

INFORME DE CASO

Dolor crónico del maxilar. Presentación de un caso

Chronic pain of the maxilla. Presentation of a case

Carlos Alberto Díaz Pérez, Gema Nataly Barreiro Mendoza, Milagros Martínez Rodríguez

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presentó el caso de una paciente de 31 años de edad atendida en el Departamento de Patología bucal de la Universidad de San Gregorio de Portoviejo, Ecuador, con historia de dolor de más de dos años de duración en el maxilar derecho luego de una extracción dentaria. Se abordaron aspectos de la semiotecnia diagnóstica y el tratamiento. Se realizó una revisión actualizada de la literatura científica sobre el tema.

Palabras clave: dolor crónico; dolor orofacial; inflamación ósea; extracción dentaria

ABSTRACT

It was presented a case of 31-year-old female patient admitted at the Department of Oral Pathology at the University of San Gregorio of Portoviejo, Ecuador, with a history of pain of more than two years in the right maxilla after a tooth extraction. Aspects of diagnostic, semiotic and treatment are exposed. An updated review of the scientific literature on the subject is made.

Keywords: chronic pain; facial pain; bone inflammation; tooth extraction

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un factor que altera la calidad de vida de los seres humanos, su manejo en la región orofacial constituye uno de los problemas más complejos en Odontología debido a la anatomía de la zona, la diversidad de la etiología, cuadro clínico y pautas de tratamiento. Diferentes estudios epidemiológicos reconocen la importancia del problema y su incidencia en las poblaciones estudiadas, la cual puede variar en un rango de 7 a 32 %, según el contexto de la investigación.¹

El dolor crónico se define como un dolor persistente o recurrente que dura más de tres meses, en el caso específico de la cefalea y el dolor orofacial se consideran crónicos cuando ocurren al menos 50 % de los días durante al menos tres meses.²

Aunque el dolor es un mecanismo de alerta ante un daño recibido por el organismo, cuando se prolonga en el tiempo pierde esa importante función para convertirse de hecho en una enfermedad difícil de manejar, teniendo particularidades en la región orofacial donde provoca afectaciones en funciones vitales como son la comunicación o la nutrición, así como en la psicología de las personas que lo padecen asociado a la ansiedad y la depresión.¹

El presente estudio reporta el caso de una paciente de 31 años de edad atendida en el Departamento de patología bucal de la Universidad de San Gregorio de Portoviejo, Ecuador, con historia de dolor en el maxilar derecho por más de dos años. Se establece la semiotecnia seguida para el diagnóstico y tratamiento, así como una revisión actualizada de la literatura científica sobre el tema.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 31 años de edad, la cual es referida al Departamento de Patología bucal de la Universidad de San Gregorio de Portoviejo por dolor en el maxilar derecho de más de dos años de

duración, descrito como un dolor sordo, de intensidad variable y persistente, el cual no se alivia con medicamentos.

La historia del dolor comenzó alrededor de dos meses después de la extracción del primer premolar superior derecho por odontalgia, en busca de alivio la paciente visita diferentes centros de atención odontológica, los tratamientos recibidos incluyen la extracción de los tres molares de la hemiarcada superior derecha, así como medicación con antiinflamatorios no esteroideos y ansiolíticos. La paciente manifiesta su frustración ante los pobres resultados de los tratamientos recibidos.

Examen físico

Paciente edente parcial superior e inferior. En la arcada superior derecha tiene presente incisivo central y lateral, canino y segundo premolar bien implantados y con integridad de su anatomía. Mucosa bucal húmeda y de color normal. Dolor sordo a la palpación, circunscripto a la zona molar edente del maxilar derecho y partes blandas del vestíbulo bucal y espacio retromolar. No se detectan lesiones en la zona examinada.

Hipótesis diagnóstica: Dolor crónico en maxilar derecho.

Estudios complementarios: Imaginológicos: radiografía panorámica (Figura 1) donde se observó una imagen multiloculada en zona edente del maxilar derecho.



Figura 1. Radiografía panorámica: imagen multiloculada en zona edente del maxilar derecho.

Tratamiento: exploración quirúrgica y biopsia. Se realizó un colgajo mucoperióstico, exponiéndose el hueso maxilar subyacente, se observan pequeñas cavitaciones en el hueso, se toma muestra para biopsia, se hace curetaje y regularización de la zona intervenida.

Resultado de estudios histológicos: (Figura 2).

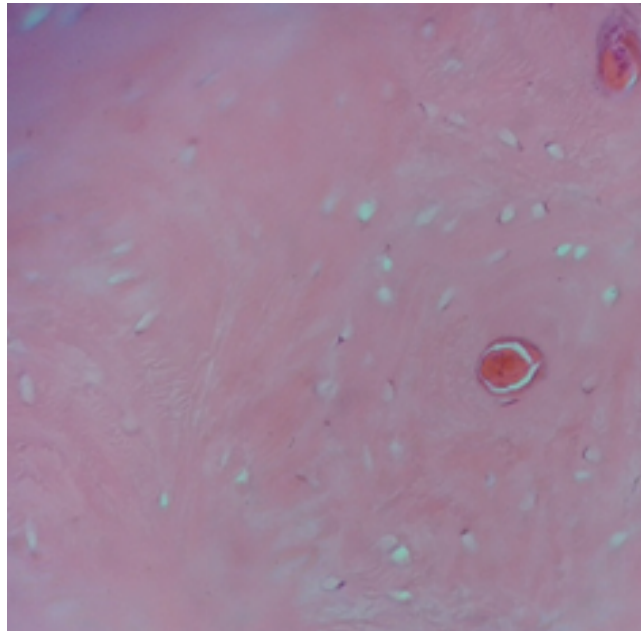


Figura 2. Espículas óseas y escaso tejido fibroconectivo con infiltrado linfoplasmocitario. No se observan cambios neoplásicos.

Diagnóstico histológico: inflamación crónica y cambios reparativos.

Diagnóstico definitivo: dolor crónico del maxilar derecho asociado a inflamación crónica.

Evolución: luego de 12 meses la paciente ha evolucionado de forma favorable libre de dolor.

DISCUSIÓN DEL CASO

Diagnóstico

El diagnóstico es la clave para un correcto tratamiento del dolor crónico orofacial. Una correlación rigurosa entre la investigación clínica y la taxonomía del dolor orofacial permitirá individualizar al paciente y optimizar las acciones terapéuticas.

La investigación clínica implica una anamnesis bien dirigida para conocer la historia de la enfermedad, los factores epidemiológicos y psicosociales concomitantes, así como una exploración física rigurosa y metódica del aparato estomatognático, todo lo cual permitirá solicitar estudios complementarios de manera racional.

El sexo es un factor que se debe tener en cuenta como predictor durante la construcción del diagnóstico clínico de dolor orofacial crónico.

Estudios epidemiológicos reconocen que el sexo femenino tiene una mayor predisposición para el desarrollo de esta condición patológica, asociado a diferencias hormonales, y a particularidades del sistema nervioso.³

La historia del dolor es otro elemento clave para plantear el diagnóstico diferencial. El dolor orofacial crónico es heterogéneo en su presentación clínica, puede ser localizado o irradiado, unilateral o bilateral, y responde a una amplia variedad de causas.⁴

El examen físico cuidadoso y sistemático permitirá detectar cualquier lesión del aparato estomatognático causante del dolor, y si no se determina una causa aparente, facilita comprender las características del dolor en las estructuras anatómicas afectadas.

En este caso la radiografía panorámica fue suficiente para orientar el diagnóstico. Pigget et al., en el 2011 consideraron la Tomografía Axial Computarizada (TAC) superior a los estudios radiográficos periapicales y panorámicos para excluir la inflamación como causa de dolor crónico.

En un estudio posterior del 2014 plantearon que existe una correlación significativa entre la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y los hallazgos radiográficos en la radiografía panorámica, periapical y la tomografía axial computarizada en pacientes con dolor crónico orofacial.^{5,6}

Función de la inflamación en el dolor orofacial crónico

Las investigaciones actuales sobre el papel que juega la inflamación crónica en el desarrollo del dolor neuropático del trigémino buscan explicar su influencia en los mecanismos neuronales centrales y periféricos. Goto et al⁷, afirman que la inflamación de los tejidos periféricos puede alterar las propiedades de las vías sensoriales somáticas trayendo como resultado un aumento de la respuesta dolorosa causada tanto por la estimulación patológica como por la normalmente inocua, lo cual tiene su basamento en los cambios en la excitabilidad de las neuronas del ganglio del nervio trigémino.

Otros estudios relacionan la inflamación, infección y trauma con la respuesta inmune, y reportan la potencial influencia que tienen las células gliales del Sistema Nervioso Central en la experiencia dolorosa.^{8,9} A su vez Lechner y von Baehr plantean en su investigación que: "en la inflamación subclínica de los maxilares relacionada con el dolor facial atípico y con la neuralgia del trigémino, existe a una sobreexpresión local de quimoquinas reguladas y secretadas por los linfocitos T normales".¹⁰

Tratamiento

El manejo del dolor orofacial crónico debe ser multidisciplinario por sus múltiples causas y presentación clínica.¹⁰ En este caso se aprecia un inadecuado diagnóstico previo y por tanto del tratamiento, el cual se basó en exodoncias y medicación con antiinflamatorios no esteroideos y ansiolíticos. Zakrzewska⁴, en su estudio reporta que muchos pacientes aquejados de dolor orofacial crónico fueron inadecuadamente tratados antes de ser referidos a especialistas competentes, solamente el 11 % fue referido al psiquiatra o psicoterapia, 9 % a terapia de dolor, 7 % a evaluación neurológica y el 30 % a cirujanos maxilofaciales.

Benoliel et al., consideran que el nervio trigémino parece desplegar un síndrome doloroso único desconocido en otros sitios anatómicos, donde la respuesta del dolor neuropático al tratamiento farmacológico es baja, así como tampoco se ha demostrado que las terapias cognitivas y conductuales tengan un efecto significativo en su control.¹¹

Los resultados del tratamiento de este caso coinciden con lo planteado por Lechner y von Baehr, los cuales demostraron que el debridamiento quirúrgico o curetaje es el tratamiento de elección ante la presencia de inflamación subclínica en los maxilares, al reducir la sobreexpresión de

quimoquinas reguladas y secretadas por los linfocitos T normales y por tanto reduce el dolor crónico.¹⁰

CONSIDERACIONES FINALES

El diagnóstico y tratamiento del dolor crónico orofacial es un proceso personalizado y contextual, basado en la correlación entre una cuidadosa investigación clínica y su taxonomía. Entre sus causas debe considerarse la inflamación crónica, cuyo tratamiento de elección es el debridamiento quirúrgico de la zona afectada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mukherjee S, Sen, S, Sinha S. Orofacial pain: A critical appraisal in management. *Indian J Pain*. 2015; 29(3):127. doi: 10.4103/0970-5333.165821.
2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun; 156(6):1003-7. doi:10.1097%2Fj.pain.000000000000016.
3. Kloeffler GD. Women of valor: post-traumatic stress disorder in the dental practice. *J Calif Dent Assoc*. 2015; 43(1):21-28.
4. Zakrzewska JM. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *J Headache Pain*. 2013;14(1):37. doi: 10.1186/112923771437.
5. Pigg M. Chronic intraoral pain--assessment of diagnostic methods and prognosis. *Swed Dent J Suppl*. 2011; (220):7-91.
6. Pigg M, List T, Abul Kasim, K, Maly P, Petersson A. A comparative analysis of magnetic resonance imaging and radiographic examinations of patients with atypical odontalgia. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014; 28(3):233 - 42. doi: 10.11607/ofph.1230.
7. Goto T, Oh SB, Takeda M, Shinoda M, Sato T, Gunjikake KK, et al. Recent advances in basic research on the trigeminal ganglion. *J Physiol Sci*. 2016 Sep; 66(5):381-6. doi: 10.1007/s12576-016-0448-1.
8. Lee S, Zhao YQ, Ribeiro-da-Silva A, Zhang J. Distinctive response of CNS glial cells in oro-facial pain associated with injury, infection and inflammation. *Mol Pain*. 2010; 6: 79. doi: 10.1186/1744-8069-6-79
9. Sessle BJ. Peripheral and central mechanisms of orofacial inflammatory pain. *Int Rev Neurobiol*. 2011; 97:179-206. doi: 10.1186/1744-8069-6-79.

10. Lechner J, Von Baehr V. Peripheral Neuropathic Facial/Trigeminal Pain and Rantes/Ccl5 in Jawbone Cavitation. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2015.
11. Benoliel R, Heir BGM, Eliav E. Painful Traumatic Trigeminal Neuropathy. Pain. 2014; 23(4):1-5.

Recibido: 25 de octubre de 2017

Aprobado: 18 de noviembre de 2017

Dr.C. Carlos Alberto Díaz Pérez. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Titular. Universidad de San Gregorio de Portoviejo, Manabí. Ecuador. **Email:** carlosadp41163@gmail.com