



E.U.

Diagnóstico diferencial de dolor orofacial con especial énfasis en los desórdenes temporomandibulares

Primera parte

Autores: Patricia A. Rudd, profesora titular del Centro de Dolor Orofacial de la Universidad de California, San Francisco y Charles McNeill, profesor y director del Centro de Dolor Orofacial de la Universidad de California, San Francisco.

Para diferenciar y diagnosticar apropiadamente los desórdenes dolorosos orofaciales, el proveedor de los servicios de salud debe tener un conocimiento activo de las múltiples clasificaciones de dolor de cabeza, cara y cuello, así como de sus criterios de diagnóstico.¹ Muchas patologías de la cabeza y cuello se enmascaran como dolor orofacial, por consiguiente, los facultativos deben considerar en su diagnóstico diferencial las enfermedades no relacionadas con el sistema masticatorio. Llevar a cabo un proceso de diagnóstico completo es determinante, ya que emitir uno incorrecto o incompleto es una de las causas más frecuentes de fracaso del tratamiento y muerte en los pacientes.²

Clasificaciones del dolor orofacial

Se ha convertido en una tarea desalentadora identificar todas las fuentes posibles de dolor que pueden ser la causa, el efecto o que son coincidentemente manifestaciones de dolor orofacial de un paciente. En aras de ayudar a diferenciar los diversos fenómenos dolorosos intraorales, de cabeza, cara, mandíbula y cuello, resulta esencial tener un acercamiento sistemático. Las clasificaciones de dolor establecidas internacionalmente con el criterio de diagnóstico operacional para los múltiples procesos dolorosos orofaciales sirven como guías útiles. Aunque el mecanismo desencadenante del dolor orofacial no puede ser conocido totalmente, los diagnósticos diferenciales pueden basarse en los criterios de inclusión y exclusión universalmente aceptados.

En 1988, la Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza (IHS, por sus siglas en inglés) publicó su sistema de diagnóstico de referencia denominado Clasificación y Criterio Diagnóstico para Desórdenes Dolorosos de Cabeza, Neuralgias Craneales y Dolor Facial.³ En apoyo a este esfuerzo, la Academia Americana de Dolor Orofacial ⇨

Referencias bibliográficas

- McNeill C, Dubner R. What is pain and how do we classify orofacial pain? In JP Lund, GJ Lavigne, R Dubner, BJ Sessle (eds). *Orofacial pain: from basic science to clinical management*. Carol Stream, Quintessence Publishing Co. 2001:3-14.
- McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *J Prosthet Dent* 1997;77:510-522.
- International Headache Society. *Classification and Cephalgia, Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain*. Oslo, Norway, Norwegian University Press; 1988, Vol. 8, Suppl. 7, 1-96.
- McNeill C (ed). *Craniomandibular disorders: guidelines for evaluation, diagnosis and management*. Chicago, Quintessence Publ. Co. Inc. 1990.
- Temporomandibular disorders: guidelines for the classification, assessment and management*. Chicago, Quintessence Publishing Co. 1993.
- Okeson JP (ed). *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management*. Chicago, Quintessence Publishing Co. 1996.
- Fields HL. Introduction In HL Fields (ed). *Pain syndromes in neurology*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd. 1990:1-18.
- Mathews B, Sessle BJ. Peripheral mechanisms of orofacial pain. In JP Lund, GJ Lavigne, R Dubner, BJ Sessle (eds). *Orofacial pain: from basic science to clinical management*. Carol Stream, Quintessence Publishing Co. 2001:37-46.
- Bennett GJ. Chronic pain due to peripheral nerve damage: an overview. In HL Fields, JC Liebeskind (eds.). *Pharmacological approaches to the treatment of chronic pain: new concepts and critical issues*. Seattle, IASP Press 1994:51-59.
- Slavkin HC. Chronic pain syndromes. *JADA* 1997;128:1483-1489.
- Aniceto GS, Penin AG, de la Mato Pages R, Moreno JJM. Tumors metastatic to the mandible: analysis of nine cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:246-251.
- Solomos S, Cappa KC. The headache of temporal arteritis. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:163-165.
- Okeson JP (ed.). Differential diagnosis and management considerations of primary headache (neurovascular and tension-type headache). In *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management*. Chicago, Quintessence Publishing Co. 1996:61-71.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990: criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-172.
- Widmer CG. Current beliefs and educational guidelines. In JP Lund, GJ Lavigne, R Dubner, BJ Sessle (eds.). *Orofacial pain: from basic science to clinical management*. Carol Stream, Quintessence Publishing Co. 2001:27-34.
- Okeson JP (ed). Differential diagnosis management of neuralgias, nerve trunk and deafferentation pain. In *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Chicago, Quintessence Publishing Co., 1996:73-88.

(conocida en ese momento como la Academia Americana de Desórdenes Craneomandibulares) publicó en 1990 una clasificación de diagnóstico para los desórdenes temporomandibulares (DTM).⁴ La Academia Americana de Dolor Orofacial (AAOP, por sus siglas en inglés) mejoró esta clasificación en 1993 con la adición de criterios diagnósticos de inclusión y exclusión más específicos.⁵ En 1996, la clasificación diagnóstica de la AAOP se extendió –basándose en la clasificación de la IHS– al incluir todas las condiciones de cabeza, cara y cuello que podrían asociarse con dolor orofacial⁶ (Cuadro 1). Esta clasificación y la clasificación pionera de la Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza son un trabajo en constante progreso con planes para publicar continuamente las ediciones actualizadas y los nuevos logros en investigación que demanda una ciencia en permanente evolución.

Los éxitos diagnósticos de dolor orofacial empiezan con el profesional de la salud que entiende los principios básicos actuales de los mecanismos de dolor. Desafortunada e históricamente esta información no se ha incluido de manera rutinaria en los planes de estudio de las ciencias de la salud. El dolor es descrito como una experiencia subjetiva y personal que involucra sensación y emoción.⁷ El dolor agudo normalmente presenta un ataque súbito reciente y de corta duración limitado al

tiempo de curación normal. El desarrollo de dolor nociceptivo agudo (normal) puede deberse a inflamación, deformación mecánica, lesión continua o destrucción del tejido.⁸ Generalmente, el dolor agudo es limitado y no representa un problema de diagnóstico típico.

El paciente entiende la causa y el efecto del dolor, en tanto que el médico usualmente interviene de forma apropiada para tratar el problema, pero a veces el dolor persiste o empeora más allá del tiempo esperado de remisión. Históricamente, los fenómenos dolorosos que duran más de tres meses, sin tener en cuenta el mecanismo, han sido denominados condiciones de dolor crónico o síndromes, aunque hoy el término preferido es dolor persistente no maligno. El ataque del dolor persistente no maligno está peor definido que el dolor agudo. Las patologías con dolor persistente no son entendidas fácilmente por el paciente o los clínicos y se llegan a convertir en dolor sin significado.⁹ Las condiciones de dolor persistente están creciendo en una proporción más rápida que las de dolor agudo, que suman 80% de todas las muertes y morbilidad.¹⁰

El alcance práctico para el profesional de la salud responsable del manejo del dolor orofacial incluye el siguiente rango de diagnóstico:

Cuadro 1. Dolor orofacial: rango diagnóstico

- Dolor intracraneal/vascular
- Dolor neurovascular
- Dolor neurogénico/neuropático
 - Desórdenes dolorosos paroxísticos
 - Desórdenes dolorosos continuos
- Dolor extracraneal
 - Desórdenes de ojos, oídos, nariz y garganta
 - Desórdenes dolorosos intraorales
 - Desórdenes dentales y periodontales
 - Desórdenes mucogingivales, de lengua y glándulas salivales
 - Desórdenes dolorosos músculo-esqueléticos
- Desórdenes cervicales
- Desórdenes maxilares

Adaptado de la clasificación de la Academia Americana de Dolor de Cabeza, Cara y Cuello

procesos médicos que directamente causan, refieren o se enmascaran como dolor orofacial, condiciones intraorales dolorosas y dolorosas músculo-esqueléticas que afectan los maxilares (desórdenes temporomandibulares).¹ Entre los mecanismos médicos que pueden ser asociados con dolor orofacial están los desórdenes intracraneales no vasculares y los desórdenes vasculares, los procesos dolorosos neurovasculares, dolorosos neurogénicos (neuropáticos) y otros desórdenes dolorosos extracraneales, además de los trastornos dolorosos músculo-esqueléticos e intraorales (óticos, nasales, sinusales y de garganta).³ Algunos de los desórdenes dolorosos intraorales son: de tejidos duros y blandos (dientes y el hueso de soporte), mucogingivales y dolor de la lengua, así como trastornos de las glándulas salivales.⁶ Las condiciones músculo-esqueléticas que involucran a los maxilares son denominadas comúnmente desórdenes temporomandibulares (DTM), entre ellas los desórdenes de la articulación temporomandibular (articular) y desórdenes de los músculos masticatorios (no articular).^{2,4,5,6}

Los desórdenes de las estructuras intracraneales, como las neoplasias, aneurismas, abscesos, hemorragias o hematomas y edema, pueden diferenciarse fácilmente del dolor orofacial.¹¹ Éstos deben considerarse primordialmente en el proceso de diagnóstico, ya que pueden poner en riesgo la vida y requieren de atención inmediata (Figura 1). Un desorden doloroso vascular (arteritis temporal, arteritis de células gigantes) podría ser mal diagnosticado como dolor miofascial, que involucra el músculo temporal (Figura 2). Cuando esto no es diagnosticado apropiadamente, el paciente no recibe la terapia de corticosteroides necesaria para el proceso inflamatorio autoinmune. La tragedia subsecuente es que esa arteritis temporal puede llevar rápidamente a una pérdida de visión debido a la pérdida aguda del suministro de sangre.¹²

Dado que el dolor de cabeza es una queja común reportada por los pacientes que padecen desórdenes temporomandibulares y

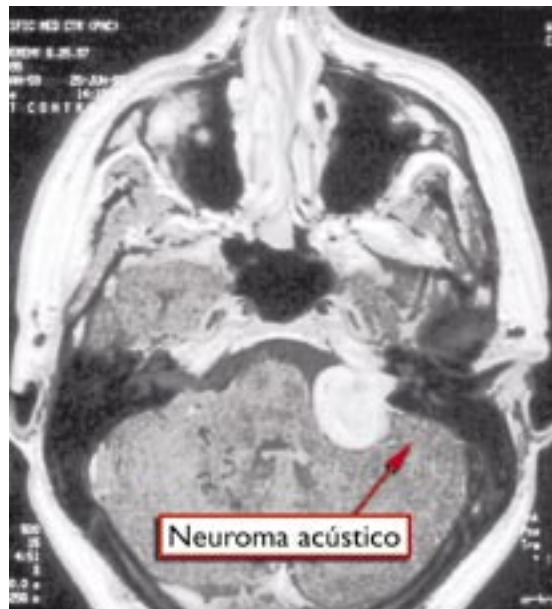


Figura 1. El neuroma acústico se puede presentar inicialmente como dolor facial y mandibular.



Figura 2. La sensibilidad fina de la arteria temporal es un rasgo clásico de arteritis temporal.

en virtud de que el dolor neurovascular y los DTM pueden compartir los mismos patrones nociceptivos, los odontólogos deben estar conscientes de las características del dolor de cabeza primario y su relación potencial con el dolor orofacial.¹³ Los desórdenes neurovasculares (dolor de cabeza primario) asociados con dolor orofacial incluyen los

dolores de cabeza de la migraña con aura (clásico) y migraña sin aura (migraña común), los dolores de cabeza variantes de migraña, dolor de cabeza en racimo, hemicráneo paroxístico crónico y dolor de cabeza tipo tensional. Se cree que los dolores de cabeza tipo tensional son crónicos o episódicos (como dolor de cabeza tipo migraña), los cuales son bilaterales, de suave a moderada intensidad y se caracterizan por una presión no pulsátil o una ligera tensión en la cabeza. Los dolores de cabeza no han sido vinculados con la función mandibular y pueden o no presentar sensibilidad a la palpación de los músculos pericraneales.³ Es importante distinguir entre los dolores de cabeza de la migraña, los dolores de cabeza tipo tensional, el dolor de cabeza cervicogénico, el dolor muscular global (fibromialgia)¹⁴ y el dolor miofascial localizado. Los síntomas de estas condiciones pueden ser muy similares, pero la fuente del dolor puede ser diferente y, por lo tanto, requieren distintas estrategias de manejo.¹⁵

El dolor neurogénico (neuropático) se define como dolor iniciado o causado por una lesión primaria o trastorno en el sistema nervioso.¹⁶ El dolor neuropático es un desorden que resulta de una lesión, periférica y/o central, en el sistema de transmisión del dolor y por lo general está presente en ausencia de una fuente primaria actual de dolor. Las neuralgias, neuromas, neuropatía diabética, neuralgia posherpética y odontalgia atípica son ejemplos de síndromes neuropáticos dolorosos. La odontalgia atípica (históricamente llamada dolor de diente fantasma) es comúnmente un caso de dolor neuropático mal diagnosticado y mal atendido en odontología.

Los trastornos neuropáticos dolorosos se dividen en paroxísticos o continuos. Entre los paroxísticos asociados con dolor orofacial se encuentran los siguientes: neuralgia trigeminal, neuralgia glossofaríngea, neuralgia intermedia nerviosa, neuralgia laríngea superior y neuralgia occipital. Las sensaciones de dolor siguen la distribución de estos diferentes nervios y se caracterizan por un doloroso y corto choque eléctrico (lancinante o punzante) que dura sólo segundos a minutos, con intervalos libres de dolor.

Uno de los aspectos distintivos de la neuralgia trigeminal, neuralgia glossofaríngea y neuralgia laríngea superior es que el dolor se evoca por estímulos triviales, incluyendo el uso de los maxilares (por ejemplo, hablar, tragar o incluso el cepillado de los dientes), así como tocar ligeramente la cara o la boca (Figura 3). Los desórdenes dolorosos neuropáticos continuos asociados con dolor orofacial son principalmente síndromes dolorosos de aferenciación relacionados con la compresión o la distorsión, desmielinización, infarto o inflamación de los nervios craneales. El herpes zoster agudo, la neuralgia crónica posherpética y los neuromas son algunos casos de condiciones dolorosas continuas.

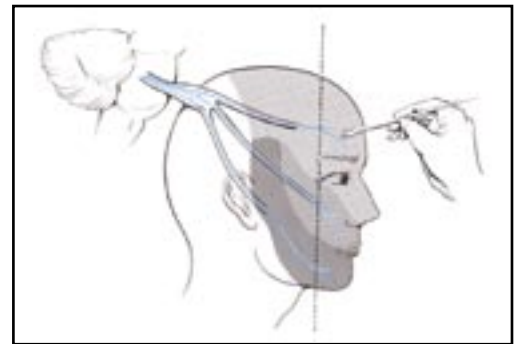


Figura 3. Examen neurológico para cambios sensoriales en las tres divisiones del nervio trigémino vpc.

Las patologías dolorosas extracraneales asociadas con dolor orofacial incluyen dolor relacionado con los ojos, las orejas, la nariz, los senos, la garganta, estructuras intraorales, cuello, maxilares y huesos craneales. El sitio de dolor en la cabeza, cuello y la región orofacial no es a menudo la fuente primaria del dolor, lo que propicia que el diagnóstico diferencial sea sumamente difícil. La referencia de dolor de una estructura a otro sitio es aparentemente muy común y se explica en parte por la convergencia de entrada nociceptiva en el subnúcleo caudal (Figura 4).

La espina cervical es una fuente común de dolor orofacial. Este último puede originarse o puede ser el resultado del trastorno de los

músculos cervicales, ligamentos, facetas articulares y/o tejidos neurales. La convergencia de entrada nociceptiva de los nervios cervicales superiores (C1, C2, y C3) con la entrada nociceptiva del nervio trigémino en el subnúcleo caudal del tallo cerebral puede resultar en una discriminación cortical incorrecta de la fuente real del dolor (Figura 5). En consecuencia, el paciente no puede ser capaz de determinar si la fuente del dolor está en su cuello, cabeza, mandíbula o dientes. La clasificación de desórdenes cervicales es esencialmente igual a la clasificación de los desórdenes músculo-esqueléticos que afectan a la mandíbula.

Entre los desórdenes dolorosos intraorales se encuentran el dolor odontogénico y condiciones de dolor asociadas con los tejidos mucogingivales, lengua y glándulas salivales. Estos desórdenes son familiares y rutinariamente examinados por los profesionales de la salud dental. Sin embargo, se piensa que la odontalgia atípica es un dolor neuropático persistente y no resulta familiar para los dentistas en general. Debido a la falta de comprensión de los mecanismos dolorosos del sistema nervioso central y las complejidades de los síndromes dolorosos persistentes, la odontalgia atípica normalmente es mal atendida. Tal diagnóstico está definido como un continuo y variable dolor dentario diurno o como dolor en el sitio del diente de más de cuatro meses, sin fuente obvia de patología local. Se describe a menudo como un dolor lacerante y/o sensación de presión con una historia de trauma o deaferenciación. Desgraciadamente, este diagnóstico con frecuencia no es bien manejado, comúnmente con tratamientos de conductos repetidos, apicectomías e incluso extracciones (Figura 6). La consecuencia es incremento del dolor y daño irreversible para el paciente. **DOLOR**

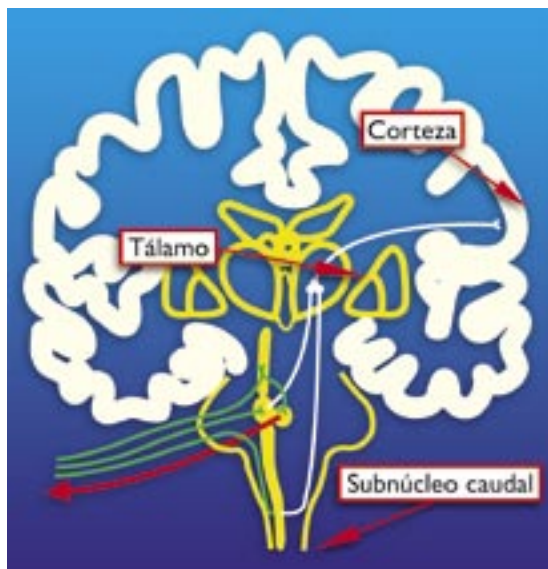


Figura 4. La entrada nociceptiva del sistema sensorial trigeminal converge con la entrada de otros nervios craneales y el subnúcleo caudal cervical superior antes de la sinapsis con las neuronas en el tálamo, llegando finalmente a la corteza sensorial.



Figura 5. La entrada nociceptiva de los nervios cervicales superiores (C1, C2 y C3) converge con la entrada nociceptiva del nervio trigémino en el subnúcleo caudal, lo que puede resultar en una discriminación cortical incorrecta de la fuente real del dolor.



Figura 6. Radiografía panorámica que revela múltiples procedimientos endodónticos innecesarios para tratar el dolor intraoral neuropático persistente.