

Neuralgia del Glossofaríngeo Asociada A Disfunción del Nodo Sino-Atrial: Reporte de Caso y Revisión de Literatura

Francisco Arreola Banda¹

arreola.banda@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-1642-2657>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 33
Departamento de Medicina Interna
México

Guillermo García Maldonado

dr.guillermogarciam@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-9439-2609>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 33
Departamento de Medicina Interna
México

Marcela Molinar Lechuga

marcelamolinarlechuga@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-9439-2609>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 33
Departamento de Medicina Interna
México

Nubia Guzmán Rodríguez

nubiaguzmanr@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-6301-0762>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 33
Departamento de Medicina Interna.
México

Juan Eduardo Silerio González

silerio.gonzalez.edu@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-3465-257X>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 33
Departamento de Medicina Interna
México

Carlos Salvador Alcázar Quiñones

goldphtx29@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0509-9444>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 33
Departamento de Medicina Interna
México

Daisy Janeth Cano Desilos

Daisycanno@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-5857-598X>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 33
Departamento de Medicina Interna
México

¹ Autor principal

Correspondencia: arreola.banda@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La neuralgia del glossofaríngeo es un síndrome clínico caracterizado por paroxismos de dolor punzante en el área de distribución del noveno nervio craneal (IX). Representa del 0,2 al 1,3% de todos los tipos de neuralgias craneales y su asociación con arritmias cardíacas es extremadamente rara según la literatura. **Metodología:** Se realizó revisión de la literatura relacionada, identificando recomendaciones actuales sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta entidad. **Caso Clínico:** Se presenta el caso clínico de un paciente masculino en el cual se estableció el diagnóstico de disfunción del nodo sinusal secundaria a neuralgia del glossofaríngeo que debutó con episodios de síncope convulsivo relacionados con los paroxismos de dolor. **Conclusión:** La sospecha, identificación y tratamiento oportuno de esta entidad impactarán directamente en la calidad de vida de los pacientes, por lo que se recomienda tener una alta sospecha diagnóstica al valorar un paciente con paroxismos de dolor en el área de distribución del nervio glossofaríngeo, así como el apegarse a los criterios establecidos por la ICHD-III para un diagnóstico certero.

Palabras clave: nervio glossofaríngeo; neuralgia; nodo sinoatrial; síndrome del seno enfermo; reporte de caso

*Artículo recibido 19 septiembre 2023
Aceptado para publicación: 28 octubre 2023*

Glossopharyngeal Neuralgia Associated with Sinoatrial Node Dysfunction: Case Report and Literature Review

ABSTRACT

Introduction: Glossopharyngeal neuralgia is a clinical syndrome characterized by paroxysms of stabbing pain in the distribution area of the ninth cranial nerve (IX). It represents 0.2 to 1.3% of all types of cranial neuralgia and its association with cardiac arrhythmias is extremely rare according to the literature. **Methodology:** A review of the related literature was carried out, identifying current recommendations on the diagnostic and therapeutic approach to this entity. **Clinical Case:** The clinical case of a male patient is presented in which the diagnosis of sinus node dysfunction secondary to glossopharyngeal neuralgia was confirmed, which debuted with episodes of convulsive syncope related to pain paroxysms. **Conclusion:** The suspicion, identification and timely treatment of this entity will directly impact the quality of life of the patients, so it is recommended to have a high diagnostic suspicion when evaluating a patient with paroxysms of pain in the area of distribution of the glossopharyngeal nerve. as well as adhering to the criteria established by the ICHD-III for an accurate diagnosis.

Keywords: glossopharyngeal nerve; neuralgia; sinoatrial node; sick sinus syndrome; case report

INTRODUCCIÓN

Neuralgia del glossofaríngeo es un síndrome clínico craneofacial caracterizado por paroxismos de dolor punzante en el área de distribución del nervio glossofaríngeo (Krasoudakis, 2015). Es una afección extremadamente rara, se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores de 50 años (Rushton JG, 1981), sin predisposición de género (Vargas, 2022), la incidencia estimada de 0,4 a 0,8 casos por cada 100'000 personas al año (Banerjee, 2020) y representa del 0,2 al 1,3% de todos los tipos de neuralgias craneales (Rutvij J. Shah, 2023).

El nervio glossofaríngeo, también denominado noveno nervio craneal (IX), aporta la inervación sensitiva de gran parte de la faringe (ramas faríngeas), el tercio posterior de la lengua (ramas linguales) y el oído medio (nervio timpánico o de Jacobson); el dolor se origina tras ser estimulada alguna de estas fibras (Jannone-Pedro, 2018). A nivel intraxial de la bóveda del cráneo se origina a partir de cuatro núcleos ubicados en la porción media y alta del bulbo, emerge del surco postolivar y sigue un trayecto anterior adyacente al flóculo para cruzar la cisterna cerebelo-medular y finalmente entrar al foramen yugular en conjunto con los nervios craneales X y XI. En la base del cráneo, entra al foramen yugular a través del meato glossofaríngeo y se ubica en la pars nerviosa del mismo, anterior a los nervios X y XI. Finalmente, en su porción extracraneal emerge del foramen yugular hacia el espacio carotídeo nasofaríngeo, donde se encuentra lateral a la carótida interna y músculo estilofaríngeo, terminando su recorrido en el espacio sublingual posterior (Óscar Chávez-Barba, 2011).

La asociación de esta entidad con arritmias cardíacas se presenta en menos del 2% de los casos (Krasoudakis, 2015). Su patogenia sigue siendo desconocida, sin embargo, se teoriza que podría estar relacionado con impulsos excesivos de la rama del seno carotídeo del glossofaríngeo que ocasiona disfunción del nervio vago (Hartog, 2017), provocando síncope, disfunción cardíaca o convulsiones (Krasoudakis, 2015).

Presentamos el reporte de un caso de neuralgia del glossofaríngeo idiopática que durante los paroxismos de dolor desencadenados por la deglución presenta episodios breves de síncope convulsivo, concluyendo disfunción del nodo sinoatrial por monitoreo holter de 24 horas, aportando una revisión de la literatura actual con el objetivo de incrementar su sospecha diagnóstica y brindar tratamiento oportuno.

METODOLOGÍA

Se realizó revisión de la literatura relacionada en bases de datos como Pubmed, Google Scholar, SciELO y Elsevier, analizando los datos más relevantes en torno a epidemiología, impacto, abordaje, diagnóstico oportuno y tratamiento. La revisión final del caso fue realizada por un especialista en medicina interna. Se recibió autorización legal para la revisión de la historia clínica por parte del paciente.

Caso clínico

Masculino 75 años, sedentario, tabaquismo activo a razón de 5 cigarrillos diarios (índice tabáquico de 5 paquetes/año), alcoholismo y otras toxicomanías negadas, diagnóstico de hipertensión arterial sistémica hace 20 años, tratamiento actual losartán y amlodipino. Niega otras comorbilidades o historia de cardiopatía isquémica.

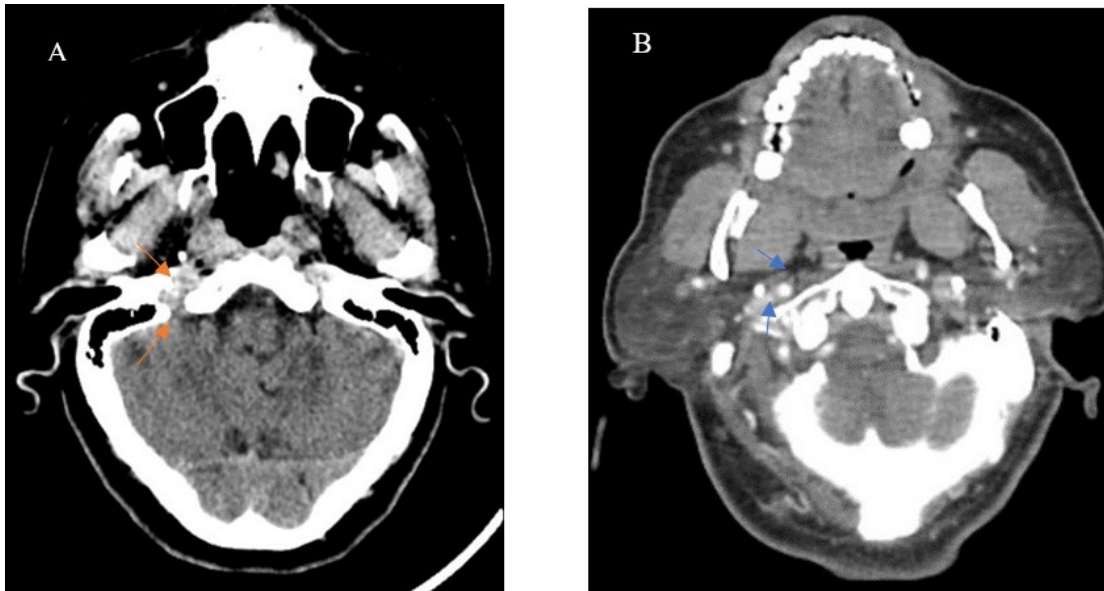
Inició su padecimiento dos semanas previas a su hospitalización con paroxismos de dolor, tipo descarga eléctrica, referido como el peor dolor de su vida, de 30 segundos a dos minutos de duración, localizado unilateralmente del lado derecho en región posterior de la lengua, faringe, oído interno y amígdala, irradiado hacia la mandíbula ipsilateral y desencadenado con la deglución de alimentos sólidos y fríos. Refiere presentar de 10 a 15 episodios por día, los cuales precipitan pérdida súbita del estado de alerta, movimientos tónico-clónicos de extremidades superiores y supravversión de la mirada, de aproximadamente 10 a 20 segundos de duración, con recuperación del estado de alerta casi inmediatamente, motivo por el cual acude a su hospitalización.

Donde se recibe alerta, orientado, signos vitales dentro de parámetros normales. Únicamente refiere dolor faríngeo leve. A la exploración física se observan amígdalas con hipertrofia grado II, no hiperémicas, sin exudado o trasudado, sin alteraciones de sensibilidad a nivel faríngeo, sin adenopatías en cuello o axilas, además, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos u agregados, murmullo vesicular presente y en extremidades pulsos periféricos normales.

Estudios paraclínicos e imagen: Leucocitos 8'700/ μ L, Neutrófilos 6'300/ μ L, Hemoglobina 14.2 g/dL, Plaquetas 210'000/ μ L, Glucosa sérica 144 mg/dL, Urea 71 mg/dL, Creatinina 1.1 mg/dL, Velocidad de sedimentación globular 16 mm/h, Creatinafosfoquinasa MB 11.6 ng/mL, Creatinafosfoquinasa total 308 ng/mL. Electrocardiograma en reposo y sin paroxismo de dolor con ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 72, eje normal, sin cambios sugestivos de cardiopatía isquémica aguda o crónica. Tomografía

de cráneo y cuello simple y con contraste (figura 1), sin identificar áreas de isquemia, hemorragia y/o tumores que lesionen o condicionen compresión a lo largo del trayecto del nervio glosofaríngeo.

Figura 1: Tomografía de cráneo y cuello con contraste



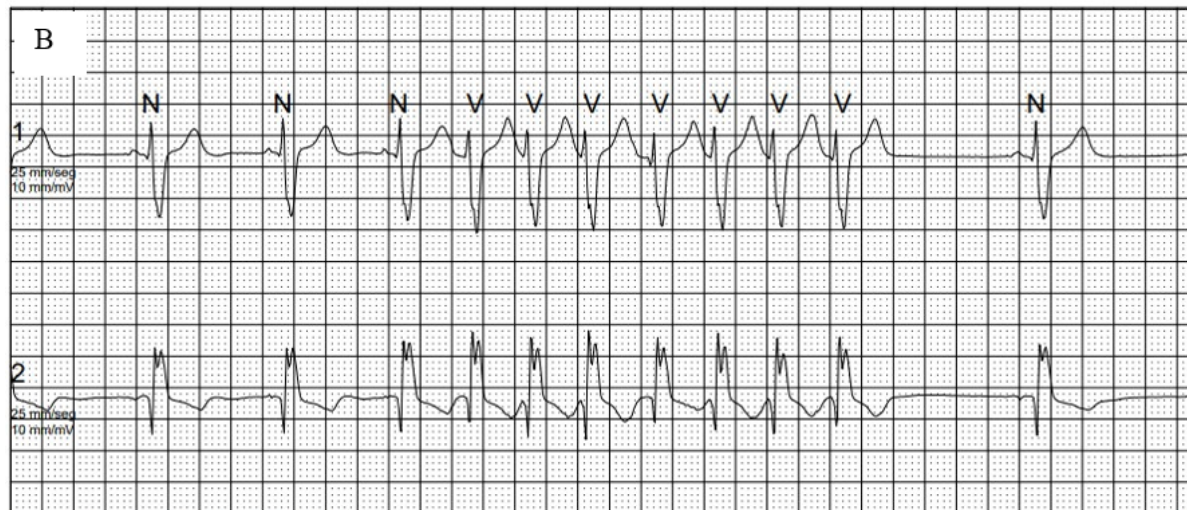
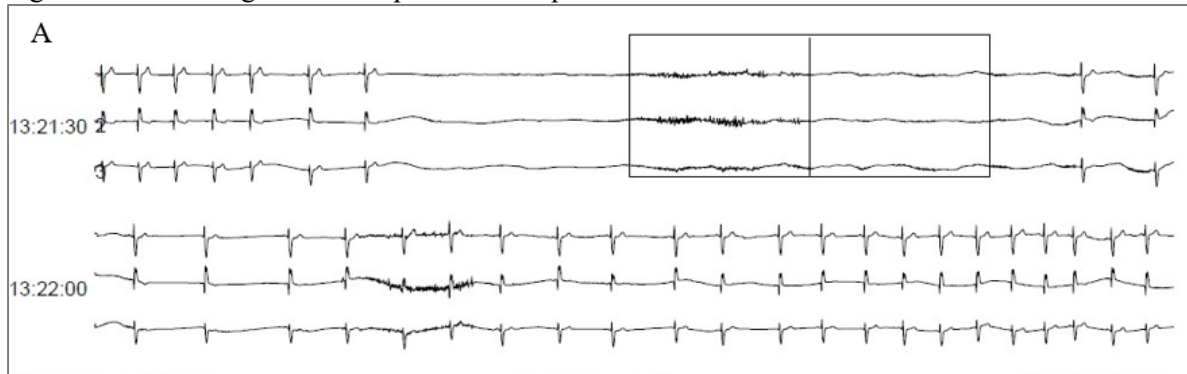
Se observa un corte axial a nivel del foramen yugular (Figura A), sin identificar datos de compresión en el tracto de salida del nervio glosofaríngeo a nivel de esta estructura (Flechas naranjas). Además, se observa cerebelo con densidad y morfología conservada. Por otro lado, en el corte axial a nivel del piso de la boca (Figura B), no se identifican tumoraciones entre la vena yugula interna y arteria carótida interna (Flechas azules), así como en la parte lateral de la faringe y lengua.

Posteriormente, bajo monitorización cardíaca y signos vitales, se realizó inducción del mecanismo de deglución mediante la administración de un trago de agua fría, observando pérdida de la alerta y movimientos tónicos descritos previamente (un episodio de síncope convulsivo) acompañado de pausa cardíaca de 5 segundos y prolongación del llenado capilar. No se asoció la compresión del seno carotídeo como un desencadenante.

De acuerdo a los criterios establecidos por la ICHD-III, se integró diagnóstico clínico de neuralgia del glosofaríngeo y se inició tratamiento con carbamazepina. Simultáneamente, se colocó monitoreo holter de 24 horas (figura 2), donde se reportó frecuencia cardíaca mínima de 39 latidos por minuto, con pausas significativas, una máxima de 9 segundos asociada a síncope, así como extrasístoles ventriculares aisladas, se concluyó disfunción del nodo sinoatrial, además ecocardiograma transtorácico reportando

fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, dilatación auricular leve, insuficiencia mitral leve, ventrículos de dimensiones normales con función sistólica y diastólica normal. Por la bradicardia de alto riesgo se realizó colocación de marcapasos permanente.

Figura 2: Monitoreo holter de 24 horas, donde se observan en la imagen “A” una pausa cardiaca de 9 segundos. En la imagen “B” un episodio de taquicardia ventricular no sostenida.



Después de siete días de internamiento presentó mejoría notable de sintomatología, con disminución de frecuencia e intensidad de los episodios de dolor, sin nuevos eventos de síncope convulsivo, por lo que se decide su egreso con seguimiento por consulta externa de neurología.

A los tres meses de su egreso continúa tratamiento con carbamazepina, solo refirió episodios intermitentes de dolor faríngeo de leve intensidad hasta dos veces al mes sin nuevos eventos de síncope convulsivo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Descrita por primera vez en 1910 en un paciente masculino con tumor del ángulo pontocerebeloso derecho, hasta la actualidad, la neuralgia del glossofaríngeo es considerado como un síndrome clínico

extremadamente raro (Savica, 2007) que plantea un desafío médico importante difícil de distinguir de otras patologías más frecuentes, como lo es la neuralgia del trigémino (Jae Sung Park, 2023).

Clínicamente el dolor se caracteriza por ser unilateral, breve y de naturaleza quemante o punzante que progresa bruscamente en las distribuciones no solo del nervio glossofaríngeo, sino también de las ramas auricular y faríngea del nervio vago (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018). Estas áreas incluyen la base posterior de la lengua hacia la trompa de Eustaquio, el oído interno, la fosa amigdalina y/o bajo el ángulo de la mandíbula. La deglución es el desencadenante más común, además de otros mecanismos como el masticar, hablar, aclarar la garganta y tocar el conducto auditivo externo (Palanisamy, 2018), de la misma manera que los alimentos amargos, picantes y salados (Banerjee, 2020). La afectación bilateral se estima en el 12% de los casos (Rushton JG, 1981).

Generalmente, estos episodios siguen un patrón recurrente y remitente, los cuales pueden ocurrir con unos minutos de diferencia entre sí y luego detenerse por completo durante días seguidos. Por lo regular los pacientes cursan asintomáticos entre los ataques, sin embargo, en ocasiones se puede llegar a presentar dolor agudo residual entre paroxismos y algunos experimentan estos episodios inicialmente como insoportables que se pueden volver relativamente leves en el estado crónico (Rutvij J. Shah, 2023).

En muy raras ocasiones el síndrome se asocia con síncope cardíaco y/o arritmias, siendo denominado por algunas fuentes como neuralgia vago-glossofaríngea (Krasoudakis, 2015). Se teoriza que es secundario a la activación de un bucle anormal durante el dolor neurálgico severo entre el nervio glossofaríngeo y el nervio vago que podría causar un aumento de la respuesta vagal y que conduce a arritmias cardíacas, hipotensión, síncope y convulsiones debido a la hipoxia cerebral resultante (Palanisamy, 2018). Nuestro paciente presentó episodios de síncope convulsivo, definido como un evento de pérdida de la conciencia con postura tónica (Barreto, 2013) que se produce por una disminución transitoria del flujo sanguíneo cerebral debida a una depresión del sistema cardiovascular (Matilla, 2011).

Estos episodios sincopales se observan en electrocardiograma como contracciones auriculares prematuras, bradicardia, asistolia y/o diversas arritmias no específicas que conducen frecuentemente a un diagnóstico erróneo de episodios cardíacos o cerebrales (Krasoudakis, 2015).

En el paciente del caso presentado se integra diagnóstico de disfunción del nodo sinusal, también denominado síndrome del seno enfermo, que incluye diversos trastornos que afectan a la generación del impulso del nodo sinusal, así como su transmisión en el interior de las aurículas que puede desencadenar tanto bradicardia como taquicardia (Vogler, 2012).

La etiología de la disfunción del nodo sinusal varía de forma importante en función del punto del sistema de excito-conducción en el que se produzca la alteración dentro del contexto y características de cada paciente (D. del Val Martín, 2017). Las causas se clasifican en intrínsecas o extrínsecas, tienen una evolución progresiva y en la mayoría de los casos son crónicas e irreversibles (Semelka M, 2013). Las intrínsecas son secundarias a trastornos estructurales o funcionales del nodo sinoatrial, incluyendo fibrosis, isquemia, remodelación cardíaca, trastornos infiltrativos o disfunciones en los canales de calcio; mientras las extrínsecas están relacionadas con factores externos que causan disfunción del nodo sinusal, tanto reversibles o irreversibles como medicamentos, trastornos metabólicos, alteraciones endocrinas, toxinas o algún trastorno del sistema nervioso autónomo (Hawks MK, 2021), como se documentó en nuestro paciente.

Las manifestaciones clínicas de bajo gasto documentadas en el paciente del caso presentado concuerdan con las demostradas en la literatura, que son el aturdimiento, presíncope, síncope, palpitaciones, dolor torácico o disnea (Palanisamy, 2018).

El diagnóstico de la neuralgia del glosofaríngeo es principalmente clínico y debe cumplir todos los criterios mencionados en la tercera edición de la clasificación internacional de las cefaleas (ICHD-III) (Tabla 1), publicados en el 2018, por la Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018).

Tabla 1: Criterios diagnósticos de neuralgia del glosofaríngeo por la ICHD-III

A. Ataques paroxísticos recurrentes de dolor unilateral en la distribución del nervio glosofaríngeo (parte posterior de la lengua, la fosa amigdalina, la faringe o el ángulo de la mandíbula inferior y/o el oído) que cumplen el criterio B.

B. El dolor presenta todas las características siguientes:

1. Duración de entre unos pocos segundos hasta dos minutos.
 2. Intensidad grave.
-

3. Sensación de descarga eléctrica o dolor fulgurante, punzante o agudo.

4. Se desencadena con la deglución, la tos, el habla o los bostezos.

C. No es atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III

Adicionalmente, se subclasifica en los siguientes tipos de neuralgia:

Clásica: Se ha demostrado compresión neurovascular de la raíz del nervio glossofaríngeo con resonancia magnética o durante una intervención quirúrgica.

Secundaria: Se ha demostrado la existencia de una afección subyacente documentada como causante de cefalea y que explica la neuralgia, como traumatismos cervicales, esclerosis múltiple, tumores amigdalinos o regionales, tumores de ángulo pontocerebeloso y/o la malformación de Arnold-Chiari.

Idiopática: Las exploraciones complementarias no han encontrado ni compresión neurovascular ni un trastorno subyacente documentado

(Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018).

Una vez identificado el cuadro, para establecer el diagnóstico se debe llevar a cabo una anamnesis detallada con búsqueda intencionada de historia previa de traumatismos, radioterapia, cirugía oral y/o maxilofacial (Han A, 2022). La exploración física no suele conseguir demostrar cambios en la distribución nerviosa; sin embargo, si se manifiestan déficits sensitivos leves, estos no invalidan el diagnóstico (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018). Se sugiere solicitar estudios de laboratorio como biometría hemática, química sanguínea, velocidad de sedimentación globular y anticuerpos antinucleares, con la finalidad de descartar cualquier infección subyacente, proceso inflamatorio o proceso maligno. Ante la presencia de síncope se recomienda tener una evaluación cardiológica con monitorización holter y ecocardiograma transtorácico (Rutvij J. Shah, 2023).

Las pruebas de neurodiagnóstico por imagen como la resonancia magnética o tomografía computarizada de alta resolución del tronco encefálico pueden revelar la presencia de compresión vascular, tumores o lesiones desmielinizantes que afectan al nervio glossofaríngeo (Savica, 2007). El vaso sanguíneo más frecuentemente asociado a la compresión nerviosa es la arteria cerebelosa postero inferior (PICA)

(Vargas, 2022). El paciente del caso presentado no fue candidato a resonancia magnética por ser portador de marcapasos permanente, por lo que solo se contó con la tomografía de cráneo y cuello contrastadas realizadas al ingreso de su hospitalización, en donde no se observan alteraciones que expliquen lesión del nervio glossofaríngeo, por lo que sumado a los resultados de los estudios paraclínicos se concluyó ser de origen idiopático.

Dentro de los diagnósticos diferenciales, el más importante a considerar es la neuralgia de trigémino, una entidad diagnosticada con una frecuencia 100 veces mayor que la neuralgia del glossofaríngeo (Vargas, 2022). Uno de los principales retos al momento de diferenciar entre estas entidades es cuando la ubicación de dolor se centra en la rama mandibular del trigémino, esto por la cercanía de inervación de ambos pares craneales, sin embargo, ante este escenario se puede utilizar el dolor desencadenado con la deglución como hallazgo clínico diferencial, ya que este se encuentra presente únicamente en pacientes con neuralgia del glossofaríngeo, además, la localización anatómica del dolor, sus desencadenantes permiten su diferenciación (Teixeira MJ, 2008). En la neuralgia del trigémino el dolor tiende a desencadenarse al tocar ligeramente la cara en lugar de la faringe (Krasoudakis, 2015).

Con respecto al tratamiento médico del dolor neuropático secundario a neuralgia del glossofaríngeo, se considera carbamazepina como agente de primera línea por su alta respuesta descrita en la literatura (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018), no obstante, otros distintos medicamentos anticonvulsivos como gabapentina, fenitoína, oxcarbazepina o pregabalina son eficaces como manejo inicial. De igual forma, algunos antidepresivos como la amitriptilina han demostrado ser efectivos para la disminución del dolor y la frecuencia de sus paroxismos (Blumenfeld, 2013).

Como tratamiento inicial de las manifestaciones cardíacas asociadas a la neuralgia glossofaríngea se recomienda el uso de la atropina como fármaco de primera línea, considerando que no tiene impacto en la disminución del dolor. Por otra parte, la carbamazepina ha demostrado ser efectiva tanto para los síntomas cardíacos como para suprimir los paroxismos de dolor, por lo que se debe considerar su uso en este grupo de pacientes (Blumenfeld, 2013). Se han descrito reportes de caso de síncope convulsivo secundario a neuralgia vagoglossofaríngea con respuesta a pregabalina, sin embargo es necesaria más investigación en esta área antes de emitir recomendaciones (Savica, 2007).

En relación con la implantación de dispositivos permanentes no existe una pauta específica a seguir en pacientes con neuralgia del glosofaríngeo, debido a que existe evidencia que cuando se considera que la fisiopatología de la enfermedad es totalmente reversible, como en el caso de efectos inducidos por fármacos o en las alteraciones de los electrolitos, o probablemente reversible, como en el caso de procesos inflamatorios o de isquemia miocárdica, el tratamiento inicial de la bradiarritmia se realizará sin implementar dispositivos permanentes, sin embargo, en la práctica diaria, la naturaleza de los trastornos del origen y conducción de los estímulos eléctricos puede ser ambigua, por tanto, la cualidad de permanente o transitoria queda poco clara (Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre marcapasos y terapia de resincronización cardíaca, 2007). En el caso presentado se optó por colocación de marcapasos por tener una clínica asociada a bradicardia con múltiples pausas cardíacas superiores a 3 segundos, documentando hasta una máxima de 9 segundos, esto con la finalidad de aumentar el gasto cardíaco y así disminuir los síntomas asociados a la hipoperfusión, como se menciona en las recomendaciones de la ACC/AHA/HRS del 2018 (Kusumoto, 2019).

Aunque el tratamiento médico con anticonvulsivantes se considera de primera línea, hasta un 25% de los pacientes permanecen sintomáticos, por tal motivo se podría considerar una intervención quirúrgica como tratamiento a casos resistentes. Los métodos quirúrgicos incluyen descompresión microvascular con o sin rizotomía, sección nerviosa y tricotomía. Aunque recientemente se ha utilizado ablación nerviosa a través de radiocirugía estereotáxica (SRS) como alternativa para alivio sintomático, se necesitan más estudios para evaluar su eficacia a largo plazo (Berckemeyer, 2023).

El pronóstico es variable y algunos pacientes informan remisión espontánea o alivio eficaz del dolor con farmacoterapia. Sin embargo, otros pacientes tienen dolor refractario o recurrente a pesar de los ensayos con medicamentos y las intervenciones quirúrgicas (Rushton JG, 1981). Finalmente, los predictores de mal pronóstico incluyen dolor bilateral, ataques severos y ausencia de una lesión compresiva en el diagnóstico por imágenes (Han A, 2022).

CONCLUSIONES

La neuralgia del glosofaríngeo es una entidad inusual e infradiagnosticada a nivel mundial por su sintomatología similar a la de otros trastornos más frecuentes, como lo es la neuralgia del trigémino. Por lo tanto, se recomienda apearse a los criterios diagnósticos establecidos por la ICHD-III con la

finalidad de garantizar un diagnóstico en fases tempranas, ya que sin tratamiento tiene un impacto negativo importante en la calidad de vida de los pacientes (esto dado a la naturaleza de su dolor), y en muy raras ocasiones, puede asociarse a arritmias cardíacas, como en el caso presentado, que desarrollo disfunción del nodo sinusal con manifestaciones de alto riesgo, requiriendo colocación de marcapasos permanente.

Adicionalmente, una vez establecido el diagnóstico se recomienda un interrogatorio detallado con estudios de imagen que garanticen descartar alguna etiología potencialmente reversible de la neuralgia del glosofaríngeo, como lo pueden ser tumoraciones a lo largo del trayecto del noveno par craneal, que adicionalmente al tratamiento farmacológico pueden beneficiarse de una intervención quirúrgica oportuna.

Finalmente, una sospecha, identificación y tratamiento oportuno impactarán directamente en la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto, ante un paciente con cefalea, la localización del dolor es clave para su identificación, por lo que el interrogatorio correcto ayuda a confirmar o descartar esta entidad.

Conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (2018). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 38(1): 1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
- Banerjee, C. V. (2020). Glossopharyngeal Neuralgia/Neuropathy with hemodynamic instability and associated syncope treated with stereotactic radiosurgery. . *World Neurosurgery*, 139: 314-317. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.04.130>
- Barreto, L. E. (2013). Síncope convulsivo como primera manifestación clínica de paraganglioma carotídeo. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 22(3), 216-219. <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.v22.n3.2013.775>
- Berckemeyer, M. A.-M.-H. (2023). Current advances in the surgical treatment of glossopharyngeal neuralgia. . *Neurosurgical Review*, 46(1). <https://doi.org/10.1007/s10143-023-01948-y>
- Blumenfeld, A. &. (2013). Glossopharyngeal neuralgia. . *Current Pain and Headache Reports*, 17(7). <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0343-x>

- D. del Val Martín, D. R. (2017). Bradirritmias: disfunción sinusal, bloqueo auriculoventricular y trastornos de la conducción intraventricular . *Medicine*, 12(38):2267-74.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre marcapasos y terapia de resincronización cardíaca. (2007). Guías europeas de práctica clínica sobre marcapasos y terapia de resincronización cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 60(12):1272.e1-e51
DOI: 10.1157/13113933
- Han A, M. C. (2022). Glossopharyngeal Neuralgia: Epidemiology, Risk factors, Pathophysiology, Differential diagnosis, and Treatment Options. *Health Psychol Res*, 10(3):36042. doi: 10.52965/001c.36042
- Hartog, A. W. (2017). Recurrent syncope due to glossopharyngeal neuralgia. . *HeartRhythm Case Reports*, 3(1): 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.hrcr.2016.09.003>
- Hawks MK, P. M. (2021). Sinus Node Dysfunction. *Am Fam Physician*, 104(2):179-185. PMID: 34383451
- Jae Sung Park, Y. H. (2023). Glossopharyngeal Neuralgia. *J Korean Neurosurg Soc*, 66(1):12-23. doi: 10.3340/jkns.2022.0178
- Jannone-Pedro, N. D.-M.-E. (2018). Neuralgia glossofaríngea asociada a síncope y secundaria a carcinoma de cuello. *Revista De Neurologia*, 67 (09):371-372. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6709.2018104>
- Krasoudakis, A. A. (2015). Glossopharyngeal neuralgia associated with Cardiac Syncope: Two case reports and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 12: 4-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.05.007>
- Kusumoto, F. S. (2019). 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(8):333-381
<https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000627>
- Matilla, M. M.-E. (2011). Epilepsia versus síncope convulsivo: La cama basculante como herramienta diagnóstica. . *Anales de Pediatría*, 75(3), 221-222.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.03.022>

Óscar Chávez-Barba, L. M.-M.-A. (2011). Anatomía de los nervios craneales con resonancia magnetica de 3.0 Tesla: una revisión práctica para casos clínicos. *Gaceta Médica de México*, 147:526-37

Palanisamy, D. M. (2018). Management of recurrent glossopharyngeal neuralgia following microvascular decompression surgery. *World Neurosurgery*, 117: 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.06.136>

Rushton JG, S. J. (1981). Glossopharyngeal (vagoglossopharyngeal) neuralgia: a study of 217 cases. *Arch Neurol*, 38(4):201-5. doi: 10.1001/archneur.1981.00510040027002. .

Rutvij J. Shah, D. P. (2023). *Glossopharyngeal Neuralgia*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, PMID: 31082085

Savica, R. L. (2007). Vagoglossopharyngeal neuralgia: a rare case of syncope responding to pregabalin. *Cephalalgia*, 27(6): 566-567. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01304.x>

Semelka M, G. J. (2013). Sick sinus syndrome: a review. *Am Fam Physician.*, 87(10):691-6. PMID: 23939447

Teixeira MJ, d. S.-S.-S. (2008). Glossopharyngeal neuralgia: neurosurgical treatment and differential diagnosis. *Acta Neurochir (Wien)*, 50(5):471-5; doi: 10.1007/s00701-007-1493-6

Vargas, J. S. (2022). Left Glossopharyngeal neuralgia: a rare pathology. A case report. *Acta médica peruana*, 39(3): 294-8. <https://doi.org/10.35663/amp.2022.393.2380>

Vogler, J. B. (2012). Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. *Revista Española de Cardiología*, 65(7): 656-667. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.01.025>