



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL
TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA**

Autor(a):
Emily Y Peña O
C.I.V-20.967.976

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego. Teléfono:
(0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL
TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autor(es);
Emily Y Peña O
C.I.V-20.967.976
Tutor(a): Rodrigo Pino

San Diego, mayo 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL
TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA**

ESTUDIANTE

Cédula de Identidad, Nombres y apellidos

1. N° V-20.967.976 Emily Yoleidy Peña Orozco

Tutor Propuesto: Rodrigo Pino
Cédula de Identidad N° V- 17.399.344

COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el proyecto de trabajo de grado, elaborado por la ciudadana Emily Peña, titular de la cédula de identidad N° V-20967976, para optar al grado académico de ODONTÓLOGO, cuyo título es **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA** adscrito a la línea de investigación CIRUGÍA, y declaro que acepto la tutoría de dicho proyecto de grado durante su etapa de desarrollo hasta su etapa de evaluación por el jurado examinador que se designe según las condiciones del Reglamento de Estudio de la Universidad José Antonio Páez.

San Diego, a los 18 días del mes de febrero del año dos mil veintidós

Firma autógrafa

Nombre y apellido: Dr. Rodrigo Pino
Cédula de identidad N° V- 17.399.344



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe esta Acta, RODRIGO PINO titular de la cedula de identidad N.º V-17.399.344, tutor de contenido, deja constancia que el Trabajo de Trabajo de Grado titulado: **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA**, Realizado por la ciudadana Emily Peña titular de la cédula de identidad N.º V-20.967.976; ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su presentación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre del Tutor
Cédula N.º V-17.399.344



Rodrigo Pino



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, **Dr. Rodrigo Pino**, portador de la cédula de identidad N.º V-17.399.344 en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por la ciudadana **Emily Peña**, portadora de la cédula de identidad N.º V-20.967.976, titulado **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA** presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 22 días del mes de abril del año dos mil veintidós.

Dr. Rodrigo Pino
CI V- 17.399.344



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la facultad de ciencias de la salud, para la elaboración del trabajo de grado titulado **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA** realizado por la ciudadana Emily Yoleidy Peña Orozco, titular de la cédula de identidad 20.967.976, cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oído la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Jurado: Dr. Rodrigo Pino
C.I. 17.399.344

Jurado: Dra. Romelia Rueda
C.I. 4.457.113

Jurado: Od. Blasmir Giménez
C.I. 11.121.571

San Diego, mayo de 2022



DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por darme el don de la vida, por no abandonarme y siempre cuidarme en este largo y hermoso camino y por permitir que una de mis metas el día de hoy se haga realidad.

A mi esposo, Angel Andrés Corona, por estos 10 años de amistad y amor, por ser la pieza clave de este proyecto de vida, por cada día de felicidad y por apoyarme a cumplir esta meta.

Para Andrés.

A su gran inteligencia, a su maravilloso ser.

A mi padre, Carlos Emilio Peña Pinto, por ser un buen padre, por sus enseñanzas de humildad y respeto. Mis valores se los debo a él.

A esa curiosa combinación de sensibilidad y fortaleza que lo caracteriza.

A mi hermana, Susana Andreina Peña, por crecer junto a mí y estar a mi lado en los momentos más felices de mi vida, por ser mi mejor amiga. A su alegría contagiosa que todavía extraño.

A mi sobrino, Jesús Andrés Betancourt Peña, por confiar en mí, por su respeto y admiración. A su ternura que extraño cada día.

A mi sobrino, Patricio Andrés Valladares Peña, por traer alegría a nuestras vidas. A sus ocurrencias que me hacen ver la vida de colores.

Emily Y. Peña.

RECONOCIMIENTO

A mi Alma Máter la Universidad José Antonio Páez, porque en ella recibí mi formación académica para optar por el título de odontóloga, siempre estaré orgullosa de ser egresada de tan maravillosa universidad.

A mis profesores, por ser guía fundamental en mi formación académica y por compartir sus valiosos conocimientos conmigo. En especial al profesor Rodrigo Pino, por depositar su entera confianza en mí, por motivarme a seguir adelante y nunca rendirme a pesar de las adversidades que pueda encontrar en el camino.

A mi asesora metodológica la Dra. Smirna Castrillo que en este tiempo me brindó orientación, colaboración y apoyo en la realización de mi trabajo de grado, espero que se sienta orgullosa del resultado.

A la Dra. Romelia Rueda quien como jurado me brindó orientación, paciencia y apoyo incondicional para culminar esta meta con éxito. Espero se sienta orgullosa de mí.

A la profesora Blasmir Giménez, quien confió en mi ante las adversidades, muchas gracias.

A todos mis pacientes, por su infinita confianza y disposición a la hora de llevar a cabo los tratamientos, sin ellos nada de esto hubiese sido posible.

Emily Y. Peña.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
Planteamiento del problema.	3
Formulación del problema.....	7
Objetivos de la investigación.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
Justificación	8
Alcances y Limitaciones.....	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
Antecedentes.....	10
Bases Teóricas	12
Glosario de Términos:	28
Bases Legales.....	30
CAPÍTULO III	32
MARCO METODOLÓGICO	32
Tipo de Investigación	32
Nivel de Profundidad de la Investigación.....	32
Diseño de la Investigación.....	32
Métodos de búsqueda y técnicas de recolección de datos	33
Estrategia de búsqueda	33
Criterios de selección de información	33

<i>CAPÍTULO IV</i>	34
<i>RESULTADOS</i>	34
Describir las características clínicas de la neuralgia del trigémino	34
Diferenciar los signos y síntomas de la neuralgia del trigémino con los de la odontalgia.....	37
Explicar los criterios para hacer el diagnóstico diferencial entre la odontalgia y la neuralgia del trigémino	41
<i>CAPÍTULO V</i>	46
<i>CONCLUSIONES</i>	46
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	47



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO DESDE UNA PERSPECTIVA ODONTOLÓGICA

Autor: Emily Y Peña O

Tutor: Rodrigo Pino

Línea de investigación: cirugía

Fecha: abril, 2022.

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los criterios diagnósticos diferenciales de la Neuralgia del trigémino desde una perspectiva odontológica, con base en una revisión actualizada de la literatura correspondiente en los últimos 5 años, dado a que la neuralgia del trigémino es un trastorno del nervio trigémino o V par craneal que ocasiona episodios recurrentes de dolor paroxístico intenso, agudo, superficial, de carácter punzante o eléctrico, en una mitad de la cara. Suele durar de un segundo a dos minutos y generalmente suele confundirse con otras patologías como la odontálgia. La metodología estuvo bajo un tipo de investigación documental con nivel de profundidad de tipo descriptivo, el diseño de la información fue bajo revisiones críticas del estado del conocimiento. El procedimiento metodológico se realizó con el empleo de fuentes de información de diversos documentos extraído de diferentes bases de datos para la cual se emplearon diferentes descriptores. La selección de los estudios se realizó tomando en consideración aquellos artículos que cumplieron las características a los objetivos específicos, resultando 50 para su evaluación. Como técnica de análisis se llevó a cabo un análisis documental de los resultados obtenidos. Llegando a la conclusión que la clave para obtener un diagnóstico correcto es un buen llenado de historia clínica, un examen clínico minucioso y tener muy claros los conocimientos teóricos y por ende los criterios diagnósticos de ambas patologías para saber diferenciarlas.

Descriptores: Neuralgia de trigémino, V par craneal, odontálgia, diagnóstico deferencial, criterios diagnósticos.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY**



DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF TRIGEMINAL NEURALGIA FROM THE DENTAL PERSPECTIVE

Author: Emily Yoleidy Peña Orozco

Tutor: Dr. Pino Rodrigo

Line of research: Surgery

Date: April. 2022

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the differential diagnostic criteria of trigeminal neuralgia from a dental perspective, based on an updated review of the corresponding literature in the last 5 years, given that trigeminal neuralgia is a disorder of the trigeminal nerve, or V cranial nerve causing recurrent episodes of severe paroxysmal, sharp, superficial, stabbing, or electrical pain in one half of the face. It usually lasts from one second to two minutes and is often confused with other pathologies such as toothache. The methodology was under a type of documentary research with a descriptive level of depth, the design of the information was under critical reviews of the state of knowledge. The methodological procedure was carried out with the use of information sources from various documents extracted from different databases for which different descriptors were used. The selection of the studies was carried out taking into consideration those articles that met the characteristics of the specific objectives, resulting in 50 for evaluation. As an analysis technique, a documentary analysis of the results obtained was carried out. Concluding that the key to obtain a correct diagnosis is a good filling of the clinical history, a thorough clinical examination and having very clear theoretical knowledge and therefore the diagnostic criteria of both pathologies to know how to differentiate them.

Descriptors: Trigeminal neuralgia, V cranial nerve, odontalgia, differential diagnosis, diagnostic criteria.

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del trigémino (NT) es una enfermedad cuya prevalencia es alta y corresponde a un porcentaje importante de neuralgias faciales; en donde las personas más afectadas son mayores de 50 años. Su manifestación clínica suele ser de cuadros de dolor facial severo y recurrentes, unilateral; en la distribución de una o más divisiones del nervio trigémino y no se explica con otro diagnóstico. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y usualmente no se encuentra déficit sensorial, sin embargo, si está presente se deben hacer neuroimágenes para descartar otras causas. En primera instancia está el manejo farmacológico. La carbamazepina se ha establecido como efectivo, llegando a producir un alivio del dolor dentro de las 24 horas. Cuando la farmacoterapia falla, se opta por la cirugía que se divide generalmente en dos: técnicas que destruyen la porción sensitiva del nervio; y la descompresión microvascular, que es la que tiene mejores resultados. (1)

La neuralgia del trigémino (NT) es una enfermedad que se caracteriza por dolor altamente intenso en la región orofacial, unilateral, intermitente, con sensación de descargas eléctricas, brusco al empezar y terminar. Se limita a la distribución de una o más ramas del NT y es provocado por estímulos inocuos. (2)

La neuralgia del trigémino produce una gran limitación en la calidad de vida de los pacientes que sufren esta condición. Es necesario un adecuado conocimiento de sus características clínicas para diferenciarla de otras causas de dolor facial que son más frecuentes y evitar tratamientos innecesarios e irreversibles como las extracciones dentales (3).

El dolor orofacial de origen idiopático, es una de las alteraciones más frecuentes en el diagnóstico y tratamiento, y en muchas ocasiones es la causa de extracciones

dentarias innecesarias, al igual que procedimientos quirúrgicos. Es por ello que cabe destacar la importancia de un buen diagnóstico clínico, sin subestimar el dolor, aunque este sea el único síntoma que refiera el paciente, tomando en consideración que siempre que exista dolor y las estructuras dentarias, gingivales y óseas sean normales, existe la posibilidad de una neuralgia trigeminal.

En Venezuela existe una carencia de investigación y por ende información actualizada y relevante respecto a esta enfermedad, afecta seriamente la calidad de atención brindada en la mayoría de unidades hospitalarias, porque, aunque es un cuadro claramente neurológico, muchas veces la primera consulta la realizan con un odontólogo ya que en primera instancia da la impresión de tratarse de un proceso odontológico y usualmente los pacientes pueden someterse a un tratamiento odontológico innecesario, y a veces irreversible, antes de que se reconozca la afección

El objetivo de esta revisión es proporcionar a los estudiantes y futuros profesionales un conocimiento amplio diferenciando las características clínicas de la neuralgia del trigémino con la odontalgia para el adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de la misma.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.

La cavidad oral es una región fundamental en el estudio de la cara como un complejo esencial en el funcionamiento general del organismo. Está comprendida entre cuatro límites que le dan forma, siendo una estructura altamente especializada para el inicio no solo de la vía digestiva, sino también de la vía aérea. Esta estructura altamente especializada puede verse afectada por distintas patologías siendo una de las principales las afecciones a nivel de los nervios como lo es la neuralgia del trigémino. El nervio trigémino está formado por tres divisiones: la oftálmica (V1), la maxilar (V2) y la mandibular (V3) (3).

Las divisiones V1 y V2 solo reciben estímulos sensitivos, mientras que la V3 tiene componente mixto (motor y sensitivo). El componente sensitivo de las tres divisiones nace de las terminaciones nerviosas en la cara, mucosas (paranasal, nasofaríngea, palatina, corneana y bucal), labios, encías, dientes, conducto auditivo externo (excepto el trago) y los dos tercios anteriores de la lengua (solo sensibilidad general). El componente motor da inervación a los músculos de la masticación (músculo temporal, masetero, pterigoideo medial y lateral) (3).

La enfermedad conocida como Neuralgia del Trigémino (NT) es, sin duda alguna, uno de los cuadros dolorosos más intensos que puede padecer un ser humano. La neuralgia del trigémino (NT) se define como un dolor severo repentino usualmente unilateral, con crisis recurrentes, breves y punzantes (1).

El dolor es altamente intenso en la región orofacial, unilateral, intermitente, con sensación de descargas eléctricas, brusco al empezar y terminar. Se distribuye a una o más ramas del nervio trigémino y es provocado por estímulos inocuos. La NT presenta una proporción 4:100,000 personas y frecuentemente los pacientes pueden identificar un disparo de dolor al cepillar los dientes, afeitarse o masticar (2).

La etiología de la NT es muy controversial debido a que existen diferentes causas que dan inicio a la enfermedad, una de las teorías más aceptadas es la desmielinización del nervio trigémino debido a una compresión vascular a nivel ganglionar. Sin embargo, existe una gran variedad de posibles factores etiológicos secundarios y cuando no se puede comprobar el factor causante, se debe considerar la NT idiopática (2).

La NT es una enfermedad crónica esto significa que no tiene una cura definitiva, por lo que el objetivo de su tratamiento es atenuante y con el adecuado manejo según su posible etiología se pueden llegar a disminuir por lo menos el 50% de los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente (2).

La NT es un cuadro clínico que tiene la particularidad de corresponder a las especialidades médicas de neurología y neurocirugía. Sin embargo, por su semiología con asiento preferente en dientes, huesos maxilares, y estructuras anatómicas anexas, determina que el odontólogo juegue un importante rol en su diagnóstico y manejo.

La neuralgia del trigémino tiene un impacto psicológico importante, ya que puede afectar la calidad de vida, el dolor que manifiestan los pacientes con neuralgia del trigémino se describe tan insoportable que los pacientes suelen presentar tendencias suicidas debido a los episodios dolorosos (3). Por este motivo, el diagnóstico correcto es crucial para que los pacientes puedan tener una vía asistencial lo antes posible.

Referente a las consideraciones clínicas, se sugiere tener en cuenta la presencia de los criterios clínicos que han sido previamente descritos por la International Headache Society (IHS) (4). Por otra parte, la The International Classification of Headache Disorders 3 (ICHD-3) ha descrito otros criterios clínicos para la neuralgia del trigémino que mencionan que el dolor debe ser unilateral, de intensidad severa, durar fracciones de segundos y con sensación de electricidad, puñalada o disparo (1).

Para obtener el diagnóstico correcto de la NT se debe tomar en cuenta su clasificación ya que es muy importante reconocer el origen de la enfermedad y para esto es imprescindible usar todas las herramientas clínicas e imagenológicas disponibles, dichos exámenes brindan un gran aporte en la detección del compromiso vascular lo que permitirá excluir otras causas (4).

El diagnóstico de la neuralgia de trigémino sigue resultando complejo, ya que la mayoría de los pacientes que acuden a la clínica por dolor facial, relacionan el dolor o molestia con un dolor dental llegando así a confundirlo debido a que posee características similares a otras patologías de origen dental. Los trastornos dentales como el absceso periapical, pueden producir un dolor idéntico al de la neuralgia del trigémino (5).

En la actualidad, se encuentran disponibles múltiples opciones para el tratamiento médico-quirúrgico de la NT. La recomendación general es iniciar con farmacoterapia y considerar la cirugía en los pacientes refractarios al tratamiento médico (6). El medicamento de elección más común es la carbamazepina, así como otros antiepilépticos como oxcarbazepina, gabapentina, lamotrigina y fenitoína son frecuentemente utilizados y cuando los fármacos no funcionan, las intervenciones quirúrgicas más comunes incluyen la descompresión microvascular, láser diódico, neurotomía retrogasseriana percutánea con glicerol, radiocirugía estereotáctica o procedimientos ablativos periféricos (2).

Debido a que la neuralgia del trigémino continúa siendo una enfermedad desconocida y mal manejada con tratamientos inapropiados, como el uso de opiáceos, intervenciones innecesarias e irreversibles como las extracciones dentales, por ello, el odontólogo no debería realizar procedimientos dentales irreversibles sin haber indagado los antecedentes clínicos del paciente (3).

Existen diferentes condiciones en la odontología con las cuales puede confundirse la neuralgia del trigémino dando como resultado un diagnóstico errado; en función de esta problemática en esta investigación se analizarán los criterios diagnósticos diferenciales de la neuralgia del trigémino desde una perspectiva odontológica para evitar así llegar a diagnósticos erróneos y causarles molestias a nuestros pacientes.

Por tal motivo, es necesario para el estudiante de odontología en formación y para el profesional en su práctica cotidiana disponer de ciertos lineamientos teóricos básicos respecto a la distribución de este nervio, las características del dolor en caso de NT, la identificación de situaciones que pueden inducir NT y las consideraciones clínicas para su diagnóstico.

En esta investigación se evaluaron los criterios diagnósticos diferenciales de la neuralgia del trigémino desde una perspectiva odontológica para que el odontólogo tenga la capacidad de identificar los principales signos y síntomas y de esta manera hacer diagnóstico diferencial y tener los conocimientos suficientes para saber cuándo se debe referir a un especialista o cuando se debe realizar una interconsulta por tratarse de un paciente con NET.

Formulación del problema

Al conocer las dificultades en el reconocimiento de las características clínicas de la neuralgia esencial del trigémino; así como también la valoración de los riesgos odontológicos y quirúrgicos en los pacientes que serán sometidos a tratamientos en la esfera odontológica, se pretende con esta propuesta indagar a través de la revisión bibliográfica de los últimos 5 años de investigación, responder la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los criterios diagnósticos diferenciales de la neuralgia del trigémino con respecto a otras patologías bucales que puedan confundirse con dicha patología en la consulta odontológica?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar los criterios diagnósticos diferenciales de la Neuralgia del trigémino desde una perspectiva odontológica.

Objetivos específicos

- Describir las características clínicas de la neuralgia del trigémino.
- Diferenciar los signos y síntomas de la neuralgia del trigémino con los de la odontalgia.
- Explicar los criterios para hacer el diagnóstico diferencial entre la odontalgia y la neuralgia del trigémino.

Justificación

Algunos pacientes acuden en primera instancia a la consulta odontológica cuando presentan esta patología; también se han realizado diagnósticos y tratamientos mal indicados sin obtener un resultado, por consiguiente, se resalta la importancia de reconocer los signos y síntomas de esta patología que es común en la consulta odontológica.

Esta investigación aporta información relevante al momento de realizar un diagnóstico diferencial a los pacientes con neuralgia del trigémino, ya que hoy en día ha resultado complejo identificarlo, debido a que presenta sintomatología similar a múltiples enfermedades en la región orofacial por lo que es necesario que el odontólogo posea la capacidad de diagnosticar esta patología y así evitar realizar tratamientos innecesarios agravando el estado de salud del paciente y en el mejor de los casos una vez identificada la enfermedad remitir a especialistas.

Se ha considerado la importancia de esta enfermedad, ya que tiene un conjunto de variables que afectan a los nervios que inervan los dientes, maxilares, cara y estructuras asociadas, provocando un dolor intenso que comienza en dos etapas: en la etapa temprana de la enfermedad el dolor es relativamente moderado, y en la segunda etapa el dolor progresa volviéndose más intenso y en ocasiones insoportable, tanto así que lo más llamativo del problema se basa en que los pacientes pueden llegar hasta el suicidio, ya que ante la intolerancia del dolor y la tortura provocada por este, prefieren quitarse la vida.

La intención de esta investigación es alertar a los odontólogos y estudiantes de odontología acerca de este padecimiento, de manera tal que si en un momento dado se presenta al consultorio un paciente con las características de esta enfermedad pueda ser diagnosticada y tratada de manera correcta, proporcionándole así un alivio rápido al

paciente que busca una atención inmediata y una solución efectiva a un padecimiento, que conjuntamente con los cambios físicos que produce, también afecta de manera psicológica, haciendo que el paciente padezca de crisis emocionales que afectan su vida cotidiana.

Alcances y Limitaciones

En cuanto al alcance que persigue esta investigación se basó en abrir un espectro más amplio acerca de los criterios diagnósticos diferenciales de la neuralgia del trigémino desde una perspectiva odontológica, al hacer un compendio bibliográfico que brinde información requerida. En cuanto a la limitación, se tuvo que, la investigación estuvo delimitada dentro de la Carrera de Odontología de la UJAP en la línea de investigación de Cirugía, en un período establecido desde el 2021 hasta 2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan algunos trabajos de investigación previos que están relacionados con la problemática planteada, así como las bases teóricas que sustentan el desarrollo de esta investigación.

Antecedentes

Bósquez V. Luis A. realizó una investigación en el año 2020 titulada Manejo del Paciente con Neuralgia Trigeminal en la Consulta Dental la cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre manejo del paciente con neuralgia trigeminal en la consulta dental de los estudiantes de séptimo semestre de la Facultad de Odontología en el período CII 2019-2020; usaron como métodos la evaluación del conocimiento de 134 alumnos mediante encuestas de 12 preguntas, respondiendo a temas sobre características clínicas, manejo del dolor, tipo de dolor, localización, tiempo y tratamiento. Obteniendo como resultados que de los 134 estudiantes el 56,7% presentó un nivel de conocimiento bajo, el 22,4% medio y el 20,9% alto. Llegando a la conclusión que dichos estudiantes tienen bajo conocimiento sobre el tema. Esta investigación complementa las bases teóricas para los Criterios Diagnósticos diferenciales de la neuralgia del trigémino en una perspectiva odontológica.

Dorcas A. Vásquez B. realizó una investigación en el año 2020 titulada Frecuencia de Neuralgia del Trigémino en Pacientes Atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Período 2010-2017, la cual tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la neuralgia del trigémino en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo período 2010-2017; usaron como métodos la evaluación de 163 historias clínicas de las áreas de neurología, neurocirugía y odontología que cumplieron con sus criterios de selección. Obteniendo

como resultados que el porcentaje mayor de la enfermedad fue en el sexo femenino con un 76,7%. Llegando a la conclusión que la distribución de la neuralgia del trigémino fue mayor en el sexo femenino, lado derecho del rostro y rama V2 del trigémino. Esta investigación complementa la nuestra ya que se puede analizar que rama del V par craneal es mas afectada en dicha enfermedad entre otros aspectos.

Tamayo C. Jorge L. realizó una investigación en el año 2019 titulada Neuralgia del Trigémino a Causa de Tercer Molar Retenido, presentación de caso clínico, la cual tuvo como objetivo determinar los signos y síntomas que relacionan la neuralgia del trigémino con relación del tercer molar mediante un caso clínico; metodológicamente este trabajo fue cualitativo de nivel descriptivo con un diseño no experimental. Obteniendo como resultados que en la evaluación postoperatoria se realiza retiro de punto, presenta ausencia de la sintomatología. Llegando a la conclusión que la anatomía topográfica de la pieza dentaria, y el tipo de retención están relacionados a neuralgia del nervio trigémino. Esta investigación complementa la nuestra al considerar que estas afecciones pueden ser transitorias o permanentes y puede llegar a confundirse con la neuralgia del trigémino por lo que nos puede llevar a asociarlo como un diagnóstico diferencial entre un tercer molar retenido y la neuralgia del trigémino.

Patricia G. Castillo S. realizó una investigación en el año 2018 titulada Neuralgia del Trigémino y Dolor Miofascial ¿la misma afección?, la cual tuvo como objetivo conocer las diferencias y semejanzas entre la neuralgia del trigémino y dolor miofascial; usando métodos científicos, cualitativos y bibliográficos. Llegando a la conclusión que la etiología es desconocida para ambas afecciones; sin embargo, se cree que la neuralgia del trigémino tiene un origen idiopático o por lesión intracraneal mientras que para el dolor miofascial puede ser causado por factores biomecánicos como sobrecarga muscular. Esta investigación complementa las bases teóricas de nuestra investigación aportando información sobre como diferenciar la neuralgia del trigémino de otras patologías.

Bases Teóricas

La anatomía de los nervios craneales es compleja. Numerosas estructuras neurovasculares vitales pasan a través de múltiples canales y agujeros ubicados en la base del cráneo, conectando estructuras intracraneanas con el oído, las cavidades nasales, los senos paranasales, órbitas y cuello supra hioideo (7)

Anatomía y nervios craneales

A excepción del nervio olfatorio (I) y nervio óptico (II) que son haces de sustancia blanca con conexión a cortezas primarias, los nervios craneales poseen núcleo en el parénquima cerebral. Luego de emerger o ingresar al troncoencéfalo, cada nervio craneal cursa a través del líquido cerebro raquídeo (LCR), luego atraviesa las paquimeninges, seguido de un compartimento venoso (a excepción del VII y VIII), extendiéndose a través de agujeros de la base del cráneo para ingresar a la cara y cuello. Durante este trayecto, los nervios están cubiertos por LCR en el espacio subaracnoideo, sangre venosa en el espacio interdural, hueso al atravesar los forámenes de la base de cráneo y partes blandas al salir del cráneo. Además, el trayecto anatómico de cada nervio craneal es distinto (7).

Existen 12 pares craneales los cuales se nombran a continuación; haciendo énfasis en el V par craneal (Nervio trigémino) y VII par craneal (Nervio facial):

Nervio olfatorio (I par craneal)

Nervio óptico (II par craneal)

Nervio oculomotor (III par craneal)

Nervio troclear (IV par craneal)

Nervio trigémino (V par craneal): Su función principal es transmitir información sensorial de la cara y la cabeza, y proporciona control motor a los músculos de la masticación. Tiene múltiples núcleos en el tronco cerebral (sensorial y motor) así como múltiples interconexiones con otros nervios craneales. Intercambia las fibras parasimpáticas y las fibras del gusto, y se divide en numerosas ramas terminales. Segmento nuclear: Hay tres núcleos sensoriales y uno motor. Los núcleos sensoriales están dispuestos en una columna que se extiende desde el mesencéfalo a través de la protuberancia y el bulbo y hacia la médula cervical superior. (7).

Núcleo mesencefálico: fibras propioceptivas para los músculos de la cara, la órbita, la masticación y la lengua. Núcleo sensorial principal: ubicado en la parte superior de la protuberancia, lateral al núcleo del motor es responsable de la sensación táctil de las tres divisiones del trigémino. Núcleo espinal: la protuberancia inferior al cordón cervical superior es responsable del dolor y la temperatura; además, recibe fibras aferentes del nervio glossofaríngeo y del nervio vago (7).

Núcleo motor: se encuentra en la parte superior de la protuberancia y emite la raíz motora más pequeña que deriva del ganglio trigeminal e inerva los músculos de la masticación, así como también miohioideo y tensor del velo palatino. Segmento cisternal y dural: El nervio trigémino emerge en la parte media de la protuberancia anterior, pasa a través de la cisterna prepontina (porción cisternal) para ingresar al cavum de Meckel donde sus fibras forman el ganglio trigeminal, que también se conoce como el ganglio de Gasser o semilunar. (7)

Luego se divide en tres ramas principales:

Segmento del seno cavernoso y extraforaminal, Nervio oftálmico (V1): cursa en la pared lateral del seno cavernoso inferior al nervio troclear. Justo antes de entrar en la órbita, surge el nervio tentorial y asciende para suministrar una gran parte de la hoz

y la duramadre supratentorial. La división oftálmica luego se divide en 3 ramas terminales antes de que cada una transcurra a través de la fisura orbital superior por separado (7).

Segmento del seno cavernoso y extraforaminal, Nervio maxilar (V2): Cursa anteriormente en la pared lateral del seno cavernoso inferior al V1. Justo antes de salir del cráneo transcurre a lo largo del piso de la fosa craneal media y emite el nervio meníngeo medio que asciende para inervar la duramadre anterior de la fosa craneal media. Luego pasa a través del foramen redondo en el ala mayor del hueso esfenoides para emerger del cráneo e ingresar a la fosa pterigopalatina. Da ramas al ganglio pterigopalatino y recibe nervios parasimpáticos del ganglio a través del nervio petroso mayor (7).

Segmento extraforaminal, Nervio mandibular (V3): Cursa inferiormente a través del foramen oval para entrar en la fosa infratemporal, por lo tanto, no pasa a través del seno cavernoso. Consiste en una raíz sensorial y una raíz motora más pequeña, la última que deriva del ganglio trigeminal. Estas raíces pasan a través del foramen oval por separado y luego se unen justo por inferior al foramen (7).

Nervio abducens (VI par craneal).

Nervio facial (VII par craneal): Es uno de los nervios craneales clave con una gama compleja y amplia de funciones: nervio motor de la expresión facial que comienza como un tronco y emerge de la glándula parótida como seis ramas, tiene fibras gustativas y parasimpáticas. El nervio facial es el único nervio craneal que puede mostrar un realce normal después del contraste, aunque esto solo aplica al segmento laberíntico hasta el foramen estilomastoideo, en relación a la presencia de elementos venosos peri y epineurales (7)

Nervio cocleares y vestibulares (VIII par craneal)

Nervio glossofaríngeo (IX par craneal)

Nervio vago (X par craneal)

Nervio accesorio o espinal (XI par craneal)

Nervio hipogloso (XII par craneal). (7)

A continuación, se describe mas a fondo el nervio trigémino o V par craneal

Nervio Trigémino

El nervio trigémino, también conocido como el quinto par craneal es considerado un nervio mixto con una porción sensitiva y una porción motora. Transmite información sensorial de la cabeza y cuello e inerva músculos de la masticación, los tensores del tímpano, milohioideos, y vientre anterior del digástrico (1). Se divide en tres porciones principales:

El nervio oftálmico (V1): es la primera división del trigémino y suministra ramas a la córnea, el cuerpo ciliar, iris, glándula lagrimal, conjuntiva, parte de la membrana mucosa de la cavidad nasal, la piel de los párpados, las cejas, la frente y la nariz. Surge de la porción superior del ganglio de Gasser pasa hacia adelante a lo largo de la pared lateral del seno cavernoso, por debajo del nervio oculomotor y troclear. Justo antes de entrar en la órbita, a través de la fisura orbitaria superior, se divide en tres ramas, lacrimal, frontal, y nasociliar (8)

El nervio maxilar (V2): comienza en el medio del ganglio de Gasser y deja el cráneo a través del agujero redondo. Luego cruza la fosa pterigopalatina, y entra en la órbita a través de la fisura orbitaria inferior. En su terminación da ramas para la nariz, el párpado inferior y el labio superior, uniéndose con ramas del nervio facial. Es el encargado de la conducción sensitiva (8)

El nervio mandibular (V3): es la más grande de las tres divisiones del trigémino y se compone de dos raíces: una raíz sensorial de gran tamaño que procede de la porción inferior del ganglio de Gasser, y una raíz motora pequeña que se une con la raíz sensitiva, justo después de la salida del cráneo a través del foramen oval. Inmediatamente por debajo de la base del cráneo, el nervio emite el nervio espinoso y el nervio pterigoideo medial, y luego se divide en dos troncos, uno anterior y otro posterior (8)

Origen del Nervio Trigémino

Su origen aparente está en la cara basal de la protuberancia, con una raíz delgada motora (interna) y otra gruesa y sensitiva (externa). Ambas raíces se dirigen hacia el Ganglio de Gasser, situado en la fosa de Gasser en la cara cerebral del peñasco del temporal, de ahí nacen tres troncos gemelos en dirección cráneo-caudal los cuales son: el nervio oftálmico o V1, el nervio maxilar superior o V2 y el nervio maxilar inferior o V3 (9). Las raíces se originan de cuatro núcleos:

Núcleo motor: es una pequeña columna gris, de 4 a 5 milímetros de altura, profundamente situada en la protuberancia, algo por encima del núcleo facial. (8)

Núcleo mesencefálico: consiste en una delgada columna de neuronas sensitivas primarias. Sus prolongaciones periféricas, que viajan con los nervios motores, transmiten información propioceptiva desde los músculos de la masticación. Sus prolongaciones centrales se proyectan, principalmente a su núcleo motor (núcleo masticatorio), para encargarse del control reflejo de la mordedura. (8)

Núcleo Sensitivo Principal: situado en la protuberancia es muy extenso recibe la información sensitiva de las tres ramas principales del trigémino. La porción inferior

desciende al bulbo raquídeo, y termina en la parte superior de la sustancia gelatinosa de Rolando, llamándose núcleo trigéminoespinal. (8)

Núcleo Trigéminoespinal: (situado en el bulbo). Desde la cara ántero-lateral de la protuberancia, las dos raíces se dirigen hacia el borde superior de la porción petrosa del temporal (roca del temporal) y pasan a la fosa craneal media atravesando un orificio formado por la duramadre y que se encuentra en la incisura de Gruber de la porción petrosa del temporal, para llegar así al cavum de Meckel, un desdoblamiento de la duramadre, disociándose la raíz sensitiva para luego formar el ganglio trigeminal (de Gasser), que se aloja en la fosa trigeminal (fosita de Gasser), de la fosa craneal media; mientras que la raíz motora se sitúa por debajo del ganglio trigeminal (de Gasser), cuyo borde convexo externo genera tres ramos terminales: nervio oftálmico, nervio maxilar y nervio mandibular. (8)

Lesiones nerviosas

Las lesiones de los nervios craneales pueden ocurrir por fuerzas de cillazamiento, aceleración/desaceleración rápida, lesiones de la base del cráneo y lesiones craneoencefálicas penetrantes. También puede observarse lesión nerviosa en conmoción cerebral sin fractura, debido a la inflamación y al edema secundario. (9)

Lesiones del nervio trigémino

Las causas más frecuentes de lesiones en el nervio trigémino no incluyen las traumáticas, se asocian en un pequeño porcentaje y las lesiones nucleares son debidas a tumores, isquemia o hemorragia y traumatismos con baja incidencia. (9)

Esta lesión se manifiesta clínicamente con: dolor, hiperestesia, parestesias e hipoestesia de una o algunas de las regiones inervadas y también puede presentar

debilidad de los músculos inervados. Las lesiones preganglionares asocian signos y síntomas relacionados con la afección de nervios adyacentes como el VI, VII y VIII par craneal. Las lesiones ganglionares se manifiestan con alteraciones sensitivas, siendo frecuente el dolor en la hemicara correspondiente. Las lesiones posganglionares afectan las ramas oftálmicas, la maxilar y nervios adyacentes como el III, IV y VI par craneal. En el caso de la neuralgia del trigémino esta alteración puede ocasionarse por una lesión troncoencefálica de la parte preganglionar, aunque frecuentemente es idiopática. (9)

Neuralgia

La definición más sencilla y operativa de una neuralgia es la de un dolor sentido en el territorio de distribución de un nervio o raíz nerviosa (según la International Association for the Study of Pain). El criterio más importante para su diagnóstico, por tanto, es el espacial, la localización del dolor. Otros atributos, como el criterio temporal, la cualidad del dolor, los fenómenos acompañantes, los factores precipitantes, la respuesta al bloqueo anestésico del nervio o raíz nerviosa, la presencia o ausencia de datos objetivos en la exploración (signos), la respuesta a fármacos, etc., son de gran ayuda, pero muestran una importante variabilidad en su presentación y, por tanto, no son definitivos para el diagnóstico. (10)

La neuralgia es, por tanto, un dolor neuropático periférico, es decir, causado por lesión (sección, tracción, compresión o irritación) o disfunción de estructuras aferentes del sistema nervioso periférico (nervios sensitivos o mixtos). Su diagnóstico es eminentemente clínico, basado sobre todo en una buena anamnesis y exploración neurológica. La estimulación de las vías centrales de estas fibras nerviosas aferentes origina un dolor en el área de inervación. En estos casos se trata de un dolor neuropático central, que requiere diagnóstico diferencial con el periférico. Las neuralgias craneofaciales están englobadas en el epígrafe 13 de la Clasificación Internacional de las Cefaleas de la IHS (International Headache Society). (10)

Neuralgia del trigémino

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) define a la neuralgia del trigémino como: “episodios recurrentes de dolor repentino, normalmente unilateral, intenso, breve, punzante, en la distribución de una o más divisiones del nervio trigémino” (11).

La neuralgia del trigémino presenta una manifestación neuropatía clínica única con episodios de dolor crónico que disminuye su recurrencia con medicamentos o cirugía, por lo que el diagnóstico correcto es decisivo para que los pacientes puedan alcanzar una calidad de vida normalmente (11).

Clasificación de la neuralgia del trigémino:

La Sociedad Internacional de Cefaleas (SIC) clasifica la neuralgia del trigémino en:

- **Neuralgia del trigémino clásica:** se desarrolla sin una causa aparente salvo la posible compresión neurovascular y suele aparecer en la segunda o tercera rama. El dolor no cambia de lado y raras veces es bilateral. La duración de los episodios de dolor puede oscilar a lo largo del tiempo y prolongarse e intensificarse.
- **Neuropatía dolorosa del trigémino:** dolor de cabeza o facial unilateral distribuido en una o más ramas del nervio trigémino ocasionado por otro trastorno, indicativo de daño neuronal. El dolor varía ampliamente en calidad e intensidad dependiendo de la causa. (8)

La Academia Americana de Neurología (AAN, American Academy of Neurology) ha desarrollado recientemente una nueva clasificación para la neuralgia del

trigémico que se alinea con la nosología de otros trastornos neurológicos y del dolor neurótico. Y así propusieron tres categorías de diagnóstico:

- **Neuralgia del trigémino clásica:** requiere la demostración de cambios morfológicos en la raíz del nervio trigémino a causa de una compresión vascular.
- **Neuralgia del trigémino secundaria:** es debida a una enfermedad neurológica subyacente identificable (por ejemplo, un tumor del ángulo pontocerebeloso o la esclerosis múltiple).
- **Neuralgia del trigémino de etiología desconocida** que se etiqueta como **idiopática:** en la cual no existen alteraciones en las pruebas neurofisiológicas. (12).

Epidemiología de la neuralgia del trigémino

La neuralgia del trigémino está descrita como una de las causas de episodios de dolor facial más recurrente; con una incidencia de 4 a 5 casos por cada 100.000 habitante (1). En algunos estudios se han encontrado incidencias tan altas como de 26 a 28 casos por cada 100.000 habitantes, fenómeno que puede deberse al uso de diferentes criterios diagnósticos (3). El factor epidemiológico más relevante es la edad, ya que la mayoría de los pacientes son mayores de 50 años y se da con mayor frecuencia en el género femenino en el lado derecho de la cara. Las ramas del trigémino que son más afectadas frecuentemente son las ramas trigeminales maxilares y / o mandibulares (1).

Causas de la neuropatía dolorosa del trigémino

Lesiones vasculares

Segmento cisternal: cada vez hay más estudios que confirman que la causa más frecuente de NT clásica es la compresión vascular. El examen de las raíces nerviosas trigeminales de los pacientes con compresión de la raíz nerviosa por un vaso sanguíneo suprayacente ha revelado la desmielinización focal en la zona de compresión, que resulta en la generación anormal de impulsos sensoriales ectópicos que se propaga a las fibras adyacentes, aumentando la actividad nerviosa espontánea. Con el tiempo, esta actividad del nervio causa hiperactividad de los núcleos trigeminales del tronco cerebral dando como resultado la generación de la neuralgia del trigémino. (8)

Cavum de Meckel y seno cavernoso: los aneurismas gigantes de la porción cavernosa de la arteria carótida interna pueden debutar como un síndrome del seno cavernoso que se caracteriza por comprimir los pares craneales III, IV, V1, V2 y el V1. Las fistulas carótido-cavernosas postraumáticas son la anomalía vascular postraumática más frecuente. (8)

Lesiones inflamatorias e infecciosas

Se ha demostrado que la mitad de las neuralgias del trigémino secundarias son de causa inflamatoria e infecciosa, el 80% de origen viral y el 20% por esclerosis múltiple. La inflamación del nervio puede ser durante la infección o postviral e incluso hacerse crónico. El virus más frecuente es el herpes zoster. Las enfermedades desmielinizantes pueden afectar a un núcleo de un par craneal o varios. La Esclerosis Múltiple es la enfermedad desmielinizante que más frecuente da neuropatía del trigémino produciendo dolores de cabeza y/o facial en la distribución del nervio trigémino que cumple las características de la neuralgia clásica del V. Alrededor del 7% de los pacientes con EM padecen síntomas de NT clásica.

Base del cráneo y porción extracraneal del V1: el V1 puede estar afectado debido a sinusitis bacterianas y fúngicas agresivas.

Base del cráneo y porción extracraneal del V2: el V2 puede estar afectado debido a sinusitis bacterianas agresivas, fúngicas u osteomielitis en pacientes inmunodeprimidos o diabéticos.

Base del cráneo y porción extracraneal del V3: el V3 puede estar afectado por infecciones dentales localizadas en los molares maxilares y en el segundo y tercer molar inferior que pueden complicarse con abscesos en el espacio masticador (8).

Neoplasias.

Estudios han demostrado que el 40% de los casos de neuralgia del trigémino secundaria son de origen neoplásico. Los núcleos trigeminales del nervio trigémino se pueden ver afectados por gliomas, linfomas y metástasis.

Segmento cisternal: las neoplasias benignas que más frecuentemente comprimen este segmento son el schwannoma vestibular, el meningioma y el quiste epidermoide del ángulo pontocerebeloso, el lipoma y el meningioma de la fosa posterior. Las neoplasias malignas que más frecuentemente afectan a este segmento son la carcinomatosis meníngea y la invasión perineural de un tumor maligno extracraneal.

Cavum de Meckel y seno cavernoso: las neoplasias más frecuentes son los schwannomas, meningiomas y los schwannomas malignos.

Base del cráneo y porción extracraneal del V1: las neoplasias más frecuentes son los tumores de la vaina nerviosa como el schwannoma y el neurofibroma plexiforme.

Base del cráneo y porción extracraneal del V2: los tumores que pueden afectar al V2 y sus ramas son los primarios (tumores de la vaina nerviosa), tumores locales que infiltran secundariamente a este nervio o metástasis. Los tumores locales serían los que se originan en los senos paranasales, el paladar duro y el angiofibroma juvenil.

Base de cráneo y porción extracraneal del V3: los tumores primarios del V3 son los tumores de la vaina nerviosa seguida de los meningiomas. En caso de múltiples schwannomas pensar en neurofibromatosis tipo 2, aunque la afectación del V3 es rara (8).

Diagnóstico de la neuralgia del trigémino

Para el diagnóstico de la neuralgia del trigémino es importante siempre articular el uso de herramientas clínicas e imagenológicas. Referente a las consideraciones clínicas, se sugiere tener en cuenta la presencia de los criterios clínicos, que han sido previamente descritos por la International Headache Society (IHS) (contenidos en la tabla 1). Por otro lado, las ayudas imagenológicas, en las que se puede considerar a la resonancia magnética (RM) brindan un gran aporte en la detección del compromiso vascular en caso de la neuralgia del trigémino lo que permitirá excluir otras causas. Adicionalmente, cuando se realiza la interpretación imagenológica es necesario tomar en consideración la existencia de las variantes anatómicas existentes en sujetos sanos o no afectados por neuralgia del trigémino (4).

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de Neuralgia del Trigémino

Localización:	Dermatoma trigeminal (generalmente unilateral)
Radiación:	Hacia el área trigeminal y otros dermatomas
Características:	Tipo agudo, percepción de descargas de tipo eléctrico
Intensidad:	Moderado a severo (desencadenante de inestabilidad emocional hasta niveles de suicidio)
Duración:	1. Múltiples episodios de dolor en el día. 2. Duración de varios minutos por cada episodio de dolor.
Frecuencia:	Alternancia entre episodios dolorosos y no dolorosos
Factores desencadenantes:	Presión leve
Alivio del dolor:	Fármacos anti neurálgicos
Factores asociados:	Puntos gatillos, pérdida de peso

Fuente: tomado de International Headache Society (IHS) (4)

Tratamiento de la neuralgia del trigémino

La primera línea del tratamiento son los bloqueantes de canales de sodio activables por voltaje, como la carbamazepina y la oxcarbazepina. El dolor de la neuralgia del trigémino puede mejorar con estos medicamentos tanto en la NT clásica como en la secundaria, aunque en esta última suele ser necesario el tratamiento dirigido a la causa (3).

La neuralgia del trigémino clásico familiar afecta predominantemente a mujeres, es más frecuente la afectación de V2 y la edad de presentación es más temprana en la siguiente generación lo cual es preocupante. Sin embargo, la mayoría responde al tratamiento farmacológico. La respuesta al tratamiento neuroquirúrgico no es efectiva en todos los casos. (13)

El tratamiento inicial de la NT es el farmacológico, y la carbamazepina es el único fármaco con suficiente nivel de evidencia, si bien otros fármacos han demostrado eficacia, aunque de forma más limitada. Cuando falla el tratamiento médico debe considerarse la cirugía y se puede optar por un procedimiento abierto o por técnicas percutáneas mínimamente invasivas. (14)

Con respecto al tratamiento farmacológico suele tratarse dicha patología con el uso de varios tipos de medicamentos solos o en combinación en común que incluyen la gabapentina, fenitoina, oxcarbamazepina, amitriptilina, pregabalina, carbamazepina, imipramina, capsaicina, aines y opioides, siendo los más frecuentemente utilizados en un 55,4 % la carbamazepina, pregabalina y gabapentina un 26,9 %. (15)

A menudo se presentan casos de farmacoresistencia que obligan a buscar nuevas estrategias, entre las que se han utilizado diversos tratamientos intervencionistas. En los últimos años ha surgido una nueva estrategia terapéutica consistente en el uso de toxina botulínica, con resultados prometedores. (16)

El tratamiento de primera línea es la medicación profiláctica con bloqueadores de los canales de sodio y el tratamiento de segunda línea es la intervención neuroquirúrgica. Se tienen perspectivas futuras de que los estudios futuros deben centrarse en la genética, los factores etiológicos no explorados, la función sensorial, el resultado y las complicaciones neuroquirúrgicas, el tratamiento combinado y de neuromodulación, así como el desarrollo de nuevos fármacos con mejor tolerabilidad.

Todo esto representará un gran avance en la ciencia con respecto a la patología de la que hemos venido investigando. (17)

La carbamazepina es el medicamento más estudiado para el tratamiento de NT clásica y se ha establecido como efectivo. La dosis usual es de 100 a 200mg dos veces al día. La dosis típica de mantenimiento es de 600 a 800mg cada día. La dosis máxima es de 1200mg por día (1). Se debe iniciar a dosis bajas y escalonar de forma gradual, entre tres a siete días, con el fin de establecer la dosis adecuada que logre el control del dolor con la menor cantidad de efectos adversos. La oxcarbazepina es una buena opción, con igual efectividad, menos interacciones farmacológicas y suele ser mejor tolerada, aunque en pacientes de edad avanzada puede causar más hiponatremia que la carbamazepina. (3)

Hay muchos estudios que ponen a prueba el uso de los fármacos y no se ha establecido su efectividad, por ejemplo: gabapentina, topiramato, baclofeno, lidocaína, toxina botulínica y fenitoína, por lo tanto, se debe individualizar cada paciente para elegir el mejor agente. (1)

Los pacientes con dolor refractario al tratamiento farmacológico, son candidatos a cirugía. Los procedimientos más importantes son: DMV en los casos de compresión de la raíz trigeminal y procedimientos ablativos. Dentro de los ablativos están el bloqueo nervioso, neurectomía periférica, radiocirugía, y rizotomía. Este último se puede hacer con termocoagulación con radiofrecuencia, compresión mecánica del ganglio de Gasser con balón o inyección de glicerol en la cisterna trigeminal. (1)

Pronóstico

El curso de la neuralgia del trigémino es variable. Los episodios pueden durar días o meses de dolor. El dolor tiene características recurrentes y se debe evaluar la severidad de este para la intervención.

Los pacientes con esclerosis múltiple y síntomas clásicos de NT tienden a estar libres de síntomas a largo plazo más que los que tienen síntomas atípicos. Si se irradia una región de desmielinización autoinmune, esto va a precipitar más daño inmune, toxicidad y aumento en la tasa de fallo.

La termocoagulación por radiofrecuencia guiada por neuronavegación comparado a guiado por rayos X tuvo mejor porcentaje de remisión del dolor en 10 meses sin uso de medicación. Los pacientes que son sometidos a rizotomía tienen reactivación de Herpes Virus Simple de un 27% a 94%. Se ha asociado el dolor sobre el lado izquierdo con la recurrencia del dolor posterior a cirugía, sin embargo, se desconoce el mecanismo (1).

Glosario de Términos:

- **Cavum de Meckel:** es un divertículo localizado en la fosa media adyacente al seno cavernoso. Las neoplasias de esta región son extremadamente raras y representan un desafío para el cirujano debido a las estructuras neurovasculares que se encuentran en la región.
- **Dolor:** La Asociación internacional para el estudio del dolor la define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño sensorial existente o potencial.
- **Duramadre:** es la meninge exterior que protege al sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal). Es un cilindro hueco formado por una pared fibrosa y espesa, sólida y poco extensible. Se extiende hasta la 2° o la 3° vértebra sacra. Tanto la piamadre como la aracnoides reciben el nombre de leptomeninge.
- **Ganglio de Gasser:** El ganglio de Gasser es un engrosamiento de la raíz sensitiva del nervio trigémino ubicado en una cavidad en la fosa craneana media, más específicamente en segmento gasseriano del nervio trigémino.
- **Hipoestesia:** Trastorno de la percepción que consiste en una distorsión sensorial a causa de una disminución de la intensidad de las sensaciones, de tal forma que los estímulos se perciben de una forma anormalmente atenuada.
- **Inervación:** Acción que produce el sistema nervioso en las funciones de los demás órganos del cuerpo. Distribución o disposición de los nervios en un órgano o una parte del cuerpo.
- **Lancinante:** Impresión penosa experimentada por un órgano o parte y transmitida al cerebro por los nervios sensitivos.
- **Mielina:** Sustancia grasa que constituye el revestimiento de una gran parte de las fibras nerviosas, que por esta razón se denominan fibras mielínicas

- **Nervio:** Cordón blanquecino formado por fibras y envuelto en una vaina de tejido conjuntivo, que pone en relación el cerebro y la médula espinal con las distintas partes del cuerpo y tiene como función transmitir los impulsos sensoriales y motores.
- **Nervio trigémino:** nervio sensorial principal de la cabeza y el rostro, y nervio motor de los músculos usados para masticar, también se le denomina quinto par craneal.
- **Neuralgia:** (Del griego neuro. y algos, dolor). Síndrome caracterizado por dolores espontáneos o provocados, continuos o paroxísticos, localizados en el trayecto de los nervios.
- **Neuropático:** resulta de un daño o enfermedad y afecta el sistema somatosensorial y puede estar asociada con sensaciones anormales llamadas disestesia y dolor producido por estímulos normalmente no dolorosas. El dolor neuropático puede tener componentes continuos y / o episódicos (paroxística). Estos últimos se asemejan a una descarga eléctrica. Cualidades comunes son ardor o frialdad, sensaciones de "alfileres y agujas", entumecimiento y picazón. El dolor nociceptivo, por el contrario, es más comúnmente descrito como dolor.
- **Parestesias:** Sensación de hormigueo en un territorio cutáneo, que se observa cuando se comprime o se lesiona parcialmente un nervio.
- **Paroxístico:** Exacerbación de una enfermedad. Accidente peligroso o casi mortal, en que el paciente pierde el sentido y la acción por largo tiempo.
- **Pedúnculo:** Estructura con forma de tronco que permite la conexión de dos formaciones. Entre los pedúnculos más importantes están los cerebelosos (superior, medio e inferior) y el pedúnculo cerebral, que corresponde a la porción anterior del mesencéfalo.

Bases Legales

Las bases legales no son más que leyes que sustenten de forma legal el desarrollo del proyecto. Son las leyes, reglamentos y normas necesarias en alguna investigación o trabajo de grado cuyo tema lo amerite (18).

Las bases legales de esta investigación se encuentran representadas, en primer lugar, en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000), de donde se destaca el Artículo 141, cuando establece que:

La Administración Pública está al servicio de los ciudadanos y ciudadanas y se fundamenta en los principios de honestidad, participación, celeridad, eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad en el ejercicio de la función pública, con sometimiento pleno a la ley y al derecho.

En Venezuela existe el SAPI (Servicio autónomo de la propiedad intelectual), el cual es un ente adscrito al Ministerio de Comercio Nacional, impulsor del desarrollo económico del país, tiene como objetivo principal garantizar la protección de la Propiedad Intelectual en todo el territorio nacional.

El SAPI (Servicio autónomo de la propiedad intelectual), establece los siguientes artículos con respecto al derecho de autor o propiedad intelectual:

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley protegen los derechos de los autores sobre todas las obras del ingenio de carácter creador, ya sean de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino.

Artículo 2.- Se consideran comprendidas entre las obras del ingenio a que se refiere el artículo anterior, especialmente las siguientes: los libros, folletos y otros escritos literarios, artísticos y científicos, incluidos los programas de computación, así

como su documentación técnica y manuales de uso; las conferencias, alocuciones, sermones y otras obras de la misma naturaleza; las obras dramáticas o dramático-musicales, las obras coreográficas y pantomímicas cuyo movimiento escénico se haya fijado por escrito o en otra forma; las composiciones musicales con o sin palabras; las obras cinematográficas y demás obras audiovisuales expresadas por cualquier procedimiento; las obras de dibujo, pintura, arquitectura, grabado o litografía; las obras de arte aplicado, que no sean meros modelos y dibujos industriales; las ilustraciones y cartas geográficas; los planos, obras plásticas y croquis relativos a la geografía, a la topografía, a la arquitectura o a las ciencias; y, en fin, toda producción literaria, científica o artística susceptible de ser divulgada o publicada por cualquier medio o procedimiento.

Artículo 3.- Son obras ingenio distinto de la obra original, las traducciones, adaptaciones, transformaciones o arreglos de otras obras, así como también las antologías o compilaciones de obras diversas y las bases de datos, que por la selección o disposición de las materias constituyen creaciones personales.

Nosotros como estudiantes que estamos desarrollando este Trabajo Espacial de Grado nos apegamos tanto al artículo 141 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela como a los artículos del Servicio Autónomo de la Propiedad intelectual (SAPI) al realizar dicho trabajo de grado y respetar los derechos de autor de cada uno de los artículos científicos consultados ya que realizaremos una investigación documental haciendo las correctas citaciones de cada fuente y por consiguiente de cada autor atendiendo las bases legales que los respaldan.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El diseño de la investigación es de tipo documental ya que depende fundamentalmente de la información que se recoge o consulta en documentos, entendiéndose este término, en sentido amplio, como todo material de índole permanente, es decir, al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento o lugar. La investigación documental se caracteriza por el empleo predominante de registros gráficos y sonoros como fuentes de información. Generalmente se le identifica con el manejo de mensajes registrados en la forma de manuscritos e impresos, por lo que se le asocia normalmente con la investigación archivística y bibliográfica (19)

Nivel de Profundidad de la Investigación

El nivel de profundidad de nuestra investigación será de tipo análisis descriptivo. En estas investigaciones se realiza la interpretación de lo analizado y se busca especificar las propiedades importantes y relevantes del objeto de estudio, lo que nos permite caracterizar situaciones, o cualquier fenómeno según sus propiedades o atributos. (19).

Diseño de la Investigación

El plan y estructura de nuestra investigación según el diseño a utilizar es Revisiones críticas del estado del conocimiento.

Las Revisiones críticas del estado del conocimiento se define como un diseño de investigación que contempla la integración, organización y evaluación de la información teórica y empírica existente sobre un problema, focalizando ya sea en el progreso de la investigación actual y posibles vías para su solución, en el análisis de la consistencia interna y externa de las teorías y conceptualizaciones para señalar sus fallas o demostrar la superioridad de unas sobre otras, o en ambos aspectos. (19)

Métodos de búsqueda y técnicas de recolección de datos

Estrategia de búsqueda

Para cumplir con el primer objetivo planteado se realizó como estrategia de búsqueda: motor de búsqueda Google académico, bases de datos: Scielo México y Scielo España (Biblioteca virtual que contiene una colección de revistas científicas Españolas de Ciencias de la Salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos), ELSEVIER Revistas de Neurología indexadas en MEDLINE, EMBASE, web of science.

Se tomaron en cuenta publicaciones dentro del período 2017-2022, se seleccionaron artículos en el idioma original español e inglés. Utilizando las palabras claves: características clínicas, neuralgia del trigémino, neurología, odontología.

Criterios de selección de información

Para la selección se tomaron en cuenta artículos indexados y arbitrados, se eliminaron los artículos con información duplicada y los informativos que no eran de origen científico. Se realizaron análisis de los artículos en cuanto a sus objetivos, su metodología y los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Dando continuidad al estudio, en el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos de la recolección de información para analizar los criterios diagnósticos diferenciales de la neuralgia del trigémino desde una perspectiva odontológica, siendo los mismos lo siguiente:

Describir las características clínicas de la neuralgia del trigémino

La neuralgia del trigémino (NT) es definida por el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española como un dolor facial atribuible a una lesión o patología del nervio trigémino que afecta al menos a una de sus ramas y que se caracteriza por la aparición de paroxismos de dolor de breve duración, que se describen como una descarga eléctrica, punzante o lancinante (20). En relación a la definición se reconoce que las ramas del nervio trigémino ocupan la porción oftálmica, maxilar y mandibular; por consiguiente, dicho dolor facial de carácter paroxístico mencionado anteriormente se localiza en una o más de las tres divisiones del nervio trigémino.

Por lo que según los estudios el dolor causado por la neuralgia del trigémino está confinado a las ramas nerviosas de la cabeza y el cuello. Dado a esto el motivo de consulta de los pacientes con NT es dolor orofacial unilateral, aunque puede haber compromiso bilateral en algunos casos de NT secundaria, como en la EM, pero este no suele presentarse simultáneamente (20,21).

Un adecuado interrogatorio y examen físico revela que el dolor no se extiende más allá del territorio inervado por el nervio trigémino y que es de carácter paroxístico, aunque en algunos casos puede presentarse de forma continua con exacerbaciones

ocasionales (22).

El dolor se puede reproducir aplicando ciertos desencadenantes o con contracciones musculares enérgicas, las cuales ayudan a diferenciarlo de otras etiologías de dolor neuropático (23).

Tabla 1. Características clínicas de la neuralgia del trigémino

Características clínicas de la neuralgia del trigémino	
Recorrido del dolor	V1 la rama oftálmica V2 la rama maxilar V3 la rama mandibular
Ataques de dolor unilateral	Ocurren en una o más divisiones del nervio trigémino sin irradiarse más allá de su distribución
Tiempo del dolor	Numero de episodios
Dolor según ICHD-3	<ul style="list-style-type: none"> • Recurrente con ataques paroxísticos en segundos a dos minutos • Intensidad severa • Sensación de relámpago, disparo o puñalada • Precipitado por estímulos inocuos en el lado afectado de la cara • Sin déficit neurológico evidente • Que no se explique por otro diagnóstico
Dolor según IASP	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor orofacial distribuido en el territorio facial o intraoral del nervio trigémino • Dolor de carácter paroxístico • Dolor desencadenado por maniobras típicas

Fuente: autoría propia (2022).

En la tabla 1, se muestra las características de la neuralgia del trigémino según los estudios revisados, una de las características resaltante es el recorrido del dolor de la neuralgia del trigémino, en el cual están involucrados anatómicamente una porción mayor, una menor y una intermedia en las que destacan detalladamente las tres ramas del trigémino que son V1 la rama oftálmica, V2 la rama maxilar y V3 la rama mandibular, dichas ramas ubicadas en la cara y el cuello es el sitio anatómico donde ocurre el recorrido del dolor paroxístico que caracteriza a la neuralgia del trigémino (24,25).

Para el diagnóstico de la NT es necesario caracterizar de forma adecuada el dolor, por consiguiente, otra característica son los ataques de dolor unilateral, según estudios estos ocurren en una o más divisiones del nervio trigémino sin irradiarse más allá de su distribución. El dolor de la NT tiene una intensidad que suele ser de moderada a severa, una duración corta de no más de dos minutos, seguido de un periodo refractario que dura segundos a minutos y durante el cual no se puede provocar otro segundo paroxismo de dolor (25).

Los ataques pueden ser tan impactantes para los pacientes que una gran parte de ellos es capaz de recordar el primer episodio de una forma muy vívida (26). Una vez han presentado el primer episodio, la mitad de los pacientes no vuelve a presentar dolor en los próximos seis meses, estudios señalan que el 65% de los pacientes diagnosticados tendrán un nuevo episodio en los próximos cinco años y el 77% en los siguientes 10 años. El número de episodios puede ir de tres o cuatro al día hasta 70 al día. A medida que se presentan más ataques y que pasa el tiempo, los ataques de dolor se hacen más largos y puede ser difícil diferenciar entre varios ataques de dolor (26).

Por otra parte, las características clínicas del dolor según International Classification of Headache Disorders (ICHD-3), señala que al menos tres ataques de dolor unilateral que ocurren en una o más divisiones del nervio trigémino sin irradiarse más allá de su distribución, por lo cual el dolor tiene al menos tres de las siguientes características; recurrente con ataques paroxísticos en segundos a dos minutos, intensidad severa, sensación de relámpago, disparo o puñalada, precipitado por estímulos inocuos en el lado afectado de la cara, sin déficit neurológico evidente y que no se explique por otro diagnóstico (23, 28).

Por su parte la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), menciona que las características clínicas del dolor son el dolor orofacial distribuido en el territorio facial o intraoral del nervio trigémino, dolor de carácter paroxístico y dolor

desencadenado por maniobras típicas. De esta manera, un grupo de pacientes puede experimentar dolor residual de forma casi continua por lo que se ha propuesto diferenciar la NT en dos tipos. En la NT tipo 1 el dolor paroxístico se presenta en más del 50% de las ocasiones, mientras que en la NT tipo 2 el dolor constante se presenta en el 50% de las ocasiones. Esta última también es conocida como NT atípica o NT con dolor facial persistente concomitante (27,29).

Diferenciar los signos y síntomas de la neuralgia del trigémino con los de la odontalgia

Los dolores orofaciales son uno de los motivos de consulta más frecuentes en las consultas odontológicas, estos dolores presentan características especiales conferidas a las diferentes estructuras anatómicas, así como a la abundante inervación que existe en la zona. El origen del dolor orofacial puede presentar diferentes características según la causa de origen, como; alteraciones dentarias, periodontales, temporomandibulares, o incluso en las proximidades de la zona bucal: alteraciones vasculares y neuralgias (30).

La odontalgia, es un dolor de origen dentario, donde las ramas terminales de los nervios maxilares (alveolar anterior, medio, posterior, palatino posterior y nasopalatino) y mandibulares (dentario inferior, lingual, nervios bucinador y mentoniano) penetran en el diente a través del foramen apical y alcanzan la pulpa dentaria en dirección a la corona. Desde un punto de vista etiológico, la odontalgia se puede producir por pulpitis, alveolitis, pericoronaritis, abscesos periodontales y celulitis (31).

Una condición que se caracteriza por un dolor en los molares o cualquier otra unidad dentaria sin una razón o causa aparente es conocida como “Odontalgia Atípica” (AO). Aunque su comorbilidad psiquiátrica parece ser muy común, rara vez se ha

estudiado. Un estudio retrospectivo realizado con una muestra de 383 pacientes con AO, concluyo que aproximadamente la mitad de los pacientes con AO tenían trastornos psiquiátricos comórbidos, y que los procedimientos dentales no son necesariamente los factores causales. Es decir que en los pacientes AO que presentan trastornos psiquiátricos comórbidos, el dolor puede deberse principalmente a un componente emocional y no a uno sensorial (32).

En este sentido, las neuralgias son poco frecuente por lo que afectan a 2-20:100.0002. Las etiologías son variables, y es fundamental hacer un diagnóstico adecuado (33). De especial énfasis con la patología asociada; odontalgia, dado por las características del dolor (34).

En la tabla 2, se muestra la comparación entre la neuralgia del trigémino y la odontalgia según los estudios revisados, los cuales evidencian las diferencias que existen entre ambas patologías y por consiguiente demuestra que para llegar a un diagnóstico certero se debe estar muy claros en cada uno de los signos y síntomas de dichas patologías para que así se puedan reconocer una de la otra haciendo una buena anamnesis, un exhaustivo interrogatorio y llenado de historia clínica y saber cuándo se debe o no referir al paciente con un neurólogo o cuando se le deben indicar pruebas de diagnóstico por imágenes como la tomografía computarizada, la resonancia magnética, entre otras (32-39).

Tabla 2. Cuadro Comparativo: Signos y síntomas de la Neuralgia Vs Odontalgia

Signos y síntomas	
Neuralgia del trigémino	Odontalgia
1. Dolor de intensidad constante “Descarga eléctrica”	1. Proceso patológico asociado a la sensibilidad dental
2. No hay sangrado	2. Sangrado o dolor de la encía.
3. Ataques espontáneos de dolor o ataques desencadenados por actos como tocarse el rostro, masticar, hablar o lavarse los dientes.	3. Dolor mandibular o salto/ruido en la mandíbula
4. Dolor que se presenta con espasmos faciales	4. Dolor que se manifiesta en conjunto con “Boca Seca”
5. Episodios de varios ataques que duran días, semanas, meses o más	5. Puede estar asociado a infecciones y las perforaciones bucales
6. Dolor en las zonas inervadas por el nervio trigémino	6. El dolor se localiza e intensifica más si está asociado a dientes Fisurados o Fracturados
7. Dolor que afecta un solo lado del rostro a la vez	7. Puede afectar de manera general el rostro
8. Dolor concentrado en un solo lugar o que se trasmite en un patrón más amplio	8. Dolor concentrado en varios segmentos orales

Fuente: autoría propia (2022).

En el caso de la neuralgia del trigémino se encontró entre los signos y síntomas dolor de intensidad constante “descarga eléctrica”, ataques espontáneos de dolor o ataques desencadenados por actos como tocarse el rostro, masticar, hablar o lavarse los dientes, no existe sangrado de las encías (34,35,36,37). Dolor que se presenta con espasmos faciales, episodios de varios ataques que duran días, semanas, meses o más. Dolor en las zonas inervadas por el nervio trigémino, dolor que afecta un solo lado del rostro a la vez y dolor concentrado en un solo lugar o que se trasmite en un patrón más amplio (32,33,35,38,39).

Por su parte, las principales causas de la odontalgia son: infecciosas, traumáticas, autoinmunes, carenciales y pocas veces tumorales. Siguiendo este orden las infecciones por bacterias son las más comunes, formadores de gingivitis, estomatitis, pericoronaritis, alveolitis, pulpitis, periodontitis, abscesos dentoalveolares y ulceraciones de diversa índole (38).

Cabe mencionar, las referidas como “dolor no inflamatorio” relacionado con las filtraciones de líquidos en los túbulos dentinales de diversas sustancias, como la glucosa hipertónica o líquidos fríos (dolor dental)” (38).

Entre otro signo y síntoma se presenta dolor mandibular o salto/ruido en la mandíbula, dolor que se manifiesta en conjunto con “Boca Seca”. La odontalgia puede estar asociado a infecciones y las perforaciones bucales, el dolor se localiza e intensifica más si está asociado a dientes fisurados o fracturados, esta puede afectar de manera general el rostro y se presenta el dolor concentrado en varios segmentos orales (39).

Analizando todo lo mencionado anteriormente se puede destacar que tanto la neuralgia del trigémino como la odontalgia son patologías parecidas y a la vez se pueden diferenciar muy fácilmente si se tienen los conocimientos suficientes.

El tratamiento, así como la identificación clínica de la odontalgia también varía de acuerdo al criterio clínico; siendo el conocimiento de esta patología poco conocida por parte del personal de salud no relacionado con el área y asistencia bucal. Por lo que, el conocimiento juega un papel determinante por parte de la población. (39).

Explicar los criterios para hacer el diagnóstico diferencial entre la odontalgia y la neuralgia del trigémino

El diagnóstico de neuralgia esencial del trigémino, por lo general, se determina clínicamente, aunque pueden ser necesarios estudios imagenológicos para descartar otras patologías, así como también para diferenciar la neuralgia del trigémino de una neuralgia sintomática o secundaria, la que tendrá un tratamiento diferente, la historia de los pacientes es muy importante (40,41).

Los pacientes relatan episodios recurrentes de dolor facial unilateral, ataques que duran solo segundos hasta dos minutos, que pueden recurrir infrecuentemente o tan seguido como cientos de veces al día y extrañamente no ocurre durante el sueño. El dolor se describe como severo, lancinante, agudo, eléctrico o superficial que se distribuye por una o más de las divisiones del nervio trigémino (42,43,44).

Los pacientes generalmente son asintomáticos entre episodios, aunque algunos pacientes con neuralgia de larga data tienen un dolor sordo persistente en la misma área. Las áreas gatillo están ubicadas en los dermatomas afectados de los pacientes, que al recibir un mínimo estímulo inician un ataque doloroso; incluso los pacientes pueden identificar estas áreas y evitar cualquier estimulación de ellas. No todos tienen zonas gatillo, aunque estas son casi patognomónicas de este trastorno (44).

Los trastornos asociados al trigémino ocasionan episodios de dolor que prevalecen por varios minutos o incluso un tiempo mayor. El dolor orofacial, característico de esta patología; se encuentra ubicado principalmente en la cara por lo que es característico facies “de dolor” asociados incluso a la cavidad oral, el cual puede estar relacionado con la presencia de odontalgia (45).

Ambas patologías pueden asociarse, dado su localización, sin embargo, mantienen diferencias clínicas y terapéuticas marcadas. La neuralgia del trigémino, es por tanto una de las patologías que los pacientes refieren con dolor extremo e incapacitante, que aumenta en intensidad y frecuencia a pesar de aplicar tratamiento farmacológico, hoy en día los tratamientos clínicos tienen poca efectividad; por lo que algunos autores afirman su poca efectividad. La neuralgia del trigémino se aprecia como un cuadro clásico caracterizado por dolores crónicos, paroxísticos, unilaterales, que se extienden por una o varias de las ramas del nervio trigémino (40).

El tratamiento de primera línea es el farmacológico y quirúrgico, consiguiendo por su aplicabilidad buenos resultados en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, en torno al 25% no responde al tratamiento o presenta intolerancia al mismo, al tratarse del médico (40).

Es determinante realizar un criterio diagnóstico de esta patología, para emplear un tratamiento oportuno dado su marcada afinidad de reaparición agudización y cronicidad, el cual se realiza empleando los criterios de diagnósticos de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, siglas en inglés de International Headache Society):

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la IHS para neuralgia trigeminal

Criterios diagnósticos de la IHS para neuralgia trigeminal	
Clásica o Esencial	<p>A. Ataques de dolor paroxísticos con una duración entre una fracción de segundo y dos minutos, afección de una o más divisiones del nervio trigémino y que cumple los criterios B y C.</p> <p>B. El dolor cuenta con al menos una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es Intenso, agudo, superficial o lancinante. 2. Se precipita por zonas gatillos o por acciones gatillantes. <p>C. Los ataques son estereotipados en cada paciente.</p> <p>D. No se aprecia un déficit neurológico clínicamente evidente.</p> <p>E. No es atribuible a otro trastorno</p>
Sintomática o Secundaria	<p>A. Ataques de dolor paroxísticos con una duración entre una fracción de segundo y dos minutos, afección de una o más divisiones del nervio trigémino y que cumple los criterios B y C.</p> <p>B. El dolor cuenta con al menos una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es Intenso, agudo, superficial o lancinante. 2. Se precipita por zonas gatillos o por acciones Gatillantes. <p>C. Los ataques son estereotipados en cada paciente.</p> <p>D. No se puede demostrar una lesión causal más que compresión vascular por medio de estudios especiales y/o exploración de la fosa posterior.</p>

Fuente: tomado de la Sociedad Internacional de Cefaleas (ISH)

Del mismo modo, el uso de la radiocirugía para el control del dolor en la neuralgia del trigémino es una de las formas de tratamiento que están cobrando mayor importancia con el paso de los años y es una de las patologías que frecuentemente no son diagnosticadas de manera eficaz ni inmediata, al tratarse de una patología dolorosa que afecta al trigémino puede confundirse con otras patologías, es por ello que el profesional de salud debe tener la capacidad de identificar de manera eficaz las causas, signos y síntomas de la enfermedad para establecer un criterio formal así como tratamiento efectivo, descartando otros tipos de dolor de cabeza u otras enfermedades (44,45,46).

El diagnóstico debe ser basado en el cuadro clínico: la exploración física y neurológica, complementarse con las historias clínicas para tener más conocimientos sobre el paciente e imagenología como las placas simples (Rx), potenciales evocados, TAC y RM cerebral, que al proporcionar proyecciones más reales favorecen el proceso de generar el diagnóstico y tratamiento más acertado, además estas técnicas se enfocan en la diferenciación entre una neuralgia esencial o secundaria (44).

En la exploración física de debe tener presente la distribución anatómica de las 3 ramas del V par (oftálmica, maxilar y mandibular) y la evaluación sensitiva facial, reflejo corneal, así como examinar los músculos masticatorios, son orientativos de la anamnesis, la localización exacta del dolor, los intervalos libres, los puntos sensitivos bucofaciales, desencadenantes al masticar u otros asociados. El examen complementario por excelencia, ante la duda, es la resonancia magnética RM. Ello permitirá seleccionar a los pacientes que se verían beneficiados por la descompresión microvascular (44,45).

Es importante para el diagnóstico diferenciar la neuralgia del trigémino de neuropatía trigeminal, en la que hay una prominente pérdida sensorial y el dolor comúnmente es leve, se puede diferenciar con un adecuado examen físico. El dolor de la neuralgia trigeminal también se diferencia del dolor que se provoca por una reactivación del virus Varicela Zóster, el que se ve en su mayoría en la población de tercera edad. Cuando el virus involucra la cara, tiene una predilección por la rama oftálmica del nervio trigémino (V1) (46).

Por otro lado, la Odontalgia es definida como el dolor que se centra en el diente o sus tejidos próximos. En el proceso de diagnóstico es imprescindible la historia de dolor y de la descripción o de reacción a pruebas de diagnóstico del paciente. Si el dolor consistiera en un fenómeno meramente sensorial, el diagnóstico sería bastante sencillo. Sin embargo, el dolor posee un componente sensorial y un componente

emocional. Es debido a esta naturaleza compleja del dolor que una descripción adecuada por parte del paciente se le resulta difícil al momento de describir factores claves para el diagnóstico como la intensidad, la ubicación y duración del dolor (47).

Al aplicar anestésico local en la zona de gatillo se reduce el dolor, no obstante, el bloqueo anestésico detiene los paroxismos de dolor, y esto puede conducir a un diagnóstico erróneo de dolor odontogénico. Además, cuando se utiliza un bloqueo anestésico local, se puede inducir una remisión, y esto llevara al paciente y al dentista a creer que el diagnóstico es correcto y que se puede proponer un tratamiento adecuado (48,49).

Un historial de dolor que persiste o dolor que ocurre con una duración mayor a dos minutos, son indicativos para el descarte de una neuralgia clásica NC (criterio elemental) por lo que se deberá proceder a realizar otros diagnósticos alternativos. Otro factor que dificulta el diagnóstico de las odontalgias es la transposición del dolor, es decir, el dolor se puede sentir en un diente, pero puede ser referido a otro diente u otras estructuras orofaciales (48,49).

Un componente esencial del proceso de diagnóstico es la historia de dolor y de la descripción o de reacción a pruebas de diagnóstico del paciente. Si el dolor fuera puramente un fenómeno sensorial, el diagnóstico sería bastante sencillo. Sin embargo, el dolor posee dos componentes sensoriales y emocionales. Esta compleja naturaleza del dolor puede hacer que sea difícil para los pacientes al momento de describir adecuadamente los componentes esenciales para el diagnóstico como la intensidad, la ubicación y duración. (50)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Conclusión

El diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino con respecto a la odontalgia se basa en una adecuada anamnesis que incluya una historia clínica completa y un examen clínico exhaustivo, así como tener muy claros los conocimientos teóricos con respecto al cuadro clínico de cada una de estas dos patologías y del mismo modo tener muy claros los criterios utilizados para el diagnóstico de ambas; esta es la clave para llegar al diagnóstico correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas B, Mata M, Fonseca K. Neuralgia del Trigémino. *Rev.Med.Leg.CR.* 2020; 36(1): 130-137.
2. Grin EL, Grin P, Rocha ML. Neuralgia del trigémino: un caso clínico. *ADM.* 2018; 75(3): 164-167.
3. Marín DS, Gámez M. Neuralgia del trigémino: aspectos clínicos y terapéuticos. *ACN.* 2019; 35(4): 193-203.
4. Tirado LR, Torres L, Arce JA. Neuralgia trigeminal y algunas consideraciones en la práctica clínica de la odontología. *Rev. Nac. Odontol.* 2019; 15(29)1-15.
5. Zakrzewska JM, Padfield D. El viaje del paciente a través de la neuralgia del trigémino. *IASP.* 2014; 22(1) 1-8.
6. Llerena LF, Acurio SJ, Zambrano LC, Izurieta LM, Gordon VC, Zurita AX, Andrade AT, Jaramil FJ, Sinchiguano SJ. Alternativas emergentes en la farmacoterapia de la neuralgia del trigémino. *AVFT.* 2019; 38(2): 34-39.
7. Miranda A, Kuschel C, Miranda M, Fuentes A. Anatomía radiológica de la base del cráneo y los nervios craneales parte 2: Nervios craneales. *Rev.chil.radiol.* 2020; 26(2): 62-71.
8. Torres S, Tovar M, Vásquez C, García JM, García A, Huertas M. Neuralgia del trigémino: anatomía y patología. *SERAM.* 2018; 1-21.
9. Montalvo M, Herazo E, Durango Y, Cardona G, Morales MA, Moscote LR. Lesiones traumáticas de nervios craneales. *Rev Electron Biomed.* 2018; (3): 36-50.
10. Caminero A, Mateos V. Aproximación clínica a las neuralgias craneales. *Rev Neurol.* 2009; 48(07): 365-373.
11. Marin RM. El uso de toxina botulínica en el tratamiento de la neuralgia del trigémino (V par craneal). *ODONVTOS-Int.J.Dent.Sc.* 2018; 20(3): 43-50.

12. Montero AA, Gonzales A. Neuralgia del trigémino: nueva clasificación y tipificación diagnóstica para la práctica clínica y la investigación. *Rev.Soc.Esp. Dolor.* 2017; 24(2): 105-107.
13. Fernández B, Simonet C, Cerdán DM, Morollón N, Guerrero P, Tabernero C, Duarte J. Neuralgia del trigémino clásico familiar. *SEN.* 2019; 34(4): 223-233.
14. Montero AA, Sánchez CI. Actualización en el manejo de la neuralgia del trigémino. *SEMERGEN.* 2016; 42(4): 244-253.
15. León M, Fonseca MA, Velosa J, Rodríguez A, Barrientos S. Neuralgia del Trigémino, del Glossofaríngeo y Post-herpética en Pacientes del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) Bogotá, Colombia. *Odontostomat.* 2021; 15(3): 688-693.
16. Castillo F, Marzo ME, Barcena IH. Toxina botulínica en la neuralgia del trigémino. *Medicina clínica.* 2017; 148(1): 28-32.
17. Maarbjerg S, Di Stefano G, Bendtsen L, Cruccu G. Neuralgia del trigémino-diagnóstico y tratamiento. *Cephalalgia.* 2017; 37(7): 648-657.
18. GV. Gómez Antecedentes de la investigación, Marco teórico, bases teóricas y bases legales. Universidad Fermín Toro; 2018.
19. Cazares, 2000. Definición de investigación documental. Consulta: febrero 2022. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/19058681/definiciones-Investigacion-Documental>
20. Latorrea G, González N, García J, González C, Porta J, Molina FJ, Guerrero AL, Belvís R, Rodríguez R, Bescós A, Irimia P, Santos S. Diagnóstico y tratamiento de la neuralgia del trigémino: documento de consenso del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *SEN.* 2021; 34(5): 2-16.
21. García MG, Sánchez JP, Tenopala S. Neuralgia del trigémino. *An Med.* 2012; 57(1): 39-47.
22. Olesen J y col. Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) III edición de la Clasificación Internacional de

- las cefaleas. *Cephalalgia*. 2018; 38(1): 1-211.
23. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3.a ed. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29368949/>
 24. Grin JE, Grin P, Rocha ML. Neuralgia del trigémino: un caso clínico. *ADM*. 2018; 75 (3): 164-167.
 25. Chamadoira C, Cerejo A, Duarte F, Vaz R. Neuralgia del trigémino provocada por un tumor del ángulo ponto-cerebeloso contralateral. Caso clínico. *Neurocirugía*. 2010; 21:50-52.
 26. Micol M, García C, Beltrán D, Girañ C. Caso clínico: neuralgia del trigémino: a dolores desesperados, medidas desesperadas. *REPM*. 2018; 13(22): 1-5.
 27. Miura A, Tu T, Shinohara Y, Mikuzuki L, Kawasaki K, Sugawara S, et al. Psychiatric comorbidities in patients with atypical odontalgia. *Journal of psychosomatic research*. 2018; 104: 35-40.
 28. *Msdmanuals.com* [Internet]. Texas: MSD; 2018 [actualizado mayo 2020; citado abril 2022].
 29. Rodríguez O, García L, Bosch AI, Inclán A. Fisiopatología del dolor bucodental: una visión actualizada del tema. *MEDISAN*. 2013; 17(9): 79-85.
 30. Leal AP, Hernández Y. Evolución de la odontología. *Oral*. .2018; 17(55): 1418-1426. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2016/ora1655g.pdf>
 31. Miura A, Tu T, Shinohara Y, Mikuzuki L, Kawasaki K, Sugawara S, et al. Psychiatric comorbidities in patients with atypical odontalgia. *Journal of psychosomatic research*. 2018; 104: 35-40.
 32. Santos S, Cuadrado ML, Gago AB, Guerrero AL, Irimia P, Láinez JM, et al. Evidencia y experiencia del uso de onabotulinumtoxina en neuralgia del trigémino y cefaleas primarias distintas de la migraña crónica. *Neurología*, 2020; 35(8), 568-578.

33. Porta J. Neuralgias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2019; 12(71): 4175-4180. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300186>
34. Gago AB, García D, Mas N, Ordás CM, Ruiz M, Torres M, et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea primaria y neuralgia craneofacial desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. 2020; 35(3): 176-184. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485317302682>
35. Cejas CP, Bordegaray S, Stefanoff NI, Rollán C, Escobar IT, et al. Neurografía por resonancia magnética para la identificación de la neuralgia del nervio pudendo. *MEDICINA (Buenos Aires)*. 2017; 77(3): 227-232 p. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000300012
36. Cartas S, Barbón O, Lino E. Neuralgia occipital. A propósito de un caso. Chimborazo Ecuador. *Medisur*. 2017; 14(1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3102>
37. Saguchi A, Yamamoto A, Cardoso C, Ortega A. Atypical odontalgia: pathophysiology, diagnosis and management. *BrJP*. São Paulo, 2019 oct-dec;2(4):368-73. Available in: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/gyjqMbyZCfrf9BMKHY86JXP/?format=pdf&lang=en>
38. Reyes O, Cabrera L, Núñez A, Acosta A. Fisiopatología del dolor bucodental: una visión actualizada del tema. *MEDISAN* 2013; 17(9): 50-79 p. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n9/san15179.pdf>
39. Vigo O. "Conocimiento de automedicación de analgésicos para odontalgias en pacientes de 20-60 años en el área de odontología del policlínico metropolitano salud iquitos marzo-abril en 2021" [Tesis de postgrado]. Perú: Facultad de ciencias de la salud programa académico de estomatología; 2021. Disponible

en:

[http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1599/VIGO%20SIFUENTES%20CARLOS%20OLIVER%20-](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1599/VIGO%20SIFUENTES%20CARLOS%20OLIVER%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1599/VIGO%20SIFUENTES%20CARLOS%20OLIVER%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<https://aanc.org.ar/ranc/files/original/3f7cc23e98e3fe57f84c4e182c86c2c4.pdf>

40. Toco IG, Arce T, Vargas E. Descompresión microvascular para el manejo de la neuralgia del trigémino: presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Cuadernos Hospital de Clínicas. 2021; 62(1); 46-50. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762021000100007&script=sci_arttext
41. Santos T. Neuralgia del trigémino idiopática. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 44(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1668>
42. Showing MG, Tanta LA. Compresión percutánea del ganglio de Gasser y raíz trigeminal con balón en el tratamiento de la neuralgia del trigémino. Revista Argentina de Neurocirugía. 2020; 34(03). Disponible en: <https://www.ranc.com.ar/index.php/revista/article/view/121>
43. 5. Tragodara MK. Neuralgia del trigémino: enfoque fisioterapéutico. 2020. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4932>
44. Bósquez LA. Manejo del paciente con neuralgia trigeminal en la consulta dental. [Tesis de grado]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología). 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48401>
45. Rudolph M. Krafft, Md. Trigeminal Neuralgia. Am Fam Physician. 2008; 77(9):1291-1296. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2008/0501/p1291.html>
46. Carrillo PA. Diagnóstico diferencial de neuralgia esencial del trigémino versus odontalgias. [Tesis de grado]. Universidad Finis Terrae. Facultad de

Odontología 2015. Disponible en:
<https://repositorio.uft.cl/xmlui/handle/20.500.12254/428>

47. Lilly JP, Law AS. Atypical odontalgia misdiagnosed as odontogenic pain: a case report and discussion of treatment. *J Endod.* 1997; 23:337–339. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0099-2399\(97\)80419-0](https://doi.org/10.1016/S0099-2399(97)80419-0)
48. Park HO, Ha JH, Jin MU, Kim YK, Kim SK. Diagnostic challenges of nonodontogenic toothache. *Restor Dent Endod.* 2012 Aug; 37(3):170-4. doi: 10.5395/rde.2012.37.3.170. Epub 2012 Aug 29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3569403/>
49. K. Holste, A.Y. Chan, J.D. Rolston, D.J. Englot Pain outcomes following microvascular decompression for drug-resistant trigeminal neuralgia: A systematic review and meta-analysis *Neurosurgery.*, 86 (2020), pp. 182-190
50. P. Texakalidis, D. Xenos, M.S. Tora, J.S. Wetzel, N.M. Boulis Comparative safety and efficacy of percutaneous approaches for the treatment of trigeminal neuralgia: A systematic review and meta-analysis *Clin Neurol Neurosurg.*, 182 (2019), pp. 112-122