



Dolor facial

I. López-Zuazo Aroca, M.J. Sánchez Palomo y M.A. Salinas Cubillas

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Palabras Clave:

- Dolor facial
- Neuralgia
- Dolor neuropático
- Patología de cabeza y cuello

Keywords:

- Facial pain
- Neuralgia
- Neuropathic pain
- Head and neck disease

Resumen

El dolor facial constituye un síntoma de difícil sistematización y hay que enfrentarse a él con un criterio diagnóstico amplio. Frecuentemente supone un reto, incluso para los clínicos más experimentados, debido a que su diagnóstico dependerá de la obtención de una historia y una exploración detallada y completa de un área, la cabeza y el cuello, que abarca el campo de varias especialidades. La multitud de causas, algunas de ellas de difícil diagnóstico diferencial, hacen que los errores y el manejo inadecuado sean frecuentes. La primera aproximación deberá ser su clasificación como neuralgia esencial, dolor facial asociado a disfunción de uno o más nervios craneales o como dolor facial secundario a alguna patología específica, para después, con ayuda de las pruebas complementarias y la colaboración, en ocasiones, de un equipo multidisciplinar llegar a su diagnóstico de certeza y a un tratamiento etiológico.

Abstract

Facial pain

Facial pain is a symptom that is difficult to classify and must be dealt with using broad diagnostic criteria. It is often a challenge, even for the most experienced clinicians, due to the fact that its diagnosis will depend on obtaining the patient's medical history and performing a detailed and complete examination of the area (head and neck), a process that includes the fields of several specialties. The numerous causes, some of which are difficult to differentially diagnose, often result in errors and improper management. The initial approach should be the classification of this symptom as essential neuralgia, facial pain associated with the dysfunction of one or more cranial nerves or as facial pain secondary to a specific disease. With this approach and with the help of additional tests and the occasional collaboration of a multidisciplinary team, an accurate diagnosis and etiological treatment can be reached.

Introducción

El dolor facial por definición tiene su localización en la región anterior del cráneo, en el macizo facial, la cavidad oral y/o en parte del cuello. Toda esta región tiene una compleja inervación con numerosas anastomosis, en las que intervienen los nervios craneales trigémino, facial, glossofaríngeo, vago y los tres primeros nervios cervicales. Debido a esto, el dolor puede ser referido a zonas no lesionadas.

El dolor facial puede ser agudo, crónico, intermitente o continuo y conocer su causa, frecuentemente supone un reto, incluso para los clínicos más experimentados. Esto es debido, en primer lugar, a que su diagnóstico dependerá de la obtención de una historia basada en su distribución, características, cualidad, factores desencadenantes, intensidad, duración y síntomas asociados, entre otras variables.

En segundo lugar, en ocasiones, solo una exploración neurológica del área otorrinolaringológica (ORL) de la cavi-

dad oral y del cuello que sea cuidadosa y completa aportará las claves necesarias para su correcto diagnóstico. Finalmente, la miríada de causas, algunas de ellas de difícil diagnóstico diferencial, hacen que los errores y el manejo inadecuado sean frecuentes en esta patología que abarca el campo de varias especialidades (ORL, cirugía oral y maxilofacial, neurología y oftalmología).

El dolor facial, por tanto, constituye un síntoma de difícil sistematización, y hay que enfrentarse a él con un criterio diagnóstico amplio¹.

Vamos a basar nuestra aproximación al tema clasificando el dolor facial en cinco apartados generales que nos darán una visión global y ordenada que facilite el diagnóstico (tabla 1).

Neuralgias

Una neuralgia es una forma de dolor neuropático que se caracteriza por localizarse en el área de distribución de un nervio en particular y que por definición mantiene su función normal. Debe tener una cualidad paroxística, la cual es típicamente máxima desde el comienzo y una corta duración. A menudo se describe como lancinante, similar a una descarga eléctrica. Puede ser en forma de un único dolor muy agudo o de dolor repetido en sucesión o en salvas. Su duración varía desde una fracción de segundo a uno o dos minutos. Puede seguirse de un periodo refractario durante el cual el dolor no se vuelve a desencadenar por un tiempo variable. Para algunas neuralgias existen áreas que cuando son estimuladas provocan el dolor. Son los denominados puntos o zonas gatillo. Una cuidadosa historia frecuentemente revela tipos de sensaciones dolorosas no paroxísticas entre las descargas. Los mecanismos del dolor neuropático son complejos, pues una lesión en el nervio puede inducir cambios periféricos y centrales que contribuyen a una sensación anormal y a un dolor persistente².

Neuralgia del trigémino

Es una de las causas mejor definida de dolor facial por tratarse de un síndrome fácilmente reconocible, caracterizado por cortos paroxismos de dolor facial severo en el territorio de una o más divisiones del nervio trigémino, generalmente en un lado y afectando al territorio mandibular o maxilar. El dolor comienza casi siempre en la encía inferior o superior, en la región de los premolares o caninos y desde ahí se extiende hacia el oído o la lengua. En menos ocasiones afecta a la región nasal y alrededor de la órbita. Los paroxismos de dolor característicamente están desencadenados por comer, hablar, masticar, sonarse la nariz, lavarse los dientes, afeitarse o lavarse la cara. Los pacientes pueden dejar de comer, lavarse y afeitarse para evitar el dolor, comprometiendo la higiene y el estado de nutrición. Los episodios de dolor paroxístico tienen un curso variable con una duración de semanas o de meses (duración media de 49 días) con intervalos libres de dolor.

Tiene una incidencia de 4-13 casos por 100.000 habitantes. Las mujeres se ven afectadas más frecuentemente que los

TABLA 1

Clasificación del dolor facial

1. Neuralgias (dolor paroxístico craneofacial puro)

Neuralgia del trigémino
Neuralgia glossofaríngea
Neuralgia del nervio intermedio
Neuralgia occipital
Neuralgia del nervio laríngeo superior
Neuralgia nasociliar
Neuralgia supraorbitaria
Neuralgia de otras ramas terminales del trigémino
Neuralgia postherpética (V1, V2, V3)

2. Neuropatías craneales asociadas a dolor (dolor facial con lesión/disfunción de uno o más nervios craneales)

Neuritis óptica
Dolor relacionado con parálisis oculomotoras isquémicas
Síndrome de oftalmoplejía dolorosa
Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente (migraña oftalmopléjica)
Anestesia dolorosa del V par (neuropatía trigeminal dolorosa)
Síndrome paratrigeminal oculosimpático de Raeder
Dolor asociado a la parálisis facial idiopática
Síndrome de Ramsay-Hunt

3. Cefaleas primarias

Migraña
Cefalea en racimos de Horton
Cefalea punzante idiopática
Síndrome clúster-tic
Hemicránea paroxística
SUNT

4. Dolor facial secundario

Musculoesquelético y tejidos blandos
Disfunción de la ATM o síndrome de Costen
Estilalgia o síndrome de Eagle
Trocleítis
Glándulas salivares (parotiditis, sialolitiasis)
Dental-gingival
Senos paranasales (sinusitis, tumores sinusales)
Otalgia y sus causas (otitis, colesteatoma, cáncer de cavum)
Oculares (glaucoma agudo, queratitis, iridociclitis, escleritis)
Disecciones arteriales
Traumatismos e intervenciones quirúrgicas
Cáncer de cabeza y cuello (dolor referido o reflejo)

5. Otras causas de dolor facial

Dolor facial persistente idiopático (algia facial atípica)
Dolor facial neuropático central
Síndrome cuello-lengua
Síndrome de la boca quemante o estomatodinia
Carotidinia
Arteritis de células gigantes

ATM: articulaciones temporomandibulares.

varones con una tasa de 1,7:1. La incidencia anual se incrementa con la edad, siendo común su comienzo en la vejez. El comienzo es más temprano en pacientes con neuralgia "simtomática" o secundaria; por ejemplo, en los casos relacionados con esclerosis múltiple. En la neuralgia del trigémino (NT) esencial o idiopática el examen neurológico es por definición normal. La presencia de cualquier déficit sensitivo o la pérdida del reflejo corneal ipsilateral debe llevar a la búsqueda de una causa estructural. La NT algunas veces se aso-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806822>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806822>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)