

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO DE ORIGEN DENTAL

Efraín Ardila García

Odontólogo, U. Nacional de Colombia, Especialista en Endodoncia U. Santo Tomás,

Docente, U. Santo Tomás

Autor responsable de correspondencia: Dr. Efraim Ardila G.

Correo electrónico: eardila@intercable.net.co

RESUMEN

Aún no se conoce con exactitud la etiología de la neuralgia del trigémino. Muchos pacientes desarrollan tipos de dolor neurálgico que van desde dolor bucal hasta patología dental. Se presenta el caso de un hombre de 83 años con un diagnóstico de neuralgia del trigémino que fue tratado, inicialmente con Ibuprofeno, Rofecoxib y Tramadol sin alivio de sus síntomas. Se realizó un examen bucal completo y se ordenaron radiografías periapicales y panorámica. Se diagnóstico necrosis pulpar y lesión periapical en el primer molar inferior derecho. Los síntomas desaparecieron completamente después de dos meses de haber realizado el tratamiento endodóntico en ese molar. [Ardila E. Neuralgia del trigémino de origen dental. Ustasalud Odontología 2004; 3: 122 - 124]

Palabras clave: Neuralgia, Trigemino.

TRIGEMINAL NEURALGIA OF DENTAL ORIGIN

ABSTRACT

The etiology of trigeminal neuralgia is poorly understood. Many patients develop neuralgiform types of pain from bucal and dental patoses. This is a case of a man, 83 years old, with diagnosis of trigeminal neuralgia. He was treated with Ibuprofen, Rofecoxib and Tramadol by general physicians and internist, without alleviation of symptoms. After a complete bucal and dental examination, were ordered panoramic and periapicals rx's. A diagnosis of necrosis and periapical lesion of the first lower right molar was made. Endodontic treatment was instituted and the symptoms gradually disappeared. After two months, the pain was completely eliminated.

Key words: Neuralgia, Trigemine.

Recibido para publicación: 12 de agosto de 2004. Aceptado para publicación: 6 de octubre de 2004.

INTRODUCCIÓN

Una de las primeras descripciones claras de la neuralgia del trigémino fue la de John Locke en 1677, siendo Horsley en 1891 el primero en llevar a cabo una intervención quirúrgica para tratarla.

El trigémino es el principal nervio sensitivo de la cabeza (cara, boca, dientes, fosas nasales, senos paranasales y gran parte del cuero cabelludo y de la duramadre). Es el nervio motor de la masticación y el mayor de los pares craneales. Se llama trigémino por presentar tres ramas: la oftálmica, la maxilar superior y la maxilar inferior. La tercera rama lleva, además, fibras motoras para los músculos de la masticación.¹

La neuralgia del trigémino, es llamada también tic doloroso, (tic doloreux), pues suele ir acompañada de un gesto involuntario de dolor.^{1,2} Es tal vez uno de los dolores más

intensos conocidos. No tiene una etiología muy clara. De todas maneras se acepta, que es causada por alguna perturbación del nervio. Los tejidos nerviosos son muy sensibles a los cambios vasculares, por pequeños que sean y a las sustancias tóxicas, sobretodo las producidas por infección. Se caracteriza por dolor paroxístico de las regiones de la cabeza y el cuello, producidas por el nervio trigémino (quinto par craneal). Las divisiones maxilar y mandibular son las más afectadas. La incidencia es 1.8 - 4.3 veces más común en mujeres que en hombres. El 63% se presentan en pacientes mayores de 50 años. Puede resultar muy incapacitante, con gran repercusión social y laboral, pues llega hasta síndromes depresivos

Los criterios de la International Headache Society para la neuralgia del trigémino son los siguientes:

A. Ataques paroxísticos de dolor facial o frontal, cuya duración oscila entre unos segundos y menos de dos minutos.

B. El dolor presenta al menos cuatro de las siguientes características:

1. Distribución a lo largo de una o más ramas del nervio trigémino
2. Repentino, intenso, agudo, superficial, punzante o con sensación de quemazón.
3. Dolor de gran intensidad
4. Se produce por estimulación de zonas gatillo o como resultado de ciertas actividades diarias como: comer, hablar, lavarse la cara o los dientes.
5. Entre cada paroxismo de dolor, el paciente se encuentra asintomático.

C. No existe déficit neurológico

D. Los ataques son estereotipados en cada individuo.

E. Han de excluirse otras causas de dolor facial mediante historia, exploración física y exploraciones complementarias, en caso necesario.¹

El dolor es, generalmente, unilateral. Sin embargo, entre el 4 y el 8% de los casos, puede ser bilateral.

Las causas de esta dolorosa enfermedad no están totalmente determinadas. Investigadores han encontrado lesiones en el ganglio o sus raíces, neoplasias de la región de la cabeza o del cuello, presión de la sangre sobre el nervio, desmielinización del nervio, lesiones del sistema nervioso central, isquemia del nervio, infección herpética y enfermedades dentales o gingivales. También se ha relacionado con el uso de dentaduras con defectos de oclusión y cavidades en el hueso maxilar inferior. Ratner y colaboradores encontraron que los síntomas desaparecieron después de un minucioso curetaje de los alvéolos, posterior a una exodoncia, y de la administración de antibióticos.³ Los microorganismos hallados fueron *Streptococos viridans* y *alfa-hemolítico*. Aunque el procedimiento fue necesario repetirlo, el tratamiento fue

completamente exitoso. Algunos estudios epidemiológicos han demostrado que la esclerosis múltiple y la hipertensión pueden ser factores de riesgo.

Como tratamiento, se han ensayado anticonvulsivantes como el Dilantin y el Tegretol, agua caliente, inyección de anestésicos locales, etanol al 95% o absoluto, glicerol y rayos infrarrojos. También se ha recurrido a la cirugía cuando todos los tratamientos llevados a cabo han fracasado: Rizotomía Trigeminal Percutánea (RTP), la descompresión micro vascular (DMV) iniciada por Taranoj, neurotomía periférica, principalmente del dentario inferior y del infraorbitario, tractomía bulbar trigeminal, la radio cirugía estéreo táctica que aún está en ensayo clínico y otros procedimientos quirúrgicos que, fuera de ser muy complicados, tienen secuelas muy incómodas para los pacientes.

REPORTE DE UN CASO

Paciente de sexo masculino, 83 años de edad, quien acusaba dolor espontáneo en el lado derecho de la cara, el cual se iniciaba cerca del oído y se irradiaba a los maxilares superior e inferior, con duración variable, pero intensidad muy fuerte. Acudió al médico general, se le prescribió AINES. Después de varias consultas y persistencia del problema, fue remitido al médico internista quien también formuló analgésicos. Al conocer el caso, se practicó un cuidadoso examen clínico de la cavidad bucal y de la articulación temporo mandibular (ATM). Como situación anormal, se encontró falta de vitalidad en el 46. Se ordenaron, una radiografía panorámica (Figura 1) y un juego completo de periapicales. Efectivamente, apareció una lesión periapical en este molar (Figura 2). Se le practicó la endodoncia convencional (Figura 3) y a los pocos días reportó que el dolor empezaba a desaparecer.

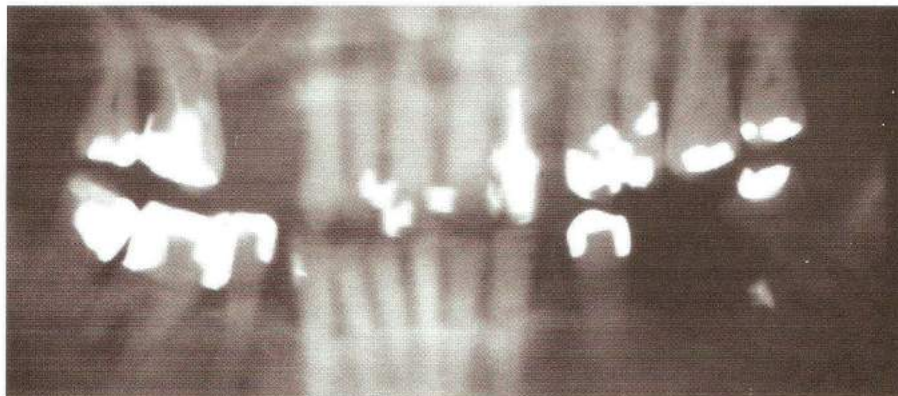


Figura 1. Radiografía panorámica del paciente.

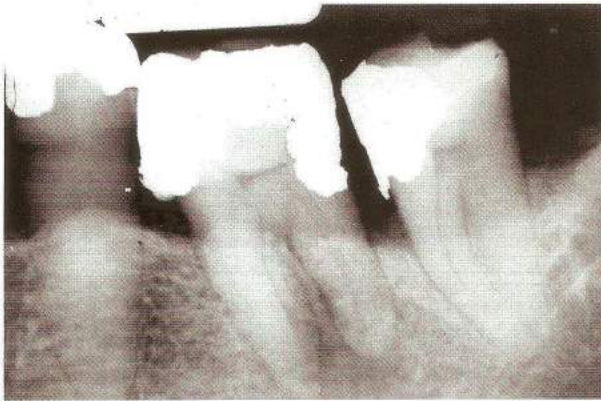


Figura 2. Lesión apical en la raíz distal.



Figura 3. Endodoncia efectuada.

Se le distanciaron los AINES. A los 30 días ya no necesitaba tomarlos y a los dos meses el dolor desapareció completamente. El paciente pudo ser controlado hasta su curación completa.

DISCUSIÓN

Aunque las causas de la neuralgia del trigémino no han sido completamente definidas, si se sabe, que pueden ser de origen dental. El uso de dentaduras con problemas oclusales ha sido reportado con alguna frecuencia. Lindsay reporta que de 21 casos que atendió con esta enfermedad, 15 eran ocasionados por esta causa y que los síntomas desaparecieron al hacer los ajustes de la oclusión.⁴ Blair y Gordon sugieren las maloclusiones y las discrepancias en la dimensión vertical también son responsables de este problema.⁵

Otras patologías de origen dental también se aceptan como causas del dolor facial. Gobetti y Zillich reportan que las exodoncias y las endodoncias han dado como resultado el alivio del dolor.⁶

En el presente caso, el paciente presentaba una lesión apical. El tratamiento de endodoncia se llevó a cabo y los síntomas comenzaron a aliviarse hasta desaparecer completamente. Es importante concluir, que cuando se diagnostique una neuralgia del trigémino, se debe iniciar el tratamiento, con un completo examen de la cavidad bucal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández A. Neuralgia del trigémino. Guías clínicas 2002; 2: 1 - 9. URL disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Neuralgia.pdf>
2. Pinsawadi P, Setlzer S. The induction of trigeminal neuralgia-like symptoms by pulp-periapical pathosis. J Endod 1986; 12: 73 - 75.
3. Ratner EJ, Person P, Kleinman DJ, Shklar G, Socransky SS. Jawborne cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. Oral Surg 1979; 48: 3 - 20.
4. Lindsay B. The dental treatment of trigeminal neuralgia when associated with the wearing of full dentures. Aust Dent J 1969; 14: 359 - 369.
5. Blair AS, Gordon DS. Trigeminal neuralgia and dental malocclusions 1973; 4: 38 - 40.
6. Gobetti JP, Zillich RM. Odontogenic pain treated as tic douloureux J Mich Dent Assoc 1981; 63: 745 - 747.