

Neuralgias craneales y dolor facial

Solo nos referiremos a las neuralgias más frecuentes y al dolor facial persistente idiopático.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Es la neuralgia más frecuente. Se caracteriza por ser un dolor unilateral, paroxístico, de muy corta duración (de una fracción de segundo a dos minutos), en el territorio de una o más divisiones del trigémino, generalmente segunda y tercera. El dolor suele ser de carácter fulgurante, referido como eléctrico, de inicio y final bruscos. Con frecuencia el dolor se provoca por estímulos triviales como lavarse la cara, hablar o lavarse los dientes, o se precipita por el tacto en zonas gatillo (por ejemplo frecuentemente el surco nasolabial), aunque puede aparecer espontáneamente. Existe una forma clásica y una sintomática. En la forma clásica no debe existir déficit neurológico asociado y puede deberse a compresión vascular de la raíz trigeminal. La forma sintomática, que puede mostrar alteración sensitiva, se relaciona con lesiones estructurales diferentes de la compresión vascular. Es recomendable la práctica de una

RMN craneal a toda neuralgia del trigémino de nuevo diagnóstico que permita descartar las neuralgias sintomáticas.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Tratamiento farmacológico

El tratamiento de elección son los fármacos antiepilépticos (FAE), que se pautan en dosis ascendentes, hasta llegar a la mínima dosis eficaz, intentando minimizar los frecuentes efectos indeseables. El tratamiento recomendado, con mayor experiencia y probada eficacia es la carbamacepina a dosis de inicio variables en función de la edad del paciente de 100-300 mg al día y aumento progresivo de 100 mg cada 2-3 días hasta 600-1200 mg repartidos en tres dosis. Precisa control hematológico periódico. Otros fármacos antiepilépticos con efecto antineurálgico como la oxcarbacepina (inicio con 150 mg y dosis de mantenimiento de 600 a 2400 mg al día repartidos en dos tomas), gabapentina (inicio con 300 mg y dosis de mantenimiento de 900 a 2400 mg al día) o pregabalina (inicio con 75 mg /12 h y dosis de mantenimiento de 300 a 600 mg al día) muestran en principio un perfil de efectos adversos más favorable. En ocasiones puede ser precisa la asociación de fármacos. Otros fármacos que pueden resultar útiles son la fenitoína (200-400 mg/d en 2-3 tomas), baclofen (15-75 mg/d en 3 tomas) valproato, lamotrigina, clonacepam y amitriptilina. (Tabla XII).

Tratamiento quirúrgico

Si fracasa el tratamiento médico puede plantearse tratamiento quirúrgico con técnicas ablativas sobre la raíz o el ganglio (compresión con balón, gangliolisis con glicerol, termocoagulación con radiofrecuencia y radiocirugía estereotáctica) con el riesgo de complicaciones sensitivas postratamiento y de recurrencia en casi la mitad de los casos. La alternativa es la descompresión microvascular, que ofrece mayor efec-

Tabla XII. Fármacos empleados en el tratamiento de la neuralgia del trigémino.

- Carbamacepina 600-1200mg/d, vo, en 3 tomas.
- Oxcarbacepina 600-2400mg/d, vo en 2 tomas.
- Gabapentina 900-2400 mg/d, vo, en 3 tomas.
- Pregabalina 300-600 mg/d, vo, en 2 tomas.
- Fenitoína 200-400mg/d, vo, en 2-3 tomas.
- Baclofen: 15-75 mg/d, vo, en 3 tomas.
- Otros: Amitriptilina, clonacepam, topiramato, valproato, lamotrigina.

tividad y menores trastornos sensitivos pero mayores riesgos quirúrgicos.

OTRAS NEURALGIAS

Los dolores neurálgicos se caracterizan por su carácter paroxístico, que dura desde una fracción de segundo a minutos y por desencadenarse por determinadas maniobras o por el tacto en zonas gatillo. En el caso de la neuralgia del glosofaríngeo el dolor se distribuye en la pared posterior de la lengua, fosa amigdalina, faringe, ángulo de la mandíbula y/o oído, y se precipita al masticar, tragar, hablar, toser o bostezar. En la neuralgia del nervio intermediario el dolor es en la profundidad del conducto auditivo y la zona gatillo la pared posterior del mismo. Podemos considerar las actitudes diagnósticas y terapéuticas similares a la descrita para la neuralgia del trigémino.

Existen neuralgias que afectan ramas distales del nervio trigémino, como la nasociliar, supraorbitaria y otras. Las lesiones de ramas terminales trigeminales representan neuropatías focales dolorosas y no necesariamente comparten el carácter paroxístico. La exploración puede mostrar alteración sensitiva e hipersensibilidad al tacto.

La neuralgia occipital es un dolor punzante, paroxístico, en la distribución del nervio occipital mayor o menor o del tercer nervio occipital, con o sin persistencia de dolor entre los paroxismos, que a veces se acompaña de una hipoestesia o disestesia en el área afectada, con frecuente hipersensibilidad al tacto sobre el territorio del nervio afectado. El dolor se puede desencadenar por presión, extensión cervical o rotación. El tratamiento consiste en analgésicos, miorrelajantes, infiltraciones locales (bloqueo anestésico) y en algunos casos la sección quirúrgica del nervio.

DOLOR CRANEAL O FACIAL HERPÉTICO AGUDO Y NEURALGIA POSTHERPÉTICA

El dolor craneal o facial herpético agudo, se refiere al que aparece precediendo y acompañando a la erupción herpética en las primeras semanas. Si el dolor persiste más allá de 2 meses hablamos de neuralgia postherpética. El riesgo de neuralgia postherpética es mayor cuanto mayor es la edad, en el sexo femenino y si la erupción o el dolor son severos.

El tratamiento de la fase aguda se basa en el tratamiento antivírico (aciclovir, valaciclovir, famciclovir) que administrado en las primeras 72 horas reduce el riesgo de neuralgia postherpética, y analgésicos, aunque también se ha utilizado la prednisona y la amitriptilina.

El tratamiento de la neuralgia postherpética es fundamentalmente con antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina a las dosis de 25-75 mg día, gabapentina y pregabalina a las dosis ya expuestas previamente en el tratamiento de la neuralgia trigeminal, y opiáceos de liberación retardada. Pueden ser útiles las pomadas de capsaicina. En los casos en que fracasa el tratamiento médico puede considerarse el tratamiento quirúrgico.

DOLOR FACIAL PERSISTENTE IDIOPÁTICO

El dolor facial persistente idiopático, anteriormente denominado algia facial atípica, no tiene las características de las neuralgias craneales (la duración y frecuencia es variable aunque suele ser persistente, diario, profundo, inicialmente en un área hemifacial y pobremente localizado, sin zonas gatillo). No es atribuible a otras causas. El dolor puede iniciarse tras una cirugía o un traumatismo facial o manipulaciones odontológicas, pero persiste sin ninguna causa local demostrable.

Su diagnóstico es pues por exclusión. El tratamiento recomendado son antidepresivos tricíclicos, pero la respuesta es muy variable. Se recomienda en lo posible evitar los analgésicos por el riesgo de dependencia, y tratar la clínica ansiosa o depresiva que pueda acompañar al cuadro.