

Neuralgia del Trigémino

Reporte de un caso y análisis de caso clínico

Fernández Martínez Sergio Carlos, Palma Jiménez Imelda, Romero Carro Alicia Patricia,
Hernández Lara Madaí, Caballero Ortiz Yosahandi

Unidad de Medicina Familiar Número 22.

Resumen

La Neuralgia del Trigémino (NT) tradicionalmente llamada tic doloroso, es un trastorno de dolor neuropático crónico caracterizado por paroxismos espontáneos y provocados de dolor punzante o similar a una descarga eléctrica en una región de la cara. Se han atribuido al trastorno una mala calidad de vida y el suicidio en caso graves.

La Neuralgia del Trigémino es el tipo de dolor facial más frecuente y tiene una prevalencia de 4-13 casos por 100,000 habitantes, afecta generalmente a pacientes mayores de 50 años y con una frecuencia moderada superior en las mujeres en una proporción de 1,5 a 1. Esta enfermedad es más habitual entre los pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple con una incidencia de 1-2%, estos pacientes presentan síndromes depresivos reactivos al dolor refractario.

El diagnóstico de la NT es fundamentalmente clínico y se basa, sobre todo, en la anamnesis, donde la exacta localización del dolor, los intervalos libres, los puntos sensitivos bucofaciales, desencadenantes al masticar son orientativos. El examen complementario por excelencia, ante la duda, es la resonancia magnética.

En el tratamiento de primera línea se encuentra carbamazepina u oxcarbazepina, las opciones neuroquirúrgicas deben de ser discutidas en una etapa temprana, pero la cirugía puede no ser necesaria hasta que la calidad de vida se ve comprometida. La descompresión microvascular es un procedimiento neuroquirúrgico más importante que proporciona el mayor periodo de alivio del dolor y su objetivo es preservar la función del nervio.

Abstract

Trigeminal Neuralgia (TN), traditionally called tic pain, is a chronic neuropathic pain disorder characterized by spontaneous paroxysms caused by shooting pain or similar to an electric shock in a region of the face. Poor quality of life and suicide in severe cases have been attributed to the disorder. Trigeminal Neuralgia is the most frequent type of facial pain and has a prevalence of 4-13 cases per 100,000 inhabitants, generally affecting patients over 50 years of age and with a moderate frequency higher in women in a proportion of 1.5 to 1. This disease is more common among patients diagnosed with multiple sclerosis with an incidence of 1-2%, these patients present depressive syndromes reactive to refractory pain.

The diagnosis of TN is fundamentally clinical and is based, above all, on the anamnesis, where the exact location of the pain, the free intervals, the orofacial sensitive points, triggers when chewing are indicative. The complementary exam par excellence, when in doubt, is magnetic resonance imaging.

In the first line treatment is carbamazepine or oxcarbazepine, neurosurgical options should be discussed at an early stage, but surgery may not be necessary until quality of life is compromised. Microvascular decompression is a major neurosurgical procedure that provides the longest period of pain relief and is intended to preserve nerve function.

Palabras clave: Neuralgia del Trigémino, caso clínico, diagnóstico.

Keywords: Trigeminal neuralgia, clinical case, diagnosis.

1. CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina 42 años de edad quien acude a su cita de control a Unidad de Medicina Familiar para su seguimiento de hipertiroidismo y migraña.

Antecedentes personales patológicos, alérgicos negados, quirúrgicos fractura de tobillo derecho en el 2017 niega enfermedades crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión arterial.

Valorada por endocrinología el 19/10/2018 con diagnóstico de hipertiroidismo dejando como tratamiento Tiamazol y Propanolol.

Diagnosticada en el 2019 con migraña de difícil control por el servicio de neurología en tratamiento con Zolmitriptano y Litio.

El padecimiento actual lo inicia con presencia de crisis migrañosas de moderadas a intensas, las cuales se presentan 3 veces a la semana, con dolor facial, unilateral izquierdo y vértigo donde fue valorada por el Hospital de Especialidades Médicas quien solicitó resonancia magnética donde se reporta Rizo vascular tipo 2 que contacta porción cisternal del 5º par craneal izquierdo teniendo como resultado el diagnóstico de Neuralgia del Trigémino y neuritis en el año 2020.

Modificando el tratamiento a Tramadol-Paracetamol, Imipramina, Carbamazepina, Oxcarbamazepina, Ondasetron, sin mejoría por lo que es intervenida por el servicio de neurología realizado una descompresión micro vascular de manera exitosa ya que no hubo complicaciones.

Actualmente la paciente presenta una mejor calidad de vida con mejoría significativa del dolor, además de un menor consumo de medicamentos, continua con seguimiento por el servicio de neurología.

2. INTRODUCCIÓN

La Neuralgia del Trigémino tradicionalmente llamada tic doloroso, es un trastorno de dolor neuropático crónico caracterizado por paroxismos espontáneos y provocados de dolor punzante o similar a una descarga eléctrica en una región de la cara. Se han atribuido al trastorno una mala calidad de vida y el suicidio en caso graves [1].

La prevalencia es alta y ha aumentado junto con la expectativa de vida, constituye el 89% de las neuralgias faciales en personas mayores de 60 años [2].

La Neuralgia del Trigémino, conocida también como la enfermedad de Fothergill, o tic Douloureux, por las contorsiones y expresiones faciales durante los paroxismos de dolor, se ha descrito desde el siglo X como uno de los dolores más intensos experimentados por el hombre y existen múltiples reportes de pacientes con cuadros de NT incapacitantes [1]. Esta se define como episodios recurrentes de dolor súbito, usualmente unilateral, severo, breve, penetrante y en la distribución de una o más ramas del nervio trigémino [3].

Este es un artículo de revisión narrativa en el que se hace énfasis en los aspectos clínicos de la NT, el enfoque diagnóstico y las alternativas terapéuticas disponibles.

Hay 2 tipos principales de NT, la primaria o idiopática y la secundaria. En las formas secundarias es evidente que una compresión extrínseca de la estructura nerviosa es la que desencadena el dolor [4].

3. DISCUSIÓN

Este caso nos proporciona una gran similitud en el cuadro clínico que definen a la Neuralgia del Trigémino las cuales son un dolor repentino, severo, breve, recurrente y unilateral [5].

La etiología de la Neuralgia del trigémino suele abarcar:

- a) Compresión del nervio trigémino debido a una arteria b) Desmielinización axonal c) Esclerosis múltiple d) Lesión tumoral e) Herpes f) Infarto pontino g) Lesiones del sistema nervioso [5].

En este caso se comprueba una compresión del nervio trigémino a través de la resonancia magnética.

El tratamiento utilizado en forma inicial fue el de primera línea Oxacarbamazepina y carbamazepina sin embargo ante la poca respuesta al tratamiento se realiza intervención quirúrgica.

4. EPIDEMIOLOGÍA

La Neuralgia del Trigémino es el tipo de dolor facial más frecuente y tiene una prevalencia de 4 -13 casos por cada 100,000 según diferentes estudios epidemiológicos. La NT afecta en general a pacientes mayores de 50 años y con una frecuencia moderadamente superior en las mujeres, en una proporción de 1,5 a 1 [6-8].

Esta enfermedad es más habitual entre los pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple (incidencia del 1-2%), se asocia a una disminución de la calidad de vida y supone un impacto sobre la capacidad laboral en un 34% de los pacientes. Con frecuencia estos pacientes presentan síndromes depresivos reactivos al dolor refractario [9].

5. ANATOMOFISIOPATOLOGÍA

El nervio trigémino es el más grande de los 12 pares de nervios craneales, transmite información sensorial de la cabeza y cuello e inerva músculos de la masticación, los tensores del tímpano, milohioideos y vientre anterior del digástrico, contiene 2 ramas una eferente pequeña cuyas fibras se originan del núcleo motor del trigémino en el tegmento del puente y otra aferente más grande [10].

Las fibras esteroceptivas conducen sensaciones de dolor, temperatura y tacto de la cara y superficie anterior de la cabeza. Las neuronas de origen de estas fibras vienen del ganglio semilunar de Gasser y se distribuyen en sus principales ramas: oftálmica, maxilar y mandibular. La transmisión de dolor y temperatura se relaciona principalmente con el núcleo espinal del trigémino, que se extiende desde el puente hasta el segundo o tercer segmento cervical y está dividido por su citoestructura en 3 partes: bucal, interpolar, caudal las fibras que llevan las sensaciones del tacto se asocian al núcleo sensitivo principal del trigémino [11].

Se ha encontrado una disfunción del sistema nociceptivo aferente trigeminal del lado sintomático en estudios que utilizan potenciales evocados por láser, lo cual señala como elemento pivote de la alteración sensitiva del quinto par craneal a las fibras mielinizadas pequeñas [11].

En la investigación hecha por Obermann et al. (2007) se encontraron respuestas anormales del reflejo corneal y de potenciales evocados dolorosos de las tres divisiones investigadas del nervio trigémino sin diferencia significativa comparando V1, V2 y V3, lo que sugiere que la lesión debe ubicarse proximal al ganglio cerca del tronco encefálico [10].

6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la NT se realiza si la clínica del paciente cumple con los criterios de la clasificación internacional de trastornos del dolor de cabeza 3 (The International Classification of Headache Disorders 3) (ICHD-3), que se mencionan a continuación: [11].

- A- Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral en la distribución de una o más divisiones del nervio trigémino, sin que haya irradiación. Se deben cumplir los criterios B y C.
- B- El dolor debe tener todas las siguientes características: Intensidad severa, durar fracciones de segundo hasta dos minutos y sensación de electricidad, puñalada, o de disparos.
- C- Es provocado por estímulos inocuos dentro de la distribución del nervio trigémino.
- D- No se explica otro diagnóstico dentro de ICHD-3.

Algunos pacientes pueden tener irradiación del dolor, pero se debe mantener dentro de los dermatomas del 5° par craneal, las crisis de dolor tienden a aumentar en duración e intensidad, cuando el paroxismo es intenso provoca contracción de los músculos del mismo lado, a esto se le conoce tic Douloureux.

Usualmente no se encuentra déficit sensorial, sin embargo, si está presente se deben hacer neuroimágenes para descartar otras causas. Pueden existir síntomas autonómicos asociados como lágrimas o enrojecimiento ocular del mismo lado [12].

El diagnóstico de la NT es fundamentalmente clínico y se basa, sobre todo, en la anamnesis, donde la exacta localización del dolor, los intervalos libres, los puntos sensitivos bucofaciales, desencadenantes al masticar son orientativos. El examen complementario por excelencia, ante la duda, es la resonancia magnética [13].

La Academia Americana de Neurología (AAN, American Academy of Neurology) ha desarrollado recientemente una clasificación de la NT que se alinea con la nosología de otros trastornos neurológicos y de dolor neuropático [14].

- a. *NT clásica*: requiere la demostración de cambios morfológicos en la raíz del nervio trigémino a causa de una compresión vascular.
- b. *NT secundaria*: es debida a una enfermedad neurológica subyacente identificable (por ejemplo, un tumor del ángulo pontocerebeloso o la esclerosis múltiple).
- c. *NT de etiología desconocida* que se etiqueta de idiopática.

7. TRATAMIENTO

El manejo farmacológico es la primera línea inicial para pacientes con NT clásica e idiopática. La cirugía está reservada para pacientes que refractan la terapia médica.

En el tratamiento de primera línea se encuentra Carbamazepina u Oxycabamazepina, las opciones neuroquirúrgicas deben de ser discutidas en una etapa temprana, pero la cirugía puede no ser necesaria hasta que la calidad de vida se ve comprometida.

La descompresión microvascular es un procedimiento neuroquirúrgico importante que proporciona el mayor periodo de alivio del dolor y su objetivo es preservar la función del nervio [15].

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 200 mg dos veces al día. La dosis típica de mantenimiento es de 600 a 800 mg cada día. La dosis máxima es de 1200 mg por día. Oxycabamazepina es igualmente efectiva que Carbamazepina [16, 17].

Un estudio doble ciego demostró que el uso adicional de lamotrigina, en pacientes que han refractado Carbamazepina y Fenitoina, mejoró el resultado del manejo del dolor [18].

Un estudio doble ciego demostró que el uso adicional de lamotrigina, en pacientes que han refractado carbamazepina y fenitoina, mejoró el resultado del manejo del dolor [19].

Dandy en la década de los 20s, fue el primero en destacar que este padecimiento podría ser provocado por la compresión del 5° par craneal por un vaso ya sea arterial o venoso. En la actualidad este concepto es el más aceptado, sobre todo a partir de los trabajos publicados por Jannetta, en los que se demuestra mejoría del cuadro al impedir quirúrgicamente el contacto vascular, sobre todo en la zona de entrada de la raíz (ZER), procedimiento denominado *descompresión neurovascular* [20].

La descompresión neurovascular tiene la gran virtud de ser un procedimiento no destructivo, que provoca alivio del dolor en hasta un 98% de los casos, en un periodo medio de entre 2 a 7 años, con reportes de hasta un 30% a 20 años [21].

8. CONCLUSIÓN

La Neuralgia del Trigémino es un síndrome caracterizado por crisis paroxísticas recurrentes de dolor neuropático en el área de inervación somatosensitiva del nervio trigémino.

Como se pudo observar en el caso clínico mencionado es una entidad que se caracteriza por el dolor súbito, intenso, unilateral y paroxístico en la cara con distribución en algunas de las ramas.

La Neuralgia del Trigémino es notoria por su tratamiento complejo donde el fracaso terapéutico, y la refractariedad son frecuentes, como pudimos observar en el caso clínico la paciente cursaba con características de una cefalalgia de difícil control con varias citas para revaloración por el servicio de neurología hasta la realización de una resonancia magnética con la que se confirmó el diagnóstico de Neuralgia del trigémino.

La NT es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres, y es usualmente diagnosticada entre la cuarta y séptima década de la vida, esta entidad parece mostrar una incidencia más elevada en los pacientes con diagnósticos de migraña o esclerosis múltiple.

En el tratamiento de primera línea se encuentra carbamazepina u oxcarbamazepina utilizados en la paciente, como se sabe el tratamiento definitivo es una intervención quirúrgica que proporcionará una solución más efectiva mejorando la Calidad de vida como en el caso en cuestión. Por último, es importante que médicos de primer nivel de atención sospechemos de esta patología en Cefalalgias de difícil control.

REFERENCIAS

- [1] Autor/a: G. Cruccu, G. Di Stefano y A. Truini Fuente: N Engl J Med 2020; 383: 754-762 Trigeminal Neuralgia
- [2] Mittal B, Thomas D. Controlled thermocoagulation trigeminal neuralgia. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1986; 49: 932-936
- [3] Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, 2.a ed. Seattle: IASP Press; 1994.
- [4] P.J.Jannetta R,W,Rand.Transtentorial retrogasserian rhizotomy in trigeminal neuralgia by microneurosurgical technique.Bull Los Angel Neuro Soc.,31(1966) pg 93-99
- [5] Timarova G, Šteňo A. Late-onset jaw and teeth pain mimicking trigeminal neuralgia associated with chronic vagal nerve stimulation: case series and review of the literature. BMC Neurol. 2017; 17 (1): 113
- [6] M. Bendersky, S. Hem, F. Landriel, J. Muntadas, M. Kitroser, C. Ciralo, et al. Identifying the trigeminal nerve branches for transovale radiofrequency thermoablation: “no pain, no stress”. Neurosurgery., 70 (2012), pp. 259-263 <http://dx.doi.org/10.1227/NEU.0b013e318241801a> | Medline
- [7] D. Mueller, M. Obermann, M.S. Yoon, F. Poitz, N. Hansen, M.A. Slomke, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: A population-based study. Cephalalgia., 31 (2011), pp. 1542-1548 <http://dx.doi.org/10.1177/0333102411424619> | Medline
- [8] D.R. Emril, K.Y. Ho. Treatment of trigeminal neuralgia: Role of radiofrequency ablation. J Pain Res., 3 (2010), pp. 249-254. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S14455> | Medline
- [9] Affi A, Bergman R. Functional neuroanatomy. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.2005
- [10] Obermann M, Yoon M, Ese D, Maschke M, Kaube H, Diener H et al. Impaired trigeminal nociceptive processing in patients with trigeminal neuralgia. Neurology. 2007;69(9):835-841
- [11] Richard B. Tenser, MD. Trigeminal neuralgia mechanisms and treatment. Neurology 1998;51:17
- [12] J.R. González-Escalada, M.J. Rodríguez, M.A. Camba, A. Portolés, R. López. Recomendaciones para el tratamiento del dolor neuropático. Rev Soc Esp Dolor., 16 (2009), pp. 445-467
- [13] Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, Scholz J, Sindou M, Svensson P, et al. Trigeminal neuralgia: new classification and diagnostic grading for practice and research. Neurology 2016;87(2):220-8. DOI: 10.1212/WNL.
- [14] Autor/a: Joanna M Zakrzewska, professor of pain medicine in relation to oral medicine, Mark E Linskey, professor of neurological surgery The British Medical Journal
- [15] Wiffen P, Derry S, Moore R, Kalso E. Carbamazepine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.
- [16] Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K et al. Practice Parameter: The diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. Neurology. 2008;71(15):1183-1190.
- [17] Zakrzewska J, Chaudhry Z, Nurmikko T, Patton D, Mullens L. Lamotrigine (Lamictal) in refractory trigeminal neuralgia: results from a double-blind placebo controlled crossover trial. Pain. 1997;73(2):223-230.
- [18] Reder A, Amason B. Trigeminal neuralgia in multiple sclerosis relieved by a prostaglandin E analogue. Neurology. 1995;45(6):1097-1100
- [19] Molina-Foncela A, García-Navarrete E, Calvo JC, Sola RG. La descompresión microvascular en el tratamiento de la neuralgia esencial del trigémino. Rev Neurol 1998;27:65-70.
- [20] Ashkan K, Marsh H. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia in the elderly: A review of the safety and efficacy. N

Correo de autor: sergio.fernandezm@imss.gob.mx