

Síndromes de dolor orofacial no dental

ARTÍCULOS científicos



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica



Síndromes de dolor orofacial no dental

Resumen objetivo elaborado sobre la base de: *Idiopathic Facial Pain Syndromes—An Overview and Clinical Implications*

De: Ziegeler C, Beikler T, Gosau M, May A; integrantes de University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburgo, Alemania

El artículo original fue publicado en *Deutsches Ärzteblatt International* 118(6):81-87, Feb 2021

Introducción

En la mayoría de los casos, el dolor facial (DF) es de origen dental. Si bien este dolor suele ser secundario a una comorbilidad, en algunos pacientes es el verdadero problema de salud y, por lo tanto, un dolor primario. Los pacientes con DF primario deben recibir tratamiento conservador. El DF no dental es difícil de diagnosticar y, por lo tanto, numerosos pacientes no reciben el tratamiento adecuado. La *International Classification of Orofacial Pain (ICOP)*, el primer sistema de clasificación del DF reconocido internacionalmente, lo categoriza en seis grupos: los tres primeros (grupos 1 a 3) representan trastornos del sistema masticatorio (dolor orofacial dental) y son tratados por odontólogos. Los grupos 4 a 6 comprenden síndromes de dolor orofacial no dental donde el dolor no se explica por alteraciones en los dientes, las estructuras dentoalveolares o la articulación temporomandibular. Estos grupos son:

1. Dolor orofacial atribuido a trastornos de estructuras dentoalveolares y anatómicamente relacionadas

1.1 Dolor dental

1.2 Dolores en mucosas bucales, glándulas salivales y huesos de la mandíbula

2. Dolor orofacial miofascial

2.1 Dolor orofacial miofascial primario

2.2 Dolor orofacial miofascial secundario

3. Dolor en la articulación temporomandibular

3.1 Dolor primario de la articulación temporomandibular

3.2 Dolor secundario en la articulación temporomandibular

4. Dolor orofacial atribuido a lesión o enfermedad de los nervios craneales

- 4.1 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino
- 4.2 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio glossofaríngeo

5. Dolores orofaciales que se asemejan a presentaciones de cefaleas primarias

- 5.1 Migraña orofacial
- 5.2 Dolor orofacial de tipo tensional
- 5.3 Dolor orofacial autonómico del trigémino
- 5.4 Dolor orofacial neurovascular

6. Dolor orofacial idiopático

- 6.1 Síndrome de boca ardiente
- 6.2 Dolor facial idiopático persistente
- 6.3 Dolor dentoalveolar idiopático persistente

La familiaridad con esta herramienta de clasificación facilita el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de dolor.

El propósito de la presente investigación fue resumir los tres grupos de DF no dental de la ICOP, que comprenden el dolor orofacial atribuido a lesión o enfermedad de los nervios craneales, el dolor orofacial que se asemeja a una cefalea primaria y el dolor orofacial idiopático.

Síndromes de cefalea facial tipo ataque

Los síndromes de DF tipo ataque se asemejan a los síndromes de cefalea primaria, como la migraña o la cefalea en racimos, y se caracterizan por dolor localizado por debajo de la línea orbitomeatal, que se presenta en brotes. En estos, la migraña facial tiene una duración característica de 4 a 72 horas y síntomas vegetativos asociados, mientras que los ataques faciales en racimo duran entre 15 minutos y 3 horas y cursan con síntomas autonómicos típicos. Las cefaleas autonómicas del trigémino y la cefalea punzante primaria también pueden presentarse como DF. Los pacientes con migraña facial en general nunca experimentan aura y los síntomas autonómicos del trigémino asociados son significativamente menos intensos en pacientes con ataques faciales en racimo. Como regla general, el tratamiento de estos síndromes sigue el dolor de cabeza correspondiente.

Dolor facial idiopático persistente

El dolor facial idiopático persistente (DFIP) es un trastorno crónico, poco frecuente, caracterizado por dolor continuo en la cara, los dientes o ambos, que a veces varía en intensidad a lo largo del día, sin déficits neurológicos objetivamente identificables. Este dolor afecta principalmente a mujeres de 30 a 60 años. La mayoría de los pacientes con DFIP experimenta dolor durante

todo el día y, en general, el sueño no se ve afectado. Al inicio, el dolor es unilateral y la máxima intensidad se experimenta principalmente en las mejillas y el maxilar superior, y puede irradiarse. El DFIP no se acompaña de síntomas autonómicos concomitantes ni brotes adicionales discretos o componentes neurálgicos. Además, no se asocia con síntomas sensoriales negativos; sin embargo, algunos pacientes informan una sensación de hinchazón en la región nasolabial del lado afectado de la cara. En la práctica clínica diaria, el DFIP es un diagnóstico de exclusión en ausencia de cualquier enfermedad y, en general, está precedido por un procedimiento dental menor reciente. En busca de una solución para el DFIP, los pacientes suelen ser sometidos a extracciones de dientes sanos, pero esto no suele ser eficaz y el dolor vuelve a aparecer. En general, los procedimientos dentales invasivos tienden a provocar la cronificación o extensión del dolor a otra rama del nervio trigémino o, incluso, al lado contralateral. Se recomienda no realizar procedimientos quirúrgicos en pacientes con un estado dental saludable.

La farmacoterapia para el DFIP es similar a la del dolor neuropático y se pueden usar antidepresivos, como 10 mg a 150 mg de amitriptilina, 60 mg de duloxetina y 10 mg a 150 mg de doxepina, así como anticonvulsivos, como 1200 mg a 2400 mg de gabapentín y 150 mg a 300 mg de pregabalina, solos o en combinación. La terapia conductual también está recomendada.

Dolor facial neuropático

La presentación clínica del DF neuropático es casi idéntica a la de la DFIP, pero el dolor es quemante y pueden producirse ataques neuralgiformes adicionales. Es característica la presencia de hipoestesia permanente, disestesia o alodinia en la región del dolor. Este dolor también puede aparecer después de lesiones faciales o procedimientos para tumores faciales.

La neuralgia del trigémino (NT), el más frecuente de los síndromes de DF neuropático, se caracteriza por ataques de dolor extremadamente intenso y punzante que dura segundos. En general, está afectado el territorio de la segunda rama del trigémino. Los ataques son unilaterales y pueden aparecer de manera espontánea, así como al tocar, comer y beber. Esta afección es impredecible, aparece en forma episódica y desaparece espontáneamente. En la actualidad, se diferencia entre la NT clásica con contacto neurovascular identificada por resonancia magnética o en el perioperatorio, provocando cambios morfológicos en la raíz nerviosa, y la NT idiopática. Estos dos tipos de NT deben distinguirse de la NT secundaria debido a una enfermedad primaria subyacente, como un tumor o esclerosis múltiple. El contacto neurovascular no determina la presentación clínica o la indicación del tratamiento quirúrgico, sino la extensión del daño resultante al nervio. Un contacto neurovascular grave (con desplazamiento o atrofia de la raíz del nervio) pronostica la eficacia del tratamiento quirúrgico. Se recomienda la resonancia magnética de alta resolución para todos los pacientes con signos de NT. Las normas terapéuticas sugieren la farmacoterapia como tratamiento de primera línea del NT y solo si este tratamiento fracasa o el paciente no lo tolera se indica cirugía.

La carbamazepina como tratamiento de primera elección ha demostrado ser eficaz para tratar la NT, incluso a largo plazo. La oxcarbazepina parece tener mejor tolerabilidad y un nivel alto de eficacia similar que la carbamazepina, pero hasta el momento se han realizado pocos estudios al respecto. La lamotrigina

y el gabapentín también se utilizan solos o como terapia adicional para tratar esta afección, pero aún no cuentan con pruebas sólidas que los respalden. El misoprostol, un análogo de la prostaglandina, puede usarse para el tratamiento de la NT secundaria a esclerosis múltiple. Las exacerbaciones agudas de la NT pueden requerir hospitalización y la administración de fenitoína o lidocaína por vía intravenosa.

En pacientes con NT clásica, es decir, con desplazamiento o atrofia de la raíz nerviosa o ambos, se realiza la descompresión microvascular si los ataques no pueden controlarse de forma conservadora. Los procedimientos neuroablativos (mecánicos, térmicos, radiocirugía) en el ganglio del nervio trigémino también son eficaces, pero se consideran de segunda elección debido a su perfil de eventos adversos.

Conclusiones

El tratamiento interdisciplinario es clave para el tratamiento de los pacientes con dolor orofacial.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022