

SÍNDROME DE DOLOR FACIAL

FACIAL PAIN SYNDROME

DR. EUGENIO TENHAMM F. (1), DRA. MARIANA KAHN C. (2)

1. Neurólogo. Servicio de Neurología Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Neurología y Neurocirugía Campus Sur. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

2. Becada de Anestesiología, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Email: tenhamm@yahoo.com

RESUMEN

El dolor o algia facial constituye un síndrome doloroso de las estructuras cráneo faciales bajo el cual se agrupan un gran número de enfermedades. La mejor manera de abordar el diagnóstico diferencial de las entidades que causan el dolor facial es usando un algoritmo que identifica cuatro síndromes dolorosos principales que son: las neuralgias faciales, los dolores faciales con síntomas y signos neurológicos, las cefaleas autonómicas trigeminales y los dolores faciales sin síntomas ni signos neurológicos. Una evaluación clínica detallada de los pacientes, permite una aproximación etiológica lo que orienta el estudio diagnóstico y permite ofrecer una terapia específica a la mayoría de los casos

Palabras clave: Dolor facial, dolor craneofacial, dolor orofacial, neuralgia facial, neuralgia del trigémino, síndrome de dolor facial.

SUMMARY

Facial pain is a painful syndrome of craniofacial structures under which a large number of diseases are grouped. The best way to address the differential diagnosis of entities that cause facial pain is using an algorithm that identifies four major pain syndromes that include facial neuralgia, facial pain with neurological signs and symptoms, trigeminal autonomic cephalalgias and facial pain without symptoms or neurological

signs. A detailed clinical evaluation guides proper diagnostic evaluation, providing the best therapeutic options for each patient.

Key words: Facial pain, craneofacial pain, orofacial pain, facial neuralgia, trigeminal neuralgia, facial pain syndrome.

INTRODUCCIÓN

El dolor o algia facial constituye un síndrome doloroso localizado en las estructuras cráneo faciales, bajo el cual se agrupan un gran número de enfermedades en las que se incluyen patologías neurales periféricas o centrales, intraorales (dientes, maxilar superior, periodoncio y mandíbula), nariz y cavidades paranasales, ojos y oídos, ligamentos, músculos de la cabeza y vasos sanguíneos; así como también, de la articulación temporomandibular. Se entiende por dolor facial crónico aquel que tiene, al menos, seis meses de evolución (1).

En general la literatura publicada usa indistintamente los términos dolor facial, dolor craneofacial o dolor orofacial (2-4). En la literatura neurológica (y de manera oficial, en PubMed), lo más habitual es referirse a este síndrome como dolor facial y por ello, lo usaremos en este artículo. La epidemiología de este síndrome está insuficientemente estudiada sin embargo, estudios internacionales reconocen que es más prevalente en mujeres y estiman que el 10% de los adultos y el 50% de los ancianos sufren de dolor facial crónico (2). Los principales factores de riesgo para

que este síndrome se produzca, podrían ser, la presencia de ansiedad, otros síndromes dolorosos crónicos y la edad avanzada (2). Se desconoce la epidemiología de este cuadro en Chile.

CLASIFICACIÓN

No existe unanimidad en la clasificación de las diferentes categorías diagnósticas o etiológicas del dolor facial. La *International Headache Society* en su clasificación de 2004 (4) y también en la edición beta de 2013 (5), basa la clasificación en la topografía del origen del dolor facial. En esta misma línea, Zakrzewska, presenta un sistema de categorización que identifica tres categorías topográficas a saber: la músculo-ligamentosa y de tejidos blandos; dentoalveolar; y neurológico-vascular (6). Siccoli, por su parte, sugiere un enfoque diagnóstico más clínico que topográfico y clasifica los dolores faciales en cuatro síndromes dolorosos: neuralgias faciales; dolores faciales con síntomas y signos neurológicos; cefaleas autonómicas trigeminales; y dolores faciales sin síntomas ni signos neurológicos (7).

Considerando la gran cantidad de entidades que se agrupan bajo este síndrome, se desarrollan en este artículo, sólo las más frecuentes de ver en la práctica cotidiana, utilizando la clasificación de Siccoli, que a juicio de los doctores, es el mejor sistema clasificatorio al momento de abordar a los pacientes que sufren de algias faciales.

TABLA 1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR FACIAL

1. Neuralgias faciales
2. Dolores faciales con síntomas y/o signos neurológicos
3. Cefaleas autonómicas trigeminales
4. Dolores faciales sin síntomas ni signos neurológicos

Ref (7).

EVALUACIÓN CLÍNICA GENERAL

La evaluación diagnóstica del dolor facial requiere de mucha atención a los detalles. Es esencial obtener una completa y detallada descripción del dolor para establecer su localización e irradiación, su carácter, ya sea sordo, eléctrico, pulsátil u otro. Se debe reconocer su distribución circadiana, ya sea diurna, nocturna o bien al azar; y su persistencia en el tiempo, evaluando si se trata de un dolor de carácter episódico o continuo, distinguiendo si su duración es de segundos, minutos, horas o bien días enteros. Se debe reconocer el perfil evolutivo del dolor distinguiendo si ha existido progresión o se ha mantenido estacionario o ha sido regresivo. Es necesario objetivar la intensidad del dolor (utilizando, por ejemplo, una escala analógico-visual); evaluar el impacto que este dolor impone en la vida cotidiana; preguntar por la causa que propone el enfermo para sus síntomas y aquellos factores que lo provocan, gatillan, empeoran, o alivian. Se requiere identificar dirigidamente la existencia de sintomatología acompañante, entre las que destacan la presencia de hipoestesia y alodinia

faciales, inyección conjuntival, miosis, semi ptosis, epífora, rinorrea y otros síntomas y signos sugerentes de compromiso neurológico.

También son importantes la historia médica remota del paciente y especialmente su estado psicológico o psiquiátrico. La depresión es una comorbilidad prevalente. Se reconoce que entre el 30 a 60% de los pacientes que sufren de dolores crónicos presentan depresión. Este hecho se debe considerar siempre al momento de definir la terapia farmacológica. Por último, pero no por ello menos importante, se debe determinar cuáles han sido las terapias empleadas y qué resultados han tenido (6-9).

El examen físico completo, incluyendo el examen neurológico, es de capital importancia, especialmente buscando signos de compromiso de nervios craneales, compromiso nervioso central, puntos gatillo, disfunción de la articulación temporomandibular, patología dentaria y de cavidades paranasales (8-10).

TABLA 2. ELEMENTOS CLAVE EN LA ANAMNESIS DE UN DOLOR FACIAL

• Edad
• Tiempo de evolución
• Duración de cada ataque
• Localización
• Intensidad
• Factores gatillantes y empeorantes
• Factores que alivian el dolor facial
• Síntomas que lo acompañan

ESTUDIO DIAGNÓSTICO GENERAL

La necesidad de estudios imagenológicos depende de la historia, el examen físico y la sospecha diagnóstica concomitante. La resonancia magnética es el estudio con la mayor sensibilidad y especificidad para diagnosticar procesos tumorales, inflamatorios y patologías intracraneales, que pudieran estar causando el dolor facial (8,10). En los pacientes en que se sospecha una patología dentaria, se deberá solicitar radiografías dentales y tomografías panorámicas, solicitando además, la evaluación odontológica (10). En ocasiones se debe considerar una evaluación otorrinolaringológica u oftalmológica; y por supuesto una evaluación neurológica, si se plantea una neuralgia, especialmente si se estima secundaria, de difícil tratamiento o con ausencia de respuesta a la terapia bien llevada o bien, el dolor facial se asocia a fenómenos autonómicos o síntomas y signos neurológicos (9). Antes de iniciar una terapia farmacológica se debe realizar un estudio hematológico y bioquímico para poder evaluar los eventuales efectos adversos de los fármacos empleados (10).

1.- Neuralgias faciales

Se entiende por neuralgia el dolor que sigue un trayecto neural particular por ejemplo, una rama del trigémino, glossofaríngeo, occipital mayor, u otro. Es paroxístico, de carácter eléctrico, quemante o lancinante, único o repetitivo, con una duración que va desde fracciones de segundo a segundos de duración y que usualmente dura menos de dos minutos. Puede tener zonas de gatillo táctil o gatillarse por otros estímulos mecánicos, cambios de temperatura, cepillado de dientes, muecas, reír, tragar o morder. Generalmente tienen un período refractario, durante el cual el dolor puede ceder completamente y no ser gatillado por ningún estímulo (8,11).

Neuralgia del trigémino

La neuralgia facial es la más frecuente. Tiene una incidencia anual de 3 a 13 por 100.000 habitantes. La incidencia aumenta con la edad y cerca del 70% de los pacientes son mayores de 60 años, siendo una enfermedad rara en menores de 40 años (7,12-15). La prevalencia estimada en hombres es 11 por 100.000 y en mujeres 20 por 100.000. La relación mujer:hombre es 2:1 (13,15).

El dolor es por definición neurálgico y en el caso de la neuralgia primaria, también llamada esencial o idiopática, generalmente afecta la 2ª o 3ª rama del trigémino. El defecto sensitivo trigeminal es inhabitual y está presente solamente en 15 a 25% de los casos (7,15). Se debe pensar en una neuralgia trigeminal secundaria, si se compromete la 1ª rama del trigémino, existe compromiso sensitivo y hay dolor paroxístico con un remanente doloroso entre los paroxismos, o es bilateral, y por supuesto si se acompaña de otras alteraciones neurológicas (7,15).

El nombre de neuralgia primaria o esencial del trigémino es, a nuestro juicio, equívoco ya que cerca del 80 a 90% de los casos se produce por la compresión del trigémino, cerca de su emergencia del tronco cerebral, por un asa aberrante de una arteria o vena de la zona (7,15). Hasta un 15% de los pacientes con neuralgia del trigémino pueden tener esclerosis múltiple o muy raramente otras causas, tales como, schwannomas, meningiomas, quistes epidermoides, malformaciones vasculares o infartos pontinos. En estos pacientes usualmente se evidencian otros compromisos neurológicos ya sea trigeminales, de otros nervios craneales, o de las vías sensitivas o motoras o cerebelosas, que diferencian esta entidad de la neuralgia primaria del trigémino (10,15).

La resonancia magnética tiene un poder variable para detectar la compresión neurovascular, exhibiendo una sensibilidad de 50 a 95% y una especificidad de 65 a 100%, pero con una cantidad de falsos positivos de 7 a 15% y falsos negativos de 10% (15). Sin embargo, es el mejor método para diagnosticar una neuralgia trigeminal secundaria.

El tratamiento de la neuralgia del trigémino es fundamentalmente farmacológico. Los medicamentos con la mejor evidencia científica y por ende, de primera línea son: carbamazepina u oxcarbazepina. Como terapia de segunda línea se pueden emplear lamotrigina o baclofeno. El tratamiento quirúrgico está indicado tras el fracaso del tratamiento

médico o si estamos frente a una neuralgia del trigémino secundaria cuya causa es de resolución quirúrgica (15,20).

2.- Dolores faciales con síntomas y signos neurológicos

En este grupo se incluyen los pacientes que presentan dolor facial asociado a síntomas y o signos de disfunción neural periférica o central.

Dolor asociado a trastornos visuales, movimientos oculares o función pupilar

El dolor en y alrededor del ojo, asociado con alteraciones visuales, puede ser el síntoma de presentación de un número importante de patologías, dentro de las que destacan el glaucoma agudo y las neuritis ópticas. Otras condiciones relevantes son la queratitis, iridociclitis, escleritis o uveitis, la oftalmoplegia dolorosa, la arteritis de células gigantes y otros cuadros oculares, orbitarios o del seno cavernoso y de estructuras adyacentes (6).

Dolor asociado a hipoestesia facial

Se trata de dolores faciales en los cuales la función sensitiva del nervio trigémino está alterada, siendo usualmente posible distinguir hiperalgesia, hipoestesia, alodinia o una mezcla de ellas. La alteración anatómica puede ubicarse en cualquier porción del trigémino, constituyendo así una neuropatía trigeminal. Opcionalmente pudieran estar afectadas las vías y núcleos centrales que participan en la función del trigémino (7). Las principales causas de este síndrome son la neuralgia post herpética, la esclerosis múltiple, los tumores y la patología vascular. Otra causa es el dolor secundario a la cirugía de la neuralgia del trigémino o de la fosa posterior. La incidencia de herpes zoster se ha estimado en 0,1 a 0,5% de la población general y cerca del 1% de las personas de la tercera edad sufrirían de neuralgia herpética aguda y post herpética. El dolor se caracteriza por ser intenso, constante, con agravaciones episódicas y que ocurre en la etapa aguda de un herpes zoster. Típicamente este dolor, precede a la erupción cutánea, por menos de siete días (17,18). La neuralgia herpética aguda sucede en el 10 a 35% de los pacientes que sufren de herpes zoster facial y generalmente afecta la primera rama del trigémino (6). Si dura más de tres meses se denomina neuralgia post herpética, hecho que sucede en cerca del 25% de los pacientes con neuralgia herpética aguda; el dolor es neurálgico y se asocia a las otras alteraciones de la sensibilidad comentadas precedentemente (7).

Dolor asociado a paresia facial, hipoacusia y trastornos del equilibrio

La parálisis facial idiopática puede producir dolor ótico o preauricular así como también, el Síndrome de *Ramsay-Hunt* por herpes zoster ótico. Los procesos expansivos tumorales o quísticos del ángulo pontocerebeloso pueden presentarse con hipoacusia, paresia e hipoestesia facial y raramente con alteraciones del equilibrio o ataxia cerebelosa, y más raramente aún, con dolor facial (7).

Dolor asociado a disfonía, disartria y disfagia

Este dolor es causado por patologías tales como, infiltración neoplásica meníngea o de la base craneal, disección de los vasos del cuello o accidentes vasculares del tronco cerebral especialmente bulbar (7).

3.- Cefaleas autonómicas trigeminales

Corresponden a dolores faciales que afectan principalmente en la región frontal y órbito ocular, es decir, en el territorio de la primera rama del trigémino. En este grupo de cefaleas se distinguen la cefalea en racimo, la hemicraneá paroxística, el SUNCT (*Short-lasting, Unilateral, Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing*) y el SUNA. Estas cefaleas autonómicas trigeminales se acompañan, siempre, de disfunción autonómica ipsilateral, que se puede manifestar con todos o algunos de los siguientes signos: miosis, semiptosis, lacrimación, inyección conjuntival, edema palpebral, rinorrea, enrojecimiento y sudoración facial (5,7).

4.- Dolores faciales sin síntomas ni signos neurológicos

Rinosinusitis

El dolor por rinosinusitis es un dolor permanente, con exacerbaciones espontáneas o producto de las maniobras de Valsalva, mascar, ponerse de pie, caminar o inclinarse ventralmente. La localización del dolor variará según el seno comprometido: el seno frontal localiza su dolor en la región fronto orbitaria mientras que el seno maxilar localiza en la mejilla, el maxilar y paladar. Los senos etmoidales localizan entre los ojos y órbitas y puede ser agravado por los movimientos oculares; el seno esfenoidal por su parte, puede dar dolor referido en diferentes partes de la cabeza. Ayudan mucho en el diagnóstico de sinusitis la presencia de fiebre, rinorrea, descarga posterior, congestión nasal, hiposmia o anosmia. En los casos en que la rinosinusitis se complica con patologías intracraneales (sean éstas una tromboflebitis, abscesos o meningitis) pueden coexistir compromiso de nervios craneales y del sistema nervioso central, hechos que afortunadamente, son infrecuentes (7).

Disfunción temporomandibular

Se trata de un dolor originado en la articulación temporomandibular y los músculos masticatorios. Generalmente es unilateral, de la región preauricular y de la musculatura masticatoria, incluyendo el músculo temporal, a veces con otalgia, que se agrava al masticar repetidamente y que en su cuadro más florido se acompaña de ruido y resalte articular asociado a limitación de la apertura de la boca. Se estima que el 40 a 75% de la población general presenta a lo menos uno de los síntomas

y signos ya señalados. El tratamiento consiste en evitar movimientos mandibulares extremos, calor local, antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares por 10 a 14 días. El uso de amitriptilina y otros antidepresivos tricíclicos están indicados, especialmente si el paciente requiere apoyo farmacológico por tiempos prolongados. Muchas veces el tratamiento requiere de alguno de los diversos modelos de prótesis o planos de relajación (7,1).

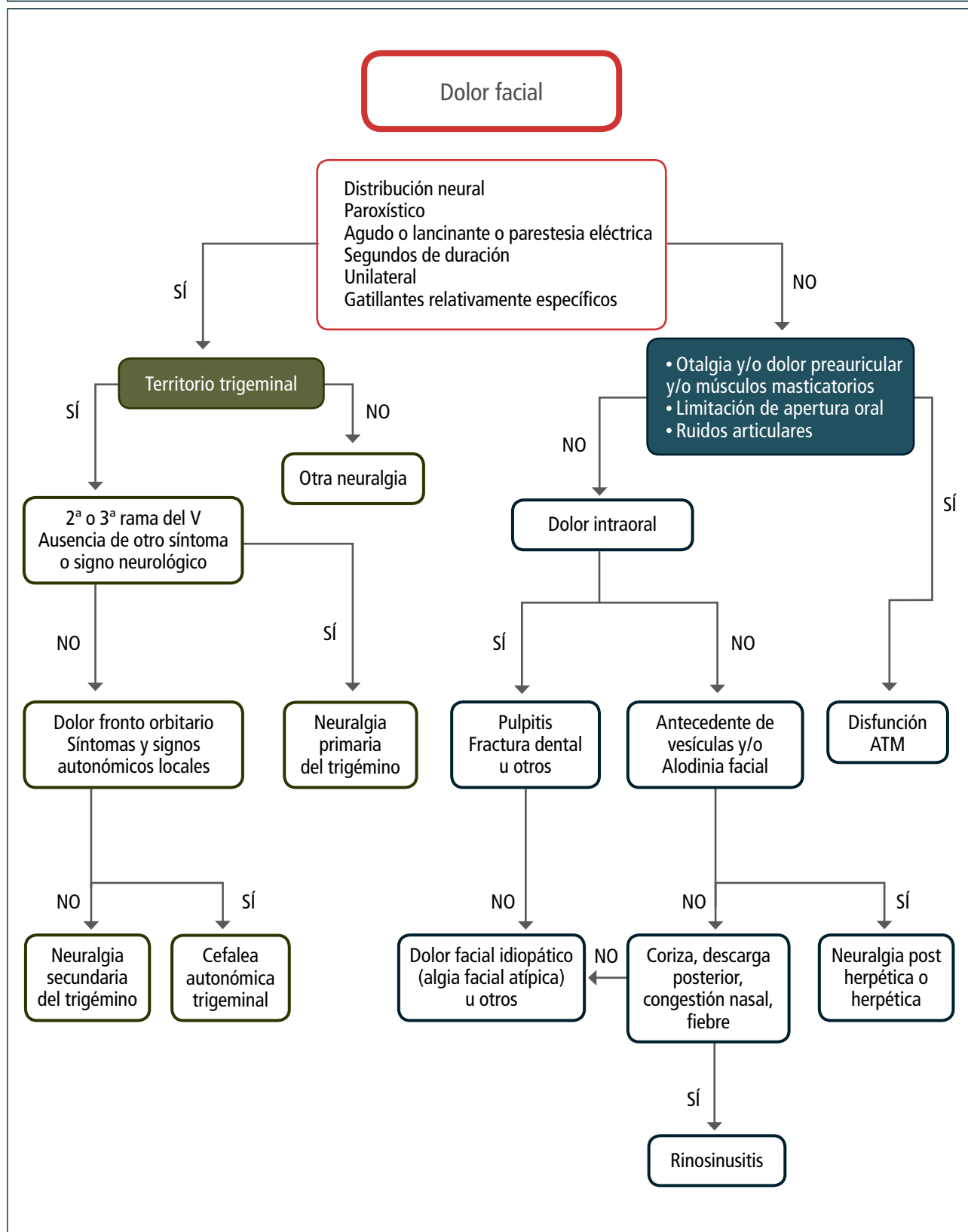
Dolor facial idiopático persistente

Antiguamente conocido como algia facial atípica, es una entidad común, pero no muy bien definida, de causa desconocida y que generalmente se diagnostica por exclusión. Se trata de un dolor continuo, diario o casi diario, uni o bilateral, localizado en un área facial circunscrita, pero que puede irradiarse más difusamente, no tiene carácter neurálgico y no se acompaña de ninguna lesión craneofacial, ni neurológica, explorada clínicamente y con exámenes imagenológicos. No responde a antiepilépticos, ni cirugía, pero sí a los antidepresivos tricíclicos (6,7).

CONCLUSIONES

Como comentario final podemos señalar que el dolor facial es una condición clínica prevalente, en cuyo diagnóstico son fundamentales una detallada anamnesis y un buen examen clínico; ejercicio que habitualmente nos conduce a solicitar los exámenes apropiados. El enfoque sindromático descrito facilita la aproximación clínica a la mayoría de los casos. En ocasiones, el manejo multidisciplinario es imprescindible para optimizar el rendimiento de los métodos diagnósticos y potenciar las conductas terapéuticas. En el futuro, la comprensión profunda de los factores etiológicos causantes de este síndrome y el reconocimiento de los mecanismos moleculares involucrados en la génesis de estos dolores permitirán mejores opciones, tanto terapéuticas como preventivas. Al mismo tiempo, el desarrollo de las técnicas imagenológicas permitirá un diagnóstico más precoz y certero de sus causas. Mientras más profesionales de la salud conozcan cómo abordar este síndrome, más pacientes y de mejor forma, serán aliviados. Para finalizar este artículo se presenta una propuesta de algoritmo de diagnóstico diferencial de los dolores faciales.

ESQUEMA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS DOLORES FACIALES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montgomery MT. Extraoral facial pain. *Emerg Med Clin North Am* 2000; 18: 577-600.
2. Shinal RM, Fillingim RB. Overview of orofacial pain: epidemiology and gender differences in orofacial pain. *Dent Clin North Am.* 2007;51(1):1-18.
3. Bussone G, Tullo V. Reflections on the nosology of cranio-facial pain syndromes. *Neurol Sci.* 2005;26 (Suppl 2):s61-64.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd Edition. *Cephalalgia.* 2004;24 (Suppl 1):9-160.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia.* 2013;33 (9):629-808.
6. Zakrzewska JM. Facial pain: neurological and non-neurological. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002;72 (Suppl 2):ii27-ii32.
7. Siccoli MM, Bassetti CL, Sandor PS. Facial pain: clinical differential diagnosis. *Lancet Neurol* 2006; 5:257-267.
8. Bajwa ZH, Ho CC, Khan SA. Overview of craniofacial pain. En: UpToDate. Swanson JW, ed. UpToDate. Waltham, Mass: UpToDate; 2008. Disponible en: <http://www.utdol.com>. Accesado en julio 12, 2008.
9. Schoenen J. Differential diagnosis of facial pain. *Acta Neurol Belg* 2001;101:6-9.
10. Zakrzewska JM. Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. *Clin J Pain* 2002;18:14-21.
11. Caminero AB, Mateos V. Aproximación clínica a las neuralgias faciales. *Rev Neurol* 2009;48:365-373.
12. Manzoni GC, Torelli P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. *Neurol Sci* 2005;26:S65-S67.
13. Penman J. Trigeminal neuralgia. In: Vinken PJ, Bruyn GW (eds) *Handbook of clinical neurology*, Vol 5. North Holland, Amsterdam, 1968:pp296-322.
14. Hall GC, Carroll D, Parry D, McQuay HJ. Epidemiology and treatment of neuropathic pain: the UK primary care perspective. *Pain* 2006;122:156-162.
15. Bennetto L, Patel NK, Fuller G. Trigeminal neuralgia and its management *BMJ* 2007;334:201-205.
16. Aguggia M. Typical facial neuralgias. *Neurol Sci* 2005;26:S68-S70.
17. Hentschel K, Capobianco DJ, Dodick DW. *The Neurologist* 2005;11:244-249.
18. Benoniel R, Eliav E. Neuropathic orofacial pain. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 20 (2008) 237-254.
19. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular Disorders. *N Engl J Med* 2008;359:2693-705.
20. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J et al. Practice Parameter: The diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology* 2008;71:1183-1190.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.