

Neuralgia del Trigémino: Un Caso Clínico

ERIC JONATHAN GRIN, ERIC JONATHAN GRIN, EDNA VANESSA HUERTA SANDOVAL,
MIRIAM ROCHA NAVARRO

Resumen— La neuralgia del Trigémino (NT) es una enfermedad que se caracteriza por dolor altamente intenso en la región orofacial, unilateral, intermitente, con sensación de descargas eléctricas, brusco al empezar y terminar. Se limita a la distribución de una o más ramas del nervio trigémino y es provocado por estímulos inocuos. El objetivo de este caso clínico es exponer la dificultad para diagnosticar de manera efectiva la NT, ya que se confunde con un dolor aparentemente odontogénico. Paciente masculino de 73 años que refiere historia de dolor en el órgano dental (O. D.) 24 por 2 años. De acuerdo con la Escala Visual Análoga (EVA), el dolor muestra una intensidad de entre 3/10 hasta 10/10 puntos, tipo punzante acompañada con descargas eléctricas con duración de 3 a 5 segundos, 30 a 50 veces al día. Para aliviar el dolor, el paciente acudió a varios especialistas en el ámbito odontológico como médico sin cura. Para llegar al diagnóstico adecuado se realiza interrogatorio que incluye historial médico, historial odontológico, examen clínico, examen radiográfico, tomografía computarizada, resonancia magnética y pruebas de laboratorios. Con el apoyo de estas herramientas diagnósticas, se emite la diagnosis de NT tipo 1, comenzando un esquema de tratamiento farmacológico con carbamazepina. En la última cita de control el paciente refiere una ausencia completa del dolor.

I. INTRODUCCIÓN

El nervio trigémino es el quinto par craneal lo cual es el par más grueso y extenso.^{5,6} Es un nervio mixto que ocupa un territorio amplio.⁶ Se origina en la fosa posterior del tronco encefálico y sale en el borde central del puente hasta el ganglio de Gasser lo cual se encuentra en el caverna de Meckel.^{6,7} Es un nervio mixto que conduce sensibilidad y fibras motoras somáticas de la cara entera.^{5,7} Anatómicamente, el quinto par craneal se divide en tres ramas principales, Oftálmica (V1), Maxilar (V2), Mandibular (V3).⁶ V1 es completamente sensitiva y sale del cráneo a través de la fisura orbital superior y da sensibilidad al párpado superior, dorso de la nariz, córnea, conjuntiva, piel de la frente, piel del canto

medial, senos frontal y etmoidal.^{6,7} V2 sale del cráneo a través del agujero oval y entra la fosa esfenopalatina y da propiocepción a los dientes superiores, sensibilidad al ala de la nariz, párpado inferior y su mucosa, el labio superior y su mucosa, amígdalas, úvula, paladar, oído medio, nasofaringe, la cubierta meníngea de la fosa craneal media.^{6,7} V3 es la rama más grande del nervio trigémino y es la única de las tres ramas que contiene fibras motoras, las cuales inervan los músculos de masticación y el músculo del martillo en el tímpano.^{6,7} El parte sensitiva de la rama mandibular inerva la piel anterior del pabellón auricular, conducto auditivo externo, cara externa del tímpano, la mandíbula, labio inferior y su mucosa, la región mentoniano, dos tercios anteriores de la lengua y propiocepción a los dientes inferiores.^{6,7}

II. CONCEPTOS BÁSICOS

Neuralgia del trigémino (NT) es una enfermedad que se caracteriza por dolor altamente intensa en la región orofacial, unilateral, intermitente, con sensación de descargas eléctricas, brusco al empezar y terminar. Se limita a la distribución de una o más ramas del nervio trigémino y está provocado por estímulos inocuos.¹ La segunda y tercera rama del nervio trigémino son las más afectadas^{2, 3} y por lo tanto comúnmente el paciente refiere dolor en los órganos dentales y estructuras anatómicas vecinas. NT afecta aproximadamente cuatro pacientes por cada 100 000 personas y frecuentemente los pacientes pueden identificar un gatillo de dolor al cepillarse los dientes, afeitarse y masticar⁴. Consecuentemente, el paciente consulta a su odontólogo por un dolor aparentemente odontogénico. El clínico debería hacer una diagnosis diferencial con enfermedades que pueden afectar el nervio trigémino a lo largo de su trayectoria como dolores atípicos orofaciales, enfermedades vasculares, enfermedades articulares, y por supuesto dolor odontogénico⁴.

La etiología no está bien definida, pero una de las teorías más aceptadas es la de desmielinización del nervio trigémino debido a una compresión vascular a nivel ganglionar.⁶ Hay una gran variedad de posibles factores etiológicos secundarios y si no se puede comprobar un factor causante se considera la NT idiopática.

NT es una enfermedad crónica la cual no tiene una cura definitiva y el objetivo de su tratamiento es un manejo adecuado que disminuye, por lo menos, los síntomas por 50% y mejorar la calidad de vida del paciente. El tratamiento, basado en el diagnóstico, normalmente empieza con terapia farmacológica. El fármaco de elección es carbamazepina y otros fármacos antiepilépticos como oxcarbazepina,

gabapentina, lamotrigina y fenitoína también son utilizados.⁹ Baclofeno, también, ha mostrado eficacia en el tratamiento de NT.¹⁰ Las intervenciones quirúrgicas más comunes incluyen descompresión microvascular, rizotomía retrogasseria percutánea glicerol, radiocirugía estereostática o procedimientos ablativos periféricos.¹¹

III. METODOLOGÍA

El tratamiento inicia con un interrogatorio del paciente y una evaluación de dolor exhaustivo. La evaluación de dolor de cada paciente en el ámbito de dolor orofacial debería incluir los siguientes apartados: cronología, localización, intensidad, duración, calidad, frecuencia, factores agravantes, factores aliviantes, factores asociativos, y tratamientos previos.

IV. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 73 años de edad acude a la clínica de dolor orofacial con dolor en el O.D. 24. El paciente refiere que el dolor inició hace 2 años en el O.D. 24. La intensidad, utilizando la escala visual análoga, varía entre 3/10 hasta 10/10 con una duración de 3 a 5 segundos, tipo punzante acompañada con descargas eléctricas, 30 a 50 veces al día. El dolor podía ser espontáneo y la zona de gatillo en este caso es la mucosa vestibular del cuadrante izquierdo superior. Factores agravantes incluyen comer, beber líquidos fríos, y cepillar los dientes. Factores aliviantes incluyen no comer, tomar bebidas frías y cepillarse los dientes. Paciente no refiere factores asociativos. Previamente el paciente ha visitado 3 Odontólogos Generales, 1 Médico General, 2 Endodoncistas y 1 Cirujano Maxilofacial. Los tratamientos previos realizados: extracciones de O.D. 24 y 26, tratamiento endodóntico de O.D. 22, 23, y 25, apicectomía del O.D. 25. En su historia médica el paciente refiere hipertensión, diabetes tipo 2, gota, trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Es importante apreciar que el paciente refiere una calidad de vida baja en todos sus sentidos debido a su enfermedad y expresa pensamientos de suicidio. Después del interrogatorio se emite un diagnóstico provisional de NT tipo 1.

Para descartar cualquier patología que podría originar sus síntomas se toman estudios radiográficos de tipo panorámica, tomografía computarizada Cone Beam, y resonancia magnética del encéfalo y el tronco encefálico con y sin contraste, los cuales fueron enviados a especialistas en radiología maxilofacial y radiología médica.



Figura 1: Radiografía panorámica que muestra paciente parcialmente edéntulo con ausencia de O.D. 18, 24, 26, 38, 48. Los tejidos óseos, tejidos blandos, vía aérea, y los senos paranasales son normales.

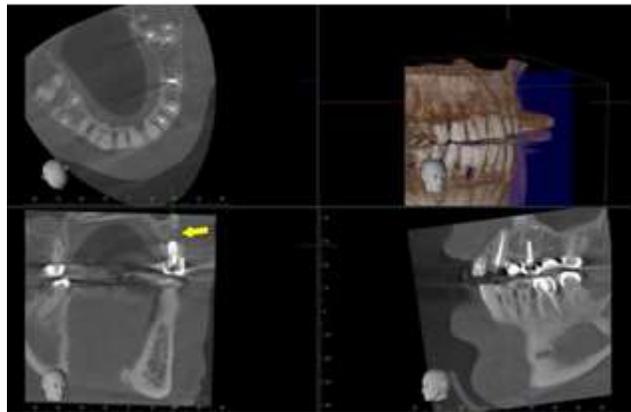


Figura 2: Tomografía computarizada Cone Beam que no muestra evidencia de patología ósea asociada con el espacio edéntulo del O.D. 24.

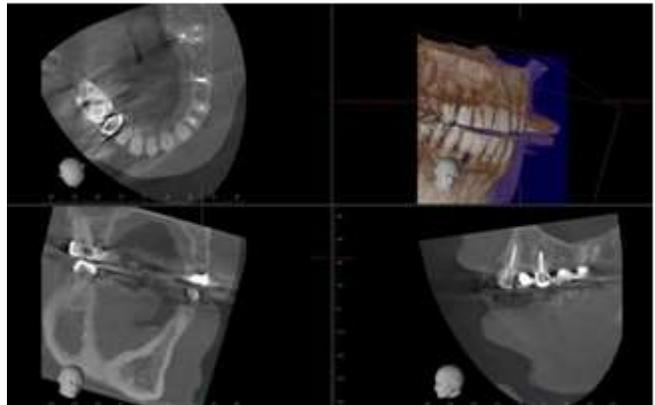


Figura 3: Tomografía computarizada Cone Beam muestra un defecto asociado con O.D. 25 con tratamiento endodóntico previo con una raíz marcadamente acortada consistente con una apicectomía reciente sin irregularidades.

V. RESULTADOS OBTENIDOS

El médico radiólogo envió su reporte de la resonancia magnética, la cual no mostró ninguna patología en el tronco encefálico, ganglio de Gasser o en la caverna de Meckel. Con

esos estudios descartamos cualquier origen secundario a los síntomas del paciente. Antes de iniciar el tratamiento se le pide al paciente pruebas de laboratorio tipo hemoglobina glicosilada, panel metabólico comprensivo 14, función hepática y función renal. Los resultados de las pruebas de laboratorios están dentro de rangos normales.

El tratamiento de elección en este caso es tratamiento farmacológico con carbamazepina. El paciente inicia con 200 mg por la noche con un aumento paulatino de la dosis según un esquema diseñado para el paciente hasta llegar a 200 mg tres veces al día. El paciente refiere sus niveles de dolor y cualquier efecto secundario debido al medicamento en cada cita de control. En la última cita de control el paciente refiere una ausencia completa de dolor.

Se va a mantener el paciente con carbamazepina 200 mg tres veces al día por 6 meses debido a la memoria mal adaptiva del encéfalo y después si el paciente no refiere molestias se va a ir disminuyendo la cantidad del fármaco.

VI. CONCLUSIONES

Neuralgia del trigémino es una enfermedad de dolor intenso, que se presenta en la región orofacial. Aunque esta enfermedad tiene una incidencia baja en la población, los casos reportados refieren un dolor incapacitante, baja calidad de vida de los pacientes, y frecuentemente se enmascara como un dolor odontogénico. En este caso se mostró las dificultades diagnósticas que puede presentar la NT en el campo odontológico. Por lo tanto, se requiere un alto entendimiento de la enfermedad como etiología, anatomía, farmacología, tratamientos alternativos, y los riesgos asociados. Realizando una diagnosis diferencial de la enfermedad, podemos evitar tratamientos odontológicos no necesarios e irreversibles.

REFERENCIAS

- [1] <https://www.ichd-3.org/13-painful-cranial-neuropathies-and-other-facial-pains/13-1-trigeminal-neuralgia/>
- [2] Yadav S, Mittal HC, Sachdeva A, Verma A, Dhupar V, Dhupar A. A retrospective study of 72 cases diagnosed with idiopathic trigeminal neuralgia in indian populace. *J Clin Exp Dent.* 2015; 7(1): e40-4.
- [3] Porto De Toledo I, Réus JC, Fernandes M, Porporatti AL, Peres MA, Takaschima A, Linhares MN, Guerra E, Canto GL. Prevalence of trigeminal neuralgia A systematic review. *JADA.* 2016; 147(7): 570-576e.2
- [4] Von Eckardstein KL, Keil M, Rohde V. Unnecessary dental procedures as a consequence of trigeminal neuralgia. *Neurosurg Rev.* 2015; 38: 355-360.
- [5] Sgarbi N, Saibene A, Telis O, Doassans I, Boschi J, Soria V. Anatomy of the Trigeminal Nerve. *Key Anatomical Facts for MRI Examination of Trigeminal Neuralgia. Rev Imagenol.* 2009; 12(2): 28-33.
- [6] Garcia Hernández MG, Sánchez Rodríguez JP, Tenopala Villegas S. Neuralgia del trigémino. *Anales Médicos.* 2012; 1:39-47.
- [7] Santos-Franco J, Santos-Ditto R, Revuelta-Gutiérrez R. Neuralgia del trigémino. *Arch Neurocién.* 2005; 10(2): 95-104.
- [8] Reddy GD, Viswanathan A. Trigeminal and glossopharyngeal neuralgia. *Neurol Clin.* 2014; 32(2): 539-552.
- [9] Sindrup S, Jensen TS. Pharmacotherapy of Trigeminal Neuralgia. *Clin J Pain.* 2002; 18(1): 22-27.

- [10] Steardo L, Leo A, Marano E. Efficacy of Baclofen in Trigeminal Neuralgia and Some Other Painful Conditions. *Eur Neurol.* 1984; 23: 51-55.
- [11] Pollock BE, Ecker R. A Prospective Cost-Effectiveness Study of Trigeminal Neuralgia Surgery. *Clin J Pain.* 2005; 21(4): 317-322.