

Algia facial: ¿opciones de tratamiento?

C. DEXEUS LLOPIS, M. DINU, C. BOLTÀ MASRAMON, N. BELETA BENEDICTO Y V. FRUTOS SAUMELL

RESUMEN

Las algias faciales pueden ser consecuencia de un gran número de enfermedades subyacentes difíciles de filiar por el médico, y es fundamental realizar una correcta anamnesis con una exploración neurológica detallada tratando de determinar la intensidad y duración del dolor, si es de origen primario o secundario, central o periférico, y haciendo hincapié en signos de alarma que hagan sospechar una enfermedad subyacente maligna.

Palabras clave: *Algia facial atípica. Tratamiento. Dolor facial idiopático.*

ABSTRACT

Facial algias can be the consequence of a large number of underlying diseases that are difficult to identify by the doctor, and it is essential to make a correct anamnesis with a detailed neurological examination, trying to determine the intensity and duration of the pain, whether it is of primary or secondary origin, central or peripheral, with an emphasis on the warning signs that suggest an underlying malignant disease. (DOLOR. 2018;33:73-6)

Key words: *Atypical facial algia. Treatment.*

Corresponding author: Carles Dexeus Llopis, cdexeusll@gmail.com

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años con intolerancia al metamizol, la lactosa y la fructosa, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de endometriosis y colesteatoma congénito derecho con parálisis del nervio facial ipsilateral e invasión del ápex petroso que se interviene en 2012 evidenciándose además una invasión supralaberíntica y del nervio facial en sus tres ramas hasta la porción anterior del ganglio geniculado. Se realizó una exéresis completa dejando la cavidad abierta; hubo una posterior recidiva y reintervención en abril de 2016. En junio de 2017 se realizó una resonancia magnética de control que objetivó un pequeño resto tumoral adyacente al ganglio geniculado con estabilidad radiológica, sin cambios significativos con respecto al último estudio.

Desde la primera intervención la paciente refería un empeoramiento de la parálisis facial, cofosis, disfunción vestibular y dolor hemifacial derecho de características neuropáticas, por lo que fue remitida a Rehabilitación, donde se inició un tratamiento con gabapentina 600 mg/6 h, amitriptilina 10 mg/24 h, parches de lidocaína al 5% e infiltración con toxina botulínica de tipo A 50 UI, sin mejoría del dolor.

En la Clínica del Dolor se constató un área de dolor frontal, orbitaria, maxilar, mandibular y supraclavicular derechas, que apareció tras la primera intervención, de características continuas, con crisis lancinantes y parestesias dolorosas, con EVN máximo de 9 y mínimo de 5, que empeoraba con el estrés y respetaba el descanso nocturno.

Se orientó como una algia facial atípica secundaria a una cirugía de colesteatoma y se pautó gabapentina 600 mg/6 h, amitriptilina 10 mg/24 h, tramadol *retard* 100 mg/24 h y parche de capsaicina al 8% con la desaparición del dolor lancinante y una reducción del 20% del dolor basal. Al cabo de tres meses, y tras una disminución progresiva de la medicación oral, la paciente presentó un empeoramiento del dolor lancinante y de base, por lo que se incrementaron las dosis del tratamiento oral y fue programada para un nuevo parche de capsaicina que se retiró a los 10 min por mala tolerancia ante prurito, hiperalgesia y eritema.

Actualmente la paciente está programada para ser sometida a un bloqueo diagnóstico del ganglio esfenopalatino y está siendo valorada para entrar en el estudio de estimulación magnética transcranial.

DISCUSIÓN

En este caso se trata de un dolor que afecta a la hemifacies y el territorio supraclavicular derechos, que empeora con el estrés, con una cofosis y paresia facial ipsilaterales y que apareció tras la resección de un colesteatoma gigante. El dolor no sigue ningún territorio sensitivo, ni se agrava con el paso del tiempo, y no aparece nueva clínica neurológica. Existen varias pruebas de imagen que descartan una enfermedad orgánica subyacente. Se obtiene así, como diagnóstico de exclusión, una algia facial atípica.

La algia facial atípica es una entidad mal definida, de causa desconocida, que consiste en un dolor continuo de características idiopáticas, casi diario, con una localización determinada y que puede irradiarse sin seguir un territorio específico. A menudo se acompaña de otras dolencias como colon irritable u otra entidad dolorosa. Suele ser refractario a un gran número de tratamientos, con respuesta parcial a los tricíclicos y la terapia cognitivo-conductual^{1,3}.

Por las características fisiopatológicas de la enfermedad se debe asumir que el objetivo es mejorar el dolor, y no paliarlo por completo, y que el abordaje terapéutico ha de ser multimodal. La estrategia adoptada con la paciente fue la siguiente:

- Terapia farmacológica: se intenta combinar diversos fármacos con distintos mecanismos para buscar la sinergia entre sí vigilando la aparición de efectos adversos. Al tratarse de un dolor neuropático con una etiopatogenia mal definida, se combinaron un opioide menor, un antidepresivo tricíclico, de elección en la algia facial atípica, y un antiepiléptico, con una respuesta parcial sobre el dolor⁴.
- Terapia tópica: se emplea en el dolor neuropático periférico localizado. En este caso, al ser un dolor de carácter neuropático localizado en una región concreta de la piel, se optó por parches de capsaicina al 8% con un buen resultado asociado a la terapia farmacológica⁵.
- Ganglio esfenopalatino: ganglio parasimpático ubicado en la fosa pterigomaxilar que recibe raíces del facial y es atravesado por las del trigémino. Guarda una estrecha relación con la fisiopatología de numerosas algias faciales y su bloqueo está indicado en migrañas unilaterales con localización frontal, en la cefalea de tipo *cluster* refractaria o en el dolor facial atípico. Se comienza por una infiltración diagnóstica escalando a técnicas de radiofrecuencia pulsada^{6,7}.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las algias faciales^{1,2}

Enfermedad	Clínica
Enfermedad de la ATM	Dolor generalmente bilateral que empeora al movilizar la mandíbula acompañado de chasquidos, bruxismo, bloqueo mandibular, etc.
Enfermedad de los senos maxilares	Dolor continuo y delimitado que empeora con los cambios de posición y existe un antecedente infeccioso respiratorio
Enfermedad dental	Dolor localizado en la arcada dentaria que suele empeorar con la masticación y la ingesta de alimentos dulces o fríos
Neoplasia intracraneal	Dolor continuo acompañado de clínica neurológica que se agrava con el tiempo y al que se suman nuevos síntomas en relación con la localización del tumor. Se puede asociar con signos de hipertensión endocraneal
Arteritis de células gigantes	Dolor continuo en la región temporal de inicio repentino unilateral o bilateral con posible afectación visual, claudicación mandibular, febrícula y polimialgias
Dolor central secundario a ACV	Ipsilateral al ACV tras meses del evento, de características continuas con disestesias y alodinia
Cefalea de Horton	Dolor intermitente de alta intensidad en la órbita y la región temporal unilateral con una frecuencia variable y duración de entre 15 min y 3 h
Migrañas	Cefalea intensa, de inicio brusco y ascendente, pulsátil, que puede presentar aura previa, náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia
Cefalea tensional	Cefaleas primarias con dolor moderado mal distribuido, continuo, de unas 4 h de duración, con una frecuencia casi diaria
Neuralgia del trigémino primaria	Crisis de dolor lancinante de altísima intensidad 10-30 veces/día, unilateral en el territorio del trigémino de segundos/minutos de duración
Neuralgia del trigémino secundaria	Dolor continuo urente en el área del trigémino afecta por un traumatismo/tumoración que empeora con el tacto, y son características la alodinia y la hiperalgesia
Neuralgia postherpética	Dolor continuo urente con alodinia que persiste en la zona afecta por el herpes zóster tras tres meses de la remisión de las vesículas
Otras neuralgias	Características similares a la neuralgia del trigémino, pero siguiendo otros territorios nerviosos
Hemicránea continua	Dolor moderado hemicraneal mantenido con exacerbaciones y disfunción del sistema autonómico
Algia facial atípica o dolor facial idiopático persistente	Dolor continuo que no sigue ninguna distribución anatómica con posibles irradiaciones y que empeora con el estrés. En relación con otros tipos de dolor, alteración humoral, etc.

– Estimulación magnética transcraneal: se basa en generar una corriente mediante un campo magnético sobre la región del córtex que se desea despolarizar y activar. Su empleo está muy extendido en trastornos psiquiátricos, con resultados pendientes de ser evaluados⁸, y, aunque en la terapia del dolor facial no existe bibliografía concluyente⁹, los estudios realizados hasta ahora

son heterogéneos y con un amplio sesgo. Se postula que en pacientes con dolor central o por diferenciación neuronal, como en este caso (la clínica se inició tras una exéresis), al estimular el córtex motor primario contralateral a la región dolorosa se conseguiría modular la hiperactividad tálamo-córtex con una mejoría significativa del dolor^{10,11}.

En definitiva, el dolor facial idiopático persistente es una enfermedad con un diagnóstico de exclusión: deben descartarse causas potencialmente tratables o mortales si no son diagnosticadas a tiempo, y su tratamiento ha de ser multimodal para conseguir una mayor tasa de éxito y un mejor control del dolor que permita a los pacientes la reinserción laboral y una calidad de vida aceptable.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. M.^a del Mar Monerris por su tiempo y dedicación al tutelaje del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zakrewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. *Br J Anaesth.* 2013;111(1):95-104.
2. Gómez A, Melo MC. Cefaleas y algias faciales. En: Català E, Ferrándiz M, Genové M. Manual de tratamiento del dolor. 3.^a ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2015. p. 1-575.
3. Tenhamm E, Kahn M. Síndrome de dolor facial. *Rev Med Clin Condes.* 2014;(25):658-63.
4. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2015;14(2):162-73.
5. Ferrándiz M, Santeularia MT. Tratamiento tópico. En: Català E, Ferrándiz M, Genové M. Manual de tratamiento del dolor. 3.^a ed. Barcelona: P. Permanyer; 2015. p. 1-575.
6. Reig E, Abejón D, Contreras R, Insausti J, Del Pozo C. Ganglio esfeno-palatino. En: Manual de técnicas de radiofrecuencia para el tratamiento del dolor. Vol. I. Radiofrecuencia. 2.^a ed. Madrid: Cuarto Escalón; 2004. p. 1-125.
7. Akbas M, Gunduz E, Sanli S, Yegin A. Sphenopalatine ganglion pulsed radiofrequency treatment in patients suffering from chronic face and head pain. *Braz J Anesth.* 2016;66(1):50-4.
8. Aleman A. Use of repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment in psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2013;11(2): 53-9.
9. O'Connell NE, Marston L, Spencer S, DeSouza LH, Wand BM. Non-invasive brain stimulation techniques for chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4:CD008208. [Epub ahead of print].
10. Sukul VV, Slavin K. Deep Brain and Motor Cortex Stimulation. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18(7):427.
11. Lefaucheur JP, Ayache SS, Sorel M, Farhat WH, Zouari HG, Ciampi de Andrade D, et al. Analgesic effects of repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex in neuropathic pain: Influence of theta burst stimulation priming. *Eur J Pain.* 2012;16(10): 1343-477.