



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

NEURALGIA DEL NERVIIO TRIGEMINO (Vto. Par)
SEMIIOLOGIA Y CLINICA

JOSÉ PRESMAN *

Definición:

Es una algia de una o varias ramas del nervio trigémino (Vto. par), unilateral, monosintomática, aguda, brusca, fugaz, intensísima y periódica; comunmente progresiva, de etiología desconocida y tratamiento incierto (12-5-11).

Sinonimia:

Tic-doloroso, enfermedad de Fothergill, neuralgia mayor del trigémino, neuralgia epileptiforme, neuralgia típica o genuina del trigémino, prosopalgia paroxística, neuralgia "facial" esencial o criptogenética, neuralgia "facial", tic de Trousseau, neuralgia-enfermedad, gran neuralgia de Levy, neuralgia genuina, etc. (1-2-5-11).

Historia:

Se conoce desde muy antiguo, pero se lo considera a Fothergill, el que primero la describió como neuralgia facial en 1779. Trousseau en 1846 llamó al mismo cuadro clínico: tic doloroso de la cara o neuralgia epileptiforme como aún también se le llama, quedando en la historia su nombre, a pesar de que ya Charles Bell en 1830 la describiera de igual manera.

Frecuencia:

- 1) más frecuente de una sola rama, excepcionalmente de 2 ó 3 ramas del trigémino;

* Profesor Titular de la Cátedra de Semiología de la Facultad de Odontología de la U.N.C.

- 2) menos frecuentemente afectada, la rama oftálmica del trígemino;
- 3) más frecuentemente afecta a las mujeres;
- 4) más frecuentemente el lado afectado es el derecho;
- 5) más frecuente en la edad media de la vida;
- 6) no se conoce en niños.

Semiotecnia o *Patotecnia* (por ser síntoma-enfermedad :

Consiste en los métodos, procedimientos o técnicas utilizadas para su estudio y que se adaptan, según uno examine al paciente: en el *intervalo* de la crisis dolorosa, o *durante* el dramático desarrollo de la misma.

1) *En el intervalo de las crisis:*

- a) *Interrogatorio*: cuánto tiempo hace que comenzó a sentir el dolor; señalar el territorio facial afectado lo más precisamente posible; cómo se inició, si había o no alguna causa que lo desencadenase y si la hubiese, si ésta podía ser el tacto o masticación o la risa; y, no la presión; si era o no muy intenso; si duraba o no mucho tiempo; cuánto aproximadamente; si cedía o no bruscamente; ya sea espontáneamente o por algún procedimiento terapéutico; si desaparecía en quietud absoluta o en el sueño; si se acompañaba o no de otras manifestaciones de enfermedad; si se repetía o no, y en caso afirmativo cada cuánto tiempo; y si los intervalos eran cada vez más prolongados o no.
- b) *inspección*: examen ectoscópico del territorio señalado como localización del dolor; ver si existen o no alteraciones en la piel, como manchas acrómicas, o eritematosas o lesiones vesiculares o alteraciones de la sudoración o deformaciones; examen de la cavidad bucal: tejidos blandos y duros, no olvidando la A.T.M.; y examen de las regiones amigdalina, faríngea y nasal.
- c) *palpación*: 1º) superficial: de toda la facies, especialmente en región del submentoniano; ala de la nariz, región labial, suborbitario y supraorbitario. Existencia o no de reflejo corneano. En la cavidad bucal el tacto de la encía vestibular.

- 2º) profunda: en proyección facial de los puntos de emergencia del submentoniano, infraorbitario y supraorbitario, de senos maxilares y frontales y palpación de ganglios, glándulas salivales y A.T.M.
- d) *percusión*: 1º) de articulación temporomandibular; 2º) región de senos frontales y maxilares y 3º) de los elementos dentarios.
- e) *auscultación*: de la articulación temporomandibular.
- f) *olfación*: determinación de la existencia de halitosis.
- g) *pruebas de vitalidad pulpar*.
- h) *radiografías*: 1º) de senos: frontales, etmoidales, esfenoidal y maxilares; 2º) panorámica de maxilares y mandíbula; 3º) apicales y oclusales de elementos dentarios; 4º) funcionales y tomografía de A.T.M.; 5º) lateral de cabeza.

Durante la crisis:

1º) *Inspección*: observar la actitud del paciente; si el paciente comprime con sus manos la zona dolorida en forma constante o si por el contrario se protege, con las manos próximas a la zona dolorida como para evitar que el profesional se aproxime y le toque. Si se produce contracción muscular del lado dolorido, que inicia y termina con el dolor.

Si hay o no congestión conjuntival y lagrimeo; rinorrea; eructos local o crisis de sudoración y deformaciones o vesículas.

2º) *Palpación y percusión*: imposibles de realizar porque el paciente no lo permite.

Semiotecnia o Patotecnia (por ser síntoma-enfermedad):

Investigación de todos los síntomas que puedan revelar:

- 1) *diabetes*: antecedentes hereditarios, glucemia, etc.
- 2) *sífilis*: contactos sospechosos, V.D.R.L., F.T.A., abs., etc.
- 3) *saturnismo*: profesión u ocupación;
- 4) *esclerosis en placas*: reflejos, fondo de ojo, etc.
- 5) *tumor cerebral del ángulo pontocerebeloso*: anestesia corneal, sordera, etc.;
- 6) *herpe zoster*: eritema y vesículas cutáneas.
- 7) *artritis reumatoidea*: artritest, Rose Ragan, etc.
- 8) *psicopatía*: examen psiquiátrico.

Semiografía o Patografía (por ser síntoma-enfermedad):

Consiste en la descripción exhaustiva de las características del dolor, pudiendo utilizarse un cuadro similar al que se usa para la inscripción de la fiebre y que se puede denominar "cuadro doloroso".

En él debe constar:

- 1) *localización*: unilateral: mejilla, labio o barbilla, rara vez frente;
- 2) *iniciación*: brusca, sin aura;
- 3) *cualidad*: fulgurante, transfixiante, como navajazo, terebrante, lancinante, como descarga eléctrica;
- 4) *intensidad*: elevada (++++);
- 5) *duración*: fugaz de 1" a 60" o poco más;
- 6) *periodos de acalmia*: totalmente asintomático y refractario, de duración imprevisible;
- 7) *irradiación*: en el trayecto de la rama del nervio afectado;
- 8) *terminación*: brusca;
- 9) *periodicidad*: irregular o rítmica, totalmente imprevisible;
- 10) *síntomas concurrentes*: contracción muscular facial brusca "tic doloroso" que inicia y termina con el dolor;
- 11) *causas desencadenantes o agravantes*: fundamentalmente por el roce en las zonas de emergencia del nervio mentoniano, o infraorbitario; o en la encía (zonas "trigger" o gatillo), o debido a la masticación, risa, rasurado, etc. Nunca se desencadena por estímulo del elemento dentario solo;
- 12) *factores que disminuyen su frecuencia*: la quietud absoluta o durante el sueño si no se produce roce de las zonas gatillo.

Semiogénesis o Patogénesis (por ser síntoma-enfermedad):

Consiste en la determinación de la etiología y fisiopatogenia de la enfermedad-síntoma dolor trigeminal.

La causa específica de la verdadera neuralgia del trigémino se desconoce. Si la sintomatología es similar, pero se encuentra una causa que la determina, debe llamarse realmente neuritis o bien neuralgia-neuritis por su similitud con la verdadera neuralgia.

Como fisiopatogenia se sugiere un cortocircuito entre las fibras táctiles y dolorosas; lo que explicaría que la despolarización se produjese por el tacto, ya que el estímulo táctil no es precisamente el que comúnmente desencadena la sensopercepción dolorosa (3).

Otra hipótesis sería que por una causa "X" (desconocida) el nervio sufriría una perturbación en la transmisión témporo-espacial de los estímulos determinando una alteración de la codificación central, originando el dolor que en circunstancias normales no se produciría.

Otras elucubraciones se orientan hacia una inadecuada concentración de prostaglandinas o encefalinas (endorfinas).

El solo hecho de que existan varias interpretaciones, deja bien a las claras de que en realidad ignoramos la semiogénesis de las neuralgias.

La "teoría de la compuerta" de la fisiopatogenia del dolor (7-8) y sus modificaciones de los últimos años (10), si bien explican mejor el proceso de transmisión del estímulo no llegan a explicar la esencia del proceso doloroso en sí en la neuralgia del trigémino.

Para asegurar que estamos en presencia de una neuralgia de trigémino debemos descartar todos los procesos mórbidos locales o sistémicos de naturaleza: alérgica, vascular, inflamatoria, de auto-agresión, mecánica o degenerativa, que pueden sobre todo determinar desmielinización o estimulación secundaria del nervio afectado.

Si se encuentra alguna de ellas no estamos en presencia de una neuralgia esencial; sino de una algia sintomática, de una neuritis, o neuralgia-neuritis cualquiera sea la etiología de la misma.

Clasificación:

- 1) *mayor*: cuando se presenta todo el cuadro doloroso típico en toda su intensidad cumpliendo con todos los postulados de la definición;
- 2) *menor*: cuando las manifestaciones sintomáticas tiene características mucho más leves fundamentalmente en: intensidad, periodicidad y progresividad, no llevando finalmente al tratamiento quirúrgico. Comunmente responden bastante bien al tratamiento médico. Ello no quita que en cualquier momento se transforme en mayor.

Diagnóstico diferencial:

Jaqueca, glaucoma, simpatalgia, pulpitis, neuritis: traumática, sifilítica, diabética, etc.; procesos apicales, elementos dentarios incluidos quistes óseos, osteopatía de los maxilares y mandíbula, neuralgia del glosofaríngeo, sinusitis, dolores psicógenos, cefalalgia o

jaqueca histamínica de Horton, traumatismos faciales, prótesis traumática, algia post extracción del 3er. molar, algia post virosis (herpes zoster), anomalías vasculares en región del ganglio de Gasser, síndrome doloroso de la A.T.M., arteritis temporal, tumores del ángulo pontocerebeloso; granuloma apical, quiste dentígeno, absceso apical, etc.

Diagnóstico positivo:

- 1) interrogatorio típico descrito en la semiografía;
- 2) datos médicos generales y exámenes neurológicos, oftalmológico, otorrinolaringológico, estomatológico, odontológico y radiológico: normales.

Tratamiento:

Lógicamente al tratarse de un proceso esencial, idiopático, criptogenético, el tratamiento únicamente puede ser sintomático, basado fundamentalmente en la anestesia de las ramas afectadas del trigémino en los orificios supraorbitario, infraorbitario o mentoniano con novocaína o xylocaína, el que a su vez sirve como medio diagnóstico.

Cuando ello fracasa se puede hacer la alcoholización y cuando el proceso no es detenido la sección quirúrgica (4-6-9).

Si ello no es suficiente debe pasar a manos del neurocirujano para adecuar la conducta a seguir.

El tratamiento clínico único que puede efectuar el O.E. es la carbamazepina (R) (Tegretol) comenzando por 1/2 comprimido 3 veces por día e ir aumentando paulatinamente la dosis, de acuerdo al resultado obtenido hasta llegar a 3 ó 4 comprimidos diarios y controlando cada 10-15 días el hemograma por su posible toxicidad medular.

A veces únicamente con esta medicación se puede controlar durante años.

Todos los analgésicos comunes fracasan. Cooperan a la tolerancia del paciente y a sobrellevar su enfermedad-síntoma, los tranquilizantes del tipo de los diazepóxidos y los antidepresivos del tipo de la amitriptilina. Quizás, en ningún proceso odontoestomatológico como en la Neuralgia del Trigémino sea más necesario la comprensión humana de parte del profesional e imprescindible su constante presencia.

Interrogantes que nos plantea la neuralgia del trigémino.

- 1) ¿Por qué se presenta más frecuentemente en las mujeres: intervienen acaso factores hormonales?
- 2) ¿Por qué comunmente en la edad media de la vida y no en los niños?
- 3) ¿Existe acaso algún factor genético de baja penetrancia?
- 4) ¿Por qué es más frecuente del lado derecho? ¿Se puede aceptar como valedero que los agujeros redondo mayor y oval sean más pequeños de ese lado? Y en tal caso, ¿cómo explicar los largos períodos de acalmia?
- 5) ¿Por qué esas características del dolor en el nervio trigémino y no en todas las otras ramas nerviosas de la economía?
- 6) ¿Por qué la carbamazepina que no es un anestésico ni un analgésico calma el dolor de la neuralgia del trigémino y según algunos, también la neuralgia del glossofaríngeo, y no ningún otro dolor?
- 7) ¿Por qué si la neuralgia esencial mayor del trigémino es tan típica y característica no existe una anatomía patológica propia?

BIBLIOGRAFIA

1. Baliño, Luis N.: "Neuralgia del trigémino y alergia". Ed. Universitaria. Bs. As., 31, 1948.
2. Brain, Lord; Walton, John V.: "Diseases of the Nervous System". Oxford University Press - London., 160-163, 1969.
3. Cambier, J.; Dehen, H.: "Les douleurs fulgurantes". Presse Médicale. 79 (31) 1419-1422, 1971.
4. Editorial: "Surgical treatment of trigeminal neuralgia". British Medical Journal 2 (6089) 718, 1977.
5. Farreras Valenti, P.: "Medicina interna", Ed. Marin S.A., Barcelona, 122-123, 1976.
6. Looser, J. D. et al.: "Pathophysiology of trigeminal neuralgia". Clin. Neurosurg. 24: 527-37, 1976.
7. Melzack, R., Wall, P. D.: "Pain mechanisms: a new theory". Science 150, 971, 1965.
8. Melzack, R.: "Three approaches to pain: pharmacologic, sensory, and psychologic". Modern Medicine 64, 641, 1974.
9. Miguel Mari, Juan Antonio. "El dolor". Arch. Fac. Méd. N° 3, 245-259, 1968.
10. Nathan, P. W.: "Pain". Br. Med. Bull. Vol. 33 - N° 2, 149-155, 1977.
11. Pereyra Käfer, José; Poch, Gustavo F.: "Neurología". López Libreros Editores. Bs. As., 252, 1977.