

**ARTÍCULO****Espacio retroestíleo, punto de encuentros nerviosos: VII, IX, X, XI, XII pares craneales y el ganglio simpático cervical superior****Julio César Franco Castillo**

Estudiante de la Maestría en Morfología Humana - Departamento de Morfología - Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia. Profesor asistente de anatomía humana. Universidad de Panamá

**Elsa Margarita Santa María**

Estudiante de la Maestría en Medicina Alternativa. Geriatra.  
jucfranco@unal.edu.co

---

**Espacio retroestíleo, punto de encuentros nerviosos: VII, IX, X, XI, XII pares craneales y el ganglio simpático cervical superior****Resumen**

Se propone una técnica para el abordaje, con fines de terapia neural, de los elementos contenidos en el espacio retroestíleo (pares craneales VII, IX, X, XI y XII, y ganglio simpático cervical superior) que sea mínimamente invasiva y por lo tanto, presente menos riesgo de lesiones asociadas.

**Palabras clave**

Terapia neural; espacio retroestíleo; pares craneales VII, IX, X, XI y XII; ganglio simpático cervical superior.

**Introducción**

La medicina neural terapéutica propone una aproximación al paciente de forma holística, en la cual mediante la aplicación de procaína en puntos de irritación del sistema nervioso, se promueve una auto-organización. Desde el uso de los bloqueos novocaínicos de Viscnievski y con el posterior trabajo de los Huneke se han propuesto vías de abordaje para diferentes estructuras que sirven para actuar localmente, o como terapia segmentaria.

**Objetivo**

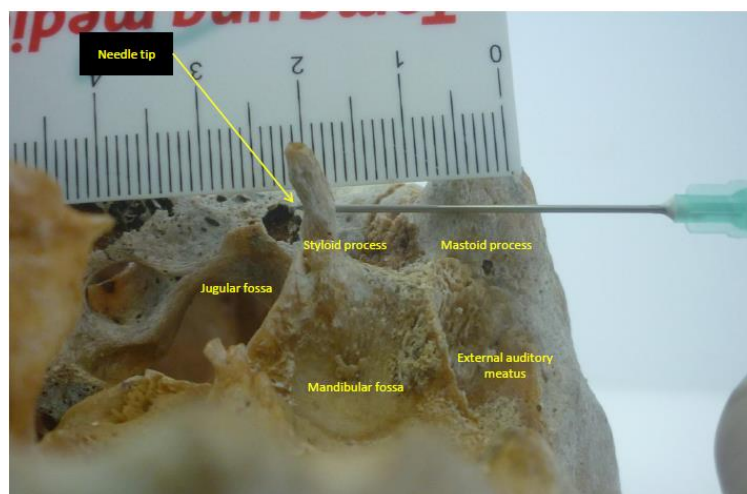
El objetivo de este trabajo es proponer un abordaje para intervenir cinco nervios craneales y las fibras simpáticas del ganglio cervical superior, de una forma mínimamente invasiva, disminuyendo el dolor y reduciendo el riesgo de lesión vascular.

**Metodología**

Enmarcado en el plan de estudios de la Maestría en Medicina Alternativa - Área Terapia Neural, se han realizado revisiones de las diferentes técnicas,

usando como materiales atlas de anatomía (1) (2), cráneos y cuerpos humanos disecados. Se utilizó una

jeringuilla con aguja No. 22 y una regla para realizar las mediciones de profundidad (ver figuras No. 1 y No. 2).



**Figura No. 1.** Metodología. Técnica de medida. Medición de la profundidad del espacio retroestíleo. Vista anterior del lado derecho de la norma inferior del cráneo. Se utilizó una aguja No. 22 y una regla. Obsérvese la punta de la aguja a nivel del borde de la fosa yugular. (Fotografía: Dr. Julio César Franco Castillo).

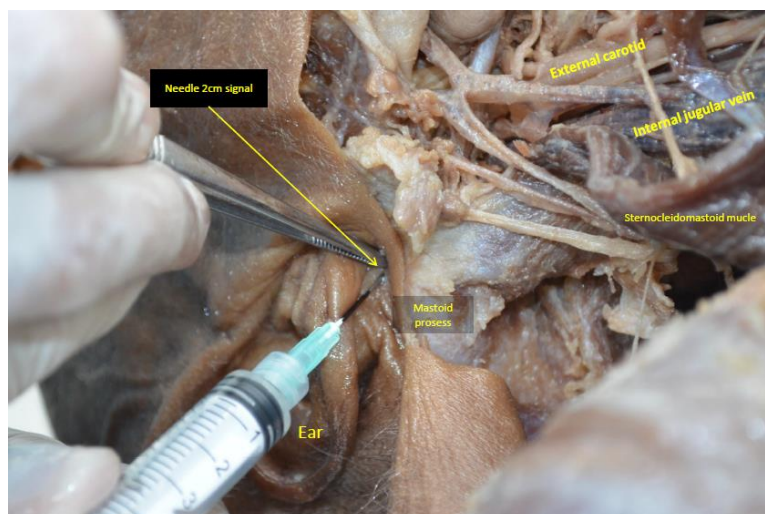


**a**



**b**

**Figura No. 2.** Metodología. Señalización de la aguja. Una vez medida la profundidad de la aguja hasta el borde de la fosa yugular (a), se procedió a marcar sobre la aguja la medida de 2 cm. Luego, la misma aguja se aplicó en un cuerpo humano (b). (Fotografía: Nilsa Marcela Barbosa, estudiante de medicina).



**Figura No. 3.** Aplicación de la medida en un cuerpo humano. Aplicación de la aguja marcada en región infraóptica. Obsérvese, como punto de referencia, la inserción del músculo esternocleidomastoideo en la apófisis mastoideas. (Fotografía: Nilsa Marcela Barbosa, estudiante de medicina).

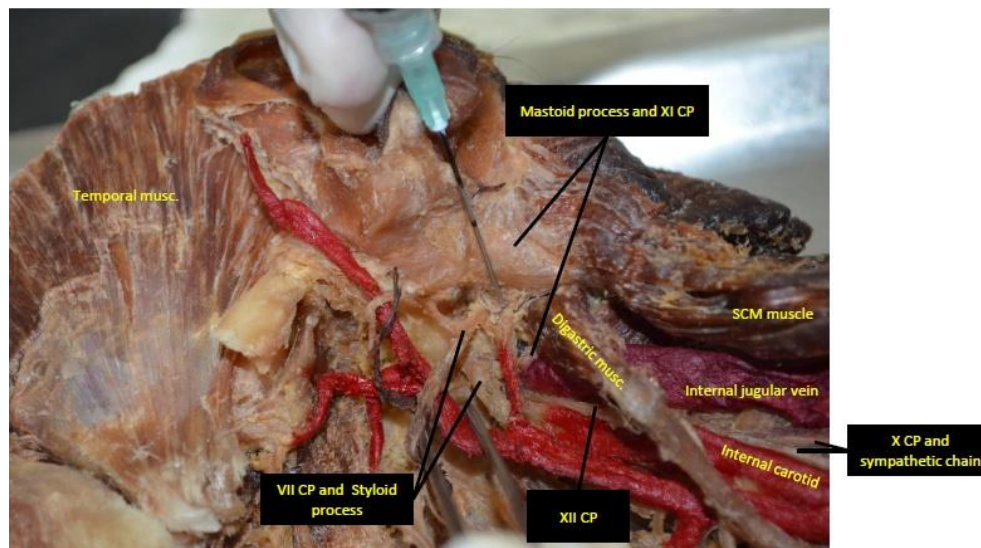
## Resultados

Se identifica el espacio retroestíleo con las siguientes características:

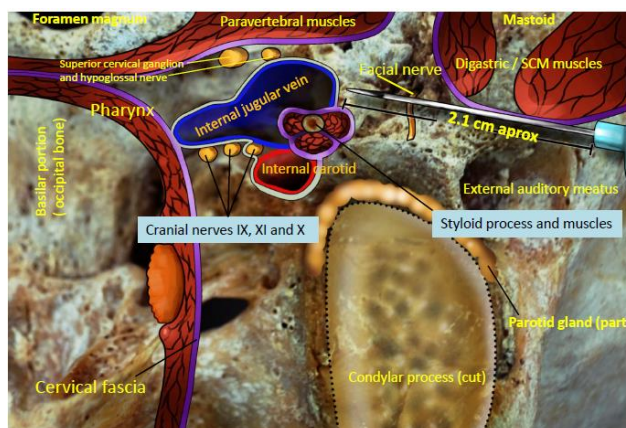
- Ubicación: entre la apófisis estiloideas y la apófisis mastoideas. Las mediciones realizadas dieron por resultado que se encuentra a una profundidad de aproximadamente 2 cm (ver figuras 1, 2, 3 y 4).
- Contenido: ganglio simpático cervical superior (GSCS), su plexo simpático carotídeo interno (PSCI), los pares craneales VII, IX, X, XI y XII, vena yugular interna y arteria carótida interna (1) (2). Espacio

rodeado anteromedialmente por reflexiones de la fascia cervical profunda y latero-posteriormente por la fascia cervical superficial (ver figura No. 5).

- Abordaje: infraóptico entre la apófisis mastoideas y la mandíbula. Se puede realizar con aguja No. 27 G. Dirección de la aguja perpendicular y/o ligera angulación posterior entre 5-10 grados, a una profundidad aproximada de 2 cm (ver figura 5). Cantidad de anestésico 2 ml. Aspirar antes de infiltrar.



**Figura No. 4.** Confirmación de medidas. Se confirmaron las mediciones realizadas sobre una pieza anatómica (hemicráneo izquierdo), aplicación infraótica (por debajo del esqueleto cartilaginoso de la oreja). Obsérvese que la punta de la aguja que queda ubicada detrás de la apófisis estiloides en relación muy cercana a los VII y XI pares craneales. (Fotografía: Nilsa Marcela Barbosa, estudiante de medicina).



**Figura No. 5.** Espacio retroestíleo, esquema. Esquema del espacio retroestíleo, y su contenido, realizado sobre una fotografía aérea de la norma inferior de un cráneo. Puntos de referencia: agujero magno en el cuadrante superior izquierdo y apófisis mastoides en el derecho. Se dibujó una aguja de aproximadamente 2,1 cm con dirección medial y ligera angulación posterior. El proceso condilar es parte del esquema como parte de los puntos de referencia. (Realizado por: Dr. Julio César Franco C. y Alberto Isaac Suárez, estudiante de medicina).



**Discusión**

En la técnica clásica para el ganglio cervical superior se describe el abordaje como la línea imaginaria que cruza el ángulo de la mandíbula con la apófisis mastoides, se propone el uso (1) de aguja de una guja de 60-80 mm de longitud (2). Con la técnica que se propone desde el presente trabajo, se minimizan los riesgos de lesiones (3). Las indicaciones de este abordaje están dadas tanto como terapia segmental, como campo interferente, no sólo en la intervención de la cadena simpática sino también en el tratamiento de patologías tan frecuentes como la

disfagia, disgeusia, alteraciones esofágicas, disfonía etc. (4) (5) (6).

**Conclusión**

La modificación a la técnica presentada desde el punto de vista morfológico, ofrece una alternativa probablemente más segura para el abordaje de los pares craneales mencionados y al plexo carotídeo interno, además de minimizar el riesgo de complicaciones vasculares. Falta protocolizar su uso en la práctica clínica y demostrar su eficacia con los pacientes en futuras investigaciones.

**Referencias bibliográficas**

1. **Sobbota.** *Atlas de Anatomía Humana, Tomo 1.* s.l. : Editorial Médica Panamericana S.A., 2007. 978-84-7903-632-4.
2. **Netter, Frank.** *Atlas de Anatomía Humana.* s.l. : Elsevier Masson, 2007. 978-84-4581-759-9.
3. *Cervical sympathetic and stellate ganglion blocks.* **M., Elias.** (3):294-304, s.l. : Pain physician, 2000, julio, Vol. 3. PubMed PMID: 16906187..
4. **J., Dosch y M., Dosch.** *Manual of neural therapy according to Huneke.* s.l. : Thieme, 2007.
5. *Block of the superior cervical ganglion, description of a novel ultrasound-guided technique in human cadavers.* **Siegenthaler A, Haug M, Eichenberger U, Suter MR, Moriggl B.** 14(5):646-9, s.l. : Pain medicine; PubMed , 2013, mayo. PMID: 23438374..
6. *Cervical ganglion block attenuates the progression of pulmonary hypertension via nitric oxide and arginase pathways.* **S., Na, y otros.** 63(2):309-15, s.l. : Hypertension; PubMed, 2014 Feb. PMID: 24324044.
7. *The auriculo-vagal afferent pathway and its role in seizure suppression in rats.* **W., He, y otros.** 14:85, s.l. : BMC neuroscience; PubMed, 2013. PubMed PMID: 23927528. Pubmed Central PMCID: 3751281.

8. *A method for treating acute serous lymphadenitis by the action of novocaine block of the cervical autonomic ganglia.* **A.A., Timofeev, A.M., Solntsev y A.N., Likhota.** 69(1):35-6, s.l. : Stomatologia; PubMed , 1990 Jan-Feb. PMID: 2326809.

---