold, es una entidad poco común, que afecta principalmente al sexo femenino. Múltiples son las causas que pueden producir esta afección, que se caracteriza clínicamente por la presencia de dolor de intensidad variable, irradiación característica y presencia de puntos gatillos. El bloqueo anestésico del nervio occipital puede considerarse un elemento importante en el diagnóstico de la enfermedad. La intensidad, frecuencia y características del dolor, llegan a limitar considerablemente la percepción de la calidad de vida de los pacientes que la padecen. En este trabajo se presenta el caso de una paciente de 57 años, con diagnóstico de artritis reumatoide y cuadro compatible con una neuralgia occipital. Se considera oportuno este reporte por la frecuencia en servicios de urgencias de pacientes con dolor cervical, y por la escasez de estudios en la literatura relacionados con esta afección.

Palabras clave: dolor del cuello, puntos disparadores, bloqueo nervioso, nervios craneales, artritis reumatoidea

Abstract

Occipital neuralgia or Arnold's neuralgia is a rare condition that primarily affects women. There are multiple causes that can trigger this disorder, which is clinically characterized by the presence of pain of varying intensity, characteristic radiation of pain and presence of trigger points. Occipital nerve block can be an important element in the diagnosis of the condition. The intensity, frequency and characteristics of pain can considerably limit the perception of quality of life of patients who suffer from it. The case of a 57-year-old patient with a diagnosis of rheumatoid arthritis and symptoms compatible with occipital neuralgia is presented. This case is of interest given the frequent emergency department visits by patients with neck pain and the scarcity of studies on this condition

Key words: neck pain, trigger points, nerve block, cranial nerves, arthritis rheumatoid

Aprobado: 2015-12-11 10:10:11

Correspondencia: Urbano Solis Cartas. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. umsmwork74@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La neuralgia occipital, también conocida como neuralgia de Arnold, es un síndrome doloroso de la región occipital que afecta a los territorios inervados, tanto por el nervio occipital mayor, como por el nervio occipital menor. Los nervios occipitales son el nervio occipital mayor (gran nervio de Arnold), el nervio occipital menor y el tercer nervio occipital.[1-4] Existe la impresión de que la mayoría de los casos catalogados como neuralgia occipital, son en verdad síndromes de dolor occipital referidos desde estructuras cervicales o tejidos distintos del nervio occipital mayor o menor.[1,2]

La neuralgia occipital primaria es infrecuente, e incluso algunos dudan de su existencia. La teoría sugiere un proceso inflamatorio del nervio occipital mayor o menor, debido a la contracción muscular crónica, lo que provoca isquemia neural. Además, el nervio se encuentra sometido a cierto de grado de compresión por la acción de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo. Otros autores también refieren como posibles causas, los traumatismos occipitales y la compresión nerviosa de origen tumoral, esta última menos común.[2-4]

Es más frecuente en mujeres en la quinta década de la vida y su síntoma principal, aunque no exclusivo, es el dolor occipital. El dolor parte de la unión cérvico-occipital e irradia hacia el vértex en forma paroxística (ramalazos) o contínua. Generalmente, es unilateral y su carácter es punzante más que lancinante. Puede irradiarse hasta la zona retroauricular, temporal, parietal, frontal y retroocular.[5,6]

Como dato más significativo al examen físico se describe que la piel del cuero cabelludo puede encontrarse sensible e incluso el cepillarse el cabello puede provocar dolor.[7-9]

Los principales diagnósticos diferenciales que se deben considerar son la cefalea tensional, la migraña cervicogénica, la cefalea del tercer nervio occipital, la neuralgia de C2 y los trastornos de la unión craneocervical. En el caso de la espondilosis cervical y la hernia discal, son fuertemente cuestionados, pues no existe evidencia categórica de ser causa per se de dolor occipital.[2,10,11]

Entre los criterios diagnósticos de la Sociedad Internacional de Cefalea (2004),[12] se incluye el alivio parcial o total por bloqueo anestésico del nervio, sin embargo, existen múltiples reportes del uso de infiltración en la zona occipital para el tratamiento de diversos tipos de cefalea: tensional, migraña, *cluster*, cefalea cervicogénica, hemicránea continua, cefalea postraumática, migraña con aura hemipléjica, lo cual cuestiona la obtención de respuesta satisfactoria a la infiltración como elemento diagnóstico.[1]

El tratamiento se basa inicialmente en el uso de analgésicos, antiinflamatorios, e incluso, si el dolor es lancinante y paroxístico, carbamazepina en dosis crecientes. Estos medicamentos pueden llegar a asociarse de ser necesario. Otro recurso terapéutico es el bloqueo del nervio afectado, en casos rebeldes se ha sugerido la neurolisis o neurectomía mediante termocoagulación por radiofrecuencia y la aplicación de electrodos percutáneos, para crear un mecanismo neuromodulador del dolor.[2,6,10,11,13,14]

En este trabajo se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de artritis reumatoide y cuadro compatible con una neuralgia occipital. Se considera oportuno este reporte por la frecuencia en servicios de urgencias de pacientes con dolor cervical, y por la escasez de estudios en la literatura relacionados con esta afección.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente femenina, blanca, de 57 años de edad y procedencia urbana, con diagnóstico de artritis reumatoide desde hacía aproximadamente cinco años, para lo cual llevó tratamiento con methotrexate (10 mg semanales). Acudió a consulta externa refiriendo que desde hacía alrededor de dos meses presentaba dolor en región occipital, que irradiaba por todo el hemicráneo derecho, llegando hasta la región frontal y parte de la cara. El dolor era de tipo intermitente, punzante, en ocasiones duraba todo un día, y llegaba a alcanzar una intensidad máxima en un periodo de 15 a 20 minutos después de haber comenzado. Había llevado tratamiento con ibuprofeno, en presencia de dolor, sin sentir gran alivio.

Al examen físico, se recogió como dato significativo, la hipersensibilidad del cuero cabelludo en región occipital derecha, parieto-temporal derecha y parte de región frontal derecha; además, presencia de punto gatillo en región occipital derecha en sitio de emergencia del nervio occipital, que a su compresión exacerbaba la intensidad del dolor.

Se le indicaron exámenes complementarios de urgencia (hemograma completo, hemoquímica, PCR, radiografía cervical anteroposterior y lateral), los cuales no aportaron elementos sugestivos de algún otro proceso patológico.

Con la impresión diagnóstica de neuralgia occipital, se realizó bloqueo del nervio occipital con lidocaína al 2% y al cabo de unos minutos la paciente manifestó una mejoría ostensible del dolor. También se indica tratamiento con indometacina a dosis antiinflamatoria y carbamazepina a 200 mg diarios y en dosis creciente.

Se citó a la paciente para reconsulta a los siete días. Al acudir a consulta refirió una gran mejoría de su cuadro clínico, por lo que se decidió mantener tratamiento por periodo de tiempo mayor. En consultas posteriores se ha observado una evolución favorable respecto a la sintomatología con que acudió a consulta.

DISCUSIÓN

En esta paciente, con diagnóstico de artritis reumatoide y 57 años de edad, pueden ser varias las causas de la cefalea. Puede tratarse de una osteoartrosis cervical por la presencia del dolor, la edad mayor de 50 años y la presencia de una enfermedad inflamatoria crónica, como lo es la artritis reumatoide, lo cual se descarta con la realización de las radiografías de columna cervical.[15-17]

También está el diagnóstico de una migraña vascular, pero no es este el patrón sintomático, dada la ausencia de auras y otros elementos compatibles con esta afección. Se descartan otras causas secundarias, como compresiones del nervio occipital, gota, vasculitis, presencia de tumores, diabetes mellitus, herpes zoster, infecciones o esclerosis múltiple, que pudieran justificar el cuadro clínico, ya que no se recogen antecedentes ni elementos clínicos ni de laboratorio sugestivos de estos diagnósticos.[1,15-17]

Se plantea como diagnóstico definitivo una neuralgia occipital, por la presencia del dolor de tipo punzante, intermitente, con irradiación característica que comienza en región occipital y que irradia por la región parieto-tempero-frontal, de gran intensidad, duración variable, con presencia de un punto gatillo en el sitio de emergencia del nervio occipital y que además cede con el bloqueo anestésico de dicho nervio.

Además, estuvieron presentes los tres criterios de diagnóstico propuestos por la Sociedad Internacional de Cefalea:[12]

- Dolores punzantes paroxísticos con o sin persistencia del dolor entre paroxismos, en la distribución de los nervios occipitales mayor, menor y/o tercer nervio occipital.
- Sensibilidad sobre nervio afectado.
- Alivio del dolor temporalmente por bloqueo anestésico del nervio.

Es importante la divulgación de este caso, debido a que es frecuente encontrar en los servicios de consulta externa y/o urgencia, muchos pacientes que presentan cefalea occipital. Esta presentación constituye un acercamiento a las posibles causas etiológicas, y a la vez refuerza el conocimiento de elementos clínicos y de diagnóstico de la neuralgia occipital.

La neuralgia de Arnold es una de las afecciones poco comunes que pueden ser responsables de la aparición de cefalea de localización occipital. Cuenta con características clínicas propias y criterios diagnósticos que permiten diagnosticarla. La intensidad del dolor limita considerablemente la percepción de la calidad de vida de los pacientes que la padecen, por lo que el conocimiento de la enfermedad, así como del esquema terapéutico adecuado para su tratamiento, son elementos de trascendental importancia al asistir a un paciente con su posible diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaye Saavedra GA. Neuralgia occipital. Tratamiento con infiltración anestésica. Neurología Arg. 2013 ; 5 (1): 34-6.

2. Martínez Suárez JE, Lobaina Ortiz M, Santana Mercado W, Avilio Ferrufino R. Termocoagulación por radiofrecuencia en la neuralgia occipital de Arnold. Rev Soc Esp Dolor. 2010 ; 17 (8): 376-9.

3. Cornely C, Fischer M, Ingianni G, Isenmann S. Greater occipital nerve neuralgia caused by pathological arterial contact: treatment by surgical decompression. Headache. 2011 ; 51 (4): 609-12.

4. Evans RW. Peripheral nerve blocks and trigger point injections in headache management: trigeminal neuralgia does not respond to occipital

nerve block. Headache. 2010 ; 50 (7): 1215-6.

5. Kim OS, Jeong SM, Ro JY, Kim DK, Koh YC, Ko YS, et al. Fluoroscopy and sonographic guided injection of obliquus capitis inferior muscle in an intractable occipital neuralgia. Korean J Pain. 2010 ; 23 (1): 82-7.

6. Eldrige JS, Obray JB, Pingree MJ, Hoelzer BC. Occipital neuromodulation: ultrasound guidance for peripheral nerve stimulator implantation. Pain Pract. 2010 ; 10 (6): 580-5.

7. Lucchesi C, Puglioli M, Gori S. Occipital neuralgia: a symptomatic case caused by an abnormal left vertebral artery. Neurol Sci. 2013 ; 34 (2): 243-5.

8. Rodrigo M, Azcona JM, Quero J, Lorente C, Acín P, Azcona J. Cefalea cervicogénica. Tratamiento con estimulación eléctrica subcutánea periférica C1-C2-C3. Rev Soc Esp Dolor. 2005 ; 12 (6): 333-9.

9. Pedraza MI, Ruiz M, Rodríguez C, Muñoz I, Barón J, Mulero P, et al. Neuralgia occipital: características clínicas y terapéuticas de una serie de 14 pacientes. Rev Neurol. 2013 ; 57 (5): 193-8.

10. Cho JC, Haun DW, Kettner NW. Sonographic evaluation of the greater occipital nerve in unilateral occipital neuralgia. J Ultrasound Med. 2012 ; 31 (1): 37-42.

11. Solis Cartas U, Torres Carballeira R, de Armas Hernández A, García González V. Dolor óseo como forma de presentación de un mieloma múltiple. Rev Cuba Reumatol [revista en Internet]. 2014 [cited 4 Jun 2015] ; 16 (3): [aprox. 4p]. Available from: http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/357/547.

12. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia. 2nd. ed. 2004. ; 24 Suppl 1: S p. 9-160.

13. Mulleners WM, McCrory DC, Linde M. Antiepileptics in migraine prophylaxis: an updated Cochrane review. Cephalalgia. 2015 ; 35 (1): 51-62.

14. Choi HJ, Oh IH, Choi SK, Lim YJ. Clinical outcomes of pulsed radiofrequency neuromodulation for the treatment of occipital neuralgia. J Korean Neurosurg Soc. 2012 ; 51 (5): 281-5.

15. Solis Cartas U, Morejón Gómez J, de Armas Hernández A. Causa de cervicalgia en el servicio de urgencia. Rev Cuba Reumatol [revista en Internet]. 2013 [cited 16 Jul 2015] ; 15 (3): [aprox. 4p]. Available from: http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/269/434.

16. de Armas Hernández A, León Chancusing R, Amador García D, Carrillo Reyes C, Muñoz Balbín M, Benitez Falero Y. Osteoartritis secundaria. A propósito de un caso. Rev Cuba Reumatol [revista en Internet]. 2015 [cited 19 Jun 2015] ; 17 (2 Suppl 1): [aprox. 4p]. Available from: http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/417/pdf_24.

17. Solis Cartas U, Morejón Gómez J, de Armas Hernández A. Espondilitis anquilosante y enfermedad de Von Recklinhausen. Una asociación infrecuente. Rev Cuba Reumatol [revista en Internet]. 2014 [cited 14 Jul 2015] ; 16 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/327/497.