# Neuralgia trigeminal/Diagnóstico diferencial Odontalgia atípica

***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 odontalgia atípica (OA) es probablemente una de las condiciones más frustrantes a la que se enfrentan los cirujanos dentistas. Se supo de ella por primera vez en 1947, gracias a Mcelin y Horton, y desde entonces se han realizado muchos informes clínicos. Se presenta como dolor en el diente o en el lugar donde fue extraído, en ausencia clínica y radiográfica de patología del diente. Desgraciadamente, la ocurrencia de la OA es común; se manifiesta en 3 a 6% de pacientes que fueron sometidos a un tratamiento de endodoncia. Existe una preponderancia en el sexo femenino, con una frecuencia de casos en mujeres con edad promedio de 40 años. Salvo los niños (no se han reportado casos), todas las edades pueden ser susceptibles. Se involucran con más frecuencia los molares y premolares, y se ve más afectado el maxilar superior que la mandíbula.

A la fecha, esta no es una clasificación universalmente aceptada para la OA. Según la Clasificación y Criterios Diagnósticos para los Desórdenes de Dolor de Cabeza, Neuralgias Craneales y Dolor Facial de la Sociedad Internacional de la Cefalea, la OA está incluida junto con el dolor DFA (un diagnóstico con código 12.8). Dolor facial que no cumple con los criterios de los Grupos 11 y 12 (11: dolor de cabeza o dolor facial asociado con el desorden de cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales. 12: neuralgias craneales, dolor de tronco de nervio y dolor por desaferentación). Es un diagnóstico de exclusión, basado en dejar fuera todas las otras patologías que se originan en los dientes y las estructuras adyacentes.

Es importante estudiar minuciosamente a todo individuo en quien se sospeche una neuralgia facial, incluyendo la neuralgia trigeminal, para descartar la presencia de alguna patología de base como la posible causa; de ahí que la primera forma en la que es posible clasificar esta enfermedad es en primaria o esencial, donde el examen clínico neurológico y las pruebas de laboratorio, gabinete, imagen (IRMC) y electroconducción revelan alguna enfermedad que explique la existencia del cuadro doloroso.

Ciertos pacientes poseen muchas características de NT, pero todavía algunos aspectos de su historia no concuerdan con las manifestaciones típicas de la condición. La literatura contiene muchas referencias de NT típica y atípica; la lista de diagnóstico diferencial es larga e incluye varias condiciones patológicas que afectan los senos, dientes, articulación temporomandibular, ojos, nariz y cuello. Otras neuralgias craneales (neuralgia del glosofaríngeo, neuralgia del nervio intermedio, neuralgia del nervio laríngeo superior y neuralgia occipital) representan una dificultad para establecer el diagnóstico. Estas neuralgias son raras y pueden producir un dolor idéntico a NT, sin embargo, la situación puede ser diferente.

**Cuadro 1.** Criterios diagnósticos: odontalgia atípica

**12.8** Dolor facial que no cumple con criterios de los grupos 11 y 12

**A.** Se presenta cotidianamente y persiste por más o todo el día
**B.** El ataque es confinado a un lado de la cara. Puede extenderse al maxilar superior o inferior o a un área amplia de la cara o cuello. Es profundo y pobremente localizado
**C.** No se asocia con pérdida sensorial u otros signos físicos
**D.** En los exámenes de laboratorio, incluyendo Rx de cara y mandíbula, no se observa anormalidad relevante

*Tomado del original Melis: Headache, vol. 43 (10), nov. 2003;1060-1074*



DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOL