

**Neuralgia del nervio glossofaríngeo en pacientes oncológicos: serie de casos tratados
con nerolisis del nervio glossofaríngeo en el Instituto Nacional de Cancerología y
revisión de la literatura**

Autor(es):

Harold Anderson Acosta Gutiérrez

Bilena Margarita Molina Arteta

Instituto Nacional de Cancerología

Universidad Militar Nueva Granada

Bogotá, 2025

Resumen

La neuralgia glossofaríngea en pacientes oncológicos es infrecuente pero ocasiona dolor severo refractario a tratamientos convencionales. Este estudio retrospectivo de serie de casos (2021-2025) evaluó la neurolisis glossofaríngea como opción analgésica paliativa, complementado con una revisión narrativa de la literatura. Se incluyeron nueve pacientes con cáncer de cabeza y cuello y neuralgia glossofaríngea refractaria, tratados con neurolisis glossofaríngea guiada por fluoroscopia (inyección de alcohol absoluto 100% o radiofrecuencia pulsada). Se registraron la intensidad del dolor (escala 0–10) y la dosis diaria equivalente de morfina (DEMOP) antes y después de la intervención.

Tras la neurolisis, el dolor se redujo (mediana 7/10 inicial a 3/10 al mes) y se mantuvo bajo; a los 3 meses hubo un leve repunte, sin retornar al nivel basal. El requerimiento de opioides disminuyó de forma similar, con mediana de 24 mg/día inicial a 0 mg/día a 3 meses; la mitad de los pacientes dejaron de necesitar opioides. No se presentaron complicaciones significativas. La revisión narrativa identificó evidencia limitada, con un estudio previo que reportó alivio similar sin eventos adversos graves. En conclusión, la neurolisis glossofaríngea es una intervención segura y eficaz para el manejo paliativo del dolor refractario, logrando alivio significativo y reducción del uso de opioides.

Palabras clave: Nervio glossofaríngeo; Neuralgia; Dolor por cáncer; Cuidados paliativos; Radiofrecuencia; Neurolisis.

Abstract

Glossopharyngeal neuralgia in cancer patients is uncommon but causes severe pain that is refractory to conventional treatments. This retrospective case series (2021–2025) evaluated

glossopharyngeal nerve neurolysis as a palliative analgesic option, complemented by a narrative review of the literature. Nine patients with head and neck cancer and refractory glossopharyngeal neuralgia were treated with fluoroscopy-guided glossopharyngeal neurolysis (100% alcohol injection or pulsed radiofrequency). Pain intensity (0–10 numerical rating scale) and daily oral morphine equivalent dose (DEMOM) were recorded before and after the intervention.

After neurolysis, pain intensity was reduced (median NRS 7/10 at baseline to 3/10 at one month) and remained low; at 3 months a slight increase was noted, though not returning to baseline levels. Opioid requirements similarly decreased, with median consumption dropping from 24 mg/day to 0 mg/day at 3 months, and half of the patients became opioid-free. No significant procedure-related complications were observed. The narrative review found limited evidence on this technique, with one prior study reporting comparable pain relief and no serious adverse events. In conclusion, glossopharyngeal neurolysis appears to be a safe and effective palliative intervention for the management of refractory glossopharyngeal neuralgia in cancer patients, achieving significant pain relief and reduced opioid use.

Keywords: Glossopharyngeal Nerve; Neuralgia; Cancer Pain; Palliative Care; Radiofrequency Ablation; Neurolysis.

Introducción

La neuralgia del nervio glossofaríngeo (NNG) es una patología caracterizada por dolor paroxístico que ocurre en una o más divisiones del nervio glossofaríngeo. Los pacientes afectados típicamente se quejan de dolor punzante de un lado de la garganta, cerca del área amigdalina, con posible irradiación al oído (Reddy & Viswanathan, 2014). La NNG puede estar asociada con síntomas vagales como bradicardia, asistolia, episodios sincopales cuando está asociado a compromiso del nervio vago (Šklebar, 2022).

Las características del dolor para clasificarla como NNG incluyen: duración de pocos segundos a 2 minutos; intensidad severa; calidad de descarga eléctrica, punzante o aguda; precipitado por tragar, toser, hablar o bostezar (Park & Ahn, 2023). Además de estas características, la clasificación distingue entre los siguientes tipos: clásica, en la que se demuestra compresión neurovascular del nervio glossofaríngeo; idiopática, cuando no se demuestra una enfermedad subyacente ni se demuestra compresión neurovascular. (Reddy & Viswanathan, 2014).

Finalmente está la NNG secundaria, cuando se demuestra una lesión causante, distinta de la compresión vascular, como en el caso de una neoplasia. La NNG secundaria, además de las características previas, también puede presentar un dolor sordo que persiste entre paroxismos y puede estar asociado con deterioro sensorial dentro de la distribución del nervio glossofaríngeo (Reddy & Viswanathan, 2014).

La NNG es una condición muy poco frecuente en la población general, con una incidencia estimada entre 0.4 y 0.8 casos por cada 100.000 personas al año, su asociación con tumores de cabeza y cuello representa un subgrupo aún más reducido, con una frecuencia reportada entre el 0.04 y el 0.15% de los casos (Nagata et al., 2019). A pesar de su baja

prevalencia, esta condición puede generar dolor severo, episodios de síncope e interferencia significativa con funciones básicas como la alimentación, el habla y el descanso (Šklebar, 2022).

El dolor asociado al cáncer de cabeza y cuello tiene alta prevalencia y es una causa importante de morbilidad y deterioro de la calidad de vida. Este tipo de dolor puede ser intenso, persistente y multifactorial, con componentes somáticos, neuropáticos e incluso nociplásticos, lo que dificulta su manejo. Para abordarlo adecuadamente, se requieren estrategias que integren tratamiento farmacológico junto con terapias no farmacológicas (Byrd & Kohutek, 2024). Específicamente en pacientes con NNG, el tratamiento representa un reto significativo debido a la resistencia al tratamiento analgésico convencional y el impacto debilitante en la calidad de vida del paciente (Aman et al., 2021; Raslan et al., 2021). Los tratamientos convencionales como opioides y analgesia adyuvante presentan limitaciones, incluyendo efectos secundarios graves y tolerancia al medicamento (Koyyalagunta & Burton, 2010; Whitman et al., 2020).

Las intervenciones como los bloqueos y la neurolisis representan alternativas efectivas para el manejo del dolor refractario en pacientes oncológicos. Están especialmente indicadas en casos donde el dolor puede aliviarse mediante intervención sobre una estructura nerviosa y además no se logra una analgesia adecuada con el tratamiento convencional o cuando este genera efectos adversos intolerables (Swarm et al., 2019). A pesar de la escasa evidencia, se han recomendado bloqueos nerviosos con corticosteroides sobre el nervio glossofaríngeo en pacientes con cáncer de lengua en casos de dolor refractario al tratamiento médico convencional (Aman et al., 2021); sin embargo, no existen recomendaciones específicas para el uso de neurolisis en este contexto.

Este trabajo tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de la neurolisis del nervio glossofaríngeo en pacientes con NNG secundaria a cáncer de cabeza y cuello, analizando la reducción del dolor y del consumo de opioides tras la intervención.

Métodos

Este estudio correspondió a una serie de casos de tipo observacional, retrospectiva y descriptiva, que incluyó pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología entre enero de 2021 y enero de 2025, diagnosticados clínicamente con NNG y tratados mediante nerolisis del nervio glossofaríngeo. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo todos los casos mayores de 18 años con diagnóstico clínico de NNG, con registro del procedimiento en la historia clínica. Se excluyeron aquellos casos sin registro de la intensidad del dolor mediante la escala numérica análoga (ENA), sin información esencial sobre la intervención o evolución posterior o sin seguimientos clínicos al primer y tercer mes postprocedimiento.

La intervención consistió en la realización de nerolisis del nervio glossofaríngeo bajo guía fluoroscópica por abordaje periestiloideo, mediante una de dos técnicas: la inyección de 2 mL de alcohol absoluto (100%) o la aplicación de radiofrecuencia pulsada (RFP) a 60 V durante 2 minutos. La intensidad de dolor se registró antes de la nerolisis, inmediatamente después del procedimiento, y en controles posteriores (aproximadamente al 7° día, al primer mes y al tercer mes, según la disponibilidad de cada paciente). Asimismo, se anotó la dosis diaria de opioides basal y en esos controles de seguimiento.

Para la evaluación del dolor, la ENA es una herramienta válida y confiable para medir la intensidad del dolor. Tiene un formato simple, que va de 0 a 10, lo que la hace fácil de usar tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, por lo que se ha convertido en una de las opciones más utilizadas en la práctica clínica diaria. En pacientes con cáncer, la ENA ha demostrado ser más precisa que la escala verbal para evaluar la intensidad del dolor (Kim & Jung, 2020). Así mismo, la dosis equivalente de morfina oral diaria (DEMODO) es útil para evaluar la reducción del uso de opioides como un indicador de mejoría clínica en pacientes con dolor crónico (Goudman et al., 2020).

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología, y se garantizó la confidencialidad y el uso responsable de los datos clínicos.

Resultados

De los 15 pacientes elegibles, dos no contaron con seguimientos completos posteriores al procedimiento. Adicionalmente, se identificaron cuatro pacientes en quienes se documentó el fallecimiento en un periodo relativamente corto tras la intervención, con un intervalo entre el procedimiento y la muerte que osciló entre 18 y 73 días (promedio: 45.8 días). Estos pacientes correspondían a tres hombres y una mujer, con edades entre 68 y 74 años, y con diagnósticos de carcinoma escamocelular de lengua, carcinoma mucoepidermoide de amígdala y carcinoma de seno maxilar.

1. Se analizaron un total de nueve pacientes con diagnóstico de NNG, en 8 pacientes se realizó neurolisis con alcohol 100% y en uno de ellos con RFP (Ver tabla 1).

La edad promedio de los pacientes fue de 65.2 años, con una desviación estándar de 12.6 años. La mediana de edad fue de 63 años, con un rango intercuartílico (RIC) entre 58 y 69 años. En cuanto al sexo, predominó el género masculino, con 7 pacientes (77.8%), mientras que el género femenino correspondió a 2 pacientes (22.2%).

Los nueve pacientes incluidos en este análisis presentaban una variedad de diagnósticos oncológicos, todos ellos localizados en cabeza y cuello. El tipo de cáncer más frecuente fue el carcinoma escamocelular de lengua, presente en dos pacientes (22.2%).

Los demás diagnósticos se distribuyeron de forma individual en un paciente cada uno (11.1%), e incluyeron:

- Carcinoma escamocelular de región facial y temporal
- Carcinoma escamocelular de trígono retromolar
- Carcinoma escamocelular de orofaringe
- Carcinoma escamocelular de piso de la boca
- Carcinoma escamocelular de cuerda vocal
- Carcinoma papilar de tiroides
- Linfoma de células NK/T tipo nasal extranodal

2. Se evaluó la evolución del dolor mediante la ENA, con registros antes del procedimiento, inmediatamente después, y durante el seguimiento clínico. Antes del procedimiento, los pacientes reportaban un dolor intenso, con una mediana de 7 puntos, y un rango intercuartílico (RIC) entre 6 y 10 puntos. Inmediatamente después de la intervención, se observó una reducción moderada del dolor, con una mediana de 5 puntos (RIC: 3 a 5). En el control realizado aproximadamente una semana después, la mediana de dolor fue de 3.5 puntos, con un RIC de 1.75 a 5.5. Durante el primer seguimiento clínico, que en promedio se llevó a cabo en promedio 30 días después de la neurolisis, el dolor se mantuvo en niveles bajos, con una mediana de 3 puntos (RIC: 2–3). En el segundo seguimiento clínico, realizado en promedio a los 93.6 días posprocedimiento, se observó una ligera tendencia al aumento en la percepción del dolor, con una mediana de 4 puntos y un RIC más amplio (2–7) (Ver Figura 1).

3. Previo a la neurolisis, el requerimiento de opioides fue variable, con una mediana de 24 mg/día y un rango intercuartílico (RIC) de 15 a 37.5 mg/día. La media fue de 37.9 mg/día, con una desviación estándar de 44.4 mg/día. En el seguimiento a 1 mes, realizado en promedio a los 30 días del procedimiento, se observó una reducción del

requerimiento de opioides. La mediana de DEMOD descendió a 15 mg/día (RIC: 0 a 36 mg/día), y la media fue de 29.6 mg/día. En el seguimiento a 3 meses, realizado en promedio a los 93.6 días posprocedimiento, la mediana de DEMOD fue de 0 mg/día, con un RIC de 0 a 22.5 mg/día. Esto indica que al menos la mitad de los pacientes no estaban utilizando opioides en ese momento, aunque la media se mantuvo en 31.4 mg/día (Ver Figura 2).

4. No se reportaron eventos adversos asociados al procedimiento.

Tabla 1. Características de los pacientes y evolución individual del dolor (ENA) y consumo de opioides (DEMOD)

Paciente No.	Edad (años)	Sexo	Diagnóstico oncológico	Puntaje ENA (0-10)					DEMOD (mg/día)		
				basal	Posterior	1 mes	Me s 1 (30 d)	Me s 3 (93 d)	Basal	Me s 1	Me s 3
1	57	F	Carcinoma escamocelular de lengua	6	0	3	3	1	15	0	0
2	67	F	Carcinoma escamocelular de región facial y temporal derecha.	10	5	2	0	2	20	0	0

3	88	M	Carcinoma escamocelular de trigono retromolar	7	5	1	2	4	37. 5	15	0
4	47	M	Linfoma de células Nk/T tipo nasal extranodal	6	8	8	4	7	150	150	150
5	63	M	Carcinoma escamocelular de orofaringe	10	5	0	1	1	0	0	0
6	80	M	Carcinoma escamocelular de piso de la boca	5	3	5	6	7	30	50	90
7	58	M	Carcinoma escamocelular de lengua	10	5	7	3	7	24	36	20
8	58	M	Carcinoma papilar de tiroides	4	2	4	3	2	50	0	0
9	69	M	Carcinoma escamocelular de cuerda vocal	9	9	NA	2	4	15	15	22. 5

NA: dato no disponible

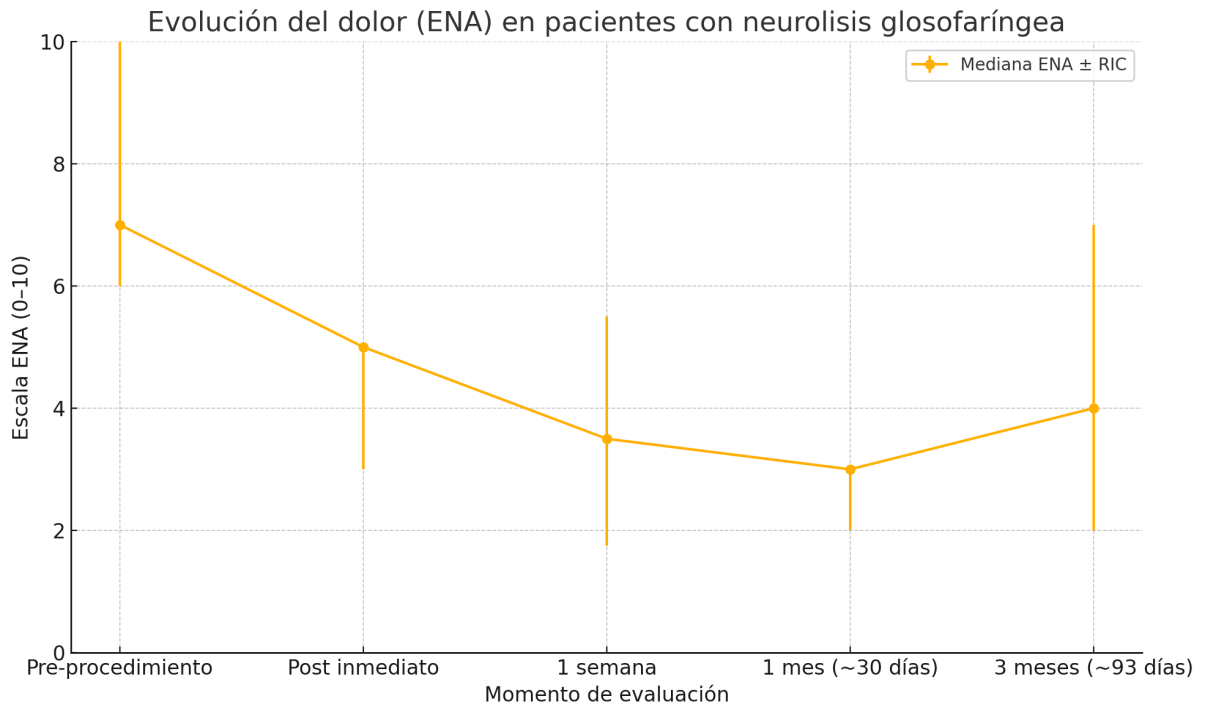


Figura 1. Evolución del dolor (ENA) en pacientes con neurolisis

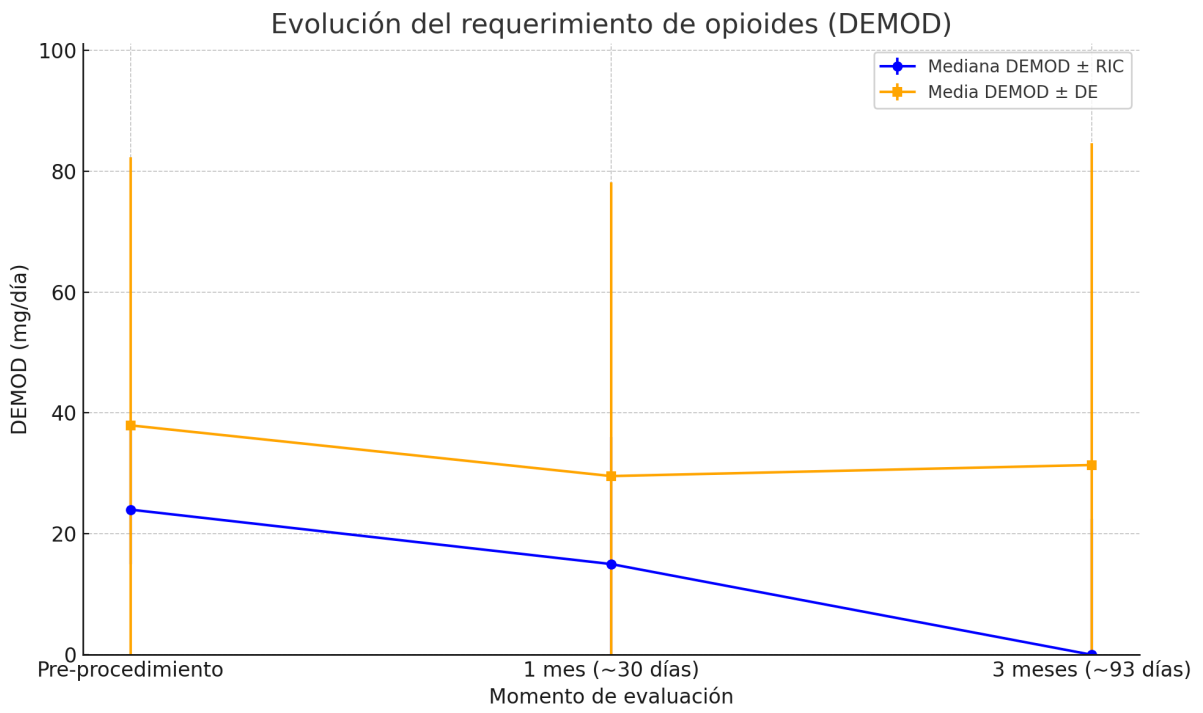


Figura 2. Evolución del requerimiento de opioides (DEMODO)

Discusión

Reportes previos

El bloqueo del nervio glossofaríngeo ha demostrado ser una intervención eficaz para el manejo del dolor en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, especialmente en aquellos con tumores orofaríngeos.

Cerná & Michálek. (2003) reportaron una serie de casos de 10 pacientes, con y sin cáncer, empleando un abordaje intraoral con levobupivacaína y bupivacaína en pacientes con carcinoma de lengua y amígdala, observando un control adecuado del dolor y reducción en el consumo de opioides, con mínimas complicaciones y alta tolerabilidad del procedimiento.

Un avance técnico importante es el empleo de guía ecográfica para realizar bloqueos distales del nervio glossofaríngeo. Manoharan et al. (2019) reportaron un caso de carcinoma de base de lengua tratado con esta técnica, utilizando una mezcla de ropivacaína y dexametasona, obteniendo un alivio inmediato del dolor sin eventos adversos. La elección de un sitio de punción más distal, en el espacio parafaríngeo, permitió evitar la afectación de estructuras vecinas como los nervios vago e hipogloso.

La comparación entre abordajes intraoral y extraoral fue evaluada en un estudio prospectivo aleatorizado por Singh et al. (2020) durante un año en pacientes con carcinoma de lengua. El bloqueo por ambas vías se realizó con 4 mL de bupivacaina 0.5% combinado con 40 mg de triamcinolona. Aunque ambos grupos presentaron mejoría del dolor, el abordaje intraoral mostró una mayor reducción en las escalas de dolor hasta los dos meses postprocedimiento. Sin embargo, el abordaje extraoral requirió menos intentos para su ejecución, sugiriendo una curva de aprendizaje más favorable y menor tasa de complicaciones técnicas.

Sirohiya et al. (2020) describieron el uso de un abordaje ecoguiado a nivel de la pared faríngea en un paciente con carcinoma de lengua, empleando 1 mL de lidocaína 2% más 8 mg de dexametasona. El procedimiento proporcionó un alivio inmediato y significativo del dolor que perduró hasta los 2 meses, sin complicaciones.

Yadav et al. (2023), también emplearon un bloqueo distal ecoguiado del glosofaríngeo con ropivacaína y dexametasona en 8 pacientes con carcinoma orofaríngeo. Todos los pacientes reportaron disminución en la intensidad del dolor a las cuatro semanas, con mejoría subjetiva en la calidad de vida, particularmente en los dominios físico y psicológico.

Si bien los anteriores reportes nos muestran la efectividad del enfoque intervencionista mediante bloqueos, casi siempre asociado a corticoides, los casos reportados en la literatura en cuanto a procedimientos neurológicos, ya sea mediante agentes químicos o mediante el uso de radiofrecuencia, son más escasos.

En una de las series más tempranas, Pagura et al. (1983) documentaron el uso de rizotomía percutánea con radiofrecuencia en 15 pacientes con tumores de base de lengua, amígdala, hipofaringe y seno piriforme. Once pacientes experimentaron alivio completo del dolor y cuatro alivio parcial.

Panwar (2017) presentó una serie clínica de 46 pacientes con tumores avanzados de mucosa bucal, lengua y arco central que recibieron bloqueo del nervio glosofaríngeo con 4 mL de alcohol al 50%. Se observó mejoría en la deglución y reducción significativa del dolor.

Bharti et al. (2018) realizaron un estudio prospectivo en 25 pacientes con carcinoma orofaríngeo tratados mediante RFP del nervio glosofaríngeo, guiada por fluoroscopia. El procedimiento fue efectivo en el 92% de los casos, con reducción significativa en el uso de opioides y mejoría en síntomas asociados como odinofagia y alteraciones del sueño.

Se resumen estos reportes en la tabla 2.

Tabla 2. Resumen de estudios previos

Estudio	N	Edad media	% Hombres	Intervención	Dolor (ENA/NRS)	Opioides	Eventos adversos
Acosta & Molina, 2025	9	65,2	77,8%	Alcohol 100% (8), RFP (1)	7→3 (1m), 4 (3m)	24→0 mg/día (3m)	Ninguno
Pagura, 1983	15	32–65	86,6%	Rizotomía RF	Alivio 100% (11 completo)	NR	Déficits leves
Panwar, 2017	46	NR	Pred. masculino	Alcohol 50% + bupri	Alivio en todos (3–4 sem)	NR	No especificado
Bharti, 2018	25	50,7	96%	RFP	92% alivio (7,8m)	37,5→25 mg/día	Neuropraxias transitorias
Singh, 2020	50	NR	NR	Bloqueo bupri+dexa	8,3→4 (6m)	NR	20% complicaciones intraorales
Yadav, 2023	8	52	87,5%	Bloqueo eco+dexa	7→3 (30min), 4 (4sem)	↓ en 2/8	Ninguno

Comparación de nuestros hallazgos con la evidencia publicada

Nuestros casos emplearon principalmente neurolisis química (excepto uno con RFP), mientras que la literatura reporta sobre todo bloqueos con anestésicos/corticosteroides; por tanto, comparamos nuestros hallazgos con ambos tipos de intervenciones en lo que sigue.

Epidemiología

Nuestro grupo de pacientes (9) se conformaba en su mayoría por hombres (77.8%) con un promedio de edad de 65.2 años. En cuanto al sexo, en los estudios que proporcionaron esta información, en el estudio de Yadav et al. (2023) siete de ocho pacientes (87.5%) fueron hombres con edad media de 52 años. En el estudio de Bharti et al. (2018) 24 de 25 pacientes fueron hombres (96%) con una edad media de 50.76 años. Finalmente en Pagura et al. (1983) 13 de 15 pacientes fueron hombres (86.6%) de 32 a 65 años. Esto sugiere una mayor prevalencia de hombres en las cohortes estudiadas, lo que está relacionado con la epidemiología del cáncer de cabeza y cuello (Guo et al., 2021).

Evolución del dolor

En la figura 1, se observa una disminución progresiva de los valores de ENA hasta el punto más bajo alrededor del primer mes, con un pequeño repunte alrededor de los 3 meses. Adicionalmente, a los 3 meses, el RIC aumenta, lo que evidencia que mientras en algunos pacientes se mantenía el beneficio, otros experimentaron recurrencia.

En el estudio de Singh et al. (2020), se reportó mejoría con el bloqueo hasta los seis meses. Por ejemplo, en el grupo con abordaje intraoral, las puntuaciones medias de dolor variaron de 8.28 ± 0.46 antes del procedimiento a 3.96 ± 0.54 al sexto mes. Cabe mencionar que, si bien el abordaje intraoral fue estadísticamente superior durante los primeros dos meses, estas diferencias no parecen ser clínicamente relevantes, ya que no se reflejaron en la valoración de calidad de vida.

En el estudio de Yadav et al. (2023), la mediana de la puntuación de dolor basal fue de 7 (RIC: 5–8). Todos los pacientes reportaron una reducción del dolor 30 minutos después del procedimiento, con una mediana de 3 (RIC: 1–4). Sin embargo, la intensidad del dolor aumentó gradualmente en la semana 1 y en la semana 4. A pesar de ello, la intensidad del

dolor a las cuatro semanas se mantuvo por debajo del valor basal en todos los pacientes (mediana: 4; RIC: 2.5–5).

En el caso presentado por Sirohiya et al. (2020), tras un bloqueo con dexametasona, la puntuación de dolor se mantuvo en 0/10 después de 2 meses. Mientras que en el caso descrito por Manoharan et al. (2019) tras un dolor inicial de 8/10, después del bloqueo dista con dexametasona, las puntuaciones de dolor fueron 2/10 a las 24 y 48 horas, 3/10 a los 4 días, 5/10 a la semana 1 y 6/10 a las 2 semanas.

Mientras tanto, Bharti et al. (2018), reportaron que la neurolisis con RFP fue efectiva en 23 de 25 pacientes (92%) durante más de 3 meses, con una duración promedio del alivio de 7.8 meses.

En Panwar (2017), quien realizó neurolisis con alcohol al 50%, el alivio de los síntomas se prolongó para 26 pacientes (56.52%) durante 3 semanas, mientras que duró 4 semanas en 10 pacientes (21.73%).

Se ha llegado a concluir que una reducción de aproximadamente dos puntos en la ENA, o una disminución del 30% respecto al valor basal, representa una diferencia clínicamente importante en términos de alivio del dolor, ya que se asocia con una mejoría perceptible por el paciente (Farrar et al., 2001; Grönkvist et al., 2024). En nuestro grupo, 7 pacientes (77.8%) presentaron una reducción de al menos el 30% en la ENA tanto al primer mes como al tercer mes posterior al procedimiento.

En conjunto, estos hallazgos parecen respaldar la eficacia de los bloqueos y neurolisis del glossofaríngeo como intervenciones que pueden ofrecer un alivio del dolor en pacientes con NNG, al menos en el corto y mediano plazo. Si bien existe variabilidad en la duración del beneficio, tanto nuestra serie como los estudios revisados sugieren que una proporción considerable de pacientes logra una reducción clínicamente relevante del dolor. Esto

refuerza la importancia de considerar este tipo de intervenciones en contextos paliativos u oncológicos refractarios.

Cabe destacar que varios pacientes fallecieron pocas semanas después de la neurolisis debido a la progresión de su cáncer. Esto limita la posibilidad de evaluar el beneficio a largo plazo de la intervención en casos de enfermedad muy avanzada, sin embargo, el hecho de que algunos pacientes no alcancen un seguimiento prolongado refuerza la relevancia de obtener alivio rápido del dolor.

Consumo de opioides

En la figura 2 se observa cómo la mediana del DEMOD disminuye progresivamente desde el valor basal hasta alcanzar 0 mg/día a los tres meses. No obstante, se graficó junto a la media para evidenciar que esta no desciende de la misma manera, lo que refleja que algunos pacientes continuaron con requerimientos de opioides durante el seguimiento. Además, se evidencia una dispersión considerable, especialmente a los tres meses, lo que indica una respuesta heterogénea entre los pacientes.

El ensayo de Bharti et al. (2018) reporta una disminución en el consumo de opioides posterior a la realización de RFP, con un DEMOD que pasó de 37.5 mg/día a un valor de 25 mg/día a los tres meses ($P < 0.001$). Cabe señalar que el estudio original reporta estos valores en términos de consumo diario de tramadol.

Yadav et al. (2023) reportan que de los 8 pacientes sometidos a bloqueo del nervio glossofaríngeo, seis pacientes lograron un alivio adecuado del dolor manteniendo la misma dosis de analgésicos durante cuatro semanas, mientras que en dos pacientes fue posible reducir la dosis. Aunque el estudio de Yadav et al. no especifica si todos los analgésicos utilizados eran opioides, dicho trabajo incluyó pacientes con dolor refractario a opioides y AINEs.

En nuestra serie, la evolución del consumo de opioides fue heterogénea, si bien la mediana del DEMOD disminuyó, algunos pacientes mantuvieron o incluso incrementaron sus requerimientos durante el seguimiento. Se destaca que solo Bharti et al. (2018) reportan explícitamente una reducción en el consumo de opioides como desenlace.

Eventos adversos

Singh et al. (2020) encontraron una tasa de complicaciones más alta (20% vs 0%) durante la intervención con el abordaje intraoral en comparación con el extraoral, pero no reportan cuáles fueron estas complicaciones. Por su parte, Cerná & Michálek. (2003) mencionaron un deterioro temporal de la deglución durante aproximadamente cuatro horas en 1 de 10 pacientes. En los casos de radiofrecuencia reportados por Bharti et al. (2018), dos pacientes presentaron neuropraxia transitoria del nervio facial posterior al procedimiento, con duración de 20 minutos y 2 horas respectivamente, resolviéndose espontáneamente sin secuelas. En la serie más antigua de Pagura et al. (1983), se describieron alteraciones neurológicas posteriores al procedimiento, entre ellas paresia palatina, abolición del reflejo nauseoso, hipoestesia orofaríngea e hipoestesia del tercio posterior de la lengua; sin embargo, la mayoría de los pacientes ya presentaban dificultades para tragar antes de la intervención.

Las técnicas intraorales y periestiloideas más invasivas conllevan un riesgo inherente de lesionar o inyectar inadvertidamente estructuras vasculares situadas en la proximidad inmediata del nervio, como la arteria carótida y la vena yugular interna, con los riesgos asociados de formación de hematoma, toxicidad por anestésicos locales e incluso obstrucción de la vía aérea superior. La técnica periestiloidea conlleva el riesgo de bloquear inadvertidamente nervios adyacentes, como el nervio vago, el espinal accesorio o el hipogloso. Esto puede provocar efectos transitorios como parálisis de cuerdas vocales, debilidad del músculo trapecio o debilidad de la lengua (Ažman et al., 2017).

La neurolisis química del nervio glosofaríngeo (utilizando fenol o alcohol) en un abordaje preestiloideo puede tener complicaciones que incluyen inyección intravascular, neuritis, bloqueo del nervio vago e infección (Koyyalagunta & Burton, 2010). En nuestra serie, no se reportaron complicaciones o eventos adversos relacionados con el procedimiento.

En conjunto, los hallazgos disponibles evidencian que, aunque las complicaciones asociadas al bloqueo o neurolisis del nervio glosofaríngeo son infrecuentes, pueden presentarse efectos adversos transitorios o más relevantes dependiendo del abordaje y del agente utilizado.

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y a la naturaleza de los datos disponibles. En primer lugar, la recopilación de información a partir de historias clínicas implica una dependencia de la calidad y completitud del registro clínico, lo que puede dar lugar a sesgos de información. Por otro lado, el número limitado de casos incluidos restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos. Finalmente, el seguimiento clínico varió entre los casos y no siempre fue sistemático, lo cual limita la evaluación objetiva de la duración del efecto analgésico y de los eventos adversos.

Conclusiones

La neurolisis del nervio glossofaríngeo se presenta como una intervención viable y segura para el manejo del dolor refractario en pacientes con NNG secundaria a cáncer de cabeza y cuello. En esta serie de casos, la mayoría de los pacientes fueron tratados mediante neurolisis química con alcohol absoluto, modalidad que, según lo encontrado en esta revisión, ha sido escasamente reportada en la literatura, con solo una serie clínica previa (Panwar, 2017) que documenta su uso en este contexto. En ninguna de las dos series se mencionaron eventos adversos mayores.

Nuestros resultados mostraron una reducción clínicamente relevante del dolor en la mayoría de los pacientes, acompañada de una disminución progresiva en el requerimiento de opioides. Si bien el alivio fue evidente y sostenido durante el primer mes, hacia el tercer mes se observó una mayor heterogeneidad en la respuesta clínica, reflejada tanto en el aumento del rango intercuartílico del dolor como en la dispersión del consumo de opioides. Esta variabilidad podría explicarse por diferencias individuales en la progresión tumoral, el tipo de tumor o el estado funcional basal.

En conjunto, estos hallazgos respaldan el potencial de la neurolisis del glossofaríngeo como intervención analgésica en pacientes oncológicos seleccionados, especialmente en contextos paliativos. Sin embargo, se requieren estudios prospectivos con seguimiento estandarizado que permitan identificar predictores de respuesta, comparar modalidades terapéuticas y consolidar su papel dentro de las posibilidades intervencionistas para el tratamiento del dolor por cáncer de cabeza y cuello.

Bibliografía

- Aman, M. M., Mahmoud, A., Deer, T., Sayed, D., Hagedorn, J. M., Brogan, S. E., Singh, V., Gulati, A., Strand, N., Weisbein, J., Goree, J. H., Xing, F., Valimahomed, A., Pak, D. J., El Helou, A., Ghosh, P., Shah, K., Patel, V., Escobar, A., ... Narang, S. (2021). The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Best Practices and Guidelines for the Interventional Management of Cancer-Associated Pain. *Journal of Pain Research*, *Volume 14*, 2139-2164. <https://doi.org/10.2147/JPR.S315585>
- Ažman, J., Stopar Pintaric, T., Cvetko, E., & Vlassakov, K. (2017). Ultrasound-Guided Glossopharyngeal Nerve Block: A Cadaver and a Volunteer Sonoanatomy Study. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, *42*(2), 252-258. <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000561>
- Bharti, N., Chattopadhyay, S., Singla, N., Bala, I., Batra, Y. K., & Bakshi, J. (2018). Pulsed Radiofrequency Ablation for the Treatment of Glossopharyngeal Neuralgia Secondary to Oropharyngeal Carcinoma. *Pain Physician*, *1*(21;1), 295-301. <https://doi.org/10.36076/ppj.2018.3.295>
- Byrd, H. F., & Kohutek, Z. A. (2024). Painful Realities: Navigating the Complexities of Head and Neck Cancer Pain. *Oral Diseases*, *odi.15150*. <https://doi.org/10.1111/odi.15150>
- Cerná, J., Michálek, P. (2003). Efficacy of modified glossopharyngeal nerve block in cancer and non-cancer pain: 3. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, *28*(Suppl 1), 37. <https://doi.org/10.1053/rapm-00115550-200309001-00064>
- Farrar, J. T., Young, J. P., LaMoreaux, L., Werth, J. L., & Poole, M. R. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, *94*(2), 149-158. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00349-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00349-9)
- Goudman, L., Smedt, A. D., Forget, P., & Moens, M. (2020). Determining the Minimal Clinically Important Difference for Medication Quantification Scale III and Morphine Milligram

- Equivalents in Patients with Failed Back Surgery Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3747. <https://doi.org/10.3390/jcm9113747>
- Grönkvist, R., Vixner, L., Äng, B., & Grimby-Ekman, A. (2024). Measurement Error, Minimal Detectable Change, and Minimal Clinically Important Difference of the Short Form-36 Health Survey, Hospital Anxiety and Depression Scale, and Pain Numeric Rating Scale in Patients With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 25(9), 104559. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104559>
- Guo, K., Xiao, W., Chen, X., Zhao, Z., Lin, Y., & Chen, G. (2021). Epidemiological Trends of Head and Neck Cancer: A Population-Based Study. *BioMed Research International*, 2021(1), 1738932. <https://doi.org/10.1155/2021/1738932>
- Kim, H., & Jung, S. (2020). Comparative evaluations of single-item pain-intensity measures in cancer patients: Numeric rating scale vs. verbal rating scale. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2945-2952. <https://doi.org/10.1111/jocn.15341>
- Koyalagunta, D., & Burton, A. W. (2010). The Role of Chemical Neurolysis in Cancer Pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(4), 261-267. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0123-9>
- Manoharan, D., Bharati, S., & Yadav, M. (2019). A novel technique of ultrasound-guided glossopharyngeal nerve block to relieve cancer pain. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 13(3), 279. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_139_19
- Nagata, K., Tajiri, K., Ueda, A., Okuda, Y., Tokimitsu, Y., Shinagawa, K., Entani, A., Okada, K., Kaku, B., & Yasuda, I. (2019). Glossopharyngeal Neuralgia with Syncope Caused by Recurrence of Esophageal Squamous Cell Carcinoma. *Internal Medicine*, 58(7), 933-936. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.1838-18>
- Papura, J. R., Schnapp, M., & Passarelli, P. (1983). Percutaneous Radiofrequency Glossopharyngeal Rhizotomy for Cancer Pain. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 46(1-4), 154-159. <https://doi.org/10.1159/000101255>
- Panwar, V. (2017). Role of glossopharyngeal nerve block in palliation of pain from head and neck cancer. *European Journal of Cancer*, 72, S46.

[https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(17\)30230-7](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(17)30230-7)

- Park, J. S., & Ahn, Y. H. (2023). Glossopharyngeal Neuralgia. *Journal of Korean Neurosurgical Society*, 66(1), 12-23. <https://doi.org/10.3340/jkns.2022.0178>
- Raslan, A. M., Ben-Haim, S., Falowski, S. M., Machado, A. G., Miller, J., Pilitsis, J. G., Rosenberg, W. S., Rosenow, J. M., Sweet, J., Viswanathan, A., Winfree, C. J., & Schwab, J. M. (2021). Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guideline on Neuroablative Procedures for Patients With Cancer Pain. *Neurosurgery*, 88(3), 437-442. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyaa527>
- Reddy, G. D., & Viswanathan, A. (2014). Trigeminal and Glossopharyngeal Neuralgia. *Neurologic Clinics*, 32(2), 539-552. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2013.11.008>
- Singh, N., Singh, S., Mishra, N. K., Kumar, V., Hemlata, & Gautam, S. (2020). Comparison of extraoral and intraoral routes of glossopharyngeal nerve block for pain relief in patient with carcinoma tongue: A prospective randomized study. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 16(3), 534-538. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_309_18
- Sirohiya, P., Kumar, V., Yadav, P., & Bharti, S. (2020). Ultrasound-guided glossopharyngeal nerve block at pharyngeal wall level in a patient with carcinoma tongue. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(1), 140. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_132_19
- Šklebar, D. (2022). Glossopharyngeal Nerve as a Source of Orofacial Pain—Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Acta Clinica Croatica*. <https://doi.org/10.20471/acc.2022.61.s2.11>
- Swarm, R. A., Paice, J. A., Anghelescu, D. L., Are, M., Bruce, J. Y., Buga, S., Chwistek, M., Cleeland, C., Craig, D., Gafford, E., Greenlee, H., Hansen, E., Kamal, A. H., Kamdar, M. M., LeGrand, S., Mackey, S., McDowell, M. R., Moryl, N., Nabell, L. M., ... Gurski, L. A. (2019). Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(8), 977-1007. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038>
- Whitman, M. A., Jefferson, A., Pincelli, T., & Sanghavi, D. K. (2020). Case of

vago-glossopharyngeal neuralgia secondary to metastatic oropharyngeal cancer.

BMJ Case Reports, 13(6), e232820. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-232820>

Yadav, M. K., Pulappadi, V. P., Singh, V. P., Bharati, S. J., & Bagga, B. (2023).

Ultrasound-guided Glossopharyngeal Nerve Block—A New Paradigm in Pain

Management. *Journal of Clinical Interventional Radiology ISVIR*, 07(02), 122-125.

<https://doi.org/10.1055/s-0042-1751251>