

CONTENIDO

ARTÍCULOS ORIGINALES

- | | |
|----|---|
| 7 | Radiofrecuencia en el manejo de dolor facial atípico
<i>Eliás Atencio, Valerie Dominici.</i> |
| 12 | Racionalidad clínica de la combinación de AINEs y opioides
<i>Jorge Vargas.</i> |

Rev. Iberoamericana del Dolor Vol. 6, No. 1, 2011

Radiofrecuencia en el manejo de dolor facial atípico

Eliás Atencio⁽¹⁾, Valerie Dominici⁽²⁾

(1) Especialista en anestesiología y algología. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHDRAAM). Caja de Seguro Social. Ciudad de Panamá. (2) Residente de medicina familiar.

Documento recibido: 05 enero 2011. Aceptado para publicación: 10 de abril 2011

Radiofrequency in the management of atypical facial pain

ABSTRACT

We reported a case of atypical persistent idiopathic facial pain in a 17 years old woman. It was characterized by constant, dull, cramping, and aching pain. Almost always unilateral and variable in intensity. The radiographic findings were normal. The patient was treated with oral medication without success. We tried a pulsed radiofrequency procedure at the sphenopalatine ganglion with a good outcome. Rev. Iberoamericana del Dolor Vol. 6, No. 1, 2011 (pgs. 7 - 11).

Key words: Atypical facial pain, Radiofrequency

RESUMEN

Se reporta un caso de dolor facial atípico, persistente e idiopático en una paciente de 17 años. El dolor era constante, sordo y profundo. La mayoría de las veces unilateral y variable en intensidad. Los hallazgos radiológicos fueron normales. Recibió tratamiento farmacológico sin mejoría. Se utilizó radiofrecuencia pulsada sobre el ganglio esfénopalatino con mejoría total e inmediata. Rev. Iberoamericana del Dolor Vol. 5, No. 1, 2010 (pgs. 7 - 11).

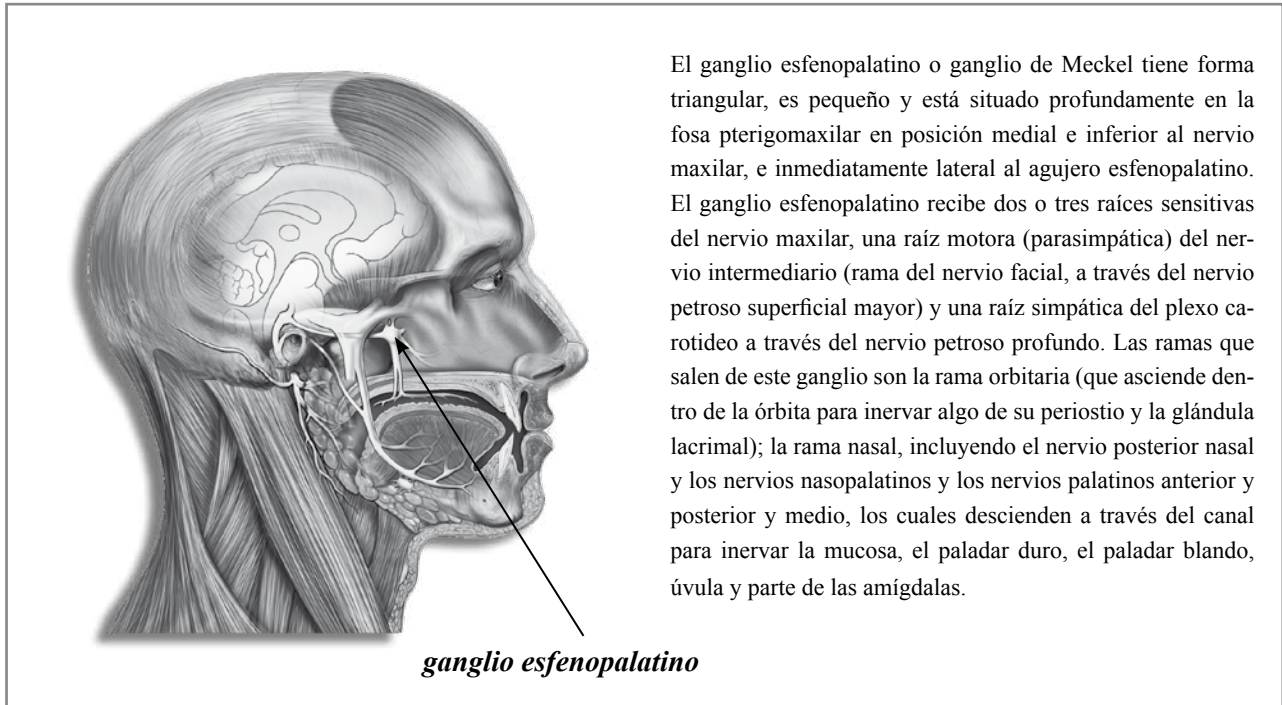
Palabras claves: Dolor facial atípico, Radiofrecuencia

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

AG es una joven de 17 años, sin antecedentes patológicos. En su primera consulta en la clínica de dolor, llevaba ya cuatro meses de evolución con cefalea parieto-temporal derecha y dolor facial en hemicara derecha. El dolor tenía un intensidad de 10/10 en la escala numérica, no se irradiaba, no presentaba hipersensibilidad, ni déficit sensitivo, el dolor era constante, sordo, profundo, constante y variable en intensidad. La paciente tenía ptosis palpebral derecha, sin inyección conjuntival, ni lagrimeo.

Manejo farmacológico previo. Inicialmente recibió carbamazepina 200 mg bid, más ácido valproico 500 mg bid por 3 meses, luego se cambió la prescripción a amitriptilina 25 mg cada noche, tramadol de liberación retardada 50 mg cada 8 horas, más pregabalina 300 mg cada 12 horas, por 3 meses sin mejoría del dolor.

Exámenes paraclínicos e imágenes. Se realizaron pruebas hematológicas e inmunológicas básicas: hemograma, velocidad de sedimentación, anticuerpos antinucleares, todas fueron normales. Los exámenes radiológicos, TAC cerebral con contraste y resonancia magnética cerebral y cervical con contraste, fueron de aspecto normal. El electroencefalograma fue normal.

Figura 1. Ganglio esfenopalatino

El ganglio esfenopalatino o ganglio de Meckel tiene forma triangular, es pequeño y está situado profundamente en la fosa pterigomaxilar en posición medial e inferior al nervio maxilar, e inmediatamente lateral al agujero esfenopalatino. El ganglio esfenopalatino recibe dos o tres raíces sensitivas del nervio maxilar, una raíz motora (parasimpática) del nervio intermediario (rama del nervio facial, a través del nervio petroso superficial mayor) y una raíz simpática del plexo carotídeo a través del nervio petroso profundo. Las ramas que salen de este ganglio son la rama orbitaria (que asciende dentro de la órbita para inervar algo de su periostio y la glándula lacrimal); la rama nasal, incluyendo el nervio posterior nasal y los nervios nasopalatinos y los nervios palatinos anterior y posterior y medio, los cuales descienden a través del canal para inervar la mucosa, el paladar duro, el paladar blando, úvula y parte de las amígdalas.

INTERVENCIÓN

Se empleó radiofrecuencia pulsada sobre el ganglio esfenopalatino, usando sedación con midazolam y fentanilo. Se colocó a la paciente en decúbito prono y con la ayuda del fluoroscopio, se ubicó el área entre el cóndilo y la escotadura mandibular derecha, se introdujo aguja 21G de 100 mm hasta llegar a la fosa pterigoidea, colocando la imagen en sentido antero-posterior para visualizar la profundidad de la aguja hacia el área nasal. Se hizo estímulo sensitivo con frecuencia de 50 Hz, encontrando parestesia en el área maxilar y mandibular. Seguidamente se hizo estímulo motor con frecuencia de 2 Hz, encontrando estímulo del músculo masetero.

Luego se utilizó radiofrecuencia pulsada a 42 °C por 120 segundos, se instiló 1 cc de bupivacaína al 0.25% más 40 mg de acetato de metilprednisolona, se retiró la aguja y se dio por terminado el procedimiento. En el postquirúrgico se monitorizaron los signos vitales y la saturación de oxígeno. En el área de recuperación se evaluó a la paciente, quien reporta mejoría absoluta del dolor y se observa

que ya no hay ptosis palpebral. Se maneja con pregabalin, disminuyendo la dosis gradualmente hasta suprimirla totalmente.

Dolor facial atípico: definición y características

La Sociedad Internacional de Cefaleas define el dolor facial atípico de la siguiente manera (IHS 2004):

- Dolor en el rostro
- Dolor que está presente todos los días y persiste durante todo el día o la mayor parte del día
- El dolor se localiza al inicio en un área limitada a un lado de la cara, es profundo y mal localizado
- El dolor no se asocia con pérdida sensorial u otros signos físicos
- No hay anomalías en los exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas

Tabla 1. Clasificación de dolores faciales habituales, relacionados con el territorio del nervio trigémino

Categoría	Historia / Patrón del dolor	Sinónimos
Dolor facial atípico	Cuadro doloroso somatomorfo, de larga duración. El dolor es permanente. La mayoría de las veces es unilateral y sin signos o síntomas autonómicos. Se describe como muy severo, con sensación de aplastamiento y ardor.	Dolor facial idiopático persistente
Neuralgia trigeminal tipo 1	Aparición espontánea (>50% dolor episódico)	Neuralgia trigeminal idiopática
Neuralgia trigeminal tipo 2	Aparición espontánea (\geq 50% dolor constante)	Neuralgia trigeminal atípica
Dolor neuropático trigeminal	Trauma trigeminal (postrauma, postcirugía)	
Dolor trigeminal por desaferentación	Trauma trigeminal intencional (p.e. procedimientos destructivos)	Anestesia dolorosa Hipoestesia dolorosa
Neuralgia trigeminal por esclerosis múltiple	Esclerosis múltiple	
Neuralgia trigeminal por otras causas	Lesión de fosa posterior, malformación de Chiari	Neuralgia trigeminal secundaria
Neuralgia postherpética	Antecedente de cuadro agudo de <i>Herpes zóster</i>	

DISCUSIÓN

El dolor facial atípico describe un grupo heterogéneo de síndromes dolorosos que comparten algunas características, pero que no se pueden clasificar como neuralgia del trigémino (ver Tabla 1).

El dolor facial atípico representa un reto diagnóstico. Los pacientes con frecuencia son mal diagnosticados o atribuyen

su dolor a un evento anterior, como un procedimiento dental o un trauma facial. Estados de ánimo como depresión y ansiedad son frecuentes en esta población y hacen más arduo el diagnóstico y el tratamiento. El manejo farmacológico es menos eficaz que en otros síndromes dolorosos faciales y requiere un enfoque multidisciplinario para abordar sus múltiples facetas.

En su mayoría los pacientes son mujeres en proporción 3:1. Puede estar acompañado de cefalea. Se exacerba

con el estrés, el insomnio y la ansiedad. A diferencia de la neuralgia del trigémino no tiene puntos gatillos. Los exámenes bioquímicos son normales, igualmente los potenciales evocados del trigémino y los exámenes radiológicos como radiografía de cráneo, TAC cerebral simple y contrastado, resonancia magnética cerebral simple y contrastada y estudios de senos paranasales (Sluyter 2003, Waldman 2008).

El tratamiento farmacológico de la neuralgia facial atípica, incluye como medicamentos orales de primera línea; antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), antiepilepticos (gabapentina, pregabalina, carbamazepina y ácido valproico) y terapia tópica con lidocaína en parche o capsaicina. Como terapia oral de segunda línea se utilizan los analgésicos opioides, los antagonistas de NMDA y los canabinoides (Krolczyk 2010).

Cuando el dolor es resistente a la terapia farmacológica, se puede optar por técnicas de radiofrecuencia. La radiofrecuencia es una corriente eléctrica que produce un tipo especial de electricidad. En contraste con la electricidad que utilizamos en casa, que emplea una frecuencia de 60 ciclos por segundo, la utilizada en medicina del dolor emplea 500,000 ciclos por segundo, provocando efectos biológicos. Se propone que la radiofrecuencia actúa a nivel de la raíz ganglionar sobre la formación de C-FOS en las neuronas, con efectos que parecen ser específicos sobre las pequeñas fibras no mielinizadas tipo C. (Ruiz-López 2002, Konstantin 2007).

RECOMENDACIONES

- Es muy importante trabajar sobre el diagnóstico dife-

rencial, ya que la cefalea facial atípica es un diagnóstico de exclusión.

- Buscar antecedentes de trauma facial, tumores de cabeza y cuello. Se deben incluir exámenes radiológicos para descartar lesiones intracraneales o anomalías óseas.
- Descartar infecciones (p.e. rinosinusitis) y causas inflamatorias, p.e. enfermedad del colágeno, para lo cual es necesaria la conducción de exámenes de laboratorio como hemograma, velocidad de sedimentación, anticuerpos antinucleares.
- Interrogar si el dolor se exacerba con situaciones de estrés, ansiedad o depresión.
- Evaluar si el dolor es constante, profundo, intermitente y variable en intensidad, para diferenciarlo de la neuralgia del trigémino que es repentino, neuropático, con área gatillo y está presente en el territorio de las ramas del nervio trigémino y no se superpone como si sucede en la cefalea facial atípica.
- Evaluar la articulación temporo-mandibular buscando antecedentes de bruxismo; explorar si el dolor incluye área occipital y área cervical.
- Inicialmente el tratamiento es farmacológico.
- Si no mejoran los síntomas luego de un manejo farmacológico bien estructurado y controlado, podemos valorar la opción de radiofrecuencia del ganglio esfenopalatino.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

Los autores declaran no tener conflictos de interés con la presentación de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- Fricton JR. Atypical orofacial pain disorder: A study of diagnostic subtypes. *Current Review Pain* 2000, 4(2): 142-7.
- IHS. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:9-160.
- Krolczyk S, et al. Persistent idiopathic facial pain. Updated: Jan 14, 2010 <http://emedicine.medscape.com/article/1142187-overview>
- Mursch K, Schapfer M, Trigeminal evoked potentials and sensory deficit in atypical facial pain a comparison with result in trigeminal neuralgia. *Neurology*, 2002 July-September; 17(3); 133-6.

-
- Ruiz-López R. Treatment of cranio-facial pain with radiofrequency. *Pain Practice* 2002 (2):3: 206-213
 - Sluyter S., Thoracic and cervical region: The sphenopalatine ganglion. Switzerland Amsterdam, Netherland 2003; 85-96
 - Slavin K. Current algorithm for the surgical treatment of facial pain. *Head Face Med.* 2007; 3: 30.
 - Waldman S, Common pain syndromes: Atypical facial pain. Second edition, Saunders, Elsevier 2008; 37-39.

Correspondencia:

Elías Atencio. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid-(CHDRAAM). Caja de Seguro Social. Ciudad de Panamá. eatencios@yahoo.com