

CASO DI DOLORE NEUROPATICO CRONICO TRATTATO MEDIANTE INFILTRAZIONE AURICOLARE CON ANESTESIA LOCALE

A CASE OF CHRONIC NEUROPATHIC PAIN TREATED WITH AURICULA INJECTION OF LOCAL ANAESTHETIC

Paolo Barbagli

*Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore, Riva del Garda
Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico, Padova*

Francesco Ceccherelli

*Dipartimento di Farmacologia e Anestesiologia
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Padova,
Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico, Padova*

RIASSUNTO

Viene qui discusso il caso di una signora di 69 anni, da circa 1 anno e mezzo sofferente di una nevralgia del nervo safeno destro, resistente a tutti gli interventi terapeutici effettuati.

Il caso è stato risolto mediante un'unica seduta di una tecnica poco usata e scarsamente documentata in letteratura, l'infiltrazione di alcuni punti auricolari con anestetici locali.

La scomparsa del dolore è avvenuta dopo circa un mese di netto peggioramento, e si è mantenuta per tutta la durata del follow-up, di 1 anno.

Viene proposta per questa tecnica una nuova denominazione, neural-auricoloterapia, che sembra bene sintetizzare le branche terapeutiche dalle quali deriva.

Parole chiave

Dolore cronico, anestetico locale, lidocaina, auricoloterapia

SUMMARY

The case under discussion is that of a 69 years old woman, who has suffered from saphenus nerve neuralgia for about one and a half years. This illness has proved resistant to all the therapeutic treatments she has undergone.

The case has been solved in just one session of a rarely used technique, not even well-documented

in literature: the injection of local anaesthetic into some auricular points. After about one month of significant aggravation, the pain has disappeared and it has never reappeared throughout the 1-year follow up.

The new denomination suggested for this technique is neural-auriculotherapy, which well summarizes the therapeutic branches from which it stems.

Key words

Chronic pain, local anaesthetic, lidocaine, auriculotherapy

INTRODUZIONE

Viene qui presentato e discusso l'insuale caso di una anziana signora, sofferente di una nevralgia del nervo safeno destro da circa 1 anno e mezzo, resistente a tutti gli interventi terapeutici effettuati (paracetamolo, gabapentin, anestetici locali topici, capsicina topica, peridurali, blocchi del nervo safeno, artroprotesi anca).

Tale caso è stato risolto mediante un'unica seduta di una tecnica poco usata e poco documentata in letteratura, l'infiltrazione di alcuni punti auricolari con anestetici locali.

Si tratta di una tecnica a metà strada tra l'auricoloterapia,^{1,2} una metodica terapeutica che usa l'infissione di aghi nel padiglione auricolare, e la neuralterapia secondo Huneke, o terapia con gli anestetici locali,³⁻⁵ che usa l'infiltrazione di un anestetico locale, in genere procaina o lidocaina, nei punti dolenti e/o di agopuntura e in numerose strutture anatomiche come, per esempio, vasi arteriosi o venosi, articolazioni, nervi periferici eccetera.

IL CASO

Una signora di 69 anni, G.M., in ottima salute fino ad allora, nel settembre 2003, senza una causa apparente, iniziava a soffrire di un dolore nella zona sopra la caviglia destra, nella parte interna della gamba.

Tale dolore era continuo ma peggiorava la notte e migliorava alzandosi dal letto e camminando.

Il dolore era riferito a partenza da un

punto preciso, che "scottava" e sembrava come una spina. Il terzo distale della zona tibiale destra, cioè la zona riferita dolente, risultava ancora più dolente anche alla pressione.

Il dolore peggiorava con il caldo locale, mentre migliorava con il ghiaccio o comunque al contatto col freddo.

Gli esami ematochimici di routine erano nella norma; in particolare non vi era alcuna indicazione di diabete o iperglicemia.

Nel giugno 2004, essendo stato attribuito tale dolore ad artrosi dell'anca destra, la paziente veniva sottoposta ad artroprotesi, ma il dolore non solo permaneva, ma era anzi peggiorato.

Una risonanza magnetica (12.8.2004) al bacino escludeva compressioni lungo il decorso retro-peritoneale del nervo femorale di destra, mentre l'esplorazione della colonna lombosacrale rilevava "diffuse alterazioni spondilo-disco-artrosiche" e "produzione di becchi osteofitosici", con procidenze anulari dei dischi a livello di L4-L5 e L5-S1, entrambi con impegno intraforaminale bilaterale più evidente a destra.

Una risonanza magnetica (25.10.2004) alla caviglia e al piede destro non faceva rilevare nulla di anomalo nella zona riferita dolente.

Una elettromiografia (19.11.2004) e un esame neurologico agli arti inferiori erano negativi per lesioni nervose periferiche.

Un eco-doppler venoso (28.1.2005) escludeva segni di insufficienza venosa agli arti inferiori.

Dal punto di vista terapeutico, in precedenza si erano effettuati tentativi con: 1) gabapentin per 40 giorni con lieve miglioramento, poi sospeso per intolleranza al farmaco;

2) trattamenti locali con pomata anestetica e con pomata a base di peperoncino, che avevano peggiorato il dolore;

3) paracetamolo (l'unico tollerato, essendo allergica o intollerante a quasi tutti i farmaci analgesici e antiinfiammatori), che però non aveva dato nessun miglioramento, nemmeno temporaneo, alla sintomatologia;

4) un blocco del nervo safeno e 3 blocchi peridurali, presumibilmente con anestetico locale e cortisonici, che non avevano dato alcun risultato. L'approccio terapeutico è consistito in una prima seduta (6.2.2005) con blocco di tutte le cicatrici (al ginocchio sinistro per traumi, al fianco destro per appendicectomia e all'interno del naso per polipectomia nasale a 52 anni) con lidocaina 0,5 %, alla ricerca di un eventuale "campo perturbante".^{6,8} A distanza di tre giorni, nessun risultato.

Il 10.2.2005 si effettuava quindi una nuova seduta infiltrando (mediante ponfi sottocutanei con ago G27, ma senza interessare la cartilagine auricolare) con lidocaina 0,5 % nella quantità totale di circa 2 cc alcuni punti di minor resistenza elettrica sui padiglioni auricolari (*Figura 1*), identificati mediante detettore elettrico.

Il detettore elettrico è stato usato dopo avere infruttuosamente cercato dei punti dolenti alla pressione mediante palpeur meccanico. All'inizio della seduta il dolore, di intensità moderata, era presente. Si è avuta l'immediata scomparsa del dolore, che è durata circa 6-7 ore.

Durante la notte il dolore si è ripresentato nettamente più intenso del solito e non più confinato nella solita zona dolente, ma "dappertutto", dif-

fuso in particolare a spalle e ginocchia.

Tale peggioramento locale e generale perdurava per circa una settimana, poi incominciavano a migliorare i dolori generalizzati e il dolore alla gamba regrediva fino al valore controllo (controllo del 18.2.2005). Dopo ulteriori 10 giorni (28.2.2005) il dolore alle ginocchia era scomparso, mentre permaneva in forma lieve alla spalla destra.

Dopo altri 10 giorni (11.3.2005), a distanza quindi di un mese dalla seduta, i dolori generalizzati erano scomparsi, mentre appariva migliorato anche il dolore alla gamba. In particolare la paziente riferiva di dormire meglio la notte, mentre in precedenza il sonno era disturbato dal dolore.

Il 30.3.2005 (un mese e venti giorni dopo) la paziente riferiva che il suo dolore era quasi scomparso, lo stato generale continuava lentamente a migliorare, il sonno non era più disturbato e la paziente, nel complesso, era molto soddisfatta.

A distanza di un anno, la paziente dichiarava che il dolore, senza effettuare alcun nuovo intervento terapeutico, era del tutto scomparso e che godeva di ottima salute.

DISCUSSIONE

La genesi del dolore sofferto dalla signora G.M. non appare del tutto chiara, alla luce dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e delle numerose indagini strumentali effettuate.

Va senz'altro eliminata una possibile genesi articolare, in particolare una

coxartrosi, che andava esclusa (anche se non conosciamo l'obiettività articolare al momento dell'intervento) per la localizzazione e le modalità del dolore (dolore urente, continuo, prevalentemente notturno), che facevano invece pensare a un dolore neuropatico.

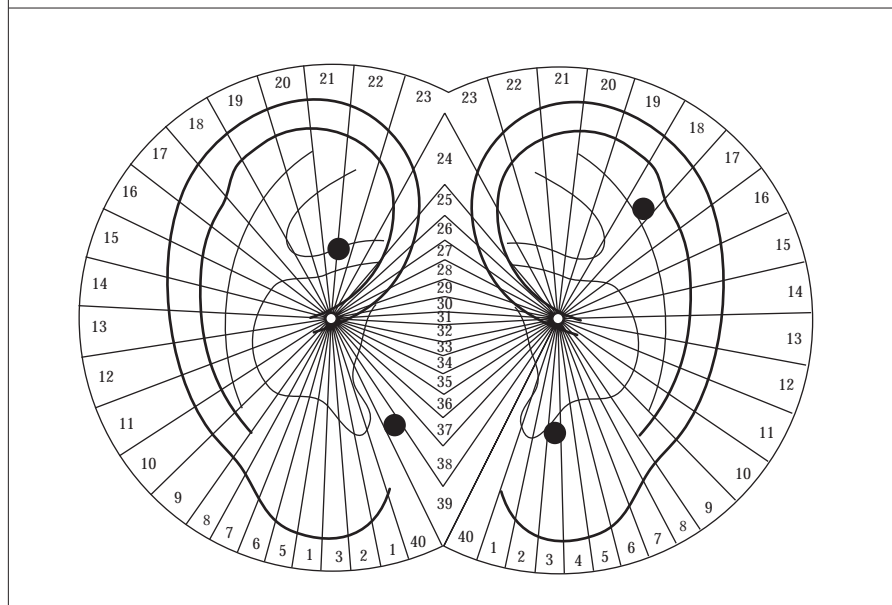
Vanno anche escluse una genesi vascolare (per dati anamnestici e negatività dei test vascolari) e metabolica, in particolare diabetica (per negatività degli esami ematochimici).

L'unica genesi plausibile rimane pertanto quella neuropatica, interessando il territorio del nervo safeno, che è il più importante ramo sensitivo del nervo femorale e fornisce l'innervazione sensitiva al malleolo mediale, al polpaccio mediale e a una porzione dell'arco mediale del piede, derivando da fibre delle radici nervose di L3 e L4.

Le cause più comuni di dolore irradiato in quella zona sono l'ernia del disco lombare L3-L4 e la compressione del nervo da artropatia degenerativa della colonna vertebrale, sempre a livello di L3-L4, nonché più raramente sindromi da intrappolamento periferico dei nervi femorale e safeno nel loro decorso (come, per esempio, possibili compressioni del nervo femorale a livello pelvico o del canale di Hunter o quelle sul condilo mediale del femore al ginocchio).⁹

Nessuna di queste cause di compressione, per quanto indagate, è stata identificata, a eccezione di osteofiti artrosici lungo tutta la colonna lombosacrale; anche l'elettromiografia è risultata negativa: non ha cioè documentato segni di sofferenza nervosa. Negativa è stata anche la ricerca di possibili processi espansivi nella zona

Figura 1
Punti rinvenuti sui padiglioni auricolari col dettore elettrico e infiltrati



del dolore. E anche i tentativi terapeutici effettuati agendo sulla probabile genesi neuropatica, ancorché non adeguatamente documentata, si sono rivelati inefficaci (come il blocco anestetico del nervo safeno, ben 3 blocchi peridurali e l'uso del paracetamolo), o non tollerati dalla paziente (come il gabapentin) o hanno provocato un peggioramento non seguito da miglioramento (come i trattamenti topici con pomate di anestetici locali o alla capsaicina).

Questo conferma che la paziente in esame, peraltro anche "allergica" o "ipersensibile" a una lunghissima lista di farmaci, rientrava in una categoria di soggetti che possono essere variamente definiti "ipersensibili" o "iperreattivi".

Ipersensibilità o iperreattività confermata anche dalla risposta alla terapia che si è inspiegabilmente rivelata risolutiva: un'unica seduta di stimolazione auricolare mediante 4 ponfi (due per parte) di un anestetico locale.

A questa seduta, seguita da una immediata anche se fugace sparizione del dolore, faceva seguito infatti un periodo di iperalgesia, fenomeno peraltro ben noto a tutti gli agopuntori e riflessoterapeuti.¹⁰

Tale periodo, generalmente di poche ore o giorni, è risultato in questo caso di circa un mese, una durata insolitamente lunga e di difficile e delicata gestione, specialmente nel giustificare l'astensione da ulteriori interventi terapeutici. Astensione che, basata soprattutto sull'esperienza del terapeuta più che sulla scarsissima o assente letteratura in proposito, è risultata a posteriori utilissima nel non inquinare gli eventuali risultati o

addirittura, vista la labilità reattiva della paziente stessa, nel modificare (non è possibile sapere in quale senso) il lento processo di guarigione che andava evidenziandosi.

La tecnica usata utilizza quella più frequentemente usata in neuralterapia, il ponfo, che consiste nell'infiltrazione sottocutanea o, meglio, intracutanea, di una piccola quantità di anestetico locale.¹¹⁻¹³

"La terapia con il ponfo è una terapia stimolante aspecifica che dovrebbe influenzare terapeuticamente, per via riflessa segmentaria, patologie situate nello stesso segmento... sfruttando la cute come organo riccamente innervato...".¹¹

Nei testi classici e nella letteratura neuralterapeutica non è previsto l'uso di ponfi sul padiglione auricolare, mentre la possibilità di infiltrare i punti auricolari con anestetici locali è stata presa in considerazione da alcuni agopuntori¹⁴, anche se i dati in letteratura sono poco più che aneddotici.

Groblas¹⁵ riferisce dei buoni risultati infiltrando (per 7-8 volte una volta al giorno) procaina 0,1-0,3 ml nel punto asma (Dingchuan) in un gruppo di 25 asmatici.

Lee¹⁶ ha utilizzato con buoni risultati (buon miglioramento nel 68,7% dei pazienti con follow-up di tre mesi) ponfi auricolari di lidocaina 1% nel trattare l'insonnia (10-12 sedute 3 volte alla settimana con 1,5-2 ml di lidocaina).

Lange¹⁷ riferisce di avere usato spesso la procaina in ponfi auricolari e di avere osservato diversi "fenomeni del secondo o di Huneke", come quelli della neuralterapia. L'effetto è rapido ma di breve durata, e necessita di

ripetute sedute per avere dei buoni risultati, soprattutto nei casi cronici. Riferendosi ai dolori da arto fantasma, Lange sostiene anche che, a suo parere, i ponfi auricolari sulla proiezione auricolare della parte amputata danno spesso una liberazione istantanea dal dolore, che non si ottiene invece con i normali aghi da agopuntura.

Bindi¹⁸ riferisce di una sua tecnica denominata del "ponfo gigante", da praticare soprattutto in pazienti con algie multistrettuali con componenti psicosomatiche; usando, in seduta unica, procaina 0,5% 3 cc nel punto cosiddetto Shenmen auricolare, senza penetrare nella cartilagine.

Riccobene^{19,20} riferisce di avere trattato con successo, mediante ponfi (con procaina 0,2-0,5 cc per ponfo) di 0,5-1cm di diametro in alcuni punti selezionati sul padiglione auricolare (Shenmen o punto 48, punto 16 sul trago, punto 44 sull'elice, punti 24 e 29 sull'antitrigo), un limitato gruppo di pazienti affetti da obesità.

A tale trattamento era associata dieta e trattamento neuralterapeutico delle cicatrici e dei campi focali di disturbo.

La tecnica dei ponfi di anestetico (uno o più) nel padiglione auricolare viene usata anche, peraltro saltuariamente, in Germania, come testimoniato per esempio dal neuralterapeuta tedesco Schirmohammadi.²¹

La nostra tecnica si avvicina molto a quella riferita da questi due ultimi autori, dai quali si differenzia per la modalità di ricerca dei punti da infiltrare (mediante un detettore elettrico invece di infiltrare solo Shenmen), e di conseguenza per il numero dei

punti infiltrati, che dipende dai risultati della ricerca sul padiglione auricolare. I ponfi sono comunque risultati del diametro circa di 1 cm, ed essendo 4 (2 per parte), in grado di interessare una buona percentuale della superficie auricolare: in conclusione si è trattato di una stimolazione decisamente importante, che può spiegare, almeno in parte, l'intensità e l'ampiezza temporale, circa un mese, della reazione della paziente.

In quanto alla localizzazione dei punti infiltrati (*Figura 1*), nessuno dei punti trovati tramite detettore elettrico corrisponde, nelle mappe auricolari più usate,^{22,23} alla zona interessata dal dolore, cioè all'arto inferiore e in particolare alla gamba.

I quattro ponfi effettuati, due per ogni orecchio, hanno comunque interessato gran parte della zona superiore del padiglione auricolare (comprendente fossa ovale e parte superiore dell'antelice, che si divide in due rami, il superiore e l'inferiore), che grossolanamente corrisponde in tutte le mappe alla parte inferiore del corpo e agli arti inferiori, e gran parte del lobo, specialmente nella sua parte superiore e anteriore, che corrisponde in tutte le mappe alle varie parti del capo (occhi, orecchie, denti ecc.) e soprattutto alle principali funzioni psichiche. Queste ultime in particolare potrebbero aver giocato un importante ruolo nel caso in esame.

Pertanto, le zone auricolari trattate potrebbero avere influito sia sulla parte inferiore del corpo che sulle principali funzioni psichiche e cognitive.

Si consideri inoltre che recenti studi²⁴ hanno dimostrato che la stimolazio-

ne auricolare aumenta la soglia del dolore non solo nella zona corrispondente al punto stimolato, ma anche in tutto il corpo: vi sarebbe quindi un'azione antalgica generalizzata e indipendente dalla localizzazione del punto stimolato.

Quanto a un possibile effetto placebo²⁵⁻²⁷ quale causa di questa guarigione, si consideri che, benché gli aspetti aspecifici o placebo dei processi di guarigione siano rilevanti in ogni terapia e in particolare quando si parla di medicine complementari o "alternative" come quella oggetto di questa trattazione, il fenomeno viene evidenziato solo statisticamente in trial controllati, mentre risulta pressoché impossibile discernere tra terapia "vera" e placebo nel singolo caso. Risposta placebo che, nel caso oggetto di questa trattazione, appare fortemente improbabile.

Soprattutto se si considera che, nelle medesime condizioni di setting operativo (stesso medico terapeuta, stesso ambulatorio, stesse modalità di infiltrazioni terapeutiche, e quindi identica aspettativa di guarigione), cioè nelle condizioni che in genere vengono invocate da tutte le teorie (la teoria del condizionamento, la teoria della liberazione dall'ansia, la teoria dell'aspettativa/cognitiva, la teoria del behaviorismo psicologico del dolore) che cercano di spiegare il fenomeno placebo, la risposta al primo tentativo terapeutico (il blocco anestetico delle cicatrici) è stata nulla.

Inoltre, i più recenti studi sull'effetto placebo tendono a ridimensionare i benefici a esso attribuiti,²⁸⁻³⁰ e in ogni caso gli effetti positivi sembrano in genere limitati nel tempo.³¹

CONCLUSIONI

La storia del caso qui esaminato fa ritenere che la tecnica usata, finora così poco impiegata e documentata in letteratura, meriti ulteriori studi e la pubblicazione di casistiche più consistenti. Tale tecnica avrebbe inoltre bisogno di una denominazione che la identifichi con precisione e che le conferisca la dignità di una tecnica medica codificata.

Poiché sembra agli Autori che rappresenti una estensione al padiglione auricolare delle già ampiamente usate tecniche della neuralterapia sec. Huneke, e nello stesso tempo rappresenta anche una particolare branca dell'auricoloterapia o agopuntura auricolare, si propone il termine "neural-auricoloterapia".

Si ritiene che una tale denominazione sia in grado di identificare con sufficiente precisione e concisione l'atto di infiltrare mediante ponfi di anestetici locali (in piccole quantità e a concentrazione subanestetica, le due particolarità che, oltre alla finalità terapeutica, differenziano una normale anestesia locale dall'infiltrazione neuralterapeutica) nel padiglione auricolare a scopo terapeutico. Inoltre, una tale definizione consentirebbe a tale tecnica di uscire dal limbo indistinto delle pratiche terapeutiche più o meno empiriche, facendole acquisire un chiaro diritto di cittadinanza accanto alle numerose altre che già fanno parte del corpus tecnico-terapeutico della neuralterapia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Romoli M. Agopuntura auricolare. Edizioni UTET, Torino 2003.
- 2) Nogier PFM. *Traité d'auriculothérapie*. Ed. Maisonneuve; 1969.
- 3) Dosch P. *Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke (Therapie mit Lokalanästhetika)*. Haug Verlag, 14. Edizione, Heidelberg 1995.
- 4) Barop H. *Manuale e Atlante di Terapia Neurale secondo Huneke*. Edi. Ermes, Milano 2003.
- 5) Gross D. *Therapeutische Lokalanästhesie*. Hippokrates, Stuttgart 1989.
- 6) Barbagli P. Ceccherelli F. Possible etiopathogenic role of scars in chronic non malignant pain. Cases and case records. *Minerva Medica* 2005; 96; 3 (suppl. 2): 15-23.
- 7) Dosch P. *Narben und Neuraltherapie*. Landarzt 1956; 32: 544-546.
- 8) Huneke F. *Das Sekundenphänomen in der Neuraltherapie*. Haug Verlag, 6. Edizione, Heidelberg 1989.
- 9) Waldmann SD. Il blocco del nervo safeno al ginocchio. In: *Il trattamento del dolore: atlante teorico pratico*. Verduci Editore, Roma 1998: pp. 442-445.
- 10) Bischko J. La tecnica dell'agopuntura e le successive reazioni. In: *Introduzione alla agopuntura*. Piccin Editore, Padova 1980: pp. 33-49.
- 11) Barop H. Pomfo. In: *Manuale e atlante di Terapia Neurale secondo Huneke*. Edi. Ermes, Milano 2003: p. 147.
- 12) Dosch M. *Quaddeltherapie*. In: *Bildatlas zur Technik der Neuraltherapie mit Lokalanästhetika*. Haug Verlag, 4. Auflage, Heidelberg 1988: p. 186.
- 13) Dosch P. *Die Quaddeltherapie*. In: *Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke (Therapie mit Lokalanästhetika)*. Haug Verlag, 10. Auflage, Heidelberg 1981: pp. 381-386.
- 14) Romoli M. Modalità di stimolazione. L'infiltrazione dei punti. In: *Agopuntura Auricolare*. UTET, Torino 2003: pp. 99-100.
- 15) Grobglas A, Levy J. *Traité d'acupuncture auriculaire*. Editions Publi Réal, Paris 1975.
- 16) Lee TN. Lidocaine injection of auricular points in the treatment of insomnia. *Am J Chin Med* 1977; 5 (1): 71-77.
- 17) Lange G. *Akupunktur der Ohrmuschel*. WBW Biologisch-Medizinische Verlagsges, MBH & Co, Schorndorf 1987.
- 18) Bindi N. Tecnica del "ponfo gigante" secondo Bindi. In: *Agopuntura Auricolare*. Romoli M. UTET, Torino 2003: p. 100.
- 19) Riccobene F. Neuralterapia nel trattamento dell'obesità e della riduzione idrica. In: 1. *Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Neuralterapia in Medicina Funzionale*, 15 novembre 2003. Pavesi PG, a cura di. Milano: pp. 34-39.
- 20) Riccobene F. Impiego della neuralterapia sec. Huneke in casi di ritenzione idrosalina non responsivi alla terapia diuretica in corso di dieta dimagrante con SON Formula. In: *Atti del I Congresso S.E.N.B. (Società Europea di Nutrizione Biologica)*, 22 maggio 1999; Roma, pp. 48-52.
- 21) Schirmohammadi R. Neuralterapia e circuiti biocibernetici. 2. *Convegno Nazionale di Neuralterapia in Medicina Funzionale*. Milano, 9-10 ottobre 2004.
- 22) Nogier PFM, Petitjean F, Mallard A. *Compléments des points réflexes auriculaires*. Ed. Maisonneuve 1989.
- 23) *Auricular Points Chart*. Ed. Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Traditional Chinese Medicine, China Medicopharmaceutical Science & Technology Publishing House, Beijing 1989.
- 24) Ceccherelli F, Gagliardi G, Caravello M, Zampieri S, Barbagli P, Facco E. Effect of ear stimulation on pain threshold. Comparison between electroacupuncture and placebo in human volunteers: a double blind crossover study. *Minerva Med* 2005; 96 (3 suppl. 2): 1-6.
- 25) Staats PS, Doleys DM, Hekmat H, Staats A. Il potente placebo: amico o nemico? In: *Trattamento clinico del dolore cronico*. Jensen TS, Wilson PR, Rice ASC, a cura di. CIC Edizioni Internazionali, Roma 2004: pp. 239-250.
- 26) Wall PD. The placebo and the placebo response. In: *Textbook of Pain*. Wall PD, Melzack R eds. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999: pp. 1419-1429.
- 27) Turner JA. Effetti dei trattamenti non specifici. In: *Trattamento del dolore Bonica's*. Loeser JD, a cura di. Antonio Delfino editore, Roma Milano 2003: pp. 1649-1656.
- 28) Gensini GF, Conti AA, Conti A. Past and present of "What will please the Lord": an updated history of the concept of placebo. *Minerva Med* 2005; 96: 121-124.
- 29) Kienle GS, Kiene H. The powerful placebo effect: fact or fiction? *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 1311-1318.
- 30) Hrobjartsson A. The uncontrollable placebo effect. *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 50: 345-348.
- 31) Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Is the placebo powerless? *N Engl J Med* 2001; 344: 1594-1602.