

INTERNET ARCHIVE
WayBackMachine

http://www.odon.edu.uy/sindolco.htm

Go

17 captures
4 may 99 - 26 may 05

ABR MAY AC
4
1998 1999 20

**SINDROMES DOLOROSOS COMPLEJOS
DE LA REGION CRANEO-FACIAL:
REPORTE DE UN CASO COMBINADO
NEURALGIA TRIGEMINAL - SINDROME CLUSTER**

DR. MARCELO KREINER
Asistente, Cátedra de
Fisiología General y Bucodental
Facultad de Odontología

Fuente :Revista Odontología Uruguaya. Setiembre 1997:14-19.

RESUMEN

A propósito de un caso clínico se analizan dos afecciones dolorosas complejas de la región craneo-facial, como lo son la neuralgia trigeminal y el síndrome cluster (neuralgia migrañosa). Asimismo se estudia el síndrome combinado de ambas enfermedades. Se brindan algunos conceptos clínicos y terapéuticos, destacándose la necesidad de un correcto diagnóstico.

I INTRODUCCION

El dolor en la región craneo-facial es, muchas veces, un problema complejo e incluye algunos procesos patológicos que constituyen algunos de los dolores más intensos y complicados que el ser humano pueda padecer.

En términos generales, los procesos dolorosos craneofaciales se pueden subdividir en dos grupos: agudos y crónicos.

El dolor agudo se caracteriza por su corta duración y una etiopatogenia generalmente obvia, lo cual lleva a que su manejo sea relativamente sencillo. Por otra parte, el dolor crónico es de larga duración (meses o años), etiopatogenia poco definida y, en muchos casos, el diagnóstico y tratamiento constituyen un verdadero dilema.

En el presente trabajo, a propósito de un caso clínico, se describen dos afecciones dolorosas complejas así como el síndrome combinado de ambas.

II Neuralgia Trigeminal (N.T.)

Término previo utilizado: "Tic doloureux"

Conceptos generales

Se define esta patología como un dolor paroxístico que involucra una o más ramas del V par craneano* (1).

Se subclasifica en: - Idiopática

- Sintomática

La neuralgia trigeminal idiopática (N.T.I.) se describe como una afección dolorosa facial, unilateral, caracterizada por dolores intensos (tipo eléctrico) y breves. El dolor se limita a la distribución de una o más ramas del nervio Trigémino.

En este tipo de neuralgias no existen causas orgánicas demostrables (tener en cuenta que con las técnicas actuales es muy difícil observar una compresión vascular del quinto par).

Generalmente existen "puntos gatillo" que desencadenan el dolor luego de la aplicación de un estímulo no nociceptivo* (por ej.: lavado de cara, hablar, comer, etc.)

La neuralgia trigeminal sintomática (N.T.S.) es una afección generalmente similar a la N.T.I., pero existe una causa orgánica demostrable.

En las Tablas 1 y 2 se describen las características clínicas y epidemiológicas básicas de la N.T.I. La Figura 1 muestra el comportamiento usual del dolor durante una serie de ataques neurálgicos.

PATRON CLINICO DE DOLOR EN LA N.T.I.

96% unilateral
 Lado derecho más afectado que el izquierdo (3:2)
 Rama V2 y V3 juntas más frecuente que V3 o V2 solas
 Rama V1 es la menos afectada
 Paciente libre de dolor entre los ataques
 No existen alteraciones neurológicas

Tabla 1. Datos destacables acerca del comportamiento clínico del dolor en la neuralgia trigeminal idiopática.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS SOBRE LA N.T.I.

Incidencia: 155 por millón (8)
 Relación femenino-masculino: 2 a 1 (9)
 Edad promedio de comienzo: 50 años
 Historia familiar de la enfermedad: rara
 Puntos gatillo en el 90% de los pacientes

Tabla 2.

Etiopatogenia

La etiología de la N.T. presenta aún facetas oscuras. Una posible causa la constituye la posible desmielinización focal a distintos niveles del trayecto trigeminal (2). Dicha situación puede generar importantes alteraciones electrofisiológicas, generar importantes alteraciones electrofisiológicas tanto periféricas como centrales y puede provocar descargas paroxísticas a nivel del núcleo sensitivo trigeminal.

Además, en aproximadamente el 70% de los casos intervenidos quirúrgicamente, se detectó una complicación vascular sobre la raíz sensitiva trigeminal a nivel de la fosa craneal posterior (3).

Asimismo se han descrito causas tumorales en aproximadamente el 6% de los casos, incluyendo la aparición de osteomas, angiomas y neuromas, que mayormente se localizaron también a nivel de la fosa craneal posterior (2, 3, 4).

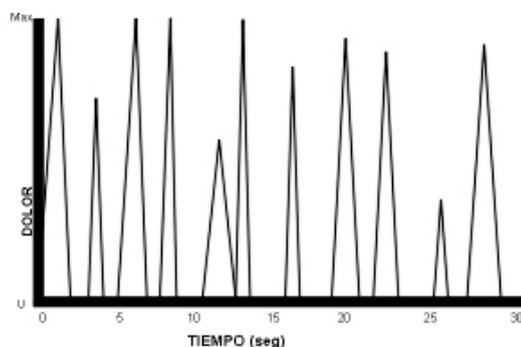


Figura 1. Comportamiento posible del dolor en la N.T.I.

Debido a esto, es recomendable que a cada paciente que sufra de N.T. se le realice un estudio de resonancia magnética y/o tomografía computada, prestando especial atención a dicha región anatómica.

Ratner y Roberts (5, 6) han propuesto que la existencia de cavidades óseas en la región alveolar, pueden ser la causa de la N.T. y que el curetaje de las mismas constituye un tratamiento curativo. Sin embargo, Graff-Radford (7), en un estudio realizado sobre cadáveres, ha demostrado que tales cavidades están frecuentemente presentes en el material analizado, debido a lo cual no estarían restringidas a pacientes que sufren N.T. Teniendo en cuenta estos hallazgos, podemos suponer que la efectividad

del curetaje puede estar mediada por un mecanismo central aún no determinado.

Tratamiento de la Neuralgia Trigeminal Idiopática

Se describirán únicamente los aspectos no quirúrgicos del tratamiento, por constituir la primera línea terapéutica para combatir esta enfermedad.

El tratamiento farmacológico constituye el primer recurso a emplear. En los últimos cincuenta años han sido empleadas una gran variedad de sustancias, muchas de las cuales han sido abandonadas por distintos motivos.

En la actualidad la Carbamazepina, Fenitoína, Baclofeno, Clonazepam y el ácido valproico son las drogas que, solas o combinadas, brindan mejores resultados a corto y largo plazo (Fig. 2). Debido a las reacciones adversas de estos fármacos, es preciso controlar al paciente periódicamente, realizando los exámenes clínicos pertinentes.

Sin duda, la carbamazepina (Tegretol) es la droga más efectiva (8) y constituye el primer fármaco con el cual se inicia el tratamiento. Las demás sustancias mencionadas son utilizadas en casos que no se logre un control eficaz del dolor con el Tegretol (9).

La acupuntura ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la N.T.I. y otras afecciones dolorosas. Tanto la clásica acupuntura china manual como la electropuntura moderna pueden, en muchos casos, controlar esta enfermedad sin necesidad de utilizar fármacos (10, 11). De todos modos generalmente se la utiliza en combinación con ellos.

NOMBRE	DOSIS (mg)	VIDA MEDIA APROX. (hs.)	EFFECTIVIDAD % de pacientes
Carbamazepina	400-1600	12	70-80
Baclofeno	40-80	4	50
Clonazepam	2-8	28	65
Fenitoína	300-600	24	10-30
Acido Valproico	500-2000	15	45

III SINDROME CLUSTER (CEFALEA EN RACIMOS)

Si bien esta afección ha sido estudiada desde hace más de 90 años, su reconocimiento se ha visto retardado debido a una gran variedad de nombres que ha recibido, lo cual ha generado una gran confusión. Algunas de las denominaciones previas son: neuralgia esferoplatina, neuralgia vidiana, cefalgia histamínica, neuralgia ciliar. Actualmente el síndrome cluster (SC) o neuralgia migrañosa constituye una entidad clínica bien definida, cuyo reconocimiento es importante debido a la posibilidad de un tratamiento específico. Se reconocen dos variantes básicas de esta enfermedad. La forma aguda se caracteriza por ataques dolorosos en la región orbital, a razón de 1 a 5 ataques por día, durante un período de 4 a 8 semanas. Luego de esto el paciente puede estar libre de dolor por largos períodos (meses, años).

La forma crónica se caracteriza por la ausencia de períodos prolongados de remisión.

La prevalencia de este síndrome es de aproximadamente 69 casos por cada 100.000 habitantes (12). El sexo masculino en una relación de 6 a 1, y las mujeres que sufren de esta enfermedad generalmente comienzan a experimentar los ataques después de los 50 años (9).

Características del dolor

El mismo es mayormente unilateral, el sitio más afectado es la región orbitaria, periorbitaria y temporal (Fig. 7). El dolor ocupa generalmente el territorio trigeminal, lo cual obliga a realizar el diagnóstico diferencial con la N.T.I. La intensidad del dolor es muy severa y su calidad es explosiva y ocasionalmente pulsátil.

En aproximadamente el 15% de los pacientes el dolor puede pasar en la misma región del lado opuesto (13).

Los ataques duran entre 15 minutos y 2 horas y se presentan con una frecuencia que puede variar de 6 a 8 por día a 1 por semana. Generalmente los ataques diarios ocurren a la misma hora cada día (periodicidad).

Síntomas asociados

La existencia de síntomas y signos autonómicos asociados a los ataques dolorosos constituyen elementos clínicos importantes para llegar a un correcto diagnóstico. Casi invariablemente se observa una hiperactividad vegetativa que puede resultar en lagrimeo, rinorreo, sudor en la cara y cabeza, etc. Principalmente se observan estos signos únicamente* del lado afectado.

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar esta enfermedad de la migraña, la N.T. y el SC sintomático.

El SC sintomático se diferencia de la migraña por los siguientes aspectos clínicos.

- predominancia del sexo masculino (6 a 1)
- ataques de corta duración (de 15 minutos a 2 horas)
- múltiples ataques por día.
- signos autonómicos asociados
- regularidad de los ataques

Por su parte la migraña es más frecuente en mujeres, los ataques duran unas horas o días, y generalmente se encuentran los siguientes aspectos clínicos asociados: Náusea, vómitos, fotofobia y/o fonofobia, los cuales están ausentes en los ataques del SC.

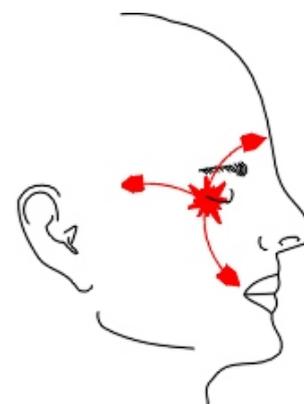


Figura 3. Ubicación del dolor en el síndrome cluster (cefalea en racimos).

También es importante diferenciar esta enfermedad de la neuralgia trigeminal, teniendo en cuenta los aspectos clínicos ya mencionados.

Asimismo es preciso identificar el SC sintomático (14), el cual puede ser provocado por diversas patologías. Lesiones calcificadas en la región del tercer ventrículo, aneurismas, meningiomas, carcinomas nasofaríngeos, malformaciones arterio-venosas, etc. son algunos de los procesos que pueden estar asociados a esta enfermedad (15, 16, 17).

También se han reportado casos postraumáticos (18, 19)

Tratamiento

Si bien la etiopatogenia de esta enfermedad aún no está definida, existen varias alternativas terapéuticas para su manejo. La Tabla 3 enumera algunos de los recursos más efectivos.

Para aquellos pacientes que no responden al tratamiento farmacológico se han implementado diversas terapéuticas más agresivas, entre las cuales figuran: rizotomía trigeminal, termocoagulación del ganglio de Gasser y rizotomía trigeminal por radio frecuencia (20, 21).

IV Caso Clínico (Resumen)

Fecha: Enero de 1994

Datos personales: Paciente del sexo femenino, xx años, uruguaya, profesora de enseñanza secundaria.

Motivo de consulta: Dolor intenso unilateral en zona orbitaria, periorbitaria y nasolabial izquierda. (Diagnóstico previo: N.T.I.)

Características del dolor: Primer ataque hace diez años. El dolor es de aparición brusca, muy intenso, de tipo eléctrico y/o explosivo y ocasionalmente pulsátil en la región orbitaria. Existen "puntos gatillo" en la región nasolabial, los cuales, ante el mínimo contacto desencadenan el dolor, que se extiende hacia la región orbitaria y periorbitaria. Cada ataque dura varios minutos y se repiten varias veces en el día durante varios días. Entre los ataques no siempre existe una remisión total del dolor. El mismo también puede ser espontáneo en los ataques severos. Existen síntomas autonómicos asociados (rinorrea y lacrimación) durante los ataques. Existen períodos de remisión que pueden variar de meses a años, pero son cada vez menos frecuentes.

Historia Médica y Exámenes Clínicos

El examen médico, neurológico y radiográfico no revela ningún hallazgo positivo que pueda explicar el dolor.

Diagnóstico

Teniendo en cuenta los conceptos vertidos en párrafos anteriores, se puede apreciar que en el presente caso existen signos y síntomas característicos tanto de la N.T.I. como del S.C., por lo que estaríamos en presencia de un síndrome combinado de las dos enfermedades.

Comentarios: Síndrome Combinado Neuralgia Trigeminal - Cluster

El término síndrome NT-Cluster es apropiado cuando coexisten síntomas de neuralgia trigeminal y cluster. Los pacientes que sufren esta enfermedad padecen los dolores lancinantes* característicos de la N.T., a la vez que existen algunos aspectos típicos del S.C. Ambas enfermedades pueden comenzar juntas o bien pueden aparecer una primero que otra.

Watson y Evans (22) reportaron 14 casos en 1985. Cuatro pacientes comenzaron con N.T.I. y al cabo de algunos meses aparecieron síntomas del S.C. Para una paciente la secuencia fue inversa, con un intervalo de 6 años hasta que surgieron síntomas de N.T.

El resto de los pacientes padecieron desde el comienzo ambas enfermedades. La edad promedio de estos pacientes es un poco inferior a la de aquellos que sufren N.T.I. (44 años), sin embargo en los casos reportados las edades oscilan entre los 28 y los 76 años.

V CONCLUSIONES

Dada la variedad y complejidad de las afecciones dolorosas de la región craneo-facial, realizar un diagnóstico correcto constituye un elemento clave.

El reconocimiento clínico del síndrome combinado NT-SC resulta importante por razones terapéuticas ya que, muchas veces, es preciso implementar un tratamiento específico para cada afección. Además, el tratamiento puede no ser exitoso para ambos componentes de la enfermedad. Por ejemplo, de los cuatro casos descritos por Solomon en 1984 (23), luego del tratamiento quirúrgico de la enfermedad desapareció el componente N.T. en 3 de los casos, mientras que hubo persistencia del componente Cluster, aunque más atenuado.

(agregado)

En el caso reportado en el presente trabajo, la infiltración de streptomina-lidocaina en los ramos nerviosos afectados produjo un importante alivio de varios meses de duración(24). Este resultado coincide con el obtenido por Sokolovic (1986) y Stajic (1990)(25,26). Si bien esta enfermedad puede sufrir remisiones espontáneas, la historia de este paciente hace suponer una efectividad terapéutica de la solución de streptomina. Aparentemente dicha efectividad se debería a una estabilización de la membrana nerviosa al mismo tiempo que la streptomina inhibe la liberación de neurotransmisores a nivel de las terminaciones sinápticas de algunos nervios(27,28) El uso de este medicamento en el tratamiento de diversas algias faciales es prometedor aunque su efectividad aun esta

en discusion(26,29)

De todos modos la experiencia es muy poca en relación a esta enfermedad como para poder sacar conclusiones generales acerca del tratamiento, pero lo importante es agotar en primera instancia todas las alternativas no quirúrgicas.

VI BIBLIOGRAFIA

1. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalgia* 8 (Suppl. 7), 1988.
2. Fromm, G. H. et al.: Trigeminal Neuralgia. Current Concepts regarding Etiology and Pathogenesis. *Arch. Neurol.* 11: 309, 1984.
3. Jannet, P.: Observations on the Etiology of Trigeminal Neuralgia, Hemifacial Pain and Glossopharyngeal Neuralgia. Definitive Microsurgical Treatment and Results in 117 Patients. *Neurochirurgia*, 20: 146, 1977.
4. Dandy, V. F.: Concerning the Cause of Trigeminal Neuralgia. *Am. J. Surg.* 1934, 24: 447.
5. Ratner E. J. et al.: Jawbone Cavities and Trigeminal and Atypical Neuralgias. *Ord. Surg.* 48: 298, 1979.
6. Roberts, A. M. et al.: Further Observations on Dental Parameters of Trigeminal and Atypical Facial Neuralgias. *Oral Surg.* 58: 121, 1984.
7. Graff-Radford, S. B. et al.: Are Bony Cavities exclusively Associated with Atypical facial pain or trigeminal neuralgia?. *Proc. West. USA. Pain Soc.* 1988.
8. Graff-Radford, S. B.: *Orofacial Pain, an Overview of Diagnosis and Management.* Raven Press Ltd., New York, 1995.
9. Raskin, N. H.: *Headache.* Second Edition. Churchill Livingstone Inc. New York, 1988.
10. Bossy, J.: *Nosologie Traditionelle Chinoise et Acupuncture.* 1era. edición; Ed. Masson 1990.
11. Bossy, J.: Curso dictado en la Asociación Uruguaya de Acupuntura de Profesionales, agosto de 1995.
12. D'Alessandro, R. et al.: Cluster Headache in the Republic of San Marino. *Cephalgia*, 6: 159-162, 1986.
13. Manzoni, G., Terzanos, M. et al.: Cluster Headache. Clinical findings in 180 patients. *Cephalgia* 3: 21-30, 1983 b.
14. Mathew N. T.: Symptomatic Cluster. *Neurology* 43: 1270, 1993.
15. Tfelt-Hansen, P., Paulson, O. et al.: Invasive Odenoma of the Pituitary Gland and Chronic Migrainous Neuralgia: A Rare Coincidence or a Causal Relationship?. *Cephalgia* 2: 25-28, 1982.
16. Mani, S.; Deeter J.: Arteriovenous malformation of the brain presenting as Cluster headache. A case report. *Headache* 22: 184-85, 1982.
17. Kuritzky, A.: Cluster Headache-like Pain Caused by an Upper Cervical Meningioma. *Cephalgia* 4: 185-89, 1984.
18. Mathew, N.; Rueven, V.: Cluster-like headache following Head Trauma. *Headache* 27: 509-511, 1987.
19. Reik, L.: Cluster Headache after head injury. *Headache* 27: 509-511, 1987.
20. Onofrio, B. et al.: Surgical Treatment of Chronic Cluster Headache. *Mayo Clin. Proc.* 61: 537-544 1986.
21. Mathew, N.; Hurt, W.: Percutaneous Radiofrequency Trigeminal Gangliorhizolysis in Intractable Cluster Headache. *Headache* 28: 328-331, 1988.
22. Watson, P.; Evans, R.: Cluster-Tic Syndrome. *Headache* 25: 123-126, 1989.
23. Solomon, S.; Apfelbaum, R.: The Cluster-Tic Syndrome and its surgical treatment. *Cephalgia*, 5: 83-85, 1985.
24. Kreiner, M. Use of Streptomycin-lidocaine injections in the treatment of the cluster-tic syndrome. *J. Cranio-Max. Fac. Surg* (1996) 24, 289-292
25. Sokolovic, M...et al. Peripheral streptomycin/lidocaine injections in the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia. A preliminar report. *J Max-Fac Surg.* 14(1986) 8

- 26 Stajcic, Z., R. Juniper, L. Todorovic: Peripheral streptomycin/lidocaine injections versus lidocaine alone in the treatment of trigeminal neuralgia. *J. Cranio-Max. Fac. Surg.* 18 (1990), 243-247.
- 27 Alkadhi, K. A., R.J. McIsaac: Ganglion blocking effects of streptomycin. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 232 (1978), 58-57.
- 28 Sokoll, M.D., F.P.J. Diecke: Some effects of streptomycin on frog nerve in vitro. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 1969, 332-339.
- 29 Bittar, G. T., S.B. Graff-Radford: The effects of streptomycin-lidocaine block on trigeminal neuralgia: A double blind crossover placebo controlled study. *Headache.* 33 (1993), 155-160.