Neuralgia trigeminal/Diagnóstico diferencial Dolor facial atípico (DFA)

Carlos Marín Aguayo
Anestesiólogo-algólogo adscrito al Departamento de Anestesiología del Hospital General de Zona núm. 1, IMSS, Piedras Negras, Coah., y al área de Clínica y Terapia del Dolor de la Clínica de Especialistas, S. A., Piedras Negras, Coah. Asesor del Departamento de Estomatología y Clínica del dolor

La neuralgia trigeminal clásica/típica tiene una mayor localización y radiación en la región del nervio trigémino intra o extraoral; cada episodio de dolor dura de segundos a minutos, con periodos refractarios y periodos prolongados sin dolor, éste puede ser repentino, disparado, moderado a severo, producido por factores como hablar, comer, cepillarse los dientes y zonas gatillo discretas. Por su parte, la neuralgia trigeminal atípica puede tener una ubicación intra y extraoral en el trayecto del nervio trigémino, ataques paroxísticos de segundos a minutos y dolor de fondo más continuo. Es menos probable que tenga una completa remisión del dolor; el dolor causado es claro, pero el tipo de dolor continuo no es claramente provocado y puede tener pocas áreas gatillo.

Algunos pacientes presentan muchos rasgos de NT, pero todavía ciertos aspectos de su historia no concuerdan con las manifestaciones típicas de esta condición. En la NT el dolor se manifiesta principalmente de manera unilateral (sólo 3% de los pacientes sufre dolor bilateral) y en la mayoría de los casos no se activa al mismo tiempo. Dentro de los diagnósticos diferenciales principales debe ser considerado el dolor orofacial unilateral. Éstos pueden ir de los factores dentales al dolor facial atípico. Muchas de las causas diferenciales de dolor orofacial también pueden estar presentes con dolor bilateral, pero la confusión ocurre cundo los síntomas son unilaterales. Con frecuencia muchos individuos atribuyen su dolor a elementos dentales y buscarán terapia dental como primera línea de tratamiento. Debido a que el dolor dental es extremadamente común, esta aseveración es válida; no obstante, es importante que el dentista esté abierto a causas no dentales de dolor y no realice procedimientos complejos e irreversibles. Los datos neuroquirúrgicos comúnmente indican que la NT se desarrolla en más de 80% después de un tratamiento dental. La NT también puede presentarse exclusivamente intraoralmente, lo cual puede ser confuso para pacientes y médicos.

Desgraciadamente, existe una falta de definición uniforme y un criterio de diagnóstico en conjunto aceptado para el DFA. En el pasado, este término se ha usado no sólo para distinguir esta condición de dolor lancinante del tipo que es asociado con NT, pero muy a menudo sirvió como un diagnóstico canasto para dolores faciales que no son, por otra parte, prontamente clasificados. Por consiguiente, en la literatura el DFA no parece representar una entidad homogénea para un grupo de condiciones de dolor diferentes. Debido a la vaguedad de este término y en un esfuerzo por evitar la confusión extensa, la IASP eliminó de la lista al DFA en su clasificación de dolor crónico.

En cambio, el término más amplio de DFA ha sido remplazado por dos subentidades específicas: la odontalgia atípica (dolor de diente fantasma) y la glosodinia y boca herida (disestesia oral); el último de éstos también es llamado síndrome de la boca ardiente, sin embargo, en el ambiente clínico el término de DFA todavía se acepta ampliamente.

El dolor facial atípico se caracteriza por un intenso, profundo y constante dolor, mismo que puede ser ardoroso y se localiza pobremente. Aunque afecta principalmente un lado de la cara, una ocurrencia bilateral no es rara. Generalmente, la distribución del dolor no sigue trayectos anatómicos de nervios periféricos. Alodinia, disestesia y parestesia, sensación de calor moderado, hormigueo o entumecimiento son cambios sensoriales que representan las quejas adicionales comunes al dolor. El DFA afecta a las mujeres de mediana edad. Al contrario de la NT, no desencadena dolor al comer, hablar y realizar otras funciones faciales.

La mayoría de aquellos con DFA tiene ninguna o menores limitaciones en su habilidad de trabajar y el sueño no se ve afectado. Algunos pacientes tienen una historia de tratamiento dental antes del ataque del dolor, de ahí que los casos se pueden superponer con odontalgia atípica (dolor dental no asociado a lesiones).

Cuadro 1. Clínica de la neuralgia trigeminal típica

1. Neuralgia trigeminal clásica o típica
- Mayor localización y radiación en la región
- Puede tener localización intra o extraoral en el trayecto del nervio trigémino
- Episodios de dolor con duración de segundos a minutos
- Ataques paroxísticos de segundos a minutos
- Periodos refractarios y periodos prolongados sin dolor
- Dolor de fondo más continuo
- Menos probable que tenga una completa remisión del dolor
- Dolor repentino, disparado, moderado a severo
- El dolor provocado es claro, pero el tipo de dolor continuo no es claramente provocado
- Causado por factores como hablar, comer, cepillarse los dientes
- Zonas gatillo discretas
- Puede tener pocas áreas gatillo

Tomado del original Zakrzewska JM, et al. Clinical Journal of Pain 2002, vol. 18; (1): p. 14-21.8

RIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR