

Clínica estomatológica docente de Bejucal

Diagnóstico diferencial entre neuralgia glossofaríngea, trigeminal y glosodinia a propósito de un caso

Differential diagnosis among glossopharyngeal neuralgia, trigeminal and glossodynia concerning a case report

Dra. Leinen de la Caridad Cartaya Benítez, residente de segundo año de EGI, número de registro profesional E170993, dirección edificio E apartamento 29, Santa Mónica, Quivicán. Teléfono: 56671310, correo: leidela0912@nauta.cu

Dr. Rolando Mirot Delgado, residente de segundo año de EGI, número de registro profesional 141836, dirección edificio E apartamento 29, Santa Mónica, Quivicán. Teléfono: 54688342, correo: rolando.mirot@nauta.cu

Resumen

Se realiza una revisión de lo publicado en torno a la neuralgia del glossofaríngeo, neuralgia trigeminal y glosodinia, a propósito de un caso clínico con el objetivo realizar diagnóstico diferencial entre estas enfermedades y describir sus características fundamentales. Se trata de una paciente que acude a consulta estomatológica de urgencias por presentar dolor leve en la parte posterior del paladar duro, que presenta manifestaciones de estrés y ansiedad debido a motivos laborales y que se encuentra transitando por la menopausia. Luego de un diagnóstico diferencial exhaustivo se concluye como impresión diagnóstica glosodinia y se impone tratamiento según lo recomendado en la bibliografía consultada, concluyendo que esta afección está caracterizada por ardor bucal sin lesiones en la mucosa.

Palabras clave: neuralgia, glossofaríngeo, trigémino, glosodinia

Abstract

A bibliographic revision was carried out about glossopharyngeal neuralgia, trigeminal neuralgia and glossodynia due to a clinical case to make a differential diagnosis among these diseases and to describe their most important characteristics. It is about a patient who came to the ontology office because she suffered a slight pain in the upper back hard palatal region. She is in the menopausal period; she had stress and anxiety due to her working conditions. After a thorough differential diagnosis it was concluded as a diagnostic impression that she suffered glossodynia. The patient was treated according to the recommended procedure in the consulted bibliography. It was concluded that glossodynia is an affection characterized by oral sore although there are no buccal lesions.

Key words: neuralgia, glossopharyngeal, trigeminus, glossodynia

Introducción

La neuralgia trigeminal y del glosofaríngeo son enfermedades bucales de relativa baja frecuencia que comparten zonas afectadas similares con la glosodinia. El dolor orofacial presente en estas afecciones es de gran interés por las molestias que pueden influir de en la salud bucal. En todas ellas, son múltiples y diversas las dificultades a la hora de identificar, diferenciar, diagnosticar y tratar sus sintomatologías.

Etiológicamente estas enfermedades bucales se ven asociadas a trastornos psicológicos, aunque son de diversas causas y en ocasiones, desconocidas. Se realiza una revisión de lo publicado en torno a la neuralgia del trigémino, del glosofaríngeo y glosodinia, a partir de un caso clínico. Por constituir un reto diagnóstico para los estomatólogos es motivo para su estudio y divulgación, de ahí que se trace como objetivo: realizar diagnóstico diferencial entre estas enfermedades y describir sus características fundamentales.

Presentación de caso

A consulta de urgencia acude paciente femenina de 56 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial controlada bajo tratamiento de captopril 1 tableta diaria, sin antecedentes familiares ni reacción a medicamento alguno y sin antecedentes psiquiátricos. Cuyo motivo de consulta es dolor leve, de lenta aparición, espontáneo, localizado en la zona posterior del paladar duro con sensación de quemazón durante el día, que no la despierta en las noches y sin alteraciones del sueño. En la anamnesis la paciente refiere consumir una cajetilla diaria de cigarrillos desde hace al menos 15 años, ingerir alimentos no muy condimentados ni picantes, menciona que se encuentra transitando la menopausia y que por su trabajo está expuesta a una gran carga de trabajo y estrés sostenido; mientras se observan lágrimas por el estado emocional de la paciente.

Al examen extraoral se observa que no presenta alteraciones en la articulación temporomandibular a la palpación. Al examen intraoral se observa orofaringe sin alteraciones, lengua de aspecto normal, placa dentobacteriana escasa, obturaciones con amalgama en bicúspides superiores e inferiores (14,24,25,34,35,44) que no han sido restauradas ni pulidas recientemente, obturaciones con resina en dientes anterosuperiores (11,12,13,22), pérdida de molares no restituidos (16,17,26,27) con reborde alveolar residual ovoideo, manchas extrínsecas asociadas al tabaco y cavidad patológica extensa en 21 próximo a realizar tratamiento de conducto (TPR) por absceso dentoalveolar ya tratado. La paciente no ha sido rehabilitada protésicamente pues no tiene tiempo de ir a consulta para realizarse las prótesis.

Discusión

Se realiza diagnóstico diferencial entre neuralgia del glossofaríngeo, trigeminal y glosodinia.

Neuralgia trigeminal: es la más común de los nervios craneales, definida como “dolor repentino, normalmente unilateral, severo, breve, punzante y recurrente en la distribución de una o más ramas del quinto par craneal”.¹ Esta neuralgia tiene una prevalencia del 0,04% y puede tener una ubicación intra y extra oral en el trayecto nervioso afectando mejillas, encías, ala de la nariz, mandíbula, maxilar y en raras ocasiones la lengua. Presenta manifestaciones clínicas de carácter patognomónico: dolor en forma de latigazos que produce ataques paroxísticos e intensos, de brusca aparición, que nunca cruza la línea media y que puede llevar a incapacitar al paciente.²

De causa desconocida está asociada a un estado de ansiedad y estrés severo pudiendo conducir a crisis más frecuentes y más graves. Se observa en adultos, especialmente después de la cuarta década de vida y afecta ligeramente a más mujeres que hombres. Se manifiesta cuando se toca algún “punto gatillo” ante estímulos táctiles o térmicos. Suele respetar el sueño y algunos pacientes pueden presentar además lagrimeo por la afectación de la rama oftálmica.³

La evolución del cuadro clínico es discontinua y caprichosa, con períodos de crisis que se prolongan indefinidamente y que alternan con épocas de remisión completa. Actualmente, los síntomas clínicos siguen siendo la base para el diagnóstico, ya que no existen pruebas objetivas que lo validen. La primera opción terapéutica la constituyen los medicamentos anticonvulsionantes como carbamazepina, clonazepam entre otros.⁴

Neuralgia glossofaríngea: rara afección causada por la disfunción del noveno par craneal (nervio glossofaríngeo) de causa desconocida con una incidencia del 0,7 casos por cada 100 000 habitantes. Consiste en crisis repetidas de corta duración con dolor intenso e intermitente en la parte posterior de la garganta, paladar, lengua, nasofaringe, laringe, mandíbula y en ocasiones oído.⁵

La frecuencia del trastorno es aún menos frecuente que la neuralgia del trigémino, suele aparecer en adultos alrededor de la quinta década de vida y es mayor en los hombres que en las mujeres. El dolor se acompaña en ocasiones de otros síntomas como desvanecimientos, convulsiones, hipotensión, bradicardia y ocasionalmente ronquera. Frecuentemente es desencadenado por la deglución o la tos, cursando con períodos de empeoramiento que alternan con otros de

mejoría, pudiendo ocurrir varias veces al día y despertar a la persona que está dormida.⁶

Se diagnostica a partir de las características del dolor y si este desaparece cuando se aplica un anestésico local en la parte posterior de la garganta. Son beneficiosos los mismos fármacos utilizados para tratar la neuralgia del trigémino como carbamazepina y baclofeno.³

Glosodinia o Síndrome de boca ardiente: se trata de una afección cuya prevalencia es de 0.7% al 4.6%, esta se caracteriza por presentar dolor espontáneo, continuo, poco intenso, no paroxístico, que no sigue una vía nerviosa y puede manifestarse a nivel de labios, mucosa, lengua, suelo de boca, paladar, mandíbula o en la articulación temporomandibular pero que suele estar relacionado con alteraciones psicológicas como alteración de la personalidad y del sueño, depresión o ansiedad. No son raras las lágrimas y el histerismo característicos de la entrevista diagnóstica.⁷

Puede manifestarse de forma súbita o progresiva y se presenta durante gran parte del día, normalmente ausente durante el sueño, de larga evolución, sordo, localizado en múltiples zonas y a veces, cambiante. Pueden presentarse en uno o ambos lados, y se describe como quemazón, hormigueo o picazón. Con frecuencia se asocia a la xerostomía y a la sensación subjetiva de sequedad en la boca, alteraciones del gusto, sensación de cuerpo extraño (arenilla o hilos). Afecta predominantemente a mujeres pre menopáusicas o post menopáusicas, entre los 40 y 80 años.^{8,9}

Se han distinguido tres grupos de pacientes; los que presentan dolor progresivo, los que presentan síntomas constantes y les cuesta conciliar el sueño, y por último los que presentan síntomas intermitentes.¹⁰

Los factores de riesgo para la glosodinia son múltiples y se dividen en locales y sistémicos. Entre los factores locales se encuentran: el uso de prótesis mal ajustadas, ciertos hábitos parafuncionales como el bruxismo, el galvanismo bucal, reacciones alérgicas locales y candidiasis. Puede estar relacionado con ciertas enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus o la anemia perniciosa, avitaminosis, hipotiroidismo, consumo de determinados fármacos y gastritis.¹¹⁻¹³

El tratamiento se basa en la amitriptilina como antidepresivo a dosis bajas, así como el alprazolam aunque es preferible usar benzodíacepinas como el clordiazepóxido o el clonazepam de vida media más larga y en este caso, el tratamiento con anticonvulsivos no es eficaz.¹⁴

Se realiza diagnóstico por decantación, se descartaron lesiones cutáneas como eritema, erosiones, lengua depapilada, alteraciones típicas de liquen plano, lengua fisurada, geográfica y xerostomía. Asimismo se descarta el galvanismo y la diabetes mellitus, pues la paciente no refiere haberse realizado recientemente restauraciones con amalgama de plata, presenta niveles de glicemia normal 4.9 mmol/l y se descarta además alergia a la prótesis dental así como prótesis desajustadas pues la paciente no presenta.

Se concluye que a pesar de tener en común la zona de dolor (paladar) entre la neuralgia del glossofaríngeo y la glosodinia no son similares en cuanto a las características del dolor pues en este tipo de neuralgia se describe más comúnmente durante la noche no coincidiendo con lo descrito por la paciente. Por otro lado, la neuralgia del trigémino suele respetar el sueño pero su dolor característico es de mayor intensidad y con otras localizaciones.

La presencia de trastornos psicológicos como la ansiedad y la exposición al estrés es un denominador común para estas enfermedades, influenciando en la forma en que percibe el dolor el paciente.

Como impresión diagnóstica: glosodinia coincidiendo con una frecuencia de aparición del 46 % en zona del paladar. A partir de ello, se indica tratamiento medicamentoso: clordiazepóxido iniciando con pequeñas dosis, 1 tableta de 10 mg diaria e incrementándose cada 4 días hasta que se produzca una mejoría, teniendo en cuenta como dosis máxima 60 mg al día, por no más de 4 semanas, y evitando la interrupción brusca del mismo.¹⁴

Se indicó la disminución de cigarrillos o la erradicación del hábito, tratamiento complementario con vitaminoterapia; 3 tabletas diarias de Polivit o Nutrifort. Se decide tratamiento alternativo a partir de su amplio uso reportándose mejorías de hasta el 52%; entre ellos: terapia ocupacional (ejercicio físico, musicoterapia), laserterapia con aplicación de láser de baja intensidad en zona referida, fitoterapia con efecto sedante y analgésico mediante infusiones de tilo (*Justicia pectoralis Jacq*) 250 ml 2 veces al día por no más de 30 días consecutivos y tintura de ajo al 20% (20 gotas diluidas en medio vaso de agua) 3 veces al día por vía oral. ¹⁴

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- 1.IASP: Orofacial Pain. Updated September 2016. Neuralgia trigeminal. Washington: International Association for de Study of Pain; 2020. [citado 24 jul 2020] Disponible en: <https://www.asp-pain.org>
- 2.Miller JP, Burchiel KJ. Microvascular decompressionfor trigeminal neuralgia. In: Winn HR, ed. Youmans and Winn Neurological Surgery. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017: chap 174.
- 3.Marín Aguayo C. Diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino. Rev. Mexicana de Algología 2018; 4 (10): 5 -10.
- 4.Ko MW, Prasad S. Headache, facial pain, and disorders of facial sensation. In: Liu GT, Volpe NJ, Galetta SL, eds. Liu, Volpe, and Galetta's Neuro-Ophthalmology. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019: chap 19.
- 5.Narouze S, Pope JE. Orofacial pain. In: Benzon HT, Raja SN, Liu SS, Fishman SM, Cohen SP, eds. Essentials of Pain Medicine. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018: chap 23.
- 6.Jannone-Pedro N, Domingo-Monge FJ, Luminchar-Espada J. Neuralgia glossofaríngea asociada a síncope y secundaria a carcinoma de cuello. Rev. Neurol 2018; 67: 371-372
- 7.Ros Lluch N, Chimenos Küstner E, López López J, Rodríguez de Rivera Campillo ME. Síndrome de ardor bucal: Actualización diagnóstica y terapéutica. Av. Odontoestomatol 2008; 24 (5): 313-321.

8. Sánchez Sánchez B, Muñoz-Calero Franco P, Saínz de la Maza Cantero B, Martín Aragón R, Rodríguez Criado N, Villameriel Carrión R. Síndrome de la Boca Ardiente. A propósito de un caso. Gaceta dental [Internet]. 2016 [citado 20 jul 2020]; 17. Disponible en: <https://psiquiatria.com>bibliopsiquis>
9. Cepero Santos A, Millo López S, López Rodríguez A. Síndrome de boca ardiente: actualización. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Julio-agosto, 2016; 20 (4): 530-542.
10. Serra Rojas SV, Trejo Reyna MDC. Síndrome de boca ardorosa. Caso clínico. Acta médica grupo ángeles. [Internet] 2018 [citado 20 jul 2020] ;16 (2). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx>amga>
11. Cembreno-Siraligui H, Imberán-Moya A. Glosodinia: novedades terapéuticas. Academia española de dermatología y venereología 2017; 108 (1): 63-64.
12. Kamala KA, Sankethguddad S, Sujith SG, Tantradi P. Burning mouth syndrome. Indian J PalliatCare [Internet] 2016 [citado 20 jul 2020]; 22:74-79. Disponible en: <http://dx.org/10.4103/0973-1075-173942>.
13. Lewis AK, Prime SS, Cohen SN. An overview of burning mouth syndrome for the dermatologist. ClinExpDermatol [Internet] 2016 [citado 20 jul 2020];41:119-123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ced.12808>
14. De Luca Monasterios F, Rodríguez de Rivera Campillo Me. Tratamiento del ardor bucal y de la boca seca. Nuevas tendencias. Av. Odontolestomatol 2014; 30 (3):139-143.