

**DOI:** 10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.168-176

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1939>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 168-176



## Neuralgia del Trigémino

Trigeminal Neuralgia

Neuralgia do trigêmeo

**Dick Bryan Vera Morán<sup>1</sup>; Carol Andrea Gavilanes Sánchez<sup>2</sup>; Gustavo Javier Icaza Latorre<sup>3</sup>; Kevin Roberto Romero Díaz<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 02/12/2022 **ACEPTADO:** 26/01/2023 **PUBLICADO:** 20/02/2023

1. Cirujano Dentista Especialista en Rehabilitación Oral con Mención en Prótesis; Odontólogo; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; dick.veram@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-2460-2527>
2. Cirujana Dentista Especialista en Endodoncia; Odontóloga; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; carol.gavilanes@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0009-8577-9191>
3. Especialista en Patología y Cirugía Bucal; Odontólogo; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; gustavo.ical@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-0289-8526>
4. Especialista en Radiología Bucal y Maxilofacial; Odontólogo; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; kevin.romerod@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0009-3854-1703>

### CORRESPONDENCIA

**Dick Bryan Vera Morán**

dick.veram@ug.edu.ec

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La Neuralgia del Trigémino se considera el trastorno más doloroso conocido en la práctica médica. Asimismo, esta patología repercute significativamente en los pacientes que la padecen, disminuyendo su calidad de vida. Se trata de una afección que provoca sensaciones dolorosas similares a una descarga eléctrica en un lado de la cara. Esta afección de dolor crónico afecta el nervio trigémino, que transmite las sensaciones de la cara al cerebro. La presente revisión tiene el propósito de compendiar lo relativo al diagnóstico y tratamiento de la Neuralgia del Trigémino. La investigación se realizó bajo una metodología de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión. De la investigación se desprende que el diagnóstico está basado en los antecedentes médicos de cada paciente, así como en la descripción de sus síntomas, adicional al examen físico, y un examen neurológico exhaustivo. Asimismo, recomiendan la realización de una resonancia magnética craneal a todo paciente con diagnóstico clínico de Neuralgia del Trigémino para descartar causas secundarias. En cuanto al tratamiento, no tiene una cura definitiva. Su tratamiento es paliativo con un adecuado manejo de acuerdo con su posible etiología, esto pretende disminuir los síntomas al menos en un 50% y de esta forma, mejore la calidad de vida del paciente. El tratamiento, basado en el diagnóstico, normalmente empieza con terapia farmacológica. La primera línea del tratamiento son los bloqueantes de canales de sodio activables por voltaje, como la carbamazepina y la oxcarbazepina. Si los medicamentos no alivian el dolor o producen efectos secundarios intolerables, tales como como fatiga excesiva, se puede recomendar un tratamiento quirúrgico. Los tratamientos quirúrgicos son: la microdescompresión vascular del nervio trigémino y los procedimientos percutáneos sobre el ganglio de Gasser.

**Palabras clave:** Neuralgia, Trigémino, Dolor, Diagnóstico, Tratamiento.

## ABSTRACT

Trigeminal Neuralgia is considered the most painful disorder known to medical practice. Likewise, this pathology has a significant impact on patients who suffer from it, decreasing their quality of life. This is a condition that causes painful sensations similar to an electric shock on one side of the face. This chronic pain condition affects the trigeminal nerve, which carries sensation from the face to the brain. The purpose of this review is to summarize what is related to the diagnosis and treatment of Trigeminal Neuralgia. The research was carried out under a bibliographic documentary type methodology, under the review modality. From the investigation it is clear that the diagnosis is based on the medical history of each patient, as well as on the description of their symptoms, in addition to the physical examination, and an exhaustive neurological examination. Likewise, they recommend performing a cranial magnetic resonance imaging in all patients with a clinical diagnosis of Trigeminal Neuralgia to rule out secondary causes. Regarding treatment, there is no definitive cure. Its treatment is palliative with proper management according to its possible etiology, this aims to reduce symptoms by at least 50% and thus improve the patient's quality of life. Treatment, based on the diagnosis, usually begins with drug therapy. The first line of treatment is voltage-gated sodium channel blockers, such as carbamazepine and oxcarbazepine. If medications do not relieve pain or produce intolerable side effects, such as excessive fatigue, surgical treatment may be recommended. Surgical treatments are: vascular microdecompression of the trigeminal nerve and percutaneous procedures on the Gasserian ganglion.

**Keywords:** Neuralgia, Trigeminal, Pain, Diagnosis, Treatment.

## RESUMO

A Neuralgia do Trigêmeo é considerada a desordem mais dolorosa conhecida pela prática médica. Do mesmo modo, esta patologia tem um impacto significativo nos doentes que dela sofrem, diminuindo a sua qualidade de vida. Esta é uma condição que causa sensações dolorosas semelhantes a um choque eléctrico num dos lados do rosto. Esta condição dolorosa crónica afecta o nervo trigêmeo, que transporta a sensação da face para o cérebro. O objectivo desta revisão é resumir o que está relacionado com o diagnóstico e tratamento da Neuralgia do Trigêmeo. A investigação foi realizada sob uma metodologia de tipo documentário bibliográfico, sob a modalidade de revisão. Da investigação resulta claro que o diagnóstico se baseia na história médica de cada paciente, bem como na descrição dos seus sintomas, para além do exame físico, e num exame neurológico exhaustivo. Do mesmo modo, recomendam a realização de uma ressonância magnética craniana em todos os pacientes com diagnóstico clínico de Neuralgia do Trigêmeo para excluir causas secundárias. Em relação ao tratamento, não existe cura definitiva. O seu tratamento é paliativo com uma gestão adequada de acordo com a sua possível etiologia, o que visa reduzir os sintomas em pelo menos 50% e assim melhorar a qualidade de vida do paciente. O tratamento, com base no diagnóstico, começa normalmente com a terapia medicamentosa. A primeira linha de tratamento é a dos bloqueadores de canais de sódio em tensão, tais como carbamazepina e oxcarbazepina. Se os medicamentos não aliviam a dor ou produzem efeitos secundários intoleráveis, tais como fadiga excessiva, o tratamento cirúrgico pode ser recomendado. Os tratamentos cirúrgicos são: microdescompressão vascular do nervo trigêmeo e procedimentos percutâneos sobre o gânglio gasseriano.

**Palavras-chave:** Neuralgia, Trigeminal, Dor, Diagnóstico, Tratamento.

## Introducción

La neuralgia del trigémino es una de las enfermedades más enigmáticas de los padecimientos que se tratan en la Clínica del Dolor. La Neuralgia Esencial del Trigémino, que supone un porcentaje no desdeñable de las consultas de Neurología (hasta el 1,5 %) y de las Unidades del Dolor, se considera el trastorno más doloroso conocido en la práctica médica. (García de Sola, 2016)

Se trata de una afección que provoca sensaciones dolorosas similares a una descarga eléctrica en un lado de la cara. Esta afección de dolor crónico afecta el nervio trigémino, que transmite las sensaciones de la cara al cerebro. (Clínica Mayo, 2022)

En las primeras descripciones médicas del siglo XVIII se denominaba tic doloroso de la cara, porque el paciente se lleva la mano a la cara y se le contraen los músculos tras la aparición del dolor de forma muy brusca. Se presenta en forma de dolor muy intenso, en una zona de un lado de la cara, de aparición muy brusca, como descargas eléctricas de repetición. Dura entre segundos y varios minutos. Pero estos episodios son recurrentes y, con el paso de los años, se vuelven cada vez más duraderos y frecuentes, con intervalos libres de dolor cada vez más cortos. Estos episodios aparecen de forma espontánea o al tocarse puntos de la cara, denominados puntos “gatillo”, cuando se realizan actividades diarias (maquillarse, lavarse los dientes o afeitarse). El paciente, además de tener dolor, sufre. Puede estar muy limitado para las actividades de la vida diaria y, cuando no le duele, con miedo a cuándo aparecerá la siguiente crisis. (García de Sola, 2016)

La incidencia anual es de 5,7 y 2,5 casos por cada 100.000 habitantes en mujeres y hombres, respectivamente. En algunos estudios se han encontrado incidencias tan altas como de 26 a 28 casos por cada 100.000 habitantes, fenómeno que puede deberse al uso de diferentes criterios diagnósticos. La edad promedio de aparición son los 53 años

en la NT clásica y 43 años en la NT secundaria. Se estima una prevalencia de NT a lo largo de la vida del 0,16 a 0,3%, mientras que la prevalencia de dolor facial es del 2%. Estas diferencias porcentuales explican la razón por la cual se deben considerar otras causas diferentes a la NT en los pacientes con dolor facial. Además, el 14% de los pacientes con dolor neuropático tienen NT. (Marín Medina & Gámez Cárdenas, 2019)

En cuanto a su pronóstico este trastorno se caracteriza por recurrencias y remisiones, y las recurrencias sucesivas pueden incapacitar al paciente. Debido a la intensidad del dolor, incluso el miedo a un ataque inminente puede impedir la actividad. La neuralgia del trigémino no es mortal. (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares de los Estados Unidos, 2022)

En consecuencia, la presente investigación tiene el propósito de compendiar lo relativo al diagnóstico y tratamiento de la Neuralgia del Trigémino.

## Materiales y Métodos

La presente investigación se encuentra enmarcada en una metodología de revisión bibliográfica de tipo documental, por cuanto se ocupó del tema: “Neuralgia del Trigémino”, a nivel teórico.

Para su desarrollo se requirió del uso de computadores con conexión a internet donde se ubicó el material bibliográfico digital que sirvió como base de la investigación.

Asimismo, la metodología delimitó la búsqueda y revisión de literatura científicoacadémica reciente, disponible de manera gratuita por medio del uso de diversas bases de datos, entre las que figuran: NCBI, PubMed, Manuales MSD, SciELO, BVS, Embase, Dialnet, entre otras.

Los descriptores usados para la búsqueda fueron los siguientes: “*Neuralgia del Trigémino*”, “*Neuralgia del Trigémino + diagnóstico*” y “*Neuralgia del Trigémino + tratamiento*”, en español, con el fin de identificar, seleccio-

nar y referir las fuentes que de la manera más resumida.

El material bibliográfico seleccionado consistió en artículos científicos en general, guías clínicas, e-books, ensayos clínicos, consensos, protocolos, tesis de posgrado y doctorado, noticias científicas, boletines y/o folletos de instituciones oficiales o privadas de reconocida trayectoria en el ámbito científicoacadémico. Asimismo, en función del principio de actualidad, el material seleccionado estuvo en el rango de publicación de los últimos 7 años.

Por último, se hace constar que el equipo de investigación dio lectura crítica y análisis a la evidencia científica recabada y seleccionada, para extraer el fundamento de las ideas y los planteamientos aquí resumidos.

### Resultados

#### Diagnóstico

Se puede decir que no existe una única prueba que diagnostique la neuralgia del trigémino. Por lo general, el diagnóstico está basado en los antecedentes médicos de cada paciente, así como en la descripción de sus síntomas, adicional al examen físico, y un examen neurológico exhaustivo.

El diagnóstico de la NT se realiza si la clínica del paciente cumple con los criterios de The International Classification of Headache Disorders 3 (ICHD-3), que se mencionan a continuación:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral en la distribución de una o más divisiones del nervio trigémino, sin que haya irradiación. Se deben cumplir los criterios B y C.
- B. El dolor debe tener todas las siguientes características: Intensidad severa, durar fracciones de segundo hasta dos minutos y sensación de electricidad, puñalada, o de disparos.
- C. Es provocado por estímulos inocuos dentro de la distribución del nervio trigémino.

D. No se explica otro diagnóstico dentro de ICHD-3. (Comité de Clasificación de Cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas - IHS, 2018)

Con base en los fundamentos de Buckcann, Mata, & Fuentes, (2020) se puede resaltar que algunos pacientes pueden tener irradiación del dolor, pero se debe mantener dentro de los dermatomas del quinto par craneal. Las crisis de dolor tienden a aumentar en duración e intensidad. Cuando el paroxismo es intenso provoca contracción de los músculos del mismo lado, a esto se le conoce tic douloureux. Usualmente no se encuentra déficit sensorial, sin embargo, si está presente se deben hacer neuroimágenes para descartar otras causas. Pueden existir síntomas autonómicos asociados como lágrimas o enrojecimiento ocular del mismo lado. Está descrita la NT clásica la cual se diagnostica con cuadros de dolor facial unilateral que cumplan los requisitos de ICHD-3 y que además se demuestre por resonancia magnética nuclear o durante cirugía, compresión neurovascular con atrofia (desmielinización, pérdida neuronal y cambios en microvasculatura) o desplazamiento de la raíz nerviosa. El sitio más común de compresión es en la entrada de la raíz nerviosa. La NT clásica paroxística pura, contempla los mismos criterios diagnósticos de NT, pero el paciente tiene episodios libres de dolor entre las crisis en la distribución del nervio trigémino afectado. Además, se acuñe la definición de la NT clásica con dolor continuo concomitante, que debe cumplir con los criterios de iniciales de NT y además tener dolor continuo entre los ataques. Existen causas secundarias, asociadas a malformaciones arteriovenosas, esclerosis múltiple y tumores del ángulo pontocerebelosos, que son mencionadas en la ICHD-3.

Los síntomas de la neuralgia del trigémino son a menudo patognomónicos. Por lo tanto, algunos otros trastornos que producen dolor facial pueden diferenciarse clínicamente:

- La hemicránea paroxística crónica (síndrome de Sjaastad) se diferencia por los ataques de dolor más prolongados (5 a 8 min) y por su respuesta espectacular a la indometacina.
- El dolor post herpético se diferencia por su duración constante (sin paroxismos), la erupción precedente típica, la formación de cicatrices y la predilección por el ramo oftálmico.
- La migraña, que puede causar un dolor facial atípico, se diferencia por el dolor más prolongado y, a menudo, pulsátil.
- La sinusitis y el dolor odontogénico generalmente se pueden diferenciar por sus hallazgos asociados (p. ej., secreción nasal, fiebre, dolor de cabeza posicional, sensibilidad dental).

El examen neurológico es normal en la neuralgia del trigémino. Por lo tanto, los déficits neurológicos (habitualmente la pérdida de la sensibilidad facial) sugieren que el dolor similar a la neuralgia trigeminal es causado por otro trastorno (p. ej., tumor, accidente cerebrovascular, placa de esclerosis múltiple, malformación vascular, otras lesiones que comprimen el nervio trigémino o interrumpen sus vías en el tronco encefálico). (Rubin, 2022)

Asimismo, Latorre et al., (2021) en su documento de consenso del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología acerca del diagnóstico y tratamiento de la neuralgia del trigémino, recomiendan la realización de una Resonancia Magnética (RM) craneal a todo paciente con diagnóstico clínico de NT para descartar causas secundarias. Se utilizan técnicas de reconstrucción en 3D que reemplazan a las clásicas secuencias en 2D, permitiendo una óptima evaluación anatómica del nervio. La tomografía axial computarizada (TC) craneal es una exploración que no tiene rendimiento en el estudio de la NT. Para valorar la presencia de una compresión neurovas-

cular en la zona de entrada de la raíz (ZER) mediante RM se recomienda la aplicación de los protocolos de imagen FIESTA, DRIVE o CISS, que incluyen secuencias T2 + 3D, angioRM con secuencias TOF y T1 con gadolinio y reconstrucciones en 3D, pues su comparación con la presencia del contacto neurovascular en la cirugía muestra una sensibilidad del 98%, una especificidad del 100%, un valor predictivo positivo del 93% y un valor predictivo negativo del 97%. Los falsos negativos se pueden deber a pequeñas arterias (diámetro < 1 mm), engrosamientos aracnoideos y causas menos comunes no detectadas usando RM. La imagen con tensor de difusión (DTI) y la tractografía detectan anomalías en la raíz de nervio trigémino que se normalizan tras la descompresión o la radiocirugía. (p. 6)

### Tratamiento

La NT es una enfermedad crónica que no tiene una cura definitiva, por lo que el objetivo de su tratamiento es paliativo con un adecuado manejo de acuerdo con su posible etiología que disminuya por lo menos los síntomas en 50% y mejore la calidad de vida del paciente. El tratamiento, basado en el diagnóstico, normalmente empieza con terapia farmacológica. (Grin, Grin, & Rocha, 2018, pág. 165)

### Tratamiento farmacológico de la NT.

Existen varios medicamentos disponibles para tratar la neuralgia del trigémino. Estos se pueden usar solos o en combinación para lograr un mejor control del dolor. Algunas de las clases de medicamentos que se usan para tratar la neuralgia del trigémino se muestran en la Tabla 1. (Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de los Estados Unidos, 2022)

**Tabla 1.** Medicamentos para la neuralgia del trigémino

Clase de medicamento	Ejemplos	Información importante
Anticonvulsivos	Carbamazepina	Por lo general, estos son los primeros medicamentos que ofrecerá el proveedor de atención médica.
	Oxcarbazepina	
	Fenitoína	
	Otros	
Relajantes musculares	Baclofeno	El baclofeno es especialmente útil en las personas que tienen neuralgia del trigémino secundaria a la esclerosis múltiple.
Antidepresivos	Amitriptilina	Estos antidepresivos tricíclicos se pueden usar para tratar el dolor.
	Nortriptilina	
Neurotoxinas	Inyecciones de toxina botulínica tipo A	Las inyecciones de toxina botulínica tipo A bloquean la liberación de las sustancias necesarias para que las células nerviosas se comuniquen entre sí. La evidencia actual sugiere que esas inyecciones pueden ayudar cuando otros medicamentos no funcionan.

**Fuente.** (Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de los Estados Unidos, 2022).

La primera línea del tratamiento son los bloqueantes de canales de sodio activables por voltaje, como la carbamazepina y la oxcarbazepina. La dosis inicial es de 400 hasta 1200 mg/día para la carbamazepina y 900 hasta 1800 mg/día para la oxcarbazepina. Se debe iniciar a dosis bajas y escalar de forma gradual, entre tres a siete días, con el fin de establecer la dosis adecuada que logre el control del dolor con la menor cantidad de efectos adversos. En cuanto a la efectividad, el NNT (número necesario a tratar) es de 1,7 para la carbamazepina y el 70% de los pacientes alcanza una reducción total en el dolor. Sin embargo, la mayoría de los pacientes requiere dosis altas, por lo que se empiezan a manifestar diferentes efectos adversos como somnolencia, mareo, erupción exantemática, temblor e hiponatremia. El NND (número necesario para hacer daño) con la carbamazepina es de 24 para efectos adversos severos y 3,4 para efectos adversos menores. (Marín Medina & Gámez Cárdenas, 2019, pág. 196)

Latorre et al., (2021) refiere acerca de la lamotrigina o baclofeno son fármacos de se-

gunda línea. En consecuencia, se recomienda el uso de lamotrigina en monoterapia en caso de contraindicación o intolerancia a los fármacos de primera línea. El baclofeno se utiliza habitualmente asociado a otros fármacos, aunque puede ser útil en monoterapia. Los principales inconvenientes de la lamotrigina son la necesidad de una subida muy lenta de dosis para minimizar el riesgo de exantema y el hecho de que las dosis necesarias para obtener un beneficio suelen ser altas, de modo que sus efectos adversos son más frecuentes. Gabapentina y pregabalina pueden asociarse a uno de los fármacos de primera o segunda línea, o recomendarlos en monoterapia cuando no pueden utilizarse los anteriores. Por su mejor tolerabilidad, la gabapentina puede resultar especialmente útil en pacientes ancianos y en la NT secundaria a EM, grupos en los que es más frecuente la intolerancia a los efectos de los tratamientos de primera y segunda línea sobre el sistema nervioso central. La pregabalina puede tener una eficacia similar, pero en general su tolerancia es peor. (p. 9)

Otros fármacos, como fenitoína, ácido valproico, gabapentina y pregabalina, se han utilizado y se sugiere su efectividad, pero no hay estudios controlados que los avalen, y el grado de evidencia resulta bajo. Varios estudios han objetivado que la inyección intradérmica de toxina botulínica tipo A puede ser eficaz a corto plazo en el tratamiento de la NT. Algunos de estos fármacos mencionados anteriormente, como gabapentina, pregabalina o levetiracetam, han mostrado eficacia como coadyuvantes a los fármacos de primera línea. En la mayoría de los pacientes deberían utilizarse 2 o más fármacos, incluyendo carbamacepina, antes de considerar las opciones quirúrgicas. (Alcántara Montero & Sánchez Carneiro, 2016, pág. 248)

Si los medicamentos no alivian el dolor o producen efectos secundarios intolerables, tales como como fatiga excesiva, se puede recomendar un tratamiento quirúrgico. Existen varios procedimientos neuroquirúrgicos disponibles. Algunos se realizan de forma ambulatoria, mientras que otros son más complejos y requieren hospitalización. Algunos pacientes eligen manejar la neuralgia del trigémino usando técnicas complementarias, generalmente en combinación con el tratamiento farmacológico. Estas técnicas

incluyen acupuntura, biorretroalimentación, terapia de vitaminas, terapia nutricional y estimulación eléctrica de los nervios. (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares de los Estados Unidos, 2022)

### Tratamiento Quirúrgico de la NT

Estas técnicas quirúrgicas se pueden reunir en dos grupos:

1. Microdescompresión vascular del nervio trigémino.
2. Procedimientos percutáneos sobre el ganglio de Gasser.

#### Descompresión microvascular

La descompresión microvascular puede aliviar el dolor debido a la compresión vascular del nervio craneano afectado en la neuralgia del trigémino, el espasmo hemifacial o la neuralgia del glosofaríngeo. Para la neuralgia del trigémino, la presión es aliviada mediante una esponja entre el V nervio craneal (trigémino) y la arteria que comprime (procedimiento de Jannetta). Por lo general, este procedimiento alivia el dolor, pero en aproximadamente el 15% de los pacientes, el dolor se repite. (Rubin, 2022)

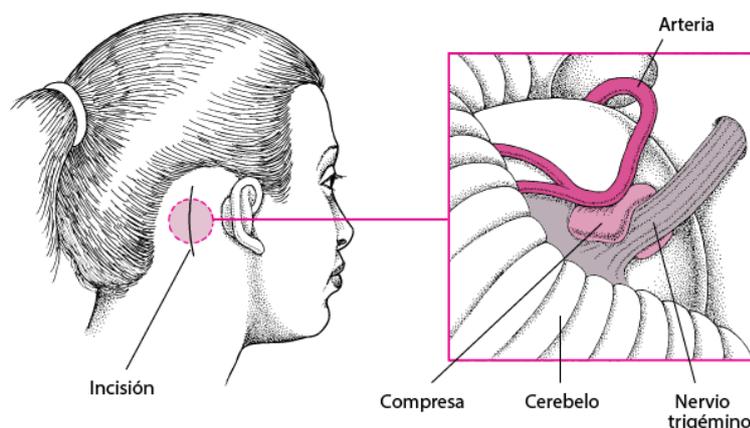


Imagen 1

### *Procedimientos percutáneos o técnicas mínimamente invasivas*

En aquellos pacientes que, por su avanzada edad o por su estado de salud, no se pueda realizar una microdescompresión vascular del nervio trigémino o su enfermedad haya reaparecido tras una técnica de microdescompresión incorrectamente realizada, pueden ser candidatos a procedimientos percutáneos. Estos tratamientos para la neuralgia del trigémino son técnicas mínimamente invasivas. Es posible de realizar hasta tres técnicas diferentes, en función de las características del paciente y de la enfermedad. Así, es posible realizar una lesión mecánica del ganglio de Gasser, utilizando para ello un dispositivo con un pequeño balón que presiona el ganglio de Gasser; una lesión química (utilizándose glicerol); o una lesión por radiofrecuencia. Las tres técnicas se realizan en quirófano, bajo anestesia general, y requieren de una punción paralabial en el lado de la neuralgia. Mediante control radiográfico intraoperatorio se introduce un trócar hasta el agujero de la base del cráneo que es atravesado por la tercera rama del nervio trigémino, el agujero oval. Una vez se comprueba la correcta posición del trócar en el acceso al ganglio de Gasser se procede a realizar la lesión del ganglio, según el método idóneo en cada caso. El porcentaje de control del dolor tras el procedimiento también es alto con estas técnicas. Alrededor del 90% de pacientes presentan un buen control del dolor tras el procedimiento, pero, a diferencia de la microdescompresión vascular presentan una tasa de control del dolor a los cinco años inferior, alrededor del 58% de pacientes. A favor de estas técnicas cabe destacar que suponen un procedimiento simple y rápido, son técnicas mínimamente invasivas que requieren un tiempo de hospitalización de solo 24 horas. Además, se asocian a menos complicaciones, se pueden realizar en pacientes con enfermedades asociadas graves y son una opción más eficaz para pacientes con esclerosis múltiples, por ejemplo. (Sanmillán Blasco, 2021)

### **Conclusión**

De la revisión se puede concluir que la Neuralgia del Trigémino es uno de los síndromes de dolor facial de mayor gravedad. Este trastorno se considera uno de los más dolorosos conocidos en toda la práctica médica. No tiene una incidencia muy alta, pero tampoco mínima, no obstante, su importancia radica en la forma en que puede alterar de manera sustancial la calidad de vida de los que la padecen.

El diagnóstico está basado en los antecedentes médicos de cada paciente, así como en la descripción de sus síntomas, adicional al examen físico, y un examen neurológico exhaustivo. Asimismo, recomiendan la realización de una RM craneal a todo paciente con diagnóstico clínico de NT para descartar causas secundarias.

En cuanto al tratamiento, no tiene una cura definitiva. Su tratamiento es paliativo con un adecuado manejo de acuerdo con su posible etiología, esto pretende disminuir los síntomas al menos en un 50% y de esta forma, mejore la calidad de vida del paciente. El tratamiento, basado en el diagnóstico, normalmente empieza con terapia farmacológica. La primera línea del tratamiento son los bloqueantes de canales de sodio activables por voltaje, como la carbamazepina y la oxcarbazepina. En aquellos casos donde los medicamentos no alivien el dolor o produzcan efectos secundarios intolerables, tales como como fatiga excesiva, es recomendable un tratamiento quirúrgico. Los tratamientos quirúrgicos son: la microdescompresión vascular del nervio trigémino y los procedimientos percutáneos sobre el ganglio de Gasser.

### **Bibliografía**

Alcántara Montero, A., & Sánchez Carnerero, C. I. (2016). Actualización en el manejo de la neuralgia. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 42(4), 244-256. Recuperado el 28 de febrero de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359315003159>

- Buckcanan, A., Mata, M., & Fuentes, K. (2020). Neuralgia del Trigémino. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*, 36(1), 130-137. Recuperado el 18 de febrero de 2023, de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-130.pdf>
- Clínica Mayo. (26 de enero de 2022). Clínica Mayo. Recuperado el 11 de febrero de 2023, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/trigeminal-neuralgia/symptoms-causes/syc-20353344>
- Comité de Clasificación de Cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas - IHS. (2018). Comité de Clasificación de Cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) La Clasificación Internacional de Trastornos de Cefalea. *Cefalalgia*, 38(1), 1-211. doi:<https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
- García de Sola, R. (24 de mayo de 2016). Unidad de Neurocirugía RGS. Recuperado el 27 de febrero de 2023, de <https://neurorgs.net/informacion-al-paciente/neuralgia-esencial-del-trigemino-tratamiento-quirurgico/>
- Grin, E. J., Grin, P., & Rocha, M. L. (2018). Neuralgia del trigémino: un caso clínico. *Revista ADM*, 75(3), 164-167. Recuperado el 20 de febrero de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od183i.pdf>
- Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de los Estados Unidos. (junio de 2022). Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de los Estados Unidos. Recuperado el 20 de febrero de 2023, de <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/la-neuralgia-del-trigemino>
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares de los Estados Unidos. (julio de 2022). Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares de los Estados Unidos. Recuperado el 27 de febrero de 2023, de <https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/neuralgia-del-trigemino>
- Latorre, G., González, N., García, J., González, C., Porta, J., Molinaf, F., . . . Santos, S. (2021). Diagnóstico y tratamiento de la neuralgia del trigémino: documento de consenso del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*, 1-16. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.09.015a>
- Marín Medina, D., & Gámez Cárdenas, M. (2019). Neuralgia del trigémino: aspectos clínicos y terapéuticos. *Acta Neurológica Colombiana*, 35(4), 193-203. doi:<https://doi.org/10.22379/24224022267>
- Rubin, M. (febrero de 2022). Manuales MSD. Recuperado el 10 de febrero de 2023, de <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurologicos/trastornos-neurooftalmologicos-y-de-los-pares-cranianos/neuralgia-del-trigemino>
- Sanmillán Blasco, J. L. (02 de febrero de 2021). TopDoctors España. Recuperado el 28 de febrero de 2023, de <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/microdescompresion-vascular-y-cirugia-percutanea-solucion-a-la-neuralgia-del-trigemino>



**CITAR ESTE ARTICULO:**

Vera Morán, D. B., Gavilanes Sánchez, C. A., Icaza Latorre, G. J., & Romero Díaz, K. R. (2023). Neuralgia del Trigémino. *RECIMUNDO*, 7(1), 168-176. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.168-176](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.168-176)