

89  
2 ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR FACIAL

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

*Vobo*  
*[Signature]*

GABRIEL MARTÍNEZ ORTEGA

DIRECTOR: C.D. BEATRÍZ ALDAPE BARRIOS

273771  
1999



México, D.F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

---



Agradezco a Dios por darme la oportunidad de vivir este momento permitiéndome concluir con una parte de mi formación profesional.

Gracias a mi padre, C.D. Alfredo N. Martínez Flores por todo el apoyo, cariño y comprensión que me ha brindado.

Gracias a mi madre, Guadalupe Ortega Tenorio porque ha sabido guiarme por el buen camino, así como por su cariño, apoyo y comprensión.

Gracias a ambos principalmente por haber confiado en mí a pesar de las adversidades y sobre todo por su paciencia.

Les agradezco a mis hermanos, Laura, Alfredo y Alvaro por todo el cariño que me han dado.

Quiero agradecer muy especialmente a la directora de mi tesina, C.D. Beatriz Aldape Barrios por los conocimientos transmitidos durante este seminario y por toda su ayuda.

De igual forma agradezco a una persona muy especial, por su valiosa ayuda puesta en mí a lo largo de este seminario, la C.D. Mónica Lavalle Cordero.

## AGRADECIMIENTOS

---



Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, en particular a la Facultad de Odontología, a su Director el Mtro. José Antonio Vela Capdevila, a la Coordinadora del Seminario de Titulación Mtra. Rina Feingold Steiner y a todos los profesores que contribuyeron en mi formación universitaria.

Finalmente les doy gracias a todas aquellas personas que de alguna u otra manera me brindaron su ayuda para la realización de este trabajo.



ÍNDICE

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES DEL DOLOR	2
a) Tipos de dolor	2
b) Receptores del dolor y su estimulación	4
c) Vías del dolor	5
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR FACIAL	
NEURALGIAS PRODUCIDAS POR DAÑOS AL NIVEL DE LOS TRONCOS NERVIOSOS O DE SUS NÚCLEOS CENTRALES	7
a) Neuralgia del nervio trigémino	7
b) Neuralgia del nervio glossofaríngeo	10
c) Neuralgia del nervio facial	12
d) Neuralgia auriculotemporal	13
e) Neuralgia occipital	14
f) Neuralgia del nervio laríngeo	15
g) Neuralgia posttherpética	16
h) Neuralgia facial atípica	19
i) Dolor fantasma	20



NEURALGIAS CAUSADAS POR TRASTORNOS VASOMOTORES Y POR ANOMALÍAS DE VASOS SANGUINEOS	22
a) Jaqueca	22
b) Neuralgia de Horton	25
c) Arteritis temporal	27
d) Neuralgia de Sluder	29
e) Neuralgia de Charlin	31
 DOLORES POR DISFUNCIONES NEUROMUSCULARES	 33
a) Cefalea tensional	33
b) Disfunción neuromuscular de la articulación temporomandibular	35
 DOLORES POR TRASTORNOS SOMATOFORMES	 38
a) Dolor somatoforme	38
 CONCLUSIONES	 41
 BIBLIOGRAFIA	 42
 GLOSARIO	 44



---

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Zona gatillo más común.	7
Figura 2. Tic doloroso.	8
Figura 3. Mecanismo del dolor trigeminal.	8
Figura 4. Parestesia asociada a Neuralgia Postherpética.	16
Figura 5. Síndrome de Ramsay-Hunt.	17
Figura 6. Lesiones cutáneas.	17
Figura 7. Inflamación y Erupción vesicular Postherpética.	18
Figura 8. Lesiones bucales.	18
Figura 9. Jaqueca con o sin aura.	23
Figura 10. Neuralgia de Horton.	25
Figura 11. Cefalea Tensional.	34
Figura 12. Músculos masticadores más afectados.	36



---

## INTRODUCCIÓN

El dolor es una sensación subjetiva desagradable, que puede ser señal de una alteración seria de alguna parte del organismo pudiendo ser “defensivo protector”, expresado de forma aguda o crónica. El tratamiento del dolor agudo involucra la atención de la causa que lo origina, en cambio el tratamiento del dolor crónico puede resultar más complejo debido a que su mecanismo es desconocido. Las sensaciones de dolor se producen por una estimulación dañina.

La sensación de dolor posee varias características o propiedades esenciales:

El dolor puede ser localizado en forma precisa, descrito cualitativamente como agudo, quemante, sordo, y cuantitativamente como intenso, mediano, etc. Posee características que llevan al individuo a atender de manera urgente su causa y a hacer inmediatamente algo para evitar la sensación. Puede alterar la personalidad del individuo, ya que produce un estado de malestar general. Las sensaciones dolorosas pueden ser modificadas de tal forma que el dolor cambie su carácter o se haga tolerable por lo menos durante un periodo de tiempo limitado<sup>1</sup>.

El diagnóstico y tratamiento de los dolores faciales representan un reto supremo para el clínico<sup>13</sup>, por lo que es importante conocer los mecanismos del dolor para poder establecer el diagnóstico diferencial de estos, y de esta manera planear la terapéutica adecuada para su eliminación.





## GENERALIDADES DEL DOLOR

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo, aparece siempre que un tejido está siendo lesionado y obliga al individuo a reaccionar para suprimir el estímulo doloroso. Cuando la piel duele como resultado de la isquemia, la persona cambia inconscientemente de postura, en cambio, una persona que ha perdido el sentido del dolor no cambia la posición de su cuerpo lo que trae como resultado la ulceración de las zonas presionadas<sup>6</sup>.

### TIPOS DE DOLOR

Existen varias formas de clasificar los tipos de dolor. Respecto al lugar de origen se puede clasificar en:

**Dolor somático:** Se divide en **dolor superficial** y **dolor profundo**. El primero se presenta cuando proviene de la piel, como cuando se pincha con un alfiler, y se subdivide en **dolor primario** y **dolor secundario**. El segundo proviene de los músculos, huesos, articulaciones y tejido conjuntivo, un ejemplo es un calambre muscular o el dolor de cabeza; este tipo de dolor es de carácter sordo, por regla general difícilmente localizable y tiende a irradiarse.

**Dolor visceral:** Procede de los diferentes órganos del abdomen y del tórax<sup>6</sup>, se presenta con el estiramiento rápido y fuerte de los órganos viscerales huecos, como la vesícula biliar o la pelvis renal<sup>12</sup>.



El dolor también se puede clasificar con respecto a su duración en dos tipos:

**Dolor agudo:** Está limitado por lo general al lugar de la lesión, su intensidad depende directamente de la intensidad del estímulo y tiene una función señalizadora o de alarma. Cuando se elimina la lesión, los dolores disminuyen rápidamente.

**Dolor crónico:** Es aquel que persiste como un problema invalidante e importante por un mínimo de seis meses<sup>7</sup>. No existe a menudo ninguna relación evidente entre el tamaño de la lesión orgánica y la intensidad del dolor. En algunos casos no se puede demostrar para un dolor crónico ninguna causa orgánica periférica. Los dolores de espalda, dolores por tumores, dolores de cabeza tipo migraña, dolores cardíacos en la angina de pecho etc., son algunos ejemplos de este tipo de dolor.

Otra de las formas en que se ha clasificado el dolor es en dos tipos fundamentales distintos: **dolor rápido**, que aparece en menos de una décima de segundo cuando se aplica un estímulo doloroso y **dolor lento**, el cual inicia después de un segundo o más aumentando lentamente en el curso de varios segundos y/o minutos<sup>6</sup>.

El dolor rápido recibe otros nombres como **dolor cortante**, **dolor punzante**, **dolor agudo**, **dolor eléctrico**, entre otros, y se produce cuando se pincha la piel con una aguja, cuando se corta con un cuchillo o cuando se somete la piel a una descarga eléctrica, y no se percibe en los tejidos del cuerpo más profundos.



El dolor lento también tiene múltiples denominaciones, como **dolor abrasador, dolor sordo, dolor pulsante, dolor nauseoso y dolor crónico**, el cual suele ir acompañado de destrucción tisular. Puede ser muy intenso y conducir a un sufrimiento prolongado e insoportable, y aparecer tanto en la piel como en casi cualquier órgano o tejido profundo.

## RECEPTORES DEL DOLOR Y SU ESTIMULACION

Todos los receptores del dolor, llamados nociceptores (del latín *noxius*, que significa dañino, pernicioso, malo o perjudicial), son terminaciones nerviosas libres que avisan o previenen sobre el daño. Están repartidos por las capas superficiales de la piel, determinados tejidos internos, como el periostio, paredes arteriales, superficies articulares, etc.

Tres tipos diferentes de estímulos excitan a los receptores del dolor: mecánicos, térmicos y químicos. La mayoría de las fibras del dolor pueden excitarse por numerosos tipos de estímulos. Es probable que algunas fibras respondan al estiramiento mecánico excesivo, otras, a extremos de calor o frío y otras, a determinadas sustancias químicas actuando sobre los tejidos. Se clasifican, en receptores de dolor mecánico, térmico y químico. El dolor rápido está provocado por los dos primeros tipos, mientras que el dolor lento puede ser producido por los tres<sup>6</sup>.

Cualquier estímulo intenso aplicado a la piel normal puede desencadenar una "triple respuesta", que consiste en hiperemia en el sitio estimulado, eritema brillante circundante debido a la dilatación arterial, y edema local por aumento de la permeabilidad vascular. En esta respuesta es posible que intervengan innumerables sustancias. Algunas liberadas por tejido lesionado (potasio, histamina, serotonina, prostaglandinas), otras



proceden de la circulación (bradicinina), o se originan de las mismas terminaciones nerviosas locales (sustancia P)<sup>8</sup>.

## VÍAS DEL DOLOR

Aunque todas las terminaciones de dolor son terminaciones nerviosas libres, estas utilizan dos vías diferentes para transmitir las señales de dolor al sistema nervioso central. Las dos vías corresponden a los distintos tipos de dolor: una vía del dolor agudo y una vía del dolor crónico.

Las señales del dolor agudo se transmiten por los nervios periféricos hasta la médula espinal por medio de fibras pequeñas tipo A-delta a velocidad de entre 6 y 30 m/s. El tipo de dolor lento, crónico, se transmite por fibras tipo C a velocidades entre 0.5 y 2 m/s.

Las astas dorsales de la médula espinal se dividen de acuerdo con sus características histológicas en las láminas I a VI, donde I es más superficial y VI la más profunda. Las láminas poseen también nombres: la I es la zona marginal, la II y la III forman la sustancia gelatinosa y las restantes son colectivamente llamadas núcleo propio o magno celular.

Al entrar en la médula espinal, las señales de dolor siguen dos rutas diferentes hacia el cerebro: por el **haz neoespinalámico** y por el **haz paleoespinalámico**.

Haz neoespinalámico para el dolor agudo. Las fibras de dolor "rápidas" tipo A-delta transmiten sobre todo dolor mecánico y térmico. Terminan principalmente en la lámina I (lámina terminal) de las astas dorsales, donde excitan a neuronas de segundo orden del haz



neoespinalámico. Estas dan lugar a largas fibras que cruzan inmediatamente al lado contrario de la médula a través de la comisura anterior y luego suben al cerebro por las columnas anterolaterales<sup>6</sup>. Unas cuantas fibras del haz neoespinalámico terminan en las áreas reticulares del tallo cerebral, pero la mayoría prosiguen hasta el tálamo.

Haz paleoespinalámico para la transmisión del dolor lento crónico. Transmite las señales de dolor que transportan principalmente las fibras periféricas tipo C, aunque también las de algunas fibras tipo A-delta. En esta vía, las fibras periféricas terminan casi por completo en las láminas II y III de las astas dorsales. Casi todas las señales pasan entonces a través de una o más neuronas adicionales cortas de las propias astas dorsales antes de entrar principalmente en la lámina V, también en el asta dorsal. Aquí, la última neurona de la serie da lugar a axones largos que en su mayoría se unen a las fibras de la vía rápida, atravesando la comisura anterior hacia el lado opuesto de la médula, para seguir su progresión hasta el cerebro por la misma vía anterolateral.

Cuando las fibras tipo C establecen sinapsis en las astas dorsales de la médula espinal, liberan aparentemente **sustancia P** como transmisor sináptico, que es un neuropéptido y, en común con todos los neuropéptidos, se fabrica con lentitud en la sinapsis y también se degrada lentamente. Se cree que su concentración en la sinapsis aumenta durante al menos varios segundos, y quizá mucho más tiempo después de comenzar la estimulación dolorosa. Cuando finaliza el dolor, la sustancia P probablemente persiste durante muchos más segundos o incluso minutos; esto explicaría el aumento progresivo de intensidad del dolor lento crónico con el tiempo, pudiendo también proporcionar una explicación de la persistencia de este tipo de dolor incluso después de la eliminación del estímulo doloroso.



## NEURALGIAS PRODUCIDAS POR DAÑOS AL NIVEL DE LOS TRONCOS NERVIOSOS O DE SUS NÚCLEOS CENTRALES

### NEURALGIA DEL NERVIIO TRIGEMINO

La lesión, cuya naturaleza es desconocida, se localiza probablemente por debajo del ganglio de Gasser<sup>3</sup>. Es la alteración más grave del nervio trigémino conocida también como **tic doloroso**; se presenta en individuos después de la 3ª década de vida con mayor incidencia en mujeres. El dolor se manifiesta en toda la región inervada por el nervio trigeminal involucrado, siendo los más afectados los nervios dentario inferior, infraorbitario y lingual<sup>11</sup>, presentándose como paroxismos intensos de dolor en labios, encías, mejillas o mentón, y raras veces en la división oftálmica del nervio, por lo que el paciente evita masticar, hablar, cepillarse los dientes, afeitarse o exponerse a una corriente de aire frío<sup>13</sup>. Existen a veces zonas hiperestésicas de la cara que al tocarlas se desencadena una crisis; estas zonas se denominan **reflexógenas**<sup>3</sup>, **gatillo** o **desencadenantes**.



Fig.1 Zona gatillo más común<sup>5</sup>

El diagnóstico depende de la historia y descripción del dolor. En algunos casos hay compresión o distorsión de la raíz de un nervio por una arteria aberrante y/o canal venoso<sup>5</sup>.



El dolor es unilateral, siendo más frecuente del lado izquierdo, de corta duración, desde unos segundos hasta dos minutos y tan intenso que provoca a menudo espasmos de los músculos de la cara acompañados de una mueca (tic doloroso), lagrimeo y abundante salivación. Los dolores aparecen periódicamente, con intervalos libres de semanas o meses.

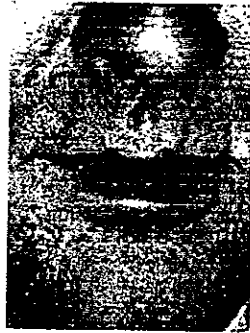


Fig.2 Tic doloroso<sup>5</sup>

A medida que evoluciona la enfermedad, una, luego dos y finalmente las tres ramas del trigémino están comprometidas; los intervalos libres se acortan y el dolor se vuelve continuo e insoportable. El menor contacto o excitación del territorio inervado provoca dolor<sup>3</sup>.



Fig.3 Mecanismo del Dolor Trigeminal<sup>18</sup>



En la mayoría de los casos el dolor se refleja en los dientes, y otras veces solo se presenta en el proceso alveolar, lo que hace que se confunda la neuralgia con procesos dentales agudos (pulpitis). Este error de diagnóstico trae por consecuencia que los pacientes pierdan paulatinamente todos los dientes del área afectada sin obtener alivio<sup>11</sup>.

El diagnóstico diferencial se hace con la neuralgia del glosofaríngeo, jaqueca, dolores por causas locales como caries dental, sinusitis, afecciones oculares y del oído.

La terapia medicamentosa en casos leves consiste en la administración de carbamacepina (tegretol) en dosis de 200 mg 3-4 veces al día por vía oral. También la fenitoína, 300-600 mg/día es en ocasiones efectiva.

La inyección de alcohol o fenol en los nervios terminales solo se hace en casos graves de forma paliativa. La **neuroexéresis** es considerada el mejor tratamiento para las neuralgias periféricas, y consiste en la eliminación total del nervio comprometido por medio de un corte<sup>11</sup>.





## NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo

Más rara que la neuralgia del trigémino (1:100 casos), la neuralgia del glossofaríngeo se caracteriza por paroxismos de dolor que duran de pocos segundos a minutos, seguidos por una sensación de ardor que puede pasar de 2 a 5 minutos en el tercio posterior de la lengua, faringe, laringe y el paladar blando<sup>5</sup>, reflejándose el dolor intensamente en el oído por la vía del ramo auricular del nervio vago<sup>11</sup>.

La zona gatillo está situada en la fosa amigdalina, por lo que el dolor se desencadena al deglutir, al contacto con agua fría o simplemente al mover la lengua, sacarla, bostezar o hablar<sup>11</sup>.

Se presenta después de la 5ª década de vida sin predilección aparente por uno u otro sexo. El lado izquierdo está involucrado con más frecuencia que el derecho, y la combinación del dolor bilateral o las combinaciones con la neuralgia del trigémino son raras<sup>9</sup>. Cuando aparece antes de la 4ª década de vida puede deberse a inflamación de la meninge aracnoidea, tonsilitis, fibrosis perineural, infección viral o elongación del proceso estiloides (síndrome de Eagle)<sup>5</sup>.

Los paroxismos de dolor ocurren con una frecuencia de 5 a 30 por día y comúnmente despiertan al paciente por la noche<sup>13</sup>. Como parte del ataque paroxístico, también habrá excesiva salivación y lagrimeo, un leve vértigo y movimientos involuntarios de la faringe y la laringe, que pueden traer como resultado intensa tos y vómitos<sup>9</sup>.



Asociado a la neuralgia puede presentarse bradicardia, hipotensión, síncope y paro cardiaco. Estos síntomas son aparentemente resultado de la activación del complejo vago-glosofaríngeo que puede concluir en lentitud cardiaca.

Como signo de ayuda para el diagnóstico se anestesia la fosa amigdalina por medio de un aerosol de lidocaína, produciéndose una ausencia de ataque por un tiempo entre 15 a 75 minutos<sup>11</sup>.

El tratamiento consiste en la administración de carbamacepina (tegretol). La infiltración de un anestésico en forma de depósito como la cafeína y novocaína (impletol) en el espacio parafaríngeo puede dar buenos resultados en casos de poca intensidad; en las formas graves puede administrarse alcohol, debiendo ser efectuada esta técnica por un otorrinolaringólogo<sup>11</sup>.



## NEURALGIA DEL NERVIIO FACIAL

Esta neuralgia se observa en personas con infecciones crónicas o subagudas de los dientes (molares), en casos de osteítis de los procesos alveolares posteriores (alveolitis), en las pericoronitis crónicas de los terceros molares, manifestándose con un dolor agudo, no muy intenso, reflejado en el interior del oído correspondiente (dolor *translatus*).

Este fenómeno se manifiesta como un dolor profundo y agudo en el oído, generalmente de poca intensidad pero llamativo, que se confunde con los dolores sintomáticos (trigeminales) producidos por el proceso causal y que se alivia ligeramente al ser presionado el conducto auditivo externo por sobre el tragus.

En cuanto al tratamiento, este trastorno desaparece al ser eliminada la causa, aliviándose por medio de analgésicos.



## NEURALGIA AURICULOTEMPORAL

La neuralgia auriculotemporal es un cuadro doloroso que se presenta acompañando al síndrome de Frey (temblor continuo, fino y oscilante de los músculos del mentón) o aisladamente con un dolor como único síntoma.

El síndrome de Frey se produce por la lesión del nervio auriculotemporal a consecuencia de heridas accidentales (traumas en la parótida) y quirúrgicas (parotidectomías, intervenciones en la articulación temporomandibular), parotiditis purulentas o después de fracturas severas de la articulación temporomandibular.

El dolor no suele ser paroxístico, se presenta bruscamente en la región preauricular y temporal, por encima del pabellón auricular, al producirse el estímulo gustativo o simplemente al masticar, con una sensación de plenitud que muchas veces se refleja en el interior de la articulación temporomandibular y el oído. No suele ser fuerte pero persiste por un tiempo después de concluido el estímulo. El dolor se acompaña de una sensación de calor y sudación en la región temporal.

Para el diagnóstico diferencial se debe tomar en cuenta el cuadro de disfunción mioartropática de la articulación temporomandibular, principalmente cuando este dolor es desencadenado por el acto masticatorio.

El tratamiento medicamentoso no surte efecto; se puede intentar la infiltración perineural con impletol que en casos ligeros puede resultar exitosa. El tratamiento más indicado es la alcoholización directa (intraneural) del tronco nervioso o para mayor seguridad su extirpación parcial (2 cm.).



## NEURALGIA OCCIPITAL

El dolor producido en esta lesión se presenta en forma paroxística, desencadenado por una zona gatillo situada en el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo y hacia la región de la mastoides, se manifiesta bruscamente persistiendo por varios minutos, desde la región mastoidea hasta cubrir la mitad de la región occipital. La etiopatogenia es desconocida y puede presentarse con intervalos muy largos o varias veces en un día sin causa aparente.

El tratamiento pertenece a la neurocirugía, indicándose inicialmente una terapia por medio de tegretol, alcoholización y en los casos intensos que no responden a estos tratamientos, se procede a la extirpación quirúrgica de los nervios C<sub>2</sub> y eventualmente C<sub>3</sub>.

La neuralgia sintomática de este nervio se trata mediante correcciones de los posibles daños que la ocasionan.



## NEURALGIA DEL NERVIO LARÍNGEO

Cuadro doloroso muy raro que se caracteriza por un dolor en forma de un ardor continuo, situado en la región de la laringe que se refleja hacia el cuello. En ocasiones se presenta en forma paroxística al tragar "en vacío" y al hablar. En el momento del ataque doloroso se presenta una marcada ronquera y accesos de tos con un dolor agudo reflejado al interior del oído a través del ramo auricular.

Generalmente se encuentra una zona gatillo que se activa al hacer presión lateralmente entre el cartílago cricoideo y el hueso hioides, donde también se puede encontrar una zona dolorosa a esta maniobra.

Dentro de la patogenia de esta alteración se menciona que se da por momentos irritativos de la mucosa laríngea innervada por este nervio, como por procesos infecciosos o por tumores. También se puede producir por una compresión vascular intracraneal, especialmente por la arteria cerebelosa posteroinferior.

El tratamiento consiste en tratar la posible enfermedad causal y posteriormente mediante infiltraciones anestésicas, o si es necesario el bloqueo del nervio laríngeo al nivel de la membrana tiroidea (otorrinolaringólogo), lo que puede producir complicaciones en la deglución, respiración y el reflejo de la tos, con el peligro de facilitar una aspiración.



## NEURALGIA POSTHERPÉTICA

Esta neuralgia se presenta a consecuencia de una infección por virus herpes zoster-varicela, el mismo virus productor de la varicela que permanece latente en las vías nerviosas, siendo activado por otra infección, por inmunosupresores, por VIH, apareciendo también en edades avanzadas y en casos de caquexias terminales<sup>11</sup>.

Aproximadamente el 65% de los casos se presentan en personas mayores de 70 años, siendo rara en individuos menores de 30 años. Afecta de igual manera a hombres y mujeres. La neuralgia puede durar algunos meses, e incluso, años. Es común la asociación con parestesia en el área comprometida. El dolor y la parestesia se pueden presentar durante todo el día y puede interferir seriamente en el sueño<sup>5</sup>.



Fig.4 Parestesia asociada a la Neuralgia Postherpética<sup>5</sup>



La infección ataca principalmente a los siguientes nervios:

Nervio facial (VII par) produciendo el síndrome de Ramsay-Hunt, que se manifiesta por una erupción del pabellón auricular, del conducto auditivo externo, de la parte posterior del velo palatino y en casos severos de la parte anterior y media de la lengua, ocasionando al mismo tiempo trastornos gustativos.



Fig.5 Síndrome de Ramsay-Hunt<sup>2</sup>

Nervio trigémino (V par), causante del herpes facial y el herpes bucal.

Nervio glossofaríngeo (IX par), ocasionando el herpes faríngeo.

Nervio neumogástrico (X par), causando el herpes laríngeo.

Nervios intercostales, produciendo el herpes pectoral, llamado culebrilla.

El dolor en el oído es severo y paroxístico, y como en la infección de herpes zoster en otras áreas, muchas veces preceden las lesiones cutáneas y mucosas por una semana.

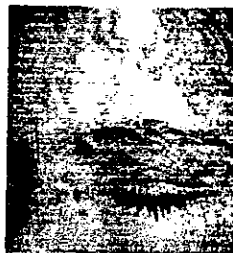


Fig.6 Lesiones Cutáneas<sup>2</sup>





El oído se pone rojo e inflamado seguido por erupción vesicular del meato auditivo y la membrana timpánica<sup>5</sup>.



Inflamación y Erupción Vesicular postherpética<sup>5</sup>

Los signos y síntomas bucales incluyen vesículas o áreas erosionadas en la región peritonsilar, faringe el tercio posterior de la lengua y dolor en las mismas áreas. Ocasionalmente hay pérdida del gusto (augesia), disminución de la salivación (xerostomía) y puede presentarse parálisis palatal.



Lesiones bucales<sup>2</sup>

El tratamiento consiste en infiltraciones de anestésicos locales o de impletol para aliviar el dolor, se administra carbamacepina (tegretol) como antineurálgico, altas dosis de vitamina B<sub>12</sub>, corticosteroides tópicos y tranquilizantes (valium 5 mg dos veces al día). Actualmente se puede usar aciclovir por su actividad antiviral contra zoster I y II, tanto tópico, por medio de comprimidos, como también por vía intravenosa.



## NEURALGIA FACIAL ATÍPICA

Este cuadro doloroso, poco frecuente, se presenta con dolores en las mejillas y en la región infraorbitaria. A menudo es imposible señalar el origen exacto del proceso patológico, y estos procesos se diagnostican como neuralgia del trigémino. Sin embargo, se diferencian de los pacientes con neuralgia del trigémino por la ausencia de zonas desencadenantes, por presentarse en mujeres de menor edad y el carácter del dolor, que puede ser sordo, pulsátil, penetrante, constante o episódico<sup>10</sup>.

Pueden observarse síntomas como lagrimeo, congestión nasal y náuseas. El dolor se localiza en la base de la nariz o en la órbita, parte superior de la mejilla, maxilar y mandíbula, dientes, y puede irradiarse al temporal o la frente. El paciente lo describe como un dolor continuo e intolerable, percibido profundamente en el hueso en forma difusa. Se presenta durante todo el día y la noche. No existe una zona gatillo. El dolor persiste en general durante meses o años y en algunos casos alcanza el estado de delusión.

Se cree que la neuralgia facial atípica es producida por múltiples factores, incluidos fenómenos vasculares. Esta manifestación dolorosa no responde a los tratamientos antiálgicos corrientes, considerándose una respuesta a afecciones psíquicas, tales como ansiedad y depresión.

El tratamiento requerido es la psicoterapia cuidadosa, terapia anticonvulsiva y drogas antidepressivas. En ocasiones, cuando hay una clara influencia psicósomática y el paciente rechaza una ayuda en este sentido, esta enfermedad es incurable<sup>11</sup>.



## DOLOR FANTASMA

Cuadro sintomático resultante de algún trastorno severo que afecta el nervio trigémino en su totalidad o solo circunscrito al área de distribución de algunas ramas. Los daños que recaen sobre este nervio producen una irritación de su extremo distal que responde con un dolor que se refleja hacia la región que éste originalmente inervaba, por lo que en caso de amputaciones es llamado dolor fantasma, ya que no existe la región donde el enfermo percibe el dolor.

Esta neuralgia que puede ser constante o paroxística, leve o muy intensa, se observa en la osteomielitis del maxilar inferior a nivel del mentón por infiltración piógena del nervio dentario inferior (signo de Vincent), a consecuencia de procesos reparativos anómalos del nervio dentario inferior después de intervenciones quirúrgicas ortognáticas o después de fracturas de los maxilares; como complicación posterior a amputaciones y como secuela de intervenciones quirúrgicas centrales destinadas al tratamiento de las neuralgias del trigémino o como complicación de la cirugía de la base del cráneo efectuada por tumores o por anomalías vasculares, siendo considerada la peor complicación, pudiendo resultar de tal intensidad que ha llegado a la drogadicción y al suicidio del paciente<sup>11</sup>.

El dolor se manifiesta generalmente en forma constante con altos y bajos en la región periférica inervada por el nervio afectado y en caso de amputaciones de miembros, se percibe al mismo tiempo la presencia del miembro que fue eliminado.



Los paroxismos son de aproximadamente 10 minutos de duración y se describen como punzantes, con picazón extrema o quemazón y presión profunda en la parte ausente. Pueden preverse quejas de pacientes que han sufrido resecciones radicales como en las excentraciones orbitoantrales, glosectomías y mandibulectomias para control del cáncer. Las quejas de dolores de órganos dentarios y de dientes fantasmas en los sitios de extracciones dentarias son frecuentes, particularmente cuando los dientes han tenido una larga sintomatología antes de su extracción<sup>9</sup>.

El tratamiento con carbamacepina trae como resultado grados variables de éxito, y el tratamiento de apoyo y reaseguramiento a menudo es adecuado en los casos menos graves porque el dolor fantasma parece disminuir con el tiempo<sup>9</sup>.



## NEURALGIAS CAUSADAS POR TRASTORNOS VASOMOTORES Y POR ANOMALÍAS DE VASOS SANGUÍNEOS

### JAQUECA

La jaqueca o migraña es una enfermedad crónica de etiología desconocida que se manifiesta por crisis o ataques repetitivos de cefaleas<sup>15</sup>.

El comienzo de la jaqueca se produce antes de los 40 años en el 90% de los pacientes<sup>10</sup>, con frecuencia es hereditaria y tiene predilección por el sexo femenino en proporción de 4:1. Se pueden diferenciar dos tipos de jaqueca:

Jaqueca sin aura o común. Es el 80% de las jaquecas, comienza unilateralmente y después se expande. El dolor es palpitante de moderado a intenso y exacerbado por el movimiento. Un ataque típico de jaqueca cursa con náuseas, vómitos y fotofobia. Los episodios duran de 4 a 72 horas.

Jaqueca con aura o clásica. El aura es un aviso que puede ocurrir desde varias horas a dos días antes del inicio del dolor de cabeza y dura menos de 60 minutos, dejando el paso al propio dolor de cabeza. Presenta síntomas normales asociados, náuseas, vómitos y fotofobia.

El aura visual es común en la jaqueca y se puede presentar de dos formas: 1) un área de pérdida visual y 2) presencia de brillos en zigzag<sup>15</sup>.



El dolor se localiza en la región supraorbitaria u orbitaria, temporal o frontal, descrito por el paciente como profundo y terebrante; puede persistir durante horas o hasta por dos a tres días<sup>11</sup>. Habitualmente se acompaña de anorexia, nauseas, fotofobia y fonofobia.

Se piensa que la jaqueca está ocasionada por la dilatación de los vasos sanguíneos de la cabeza que estimulan las terminaciones nerviosas que ocasionan el dolor de cabeza. Estas dilataciones ocasionan un dolor palpitante intenso, normalmente sobre un lado de la cabeza. Algunos autores señalan que las personas que padecen migraña son perfeccionistas y a veces tienen una estructura de personalidad compulsiva. El estrés o la fatiga excesivos pueden provocar un episodio de cefalea. La migraña se asocia a cambios hormonales, a la menstruación y en general desaparece durante el embarazo. Los anticonceptivos orales aumentan la frecuencia y gravedad de los episodios de migraña<sup>10</sup>.



Fig.7 Jaqueca con o sin Aura<sup>15</sup>

El tratamiento es primordialmente sintomático basándose en analgésicos asociados a la ergotamina como simpaticolítico, produciendo una ligera vasoconstricción; esta droga debe ser ingerida al comienzo del ataque (cafergot dos grageas al comienzo y de ser necesario continuar con una cada media hora, máximo seis grageas).



Es útil el uso de barbitúricos para producir un sueño profundo el cual suele desaparecer el mal (fenobarbital 100 mg = 1 tableta)<sup>11</sup>. Es necesario evitar los factores que desencadenan este cuadro este cuadro doloroso y principalmente el estrés. Aunado a esto se puede recomendar al paciente guardar reposo en un lugar oscuro sin ruidos, compresas de agua fría y caliente, alternando, en la frente y el cuello, baños de agua tibia y masajes en cuello y nuca<sup>15</sup>.



## NEURALGIA DE HORTON

También conocida como migraña facial, neuralgia migrañoide periódica, cefalea histamínica, eritromelalgia o cefalea en racimos, la neuralgia de Horton es un cuadro doloroso que se presenta en forma periódica, prácticamente todos los días principalmente por la noche cuando el paciente está dormido (signo patognomónico), aunque a veces ocurre durante el día, afectando más al sexo masculino en edades comprendidas entre los 30 a 55 años de edad. Este cuadro doloroso es producido por una intensa dilatación vascular por efectos de la histamina y/o posiblemente de serotonina en la intimidad tisular vecina al nervio oftálmico y maxilar.

Se manifiesta con gran intensidad, con carácter terebrante alrededor de una de las órbitas y la correspondiente sien, reflejándose en el maxilar con mayor intensidad hacia los molares e inclusive llegar a los inferiores, y cuando los procesos alveolares están edéntulos, éste se irradia hasta el cuello, lo que indica que no se mantiene dentro del área de distribución de una de las ramas trigeminales; no existe zona gatillo.

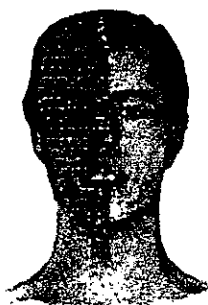


Fig.8 Neuralgia de Horton<sup>17</sup>





---

Durante el ataque se produce gran sudoración y rubicundez en la piel del lado afectado de la cara, hay lagrimeo y congestión ocular y nasal. El paciente no percibe pródromos (aura) ni sufre de náuseas ni vómitos, siendo la duración del ataque muy variable, suele durar 1 a 2 horas, presentándose periódicamente durante semanas o meses, hasta que sucede una etapa de calma para reiniciarse bruscamente de paroxismos. Se ha comprobado que el ataque se puede precipitar con la ingestión alcohólica.

El tratamiento corresponde al descrito para las jaquecas, apoyados por antihistamínicos, noradrenalina y en casos severos con corticosteroides.



## ARTERITIS TEMPORAL

Esta neuralgia poco común es producida por una arteritis granulomatosa gigantocelular que puede afectar a las grandes arterias, en ocasiones a todas las arterias mayores. Puede comenzar en forma lenta y crónica o presentarse inicialmente como un cuadro agudo acompañado por fiebre y malestar general, depresión, anorexia y pérdida de peso. Afectan con mucha frecuencia las arterias del cuello y de la cabeza y principalmente las arterias temporales<sup>11</sup>. Se menciona que aparece más comúnmente en mujeres entre 55 y 80 años de edad<sup>9</sup>, aunque también se dice que se presenta mas en hombres en edades alrededor de los 60 años.

La enfermedad se instala al nivel de los vasos temporales, provoca cefaleas intensas, unilaterales y terebrantes sobre la cara externa del maxilar; el paciente se queja de dolor pulsátil a lo largo del recorrido de las arterias temporales superficiales, dolor que posteriormente se irradia hacia el pabellón auricular, la frente y profundamente en el cráneo; persiste durante semanas o meses. El dolor se inicia con la masticación en más del 50% de los casos, puede ser agravado por acostarse o agacharse, y la presión digital aplicada sobre la carótida externa produce un alivio temporal. A la palpación de la región temporal, se perciben nódulos tortuosos no pulsátiles sobre estos vasos. Debido a que también pueden estar enfermas las arterias oftálmica y retiniana, hay una aparición gradual de ceguera en más de un tercio de los casos.

Muchas veces hay manifestaciones vegetativas en forma de lagrimeo y un enrojecimiento de la región temporal. Cuando queda comprometida la arteria maxilar interna, este mismo cuadro, tanto doloroso como vegetativo, se presenta en el centro de la cara, produciéndose un cansancio y una



---

sensación dolorosa en los músculos de la masticación que se agrava al hablar y comer. La afección de las arterias linguales puede traer consigo signos de cansancio al movimiento de la lengua y glosodinia.

Puede haber casos con pérdida de la audición y cuando hay daños severos en las arterias craneales puede haber un desenlace fatal por un accidente cerebrovascular, sin embargo, la evolución suele ser benigna, produciéndose remisiones del cuadro doloroso.

El tratamiento consiste principalmente en la administración de corticosteroides. Se pueden aplicar con éxito sintomático infiltraciones periarteriales de anestésicos locales o cafeína y novocaína (impletol)<sup>11</sup>. En los casos extremos el dolor puede ser también aliviado por la resección selectiva de pequeñas porciones de los vasos enfermos<sup>9</sup>.



## NEURALGIA DE SLUDER

Esta neuralgia se produce por la irritación del ganglio pterigopalatino o de sus fibras vegetativas por procesos infecciosos subagudos o crónicos de los senos frontales, etmoidales o maxilares. También es conocida como neuralgia del ganglio pterigopalatino (esfenopalatino).

El cuadro sintomático que se presenta en forma típica, se manifiesta con un dolor urente y profundo en el globo ocular sobre todo hacia su ángulo interno, como también en el dorso nasal, que puede irradiarse hacia el maxilar, parte lateral posterior del paladar, hacia las amígdalas y aveces incluyendo el oído y la mastoides. En algunos casos hasta el cuello y los hombros. El dolor puede ser persistente, presentándose en forma de ondas cada vez más intensas, para luego aplacarse paulatinamente sin desaparecer totalmente, sin embargo pueden haber formas donde se manifiesta en forma paroxística por irritación de ciertas zonas gatillo situadas en el comete medio, en el ángulo interno del ojo o en la mastoides.

Además se produce un enrojecimiento, una hipersecreción e inflamación de las conjuntivas y de la mucosa nasal con abundante secreción mucosa, acompañando a este último signo una serie de estornudos, lo que es patognomónico para esta neuralgia. En ocasiones se ha descrito hiperestesia al nivel del paladar y la faringe y parálisis del velo del paladar lo que se manifiesta por medio del desplazamiento de la úvula hacia el lado sano.

El tratamiento consiste principalmente en la búsqueda y eliminación del cuadro inflamatorio causal, lo que produce la desaparición de los dolores neurálgicos y de las manifestaciones vegetativas.



Si el cuadro se ha hecho crónico o si no se obtiene resultado con la eliminación de los factores causales, se procede a la aplicación de 3 o 4 inyecciones de cafeína y novocaína (impletol), una por día, en la profundidad del agujero/canal palatino anterior situado en la parte posterior del paladar duro (a 2 cm de profundidad), y en casos rebeldes se infiltra una mezcla al 50% de alcohol absoluto y solución anestésica.



## NEURALGIA DE CHARLIN

Es conocida también como neuralgia del nervio nasociliar o del ganglio ciliar, poco frecuente que se presenta en forma paroxística caracterizándose por un dolor intenso y agudo situado en la región del ángulo interno del ojo, irradiado a todo el globo ocular, hacia el dorso de la nariz y al correspondiente párpado, acompañado de una intensa inflamación del globo ocular en el sentido de una queratitis, una conjuntivitis e iritis y un intenso lagrimeo. Hay un engrosamiento de la mucosa nasal principalmente en el polo anterior del cornete inferior, acompañado frecuentemente de hidrorrea y en pocas ocasiones se ha reportado un enrojecimiento y sudoración al nivel de la sien correspondiente.

En muchas ocasiones el dolor se presenta cuando el paciente está comiendo, pudiéndose desencadenar el ataque al palpar o presionar sobre una zona gatillo situada generalmente al nivel del ángulo interno del ojo, sobre la raíz nasal y el vestíbulo nasal anterior, principalmente al nivel del polo anterior del cornete inferior.

Como prueba diagnóstica se aplica aerosol de lidocaína en el vestíbulo nasal anterior y al cornete inferior, obteniendo inmediatamente una suspensión del dolor por varias horas.

Esta neuralgia debe ser diferenciada de una neuralgia del nervio trigémino, de una neuralgia de Sluder y de una sinusitis etmoidal o maxilar.

El tratamiento de comienzo es la aplicación sistemática de anestesia tópica con lidocaína en aerosol sobre la mucosa del vestíbulo nasal y del cornete inferior, obteniéndose en ocasiones curas totales después de algún



---

tiempo. El tratamiento de mejor éxito se obtiene mediante la infiltración de novocaína o cafeína y novocaína (impletol) intraorbitariamente para el bloqueo del ganglio nasociliar, debiendo ser aplicado por un oftalmólogo ya que puede involucrar otros nervios de la órbita (parestesia pasajera de la musculatura ocular).



## DOLORES POR DISFUNCIONES NEUROMUSCULARES

La contracción persistente anormal de algunos músculos craneofaciales puede desencadenar dolores difusos o localizados, a veces muy intensos. Estas contracciones pueden ser netamente posturales (malos hábitos, malposiciones), pueden ser consecuencia de movimientos parafuncionales (disfunción masticatoria) o por contracciones musculares psicógenas. La patogenia de este trastorno no es bien conocida, se piensa en una posibilidad de una liberación de sustancias vasoactivas como lactatos, serotonina, bradiquinina y prostaglandina que ocasionan una disminución del umbral del dolor. Otros autores sugieren cambios estructurales al nivel del músculo por una continua contracción tónica.

### CEFALEA TENSIONAL

Este cuadro doloroso, consecuencia de una constante contracción de los músculos paraespiniales de la base del cráneo, se caracteriza por un dolor unilateral o bilateral, continuo, no pulsátil, situado al nivel de la región occipital. Suele comenzar lentamente y avanza hacia un dolor estable de intensidad entre leve y grave<sup>10</sup> aumentando progresivamente a medida que pasan las horas del día, a veces en forma opresiva. Al empeorar el cuadro, el dolor se extiende hacia la región temporal o frontal.

Estos dolores que suelen ser recurrentes, a menudo se presentan diariamente, usualmente al principio o al final de la tarde. Se presenta más en mujeres que en hombres, con mayor incidencia en adultos de edades comprendidas entre 20 y 40 años<sup>10</sup>, y en personas ansiosas, tensas y en aquellas cuya postura habitual se acompaña de una contracción persistente de los músculos cervicales posteriores, frontales o temporales, como también





en aeneáquellas que responden al estrés cotidiano con la contracción de estos musmúsculos. También es posible observar esta cefalea en personas que mantmantienen una rigidez postural de la cabeza para evitar un aumento del dolor ocasocasionado por una enfermedad estructural de los ojos, oídos, nariz, senos para para nasales del sistema dentario, por trastornos de la articulación tempemporomandibular, por lesiones intracraneanas o simplemente por un mal háb.hábito postural<sup>11</sup>.

El trEl tratamiento de estas cefaleas es primordialmente sintomático por med.medio de analgésicos, pudiéndose apoyar esta terapia con vasodilatadores (ergo(ergotamina), mmiotolíticos (coltrax, 3 comp./día; tiocolchicósido comp. 4 mg /mg./día) y/oránsiolíticos (Valium, diazepam, 5 a 10 mg). Es importante que el pac.paciente reconozca sus posibles defectos posturales, sus hábitos disfuncionales y/o las contracciones que pudiera efectuar a consecuencia de una una situación de tensión. Una psicoterapia dirigida (psicólogo clínico) puede dar dar buenos resultados en personas ansiosas y tensas; es recomendable que el pac.paciente haga conscientes las posturas anómalas. Se puede obtener buen resuresultado con una psicoterapia menor basada en la relajación.



Fig.9 Cefalea Tensional<sup>16</sup>



## DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Este cuadro disfuncional llamado también síndrome doloroso de la articulación temporomandibular es producido por un complejo etiológico íntimamente ligado entre sí, muy común entre personas jóvenes principalmente expuestas a situaciones de estrés y con problemas de maloclusión dental.

Este síndrome que se observa más en mujeres jóvenes, es producido por un complejo etiológico que comprende: 1) factores somáticos (maloclusión, bruxismo, traumas articulares antiguos o recientes, deformaciones estructurales, prótesis mal adaptadas, pérdida de dientes posteriores, etc.) y 2) factores psicosociales (estrés cotidiano, estados neuróticos, principalmente de angustia, malos hábitos compulsivos, etc.); factores que se suman y se complementan para ocasionar una disfunción masticatoria por sobrecarga funcional que afecta uno o varios músculos masticatorios y más adelante a la intimidad de la estructura de la articulación temporomandibular. Esto quiere decir que esta disfunción solamente se produce al actuar conjuntamente estos factores, es decir, una maloclusión dental, un defecto postraumático antiguo, un mal hábito masticatorio, no puede por sí solo producir este trastorno, como tampoco una situación aislada de estrés o una neurosis de angustia. Sin embargo, una disfunción solo de origen somático se puede presentar al ser lesionado el tronco motor del trigémino lo que puede suceder durante la cirugía de la base del cráneo.

La parálisis unilateral de los músculos masticadores que pudiera ocasionarse a consecuencia de este acto, van a ocasionar un desbalance capaz de alterar la estructura íntima de la articulación temporomandibular.



Este trastorno se puede producir también por la colocación de un aparato protésico mal confeccionado que produce un pivoteo, inclusive de inaparente importancia; igualmente por la pérdida, en adultos, de todos los dientes posteriores, etc. Este cuadro se puede agravar posteriormente bajo influencia psíquica. La disfunción muscular que al comienzo puede ser muy leve y estar sólo circunscrita a la musculatura, recae casi inmediatamente sobre la estructura y luego sobre la función de la articulación temporomandibular, produciendo un reflejo neuromuscular cuyo fin es el de proteger a este sistema. La respuesta sintomática a este reflejo es un dolor muscular, principalmente del masetero, del temporal o de los pterigoideos (en orden descendente), irradiado a varios sitios de la cara y del cuello y una contracción espasmódica de uno o varios de estos músculos (trismo reflejo de protección). El dolor que se presenta puede ser ocasionado por espasmos musculares o por presión anómala de algún músculo masticador sobre un tronco nervioso vecino.

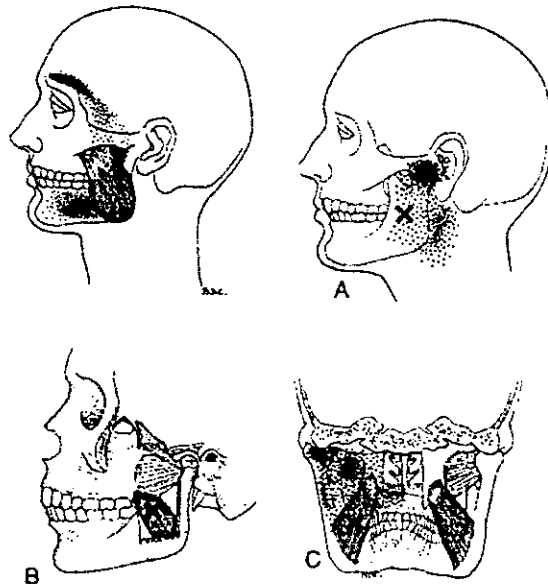


Fig.10 Músculos masticadores más afectados.



En casos crónicos de larga duración se pueden presentar además acúfenos y sensación de oído tapado (contracción refleja del músculo tensor del tímpano), dolores en el interior (daños sobre el nervio timpánico), dolores o ardores en la lengua (irritación de la cuerda del tímpano) y vértigos (filetes del plexo carotídeo).

Cuando hay dudas para el diagnóstico hay que tomar en cuenta que los dolores que refiere el paciente deben tener alguna relación con los movimientos del acto masticatorio, o bien al apretar los dientes, al abrir la boca al máximo o al lateralizar o protruir la mandíbula. Un cuadro doloroso que puede causar errores en este sentido es la neuralgia del nervio laríngeo ya que al tragar el paciente con la boca vacía obliga a apretar las arcadas dentales, produciendo un dolor en el interior del oído, confundible con este cuadro.

El tratamiento consiste en la eliminación de las causas, administración de mionolíticos (tiocolchicósido, coltrax 4 comprimidos de 4 mg c/u distribuidos uno por la mañana, otro en el almuerzo y dos al acostarse) y ejercicios de relajación muscular (apertura y cierre controlado y mantener todo el día los dientes en mínimo contacto), debiéndose llamar la atención al paciente en la posible existencia de causas tensionales como el estrés, recomendándole efectuar una ligera psicoterapia menor (relajación del cuello, de la cara y de los músculos masticadores) y en casos graves un tratamiento psicoanalítico por un psicólogo clínico.



---

## DOLORES POR TRANSTORNOS SOMATOFORMES

Los trastornos somatoformes son trastornos mentales caracterizados por la percepción de síntomas físicos que sugieren la existencia de una alteración somática para los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay una firme presunción de que estos síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psíquicos.

En los trastornos somatoformes la producción de los síntomas no se encuentra bajo control voluntario, es decir, el paciente no decide el momento del dolor, ni el sitio donde se va a presentar, ni su intensidad y en ningún momento inventa su existencia, él efectivamente siente el dolor<sup>11</sup>.

### DOLOR SOMATOFORME

Trastorno mental donde el paciente percibe un dolor en determinado sitio de su cuerpo sin que existan hallazgos físicos que expliquen su presencia o su intensidad. El dolor se va a presentar sin causa aparente, en determinado sitio que generalmente no corresponde a una distribución anatómica del sistema nervioso; puede tener los síntomas de un cuadro doloroso conocido, como la neuralgia del trigémino, pero el paciente va a explicar procesos o momentos del ataque doloroso que discrepan con los del ataque conocido. Tampoco existe una explicación de un mecanismo fisiopatológico causal.



Las características más resaltantes para efectuar el diagnóstico de dolor somatoforme son:

- a) Los dolores aparecen y desaparecen sin causa explicable
- b) No siguen la distribución de un nervio
- c) Se extienden hacia el lado contrario, cruzando la línea media
- d) Aparecen en lado y a veces del lado contrario
- e) Los dolores cambian frecuentemente de sitio
- f) Son descritos junto con otros síntomas inexistentes como rubor, calor, tumefacción, hormigueo, anestesia, eritemas, edemas, etc.

Característica importante es que el paciente describe una intensidad dolorosa elevada sin que se observe en él un sufrimiento equivalente, las explicaciones que da el enfermo son profusas e insistentes, y a veces, en una segunda exposición, la sintomatología ha cambiado tanto en su localización como también en intensidad.

Generalmente se encuentran factores psicológicos etiológicamente involucrados, como sería el caso de existir una clara relación entre estímulos ambientales aparentemente relacionados con un conflicto o necesidad psicológica (estrés, problema económico o familiar) y la aparición o exacerbación del dolor<sup>11</sup>.

En otros casos se descubre que el dolor le permite al individuo evadir ciertas obligaciones, labores o situaciones peligrosas u obtener ventajas en su trabajo, buscar afecto de sus allegados, etc. El paciente suele rechazar toda insinuación que relacione sus síntomas con un trastorno psicológico e inclusive se siente molesto al citarse esa posibilidad.



El tratamiento indicado para los pacientes que sufren este tipo de trastorno es la psicoterapia menor siempre y cuando el paciente muestre gran confianza hacia el médico tratante; se puede indicar la administración de placebos, pero en casos graves se recomienda la consulta con un psicólogo clínico.



---

## CONCLUSIONES

Es de gran importancia que el Cirujano Dentista tenga el conocimiento de los signos, síntomas y características de todos y cada uno de los diferentes tipos de dolor facial para poder establecer un diagnóstico adecuado y así llevar a cabo la terapéutica necesaria para mejorar la calidad de vida del paciente.

De acuerdo con lo anterior se puede concluir que, en el paciente con dolor facial o cefalea, es imprescindible realizar una historia clínica detallada, debiéndose plantear preguntas pertinentes sobre el comienzo, localización, calidad, intensidad, relación con los momentos del día en que se presenta el dolor, hechos que promueven o disparan la alteración y síntomas asociados.

Aunque en la mayoría de los casos, el dolor que afecta a la cabeza y a la cara puede explicarse por síndromes bien definidos, es posible que sea difícil determinar si el dolor es debido a enfermedades buco-dentales, afecciones de la articulación temporomandibular, procesos sinusales, cefalea vascular o neuralgia. En estos casos se requiere una evaluación multidisciplinaria para que los pacientes no se vean sometidos a tratamientos innecesarios, como extracciones dentarias, y contrariamente, los pacientes con disfunción dental o afección de la articulación temporomandibular no deben ser sometidos a neurocirugía u otros métodos inadecuados.





---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bradley, R.M. "*Fisiología Oral*"; Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires, Argentina, 1984.
2. Crispian S., Stephen F. "*Color Atlas of Oral Diseases*"; 1ª. Edición, Editorial J.B. Lippincott Company Philadelphia, 1989.
3. Fattorusso, V., Ritter, O. "*Vademécum Clínico*"; 8ª Edición; Editorial Librería el Ateneo; Bogotá, Colombia, 1992.
4. Gilman, S., Winans, N.S. "*Principios de Neuroanatomía y Neurofisiología Clínicas*"; 3ª Edición; Editorial Manual Moderno; México, D.F., 1994.
5. Gorlin, R.J., Cohen, M.N., Levin, L.S. "*Syndromes of the Head and Neck*"; Third Edition; Ed. Oxford, 1990.
6. Guyton, A. C. "*Tratado de Fisiología Médica*"; 8ª Edición; Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill; Madrid, España, 1992.
7. Harrison "*Principios de Medicina Interna*"; 6ª Edición; Editorial Mc. Graw-Hill; México, D.F., 1986.
8. Harrison "*Principios de Medicina Interna*"; 7ª Edición; Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill; México, D.F., 1989.
9. Kruger, G.O. "*Cirugía Buco-Maxilofacial*"; 5ª Edición; Editorial Médica Panamericana; México, D.F., 1986.



10. Rose, L.F., Kaye, D. "*Medicina Interna en Odontología*"; 2ª Edición; Editorial Salvat, Barcelona, España, 1992.
11. Sandner, O., Garcia, M.E. "*Trastornos del Sistema Nervioso que Afectan al Área Bucal y Maxilofacial*"; 1ª Edición; Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; Caracas, Venezuela, 1996.
12. Schmidt, R.F., Thews, G. "*Fisiología Humana*"; 24ª Edición; Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill; Madrid, España, 1993.
13. Takeguchi, Y. "*Neuralgias Craneales*"; Cali, Colombia; 1998.
14. Takeguchi, Y. "*Cefalea Tensional*"; Cali, Colombia; 1998.
15. <http://192.148.167.160/em/migranya/htm>
16. <http://192.148.167.160/em/cefaten/htm>
17. <http://192.148.167.160/em/cefaleas.htm>
18. <http://www.yarmouth.org/ps/links/n/neuralgi/index.htm>



---

## GLOSARIO

**Aberrante:** Órganos accesorios o suplementarios, ubicados a mayor o menor distancia del órgano normal.

**Acúfeno:** Alucinaciones auditivas, ruidos subjetivos.

**Antiálgicos:** Agente que posee la capacidad de calmar el dolor.

**Aura:** Del griego aura = soplo divino. Sensación o fenómeno particular que precede al ataque de una enfermedad o paroxismo.

**Bradycardia:** Lentitud del ritmo cardíaco.

**Caquexia:** Estado de trastorno general, profundo y progresivo, con gran adelgazamiento, síntomas de debilidad acentuada, frecuentemente anemia y edemas, secundario a afecciones crónicas graves.

**Delusión:** Engañoso.

**Fonofobia:** Molestias intensas al ruido.

**Fotofobia:** Molestias intensas a la luz.

**Glosectomía:** Ablación total o parcial de la lengua.

**Glosodinia:** Neuralgia lingual.



**Hidrorrea:** Flujo lento, crónico y copioso de un líquido acuoso. Se aplica también para designar una sudoración copiosa.

**Hiperemia:** Congestión o acumulación de sangre en una parte u órgano del cuerpo.

**Hiperestésicas:** Aumento de la sensibilidad a los estímulos.

**Hipotensión:** Disminución de la tensión o presión sanguínea.

**Neuralgia:** Dolor paroxístico en el territorio de un nervio sensitivo, a menudo sin causa orgánica aparente. Las crisis dolorosas son unilaterales, desencadenadas por la excitación de ciertas zonas electivas. Fuera de los ataques, no hay trastornos objetivos.

**Neuroexéresis:** Intervención quirúrgica poco traumática y de fácil ejecución que consiste en la eliminación total del nervio comprometido por medio de un corte.

**Nociceptores:** Terminaciones nerviosas que tiene la función de percibir los estímulos ofensivos.

**Osteítis:** Proceso inflamatorio agudo o crónico localizado en un hueso.

**Osteomielitis:** Enfermedad infecciosa aguda o crónica que se caracteriza por la inflamación supurativa ósea producida por gérmenes piógenos comunes (estafilococo, neumococo, estreptococo, etc.).

**Paroxismo:** Exacerbación o acceso violento de una enfermedad.



**Placebo:** Preparaciones farmacéuticas que solo contienen productos inertes y que se prescriben para lograr un efecto psicoterápico al desconocer el sujeto que no hay una droga activa en lo recetado.

**Reflexógenas:** Que tiende a aumentar una acción refleja; en especial ciertas zonas cuya excitación provoca un reflejo.

**Sinapsis:** Conexiones entre las neuronas.

**Síncope:** Pérdida súbita de la conciencia consecutiva a la anemia cerebral producida por un paro cardíaco seguida de muerte o no según éste sea transitorio y breve o definitivo.

**Somático:** Relativo o perteneciente al cuerpo en oposición a psíquico o funcional.

**Terebrante:** Tipo de dolor que despierta en el paciente la sensación de que lo estuvieran taladrando en la parte afectada.

**Tisular:** Referente a los tejidos.

**Trismo:** Del griego trismós, de tridsein = rechinar. Contracción tónica de los músculos masticadores, que producen la oclusión forzada de la boca.