

Enfoque diagnóstico del paciente con dolor facial: revisión de la literatura

Andres Felipe Mantilla Santamariaⁱ 

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia

Daniel Felipe Vera Osorioⁱⁱ 

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia

Maria Alejandra Gonzalez Rinconⁱⁱⁱ 

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia

Linnel Estefania Padilla Guerrero^{iv} 

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia

Luz Elena Caceres Jeres^v 

Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Santander, Colombia

Julian Andres Vera Campos^{vi} 

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander, Colombia

Resumen

El objetivo del estudio es revisar y describir la principal evidencia disponible relacionada con el enfoque diagnóstico del dolor facial, especialmente en el entorno de atención primaria, y brindar una herramienta que sintetice los hallazgos. Se realizó una revisión de la literatura, mediante una búsqueda en bases de datos como PubMed, SciELO, LILACS, Google Académico, y Scopus. Se usaron como palabras clave “facial pain”, “facial neuralgia”, “trigeminal nerve disease”, y “diagnosis”. Se encontró que el dolor facial se debe enfocar de forma sindrómica y etiológica, identificando aspectos del dolor sugestivos de alteración neurológica central o periférica, y realizando un estudio completo clínico y paraclínico que permita identificar la etiología. Concluimos que el dolor facial requiere un abordaje integral y debe ser un tópico central en los programas de enseñanza en medicina y odontología.

Palabras clave: Dolor Facial. Neuralgia Facial. Enfermedades del Nervio Trigémino. Diagnóstico.

Abordagem diagnóstica ao paciente com dor facial: revisão da literatura

Resumo

O objetivo do estudo é revisar e descrever as principais evidências disponíveis relacionadas à abordagem diagnóstica da dor facial, especialmente na atenção primária, e fornecer uma ferramenta que sintetize os achados. Foi realizada uma revisão da literatura por meio de buscas em bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, Google Scholar e Scopus. Foram utilizadas as palavras-chave “facial pain”, “facial neuralgia”, “trigeminal nerve disease”, e “diagnosis”. Verificou-se que a dor facial deve ser abordada sindromaticamente e etiológicamente, identificando aspectos da dor sugestivos de alteração neurológica central ou periférica, e



realizando um estudo clínico e paraclínico completo para identificação da etiologia. Concluímos que a dor facial requer uma abordagem abrangente e deve ser um tema central nos programas de ensino de medicina e odontologia.

Palavras-chave: Dor Facial. Neuralgia Facial. Doenças do Nervo Trigêmeo. Diagnóstico.

1 Introdução

2

El dolor facial (DF) comprende múltiples patologías que son un motivo de consulta frecuente en atención primaria, sin embargo, su diagnóstico y abordaje inicial suelen ser erróneos y constantemente llegan a consultas especializadas sin estudios complementarios adecuadas, de forma inoportuna, o sin la prioridad que amerita (GAGO-VEIGA et al., 2020). Esta entidad se considera relegada en la formación básica del médico general a pesar de su gran importancia ya que representa en quienes la padecen una causa gran preocupación, y afectación física y psicológica reflejada en su calidad de vida, además del impacto económico que significa para el sistema al ser una importante causa de ausentismo laboral (ZAKRZEWSKA, 2009).

El objetivo del presente artículo es entregar al lector una visión integral de los elementos fundamentales para el correcto enfoque diagnóstico del DF, se describe la epidemiología y anatomía, seguido de un abordaje de las patologías de mayor importancia en la atención de medicina general, y finalmente se propone un árbol de decisiones que resume y facilita llevar a la práctica y la enseñanza lo desarrollado en el artículo.

2 Metodología

El presente artículo corresponde a una revisión no sistemática de la literatura. Se realizó una búsqueda de producción científica relacionada con el dolor facial, las entidades que lo componen, y los diferentes aspectos relacionados con estas entidades. Fueron incluidos estudios en humanos publicados en español, inglés, y portugués. Se excluyeron cartas al editor, artículos de perspectiva, y comunicaciones breves.





Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas como Public Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus, y Google Académico. Para realizar la búsqueda se usaron como palabras clave “facial pain”, “facial neuralgia”, “trigeminal nerve disease”, y “diagnosis”. Se realizó la búsqueda y selección de artículos por título y resumen, con una posterior revisión completa de aquellos seleccionados. Fueron consignados de forma integrativa los hallazgos más relevantes de la revisión, y finalmente se desarrolló un algoritmo de enfoque diagnóstico a partir de estos hallazgos.

3 Resultados y discusión

3.1 Aspectos anatómicos: Inervación sensitiva de la cabeza y la cara

La sensibilidad de la piel de la cara y el cuero cabelludo está dada principalmente por dos estructuras: el V par craneal (su rama sensitiva) y el plexo cervical (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015). El nervio trigémino (NT) posee dos divisiones nerviosas, una gran rama sensitiva y una pequeña motora. La porción sensitiva llega al ganglio trigeminal o de Gasser, ubicado en la fosa craneal media, y de este emergen tres nervios sensitivos que dan la sensibilidad de toda la cara, excepto el ángulo y borde inferior de la rama mandibular. El nervio oftálmico, primera rama (V1), se subdivide en 5: supratroclear, supraorbitaria, infratroclear, lagrimal y nasal externa, encargadas de la sensibilidad del párpado superior, frente, cuero cabelludo anterior al vertex, órbita ocular y su alrededor, y la región anterior de la nariz. El nervio maxilar, segunda rama (V2), se ramifica en 3 nervios, cigomático temporal, cigomático facial e infraorbitario (más grande), que dan la sensibilidad del párpado inferior, cara externa de la mejilla, región lateral de la nariz y labio superior. La última rama es el nervio maxilar (V3), al igual que V2, brinda 3 ramas. La primera es la auriculotemporal, asciende entre la articulación temporomandibular y la oreja para inervar la región anterior del pabellón auricular, parte del conducto auditivo externo y el área restante del pterion, abarcando el área sobre el hueso temporal. Las otras dos inervan la cara interna de la mejilla (nervio bucal), el labio inferior y el mentón (nervio



mentoniano) (Ver Figura 1) (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015; MARÍN MEDINA; GÁMEZ-CÁRDENAS, 2019).

Las raíces medulares de C2 a C3 conforman el plexo cervical, y las ramas de este van a llevar las aferencias sensitivas generales de las áreas restantes tal y como se indica en la figura 1. Estos nervios son: nervio auricular mayor (AM) (ramas anteriores de C2 y C3), nervio occipital menor (OME) (rama anterior de C2), nervio occipital mayor (OMA) (rama anterior de C2), nervio occipital tercero (rama posterior de C3) (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015)

4

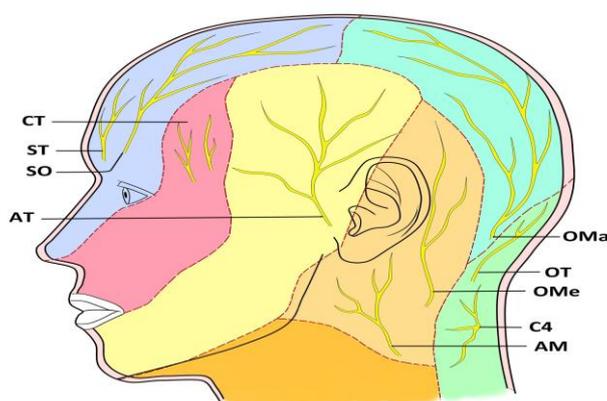


Figura 1. Inervación sensitiva de la región craneofacial.

ST: nervio supratroclear, SO: nervio supraorbitario, CT: nervio cigomaticotemporal, AT: nervio auriculotemporal, OMa: nervio occipital mayor, OT: nervio occipital tercero, OMe: nervio occipital menor, AM: nervio auricular mayor. Fuente: Fuente: elaboración propia, 2020.

En la inervación sensitiva del pabellón auricular participan algunos de los nervios ya nombrados junto a ramos de otros pares craneales (Ver Figura 2). El plexo cervical provee sus ramas al AM y OMe para inervar el área anterior y posteroinferior, y el área posterosuperior, respectivamente (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015). Sin embargo, en la otorrinolaringología se le atribuye la totalidad de esta zona al AM, abarcando específicamente la región superior y posterior del hélix, lóbulo, antitrago y la cara interna de la oreja (RODRIGUEZ PERALES; SAYNES MARÍN; HERNANDEZ VALENCIA, 2009; THOMASSIN et al., 2009). La porción ascendente del hélix y el trago está inervada por el nervio auriculotemporal (AT) (V3), y la concha por el ramo auricular del vago, la rama timpánica del glosofaríngeo y una del nervio facial (THOMASSIN et al., 2009).

Por parte del conducto auditivo externo (u oído externo) se divide en 2 regiones, la región anterosuperior (del AT) y la región posteroinferior, a la cual llegan ramas sensitivas de los pares craneales VII, IX y X (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015; RODRIGUEZ PERALES; SAYNES MARÍN; HERNANDEZ VALENCIA, 2009). La superficie externa de la membrana timpánica es inervada principalmente por el AT, con aportes nerviosos del facial y vago; y su superficie externa por el nervio glossofaríngeo (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2015).

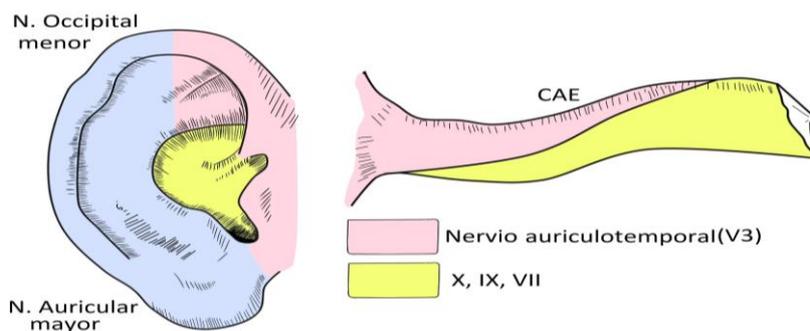


Figura 2. Inervación sensitiva del pabellón auricular y el conducto auditivo externo. Fuente: elaboración propia, 2020.

3.2 Epidemiología

Enfermedad	Prevalencia	Incidencia	Adicionales
Neuralgia del trigémino	Prevalencia a lo largo de la vida 0.3% (MUELLER et al., 2011). Korea 2013: 76.8 por cada 100.000 (BANG et al., 2019)	12.6 - 28.9 por cada 100.000 persona-años (VAN HECKE et al., 2014)	Mujeres: 5.9 por cada 100.000 mujeres (SIQUEIRA; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2009)
Neuropatía trigeminal dolorosa	No se encontraron datos		
Neuralgia postherpética	Sucede entre el 5 al 20% de los casos de Herpes Zoster (SAGUIL; KANE; MERCADO, 2017).	3.9 - 42 por cada 100.000 persona- años (VAN HECKE et al., 2014)	Es ligeramente más frecuente en mujeres (10.97% vs 9.09%) (SALVETTI et al., 2019)
Neuropatía dolorosa trigeminal postraumática	Un grupo de Bélgica reporta que la neuropatía trigeminal postraumática por iatrogenia en general está presente en el 0.6% de las consultas, de los cuales el 68% es dolorosa (CRUYSSSEN et al., 2020; KLAZEN et al., 2018)		

Síndrome de Clúster-tic	Sólo se han reportado aproximadamente 40 casos en la literatura (DE COO et al., 2017).		
Neuralgia glossofaríngea	Aproximadamente 0,8 por cada 100.000 habitantes en un año (PEARCE, 2006)	0.2 - 0.4 por cada 100.000 persona-años (VAN HECKE et al., 2014)	
Neuralgia del occipital	No existen estudios sobre la prevalencia de la neuralgia occipital en la población general (TEPPER, 2018).	Un estudio en población Holandesa informó Incidencia de 3,2 por cada 100.000 personas (KOOPMAN et al., 2009).	
Neuralgia del nervio facial	Entre 1932 y 2012 se publicaron menos de 150 casos en toda la literatura en inglés (TANG et al., 2014).		
Neuritis óptica		0.94- 2.18 por 100.000 anual(TOOSY; MASON; MILLER, 2014).	Mayor frecuencia mujeres(70%). Entre los 18 y 50 años (WILHELM; SCHABET, 2015)
Cefalea parálisis isquémica del oculomotor	No se encontraron datos		
Síndrome Tolosa-Hunt		Un caso por millón por año (IACONETTA et al., 2005)	Es inusual en los jóvenes. (EVERS, 2017)
Síndrome óculo simpático paratrigeminal	No se encontraron datos		
Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente	1 por cada millón (EVERS, 2017)		Más frecuente en mujeres con edad promedio de aparición de 8 años (EVERS, 2017)
Síndrome de boca quemante	No se encontraron datos		

Tabla 1. Epidemiología del dolor facial. Fuente: elaboración propia.

3.3 Dolor asociado a neuralgias y neuropatías

Una de las principales maneras de clasificar el DF relacionado a componentes nerviosos es de forma sindrómica en dos entidades: neuralgias y neuropatías. La distinción entre estas permite orientar la etiopatogenia del dolor y con esto favorecer la toma de decisiones. Clásicamente las neuralgias se relacionan etiológicamente con compresiones vasculares, mientras las neuropatías corresponden a noxas o



anormalidades estruturales evidenciadas en imágenes (IHS, 2018). A continuación se desarrollarán las patologías más frecuentes que comprenden estas entidades.

3.3.1 Neuralgia del trigémino (NET)

Famosa por ocasionar uno de los dolores neuropáticos más intensos, la NET afecta las ramas sensitivas de este par craneal, y por ende ocasiona dolor en las áreas que inerva (BARRIO et al., 2019; MARÍN MEDINA; GÁMEZ-CÁRDENAS, 2019). Es una patología de la que epidemiológicamente no se encuentran estudios recientes, que brinden información de su panorama actual (MARÍN MEDINA; GÁMEZ-CÁRDENAS, 2019; SHAEFER; KHAWAJA; BAVIA, 2018).

El 90% de los casos afecta a la población >40 años, principalmente a los 70 años, donde es más incidente (BARRIO et al., 2019). Ser mujer es un factor de riesgo independiente, su prevalencia aumenta frente a el sexo opuesto, en una proporción de 1.6:1, respectivamente (SHAEFER; KHAWAJA; BAVIA, 2018).

En la tercera edición de la *International Clasificación of Headache Disorders* (ICHD-3) Divide la NET en clásica, secundaria e idiopática (IHS, 2018). La forma clásica es la más frecuente, presente en el 80 - 90% de las NET (SHAEFER; KHAWAJA; BAVIA, 2018). El diagnóstico es netamente clínico, por medio de una adecuada caracterización del dolor, este se describe como un dolor de tipo lancinante, punzante o eléctrico, unilateral, de alta intensidad, recurrente con episodios de corta duración (2 a 120 segundos) seguidos de un período refractario (segundos a minutos); estos episodios pueden aumentar en frecuencia, duración y severidad a medida que se cronifica la enfermedad. La característica más importante es que el dolor coincide con territorio inervado por las ramas del nervio trigeminal, más frecuentemente V2 y V3. Puede aparecer espontáneamente o coincidir con acciones desencadenantes como sonreír, masticar, lavarse los dientes y/o la cara, etc. (BARRIO et al., 2019; IHS, 2018; MARÍN MEDINA; GÁMEZ-CÁRDENAS, 2019). Además, se puede acompañar de síntomas autonómicos como lagrimeo y/o enrojecimiento conjuntival ipsilateral (IHS, 2018).





Ahora bien, hay ciertas claves que nos orientan a buscar una causa de base (NET secundaria) como lo son: presentación en menores de 40 años, afectación bilateral o únicamente de la porción V1, dolor sin características típicas o que no responde al tratamiento inicial y alteraciones neurológicas asociadas (ej. auditivas). También a estas características se les denominan “banderas rojas” de la NET. Las causas más frecuentes de NET secundaria son la esclerosis múltiple y lesiones tumorales, que comprimen el nervio en su trayectoria (principalmente al emerger de la protuberancia), a diferencia de la forma clásica, que se debe a una compresión neurovascular (BARRIO et al., 2019).

Por lo anterior, una evaluación imagenológica estaría indicada en este caso, siendo de elección la resonancia magnética (RM), donde se espera evidenciar una compresión vascular nerviosa con cambios morfológicos en la raíz del V par (NET clásica), lesión ocupante de espacio, malformación arteriovenosa o desmielinización focal (NET secundaria). En caso de no hallar ninguna anomalía significativa, tanto por neuroimagen como por pruebas electrofisiológicas, corresponderá a una NET idiopática (IHS, 2018).

Dado lo anterior es importante incluir en la anamnesis la presencia de antecedentes familiares de esclerosis múltiple y lesiones en piel o en boca que puedan tener tropismo nervioso (MARÍN MEDINA; GÁMEZ-CÁRDENAS, 2019).

Esta afección se explica por medio de varios mecanismos, entre ellos se encuentran la desmielinización focal, la transición de mielinización por células del sistema nervioso periférico al central (células de Schwann a oligodendrocitos) y la hiperestimulación por aferencias primarias que ocasiona la sensibilización a estímulos inocuos. Las dos primeras se ubican en la porción lateral de la protuberancia (MARÍN MEDINA; GÁMEZ-CÁRDENAS, 2019).

3.3.2 Neuropatía trigeminal dolorosa (anestesia dolorosa del trigémino)

Comprende un espectro de patologías que ocasionan daño neuronal, entre las cuales se encuentran: postraumáticas, por herpes zoster (BARRIO et al., 2019), esclerosis múltiple, lesiones ocupantes, entre otras (LÓPEZ-ZUAZO AROCA; SÁNCHEZ PALOMO; SALINAS CUBILLAS, 2015). A diferencia de la NT el dolor es casi continuo o continuo,





que puede estar acompañado de episodios paroxísticos superpuestos, pero que no son predominantes, asociado a alteraciones sensitivas. Tanto el DF, como las alteraciones sensoriales se distribuyen sobre las áreas de inervación sensitiva del NT (BARRIO et al., 2019; LÓPEZ-ZUAZO AROCA; SÁNCHEZ PALOMO; SALINAS CUBILLAS, 2015). La intensidad del dolor depende de la causa de base (BARRIO et al., 2019).

9

3.3.3 Neuralgia trigeminal postherpética (NTP)

Es la complicación más frecuente de la infección del virus Herpes Zoster. Sucede principalmente en mayores de 50 años, edad donde se ha estimado que se ubican el 80% de los casos (SAGUIL; KANE; MERCADO, 2017), con una proporción promedio que aumenta con los años (15.56% entre 75 y 79 años) al igual que su severidad (SALVETTI et al., 2019). Las condiciones que más predisponen a su aparición son: edad avanzada, dolor intenso en durante la fase aguda del virus, afectación oftálmica, dolor y/o sensación anormal antes de la aparición de las erupciones cutáneas (pródromo), *rash* cutáneo severo (>50 lesiones), inmunosupresión y presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, lupus eritematosos sistémico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca (MALLICK-SEARLE; SNODGRASS; BRANT, 2016; MUÑOZ-QUILES et al., 2018; SAGUIL; KANE; MERCADO, 2017). En un análisis poblacional prospectivo de 6 años, se halló que existe un riesgo acumulativo de casi 7% para desarrollar esta neuralgia entre los 50 y 90 años (MUÑOZ-QUILES et al., 2018).

Corresponde a un dolor que prosigue a una erupción cutánea aguda ocasionada por el virus del Herpes Zoster y persiste por ≥ 90 días (MALLICK-SEARLE; SNODGRASS; BRANT, 2016; SAGUIL; KANE; MERCADO, 2017; SALVETTI et al., 2019). Surge del daño neuronal a nivel periférico y/o central, ocasionado por una respuesta inflamatoria a la replicación intraneuronal del virus, que se traduce en una disminución del umbral doloroso y un aumento de la sensibilidad (MALLICK-SEARLE; SNODGRASS; BRANT, 2016; SAGUIL; KANE; MERCADO, 2017). En caso de la NTP, el dolor se localiza unilateralmente en una o más ramas del trigémino, principalmente en V1, pudiéndose sumar el



compromiso de las otras, ya sea durante la aparición de las lesiones o después de la resolución de estas (IHS, 2018).

Caracterizar el dolor de manera adecuada es un pilar fundamental para el diagnóstico. Lo más frecuente es que el paciente tenga un dolor tipo ardor y picazón (IHS, 2018), sin embargo, se describen 3 tipos principales: de tipo ardor, punzada o palpitación; continuo sin desencadenante; de tipo punzante (puñal o disparo) o electrizante; intermitente sin desencadenante; o dolor desproporcionado desencadenado por un estímulo (MALLICK-SEARLE; SNODGRASS; BRANT, 2016).

La afectación física y mental es tan grande que se debe evaluar el impacto en la calidad de vida del paciente por medio de cuestionarios. Puede estar asociado a anomalías sensitivas tipo disestesias, parestesias o alodinia (MALLICK-SEARLE; SNODGRASS; BRANT, 2016; SAGUIL; KANE; MERCADO, 2017). Al examen físico es muy importante la evaluación de la respuesta al tacto, con diferentes texturas; a las temperaturas y vibración (MALLICK-SEARLE; SNODGRASS; BRANT, 2016).

3.3.4 Neuropatía dolorosa trigeminal postraumática (NDTP)

Antiguamente denominada anestesia dolorosa del trigémino es, como su nombre lo dice, consecuencia de un antecedente traumático, ya sea un accidente, una riña o una cirugía (BENOLIEL; TEICH; ELIAV, 2016). En la iatrogenia, se describe más ampliamente en procedimientos odontológicos, siendo el más frecuente la extracción del tercer molar (48%), seguido de implantes dentales, otras extracciones, anestesia local y endodoncia, entre otros, el nervio alveolar inferior es el más afectado (60%) (CRUYSSSEN et al., 2020). Demográficamente, es más frecuente en mujeres, en una edad entre los 45 y 50 años (BENOLIEL; TEICH; ELIAV, 2016).

Su diagnóstico se basa principalmente en tener evidencia de una lesión nerviosa a cualquier nivel del recorrido del trigémino y que la ubicación de la lesión coincida con el dolor del paciente. El dolor debe desarrollarse dentro de los primeros 6 meses posteriores al traumatismo, puede ser unilateral o bilateral y está asociado a signos y síntomas de disfunción nerviosa, pudiendo ser positivos (ej. alodinia), negativos (ej. hipoalgesia) o



ambos (IHS, 2018). Las otras características del dolor son variables, pudiendo ser paroxístico o continuo, de intensidad moderada a severa, de tipo ardor o punzada, espontáneo o con desencadenantes. Estos últimos deben evaluarse durante el examen físico, mediante la respuesta pinchazos, frío, calor y tacto con algodón (BENOLIEL; TEICH; ELIAV, 2016). El pronóstico depende en gran medida del diagnóstico y referencia oportuna, sin embargo, el retraso promedio ronda los 10 meses (KLAZEN et al., 2018), por lo que se considera de mal pronóstico, con una mejoría a largo plazo del 33.3% (BENOLIEL; TEICH; ELIAV, 2016).

La anestesia dolorosa del trigémino hace referencia a una lesión neural por trauma, principalmente como complicación quirúrgica cuando se realiza rizotomía o termocoagulación (rara en *gamma knife*). Se caracteriza por su unilateralidad sumada a la anestesia de la zona inervada por el V par (LÓPEZ-ZUAZO AROCA; SÁNCHEZ PALOMO; SALINAS CUBILLAS, 2015).

3.3.5 Neuralgia glossofaríngea (NG)

La clasificación ICHD-3 la define como un dolor unilateral, de intensidad severa y de tipo punzante o lancinante. Suele durar de pocos segundos a minutos, con inicio y cese bruscos, en las distribuciones no sólo del IX nervio craneal, sino también de las ramas auricular y faríngea del nervio vago (IHS, 2018)). Según la ubicación predominante se dan dos formas clínicas: faríngea (faringe, cuello, tercio posterior de la lengua, amígdalas palatinas y linguales); u otalgia (oído y parte posterior de la mandíbula) (BARRIO et al., 2019). Los ataques de dolor se desencadenan a partir de estímulos como deglutir, masticar, toser, hablar, bostezar, estornudar, aclarar la garganta, o reírse (BLUMENFELD; NIKOLSKAYA, 2013). Un 10% de los pacientes experimentan bradicardia, síncope o paro cardíaco (BARRIO et al., 2019; BLUMENFELD; NIKOLSKAYA, 2013). Suele haber remisión del dolor entre los ataques, pero algunos pueden sentir un dolor agudo residual entre los mismos (SHAH; PADALIA, 2020). El dolor casi siempre permanece en un lado, más frecuentemente el izquierdo, raramente puede ser bilateral (BLUMENFELD; NIKOLSKAYA, 2013).





Según la etiología puede clasificarse en: Idiopática, como compresión vascular del nervio, que representa la mayoría de los casos (KHAN et al., 2017); y secundaria por enfermedades desmielinizantes o autoinmunes, infecciones, tumores, trauma o síndrome de Eagle. Se sospecha de esta naturaleza secundaria cuando hay déficits neurológicos, ausencia de intervalos libres de síntomas y distribución difusa del dolor (SINGH; KAUR; TRIKHA, 2013). El diagnóstico de la NG es principalmente clínico, aunque deben hacerse exámenes como hemograma, panel metabólico básico, reactantes de fase aguda y anticuerpos antinucleares para descartar causas secundarias (KHAN et al., 2017). La RM con contraste y el Angiograma por RM están indicadas en la mayoría de casos, pues son las imágenes que mejor muestran cualquier compresión neurovascular del nervio glossofaríngeo (SHAH; PADALIA, 2020). El diagnóstico como tal puede definirse por el cese del dolor cuando este nervio se bloquea en el foramen yugular o cuando la anestesia tópica de la faringe detiene el dolor (BLUMENFELD; NIKOLSKAYA, 2013).

3.3.6 Neuralgia occipital (NO)

La ICHD-3 la define como dolor paroxístico unilateral o bilateral, punzante, en la parte posterior del cuero cabelludo, en la(s) distribución(es) de los nervios occipitales mayor, menor y/o tercero. Dichos paroxismos de dolor deben ser recurrentes, durar de segundos a minutos, asociado a sensibilidad sobre las ramas nerviosas, disestesia y/o alodinia a la estimulación inocua del cuero cabelludo o cabello; y puntos gatillo en la emergencia del OMA. El dolor debe aliviarse temporalmente por el bloqueo mediante anestesia local del nervio occipital afectado para confirmar el diagnóstico (CHOI; JEON, 2016; IHS, 2018). El nervio afectado es el OMA el 90% de las veces (TEPPER, 2018). El diagnóstico puede complicarse debido a las conexiones con los nervios craneales VIII, IX y X y el simpático cervical, que pueden dar lugar a síntomas como alteraciones de la visión, náuseas, mareos, tinnitus y congestión nasal (CHOI; JEON, 2016; TEPPER, 2018).

La mayoría de los casos son idiopáticos, sin una etiología estructural definida (NAROUZE, 2016). Durante la exploración física se puede encontrar signo de Tinel positivo, como un hormigueo al realizar una ligera presión o percusión en el nervio. O





"signo de la almohada", cuando hay dolor al hiperextender o girar el cuello acostado sobre una almohada (CHOI; JEON, 2016). En cuanto a los estudios por imágenes, la RM es la herramienta más importante, ya que permite visualizar los tejidos blandos cervicales y occipitales circundantes (CHOI; JEON, 2016). Finalmente, es importante tener en cuenta los síndromes de dolor miofascial del cuello posterior y el dolor occipital referido que se origine de la columna cervical superior, para hacer diagnóstico diferencial (BARRIO et al., 2019).

3.3.7 Neuralgia del nervio facial

Esta entidad se genera por una alteración de las fibras sensitivas del VII par craneal que acaban en el ganglio geniculado (BARRIO et al., 2019), que reciben la sensación alrededor de la oreja, incluyendo el meato auditivo externo y la piel detrás de la oreja, así como sobre la mastoides (TEPPER, 2018). Según la ICHD-3 se define como un raro trastorno caracterizado por ataques paroxísticos de dolor unilateral punzante e intenso en dicha distribución, de corta duración (IHS, 2018); suele ser precipitado por estimulación de un área gatillo en la pared posterior del canal auditivo o área periauricular, el frío, el ruido o la deglución (BARRIO et al., 2019). La ubicación del dolor es reconocible, ya que está en lo profundo del canal auditivo interno. Sin embargo, también puede localizarse a nivel de la aurícula, en la región de la apófisis mastoides o el paladar blando.

En cuanto a la etiología, esta patología es lo suficientemente rara como para requerir un estudio muy cuidadoso de las causas (TEPPER, 2018); en la mayoría de los casos, se produce por una compresión microvascular (PERIS-CELDA et al., 2018), pero también puede ser una complicación del herpes zoster. En vista de que la inervación del oído externo es tan compleja y superpuesta, ya que se deriva de los pares craneales V, VII, IX y X, la atribución de neuralgias a un diagnóstico definitivo es difícil (PERIS-CELDA et al., 2018); por lo tanto se hace preciso descartar otras causas de otalgia, a través de una evaluación por profesionales de otorrinolaringología y neurología, la cual debería incluir imágenes para visualizar el nervio facial y el ángulo ponto cerebeloso (BARRIO et al., 2019).





3.3.8 Síndrome Clúster-tic

El término "síndrome Clúster-tic" se utiliza para definir la presentación simultánea ipsilateral de ataques de cefalea en racimo o cefalea clúster y NET en un mismo paciente (DE COO et al., 2017). Es realmente infrecuente, sólo se encuentran poco más de 40 casos en la literatura, donde ha sido descrito de manera muy heterogénea, encontrándose tres tipos de ataques: Ataques semejantes al dolor de la NET; ataques de cefalea en racimo, de longitud variable, con fenómenos autonómicos; y ataques mixtos (DE COO et al., 2017; WILBRINK et al., 2013). Sin embargo, la clasificación ICHD-3 menciona el síndrome de clúster-tic como una nota dentro del ítem de cefalea en racimo y sugiere que estos pacientes deben recibir ambos diagnósticos, debido a que las dos condiciones deben tratarse para que el paciente se libere del dolor (IHS, 2018).

3.4 Causas de dolo no neurálgico o neuropático periférico

Existen otras causas de DF las cuales no se relacionan directamente con alteraciones estructurales o funcionales de la inervación sensitiva superficial de la cara. Existen síndromes específicos que tienen una importante relevancia clínica a la hora de enfocar el paciente con DF. Las principales entidades descritas en la literatura se mencionan a continuación. Patologías de primer orden como la cefalea, síndromes de la articulación témporo-mandibular (ATM), y alteraciones dentoalveolares, serán mencionadas en este apartado, sin embargo, su estudio a profundidad no concierne al objetivo de esta revisión.

3.4.1 Neuritis óptica (NO)

Es una lesión inflamatoria del nervio óptico (TOOSY; MASON; MILLER, 2014). La mayor parte de la forma típica está relacionada con la Esclerosis Múltiple (EM) pero existen múltiples causas (WILHELM; SCHABET, 2015). La NO es el síntoma de presentación de la EM en el 15-20% de los casos (WANG; CALLISTA, 2019). Se caracteriza por la presencia de dolor retroocular unilateral al movimiento ocular, por la pérdida subaguda y de la agudeza visual de forma variable, dificultad para la percepción de la profundidad,



discromatopsia, asociado defecto pupilar aferente relativo, ojo rojo, pupila de Marcus Gunn y un fondo de ojo de apariencia normal o con papiledema leve en un tercio de los casos. Sin tratamiento progresa durante 2 semanas y remite posteriormente. El diagnóstico requiere RM y su tratamiento se hará según la patología (WILHELM; SCHABET, 2015).

3.4.2 Oftalmoplejía dolorosa (OD) o Síndrome Tolosa-Hunt

Se presenta con dolor agudo unilateral (bilateral 5%) retroorbitario o periorbitario con irradiación a las áreas frontal y temporal, es punzante e intenso (AMRUTKAR; BURTON, 2020). La oftalmoplejía puede aparecer hasta 30 días después, causada por la afectación variable de los tres nervios motores oculares, siendo la más frecuente del III par, además puede haber compromiso simpático con Síndrome de Horner por afectación de la neurona de tercer orden o parasimpático con anomalías pupilares (afectación III par) (KLINE; HOYT, 2001). La OD se debe a una inflamación inespecífica del seno cavernoso y / o la fisura orbitaria superior que suele ser idiopática pero puede ser desencadenada por lesiones traumáticas, tumorales o aneurismáticas (AMRUTKAR; BURTON, 2020). Su curso es recurrente y remitente, progresa hasta por ocho semanas y luego remite sin tratamiento, generalmente sin déficits neurológicos residuales. La RM debe ser el estudio diagnóstico inicial. Los glucocorticoides han sido el pilar del tratamiento (BERMUDEZ et al., 2005).

3.4.3 Cefalea por parálisis isquémica del oculomotor

Originada por un infarto embólico o enfermedad de pequeños vasos en la cual se incluye la oftalmoplejía diabética. El cuadro se caracteriza por dolor frontal y/o periorbitario en estrecha relación con la parálisis del nervio motor y diplopía. El dolor es más frecuente en pacientes con parálisis del III par (EVERS, 2017). Los aneurismas son la causa más frecuente de afectación del III par a nivel subaracnoideo por ello su diagnóstico es urgente por medio de RMN. (PÉREZ-FLORES; VELASCO-CASARES; LORENZO-CARRERO, 2009)



3.4.4 Dolor facial neuropático central

Dolor craneocervical, producido por una lesión o disfunción en el sistema nervioso central, con presentación variable. Puede ser uni o bilateral y dependiendo de la causa, puede ser constante o remitir y recaer. La ICHD-3 reconoce dos entidades que son sus causas principales: atribuido a la esclerosis múltiple y posterior a un accidente cerebrovascular (IHS, 2018). También puede estar relacionado a una lesión medular (SZOK et al., 2019). Se deriva de una alteración de las vías somatosensoriales, la disfunción del tracto espinotalámico parece ser un requisito desde lo patológico para su desarrollo (WATSON; SANDRONI, 2016).

Esto se traduce clínicamente en un dolor de características neuropáticas, que puede comenzar meses o años después de la lesión, dificultando aún más el reconocimiento de su asociación. Precedido de alteraciones sensitivas, se acompaña de disestesias, parestesias, alodinia y distintos niveles de déficit motor o espasticidad de acuerdo con la lesión desencadenante. Tiende a ser refractario a múltiples esquemas analgésicos (WATSON; SANDRONI, 2016).

3.4.5 El dolor facial idiopático persistente o dolor facial atípico

Caracterizado por DF y/o oral persistente de presentación variable pero recurrente diariamente durante más de 2 horas al día por más de 3 meses, en ausencia de un déficit neurológico, que suele ser mal localizado, y no sigue la distribución de un nervio periférico (IHS, 2018). Una cirugía menor o una lesión en la cara, los dientes o las encías pueden iniciar los síntomas, que persisten después de la curación sin una causa local clara (IHS, 2018). El dolor se siente comúnmente en el pliegue nasolabial o en un lado del mentón, pero puede extenderse a áreas más amplias de la cara y el cuello. A los pacientes se les diagnostica en esta categoría con frecuencia como un diagnóstico de exclusión, por lo que se hace necesario un examen físico exhaustivo, seguimiento clínico, imágenes, y un enfoque multidisciplinario para descartar las demás patologías posibles (BENOLIEL; GAUL, 2017; ZAKRZEWSKA, 2016).



3.4.6 Outras causas

Patología	Características del dolor	Localización del dolor	Síntomas asociados
Tumores	Dolor de presentación variable, dependiente del tamaño, tipo y ubicación del tumor, el diagnóstico diferencial es amplio e incluye neoplasias intracraneales o extracraneales se debe descartar este diagnóstico en cursos crónicos o atípicos de cefaleas con RMN o TC cerebral según corresponda (GARZA et al., 2016; ZAKRZEWSKA, 2002) Es de vital importancia darle la seguridad al paciente y su familia de que no hay cáncer (GONÇALVES; GONÇALVES; GONÇALVES, 2020)		
Dental	Agudo, unilateral, intermitente durante estimulación, minutos u horas o continuo, agravado por el calor, frío y comidas dulces, comer(ZAKRZEWSKA, 2013)	Región dental o en relación con un diente(ZAKRZEWSKA, 2013)	Caries, trauma dental, halitosis (ZAKRZEWSKA, 2013)
Síndrome de ATM	Dolor sordo, leve a moderado, unilateral, en relación con movimientos de la mandíbula, es continuo, pero puede ser peor al despertar o al final del día (ZAKRZEWSKA, 2002)	Área de la ATM y músculos asociados (reproducible con la palpación) , preauricular (ZAKRZEWSKA, 2002) (EUGENIO TENHAMM; MARIANA KAHN, 2014)	Pueden estar presentes: bruxismo, restricción del movimiento mandibular, cambio en relación oclusal dental, chasquidos al movimiento de la ATM (ZAKRZEWSKA, 2002)
Arteritis de células gigantes	Súbito, continuo, pulsátil y sordo que empeora al masticar (JÄÄSKELÄINEN, 2019)	Alrededor de la ATM, pudiendo ser bilateral (JÄÄSKELÄINEN, 2019)	Alteraciones visuales, fiebre, malestar, mialgias y pérdida de peso (JÄÄSKELÄINEN, 2019)
Carotidinia	Constante o paroxístico, que se evoca al presionar la carótida (LÓPEZ-ZUAZO AROCA; SÁNCHEZ PALOMO; SALINAS CUBILLAS, 2015)	Cara lateral del cuello pudiendo irritar a cara ipsilateralmente (LÓPEZ-ZUAZO AROCA; SÁNCHEZ PALOMO; SALINAS CUBILLAS, 2015)	
Trauma y postoperatorio	Dolor con relación a antecedente de cirugía o trauma identificado, con intensidad y ubicación dependiente de los mismos		
Sinusitis	Continuo, difuso, con sensibilidad a la percusión, aumenta al inclinarse adelante, caminar, (BARRIO et al., 2019; QUAIL, 2015)	Según el seno paranasal afectado: Región de los molares superiores (maxilar) región frontal, orbitaria (frontal) entre los ojos (esfenoidal) (QUAIL, 2015).	Obstrucción y secreción nasal, fiebre malestar y halitosis (QUAIL, 2015) hiposmia o anosmia (EUGENIO TENHAMM; MARIANA KAHN, 2014)
Síndrome óculo-	Urente o lancinante, intenso y profundo (LÓPEZ-ZUAZO	Unilateral, en V1 (ocular y periorbitario) (BARRIO et	Hiperestесias y/o disestесias



simpático paratrigeminal	AROCA; PALOMO; CUBILLAS, 2015)	SÁNCHEZ SALINAS al., 2019)	Ptosis y miosis sin anhidrosis (BARRIO et al., 2019)
Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente	Migraña continua (>4 semanas), con episodios agudos (mínimo 2) (EVERS, 2017; AROCA; SALINAS CUBILLAS, 2015)	Craneofacial unilateral (LÓPEZ-ZUAZO AROCA; SÁNCHEZ PALOMO; SALINAS CUBILLAS, 2015).	Parálisis del III, IV y/o VI par craneal (EVERS, 2017; LÓPEZ-ZUAZO AROCA; SÁNCHEZ PALOMO; SALINAS CUBILLAS, 2015)
Síndrome de boca quemante	Quemazón, continuo, que empeora con el tiempo y en las noches (ANANTHAN; BENOLIEL, 2020; JÄÄSKELÄINEN, 2019)	Bilateral en los 2/3 anteriores de la lengua, labios, paladar y mucosa gingival (ANANTHAN; BENOLIEL, 2020; JÄÄSKELÄINEN, 2019)	Alteración del gusto, boca seca, problemas en el sueño y depresión (ANANTHAN; BENOLIEL, 2020; JÄÄSKELÄINEN, 2019)

Tabla 2. Otros diagnósticos diferenciales del dolor facial. Fuente: elaboración propia.

3.5 Algoritmo diagnóstico:

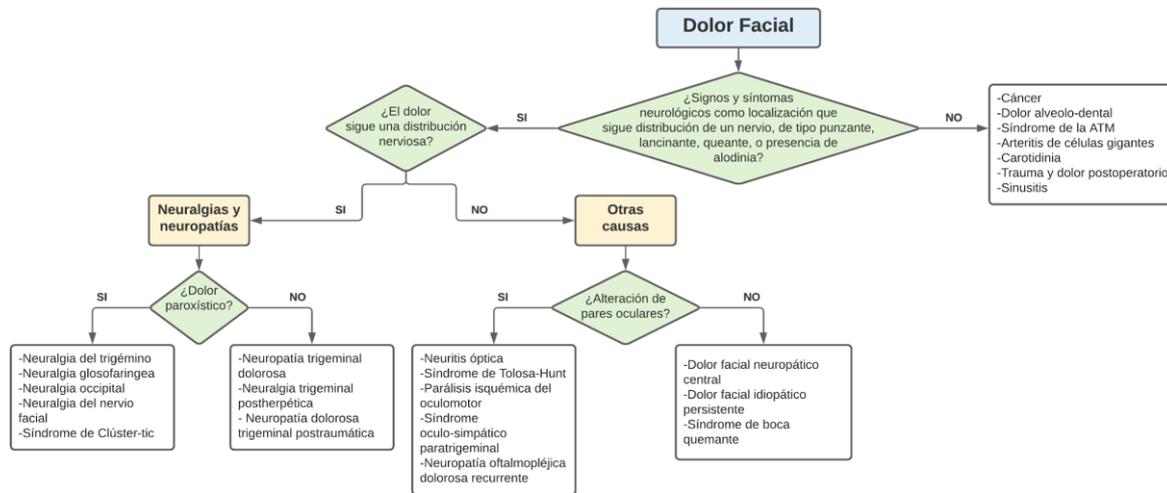


Figura 3. Algoritmo de enfoque diagnóstico del dolor facial. Fuente: elaboración propia, 2020.

4 Consideraciones finales

El DF puede ser llamado terreno de nadie; es una de las entidades dolorosas más dramática, tanto que en siglos anteriores patologías como la NET era conocida como



enfermedad del suicida, y actualmente es reconocida como una de las que más impacto en calidad de vida genera. El DF es una condición para la cual se tiene muy pocos protocolos interdisciplinarios de diagnóstico y manejo. Desde el inicio de síntomas, con frecuencia, los pacientes recorren múltiples especialidades partiendo del médico general o del odontólogo, y dirigiéndose al cirujano maxilofacial, otorrinolaringólogo, neurólogo, neurocirujano, cirujano de cabeza y cuello, y finalmente clínica de dolor; por lo anterior, un enfoque adecuado desde el primer contacto con el sistema de salud es fundamental para el correcto direccionamiento y manejo, disminuyendo costos y mejorando calidad de vida. Este artículo se convierte entonces en una herramienta guía que visibiliza y sintetiza, a educadores y estudiantes, el enfoque diagnóstico del DF con el fin de complementar la formación académica en programas de medicina y odontología, y brindar a docentes la posibilidad de desarrollar nuevas estrategias de enseñanza (BRANDENBURG; PEREIRA; FIALHO, 2019).

El diseño de este estudio tiene la limitación que al no ser un abordaje sistemático no es posible replicar sus resultados con exactitud, sin embargo, la búsqueda realizada por los autores fue acuciosa y ordenada para mitigar esto. Este estudio se limita al abordaje diagnóstico, por lo que proponemos la realización de futuros estudios que aborden las estrategias de manejo, y que hagan abordajes sistemáticos de estos temas.

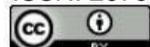
5 Agradecimientos

Queremos agradecer de forma especial a nuestra colega Jessica Andrea Jaimes, quien elaboró magistralmente las ilustraciones incluidas en este artículo.

Referencias

AMRUTKAR, C.; BURTON, E. V. **Tolosa-Hunt Syndrome**. [s.l.] StatPearls Publishing, 2020.

ANANTHAN, S.; BENOLIEL, R. Chronic orofacial pain. **Journal of Neural Transmission**, v. 127, n. 4, p. 575–588, 1 abr. 2020.





BANG, S. et al. Prevalence of common causes of neuropathic pain in Korea: population-based observational study: **Journal of International Medical Research**, 28 nov. 2019.

BARRIO, M. T. A. DEL et al. Protocolo de diagnóstico diferencial del dolor craneofacial. **Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 12, n. 77, p. 4571–4575, abr. 2019.

BENOLIEL, R.; GAUL, C. Persistent idiopathic facial pain. **Cephalalgia: An International Journal of Headache**, v. 37, n. 7, p. 680–691, jun. 2017.

BENOLIEL, R.; TEICH, S.; ELIAV, E. Painful Traumatic Trigeminal Neuropathy. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, Oral and Maxillofacial Pain. v. 28, n. 3, p. 371–380, 1 ago. 2016.

BERMUDEZ, R. A. I. et al. Cefaleas de localización y compromiso oculares. **Iatreia**, v. 18, p. 14, 2005.

BLUMENFELD, A.; NIKOLSKAYA, G. Glossopharyngeal neuralgia. **Current Pain and Headache Reports**, v. 17, n. 7, p. 343, jul. 2013.

BRANDENBURG, C.; PEREIRA, A. S. M.; FIALHO, L. M. F. Práticas reflexivas do professor reflexivo: experiências metodológicas entre duas docentes do ensino superior. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo**, v. 1, n. 2, mai 2019. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/3527> Acessado em: 18 dez. 2019.

CHOI, I.; JEON, S. R. Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. **Journal of Korean Medical Science**, v. 31, n. 4, p. 479–488, abr. 2016.

CRUYSSSEN, F. V. DER et al. Signs and symptoms, quality of life and psychosocial data in 1331 post-traumatic trigeminal neuropathy patients seen in two tertiary referral centres in two countries. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. n/a, n. n/a, 10 jul. 2020.

DE COO, I. et al. A Case Report About Cluster-Tic Syndrome Due to Venous Compression of the Trigeminal Nerve. **Headache**, v. 57, n. 4, p. 654–657, abr. 2017.

DRAKE, R. L.; VOGL, A. W.; MITCHELL, A. **Gray Anatomía para estudantes**. 3ra. ed. [s.l.] Elsevier, 2015.

EUGENIO TENHAMM, F.; MARIANA KAHN, C. Síndrome de dolor facial. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 25, n. 4, p. 658–663, jul. 2014.

EVERS, S. Facial pain: Overlapping syndromes. **Cephalalgia**, v. 37, n. 7, p. 705–713, 1





jun. 2017.

GAGO-VEIGA, A. B. et al. How and when to refer patients diagnosed with secondary headache and other craniofacial pain in the Emergency Department and Primary Care: Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. **Neurologia (Barcelona, Spain)**, v. 35, n. 5, p. 323–331, jun. 2020.

GARZA, I. et al. Headache and Other Craniofacial Pain. In: **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 7. ed. [s.l.] Elsevier, 2016. p. 1686–1719.

21

GONÇALVES, M. F.; GONÇALVES, A. M.; GONÇALVES, I. M. F. Aprendizagem baseada em problemas: uma abordagem no ensino superior na área da saúde. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo**, v. 2, n. 1, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/3676> Acessado em: 15 mar. 2020.

IACONETTA, G. et al. Tolosa-Hunt Syndrome Extending in the Cerebellopontine Angle. **Cephalalgia**, v. 25, n. 9, p. 746–750, 1 set. 2005.

IHS. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. **Cephalalgia: An International Journal of Headache**, v. 38, n. 1, p. 1–211, 2018.

JÄÄSKELÄINEN, S. K. Differential Diagnosis of Chronic Neuropathic Orofacial Pain: Role of Clinical Neurophysiology. **Journal of Clinical Neurophysiology**, v. 36, n. 6, p. 422–429, nov. 2019.

JOANNA M. ZAKRZEWSKA. **Orofacial Pain**. Oxford: OUP Oxford, 2009.

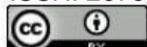
KHAN, M. et al. Trigeminal Neuralgia, Glossopharyngeal Neuralgia, and Myofascial Pain Dysfunction Syndrome: An Update. **Pain Research & Management**, v. 2017, p. 7438326, 2017.

KLAZEN, Y. et al. Iatrogenic trigeminal post-traumatic neuropathy: a retrospective two-year cohort study. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 47, n. 6, p. 789–793, 1 jun. 2018.

KLINE, L. B.; HOYT, W. F. The Tolosa-Hunt syndrome. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 71, n. 5, p. 577–582, 1 nov. 2001.

KOOPMAN, J. S. H. A. et al. Incidence of facial pain in the general population. **PAIN®**, v. 147, n. 1, p. 122–127, 15 dez. 2009.

LÓPEZ-ZUAZO AROCA, I.; SÁNCHEZ PALOMO, M. J.; SALINAS CUBILLAS, M. A. Dolor facial. **Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 11, n.





70, p. 4184–4197, jan. 2015.

MALLICK-SEARLE, T.; SNODGRASS, B.; BRANT, J. M. Postherpetic neuralgia: epidemiology, pathophysiology, and pain management pharmacology. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 9, p. 447–454, 21 set. 2016.

MARÍN MEDINA, D. S.; GÁMEZ-CÁRDENAS, M. Neuralgia del trigémino: aspectos clínicos y terapéuticos. **Acta Neurológica Colombiana**, v. 35, n. 4, p. 193–203, 27 dez. 2019.

MUELLER, D. et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. **Cephalgia: An International Journal of Headache**, v. 31, n. 15, p. 1542–1548, nov. 2011.

MUÑOZ-QUILES, C. et al. Impact of postherpetic neuralgia: A six year population-based analysis on people aged 50 years or older. **Journal of Infection**, v. 77, n. 2, p. 131–136, 1 ago. 2018.

NAROUZE, S. Occipital Neuralgia Diagnosis and Treatment: The Role of Ultrasound. **Headache**, v. 56, n. 4, p. 801–807, abr. 2016.

PEARCE, J. M. S. Glossopharyngeal neuralgia. **European Neurology**, v. 55, n. 1, p. 49–52, 2006.

PÉREZ-FLORES, M. I.; VELASCO-CASARES, M.; LORENZO-CARRERO, J. Parálisis dolorosa incompleta del III nervio causada por un aneurisma de la carótida interna-comunicante posterior. **Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología**, v. 84, n. 1, p. 43–46, jan. 2009.

PERIS-CELDA, M. et al. Nervus intermedius and the surgical management of geniculate neuralgia. **Journal of Neurosurgery**, v. 131, n. 2, p. 343–351, 10 2018.

QUAIL, G. Facial pain - A diagnostic challenge. **Australian Family Physician**, v. 44, n. 12, p. 901–904, dez. 2015.

RODRIGUEZ PERALES, M. A.; SAYNES MARÍN, F. J.; HERNANDEZ VALENCIA, G. **Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello**. 1era. ed. Mexico D.F: Mc Graw Hill, 2009.

SAGUIL, A.; KANE, S.; MERCADO, M. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. **Prevention and Management**. v. 96, n. 10, p. 8, 2017.

SALVETTI, A. et al. Incidence of herpes zoster and postherpetic neuralgia in Italian adults aged ≥50 years: A prospective study. **Preventive Medicine Reports**, v. 14, p. 100882, 1





jun. 2019.

SHAEFER, J. R.; KHAWAJA, S. N.; BAVIA, P. F. Sex, Gender, and Orofacial Pain. **Dental Clinics of North America**, Orofacial Pain. v. 62, n. 4, p. 665–682, 1 out. 2018.
SHAH, R. J.; PADALIA, D. Glossopharyngeal Neuralgia. In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020.

23

SINGH, P. M.; KAUR, M.; TRIKHA, A. An uncommonly common: Glossopharyngeal neuralgia. **Annals of Indian Academy of Neurology**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2013.

SIQUEIRA, S. R.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, J. T. Clinical Characteristics of Patients with Trigeminal Neuralgia Referred to Neurosurgery. **European Journal of Dentistry**, v. 3, n. 3, p. 207–212, jul. 2009.

SZOK, D. et al. Therapeutic Approaches for Peripheral and Central Neuropathic Pain. **Behavioural Neurology**, v. 2019, p. 8685954, 2019.
TANG, I. P. et al. Geniculate neuralgia: a systematic review. **The Journal of Laryngology and Otology**, v. 128, n. 5, p. 394–399, maio 2014.

TEPPER, S. J. Cranial Neuralgias. **Continuum (Minneapolis, Minn.)**, v. 24, n. 4, Headache, p. 1157–1178, 2018.

THOMASSIN, J.-M. et al. Cirugía de las orejas despegadas. **EMC - Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial**, v. 10, n. 1, p. 1–17, 1 jan. 2009.

TOOSY, A. T.; MASON, D. F.; MILLER, D. H. Optic neuritis. **The Lancet Neurology**, v. 13, n. 1, p. 83–99, 1 jan. 2014.

VAN HECKE, O. et al. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. **PAIN**, v. 155, n. 4, p. 654–662, abr. 2014.

WANG, B.; CALLISTA, B. Optic Neuritis Associated with Multiple Sclerosis: a Teaching Case Report. **Optometric Education**, v. 44, n. 3, p. 1–10, 2019.

WATSON, J. C.; SANDRONI, P. Central Neuropathic Pain Syndromes. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 91, n. 3, p. 372–385, mar. 2016.

WILBRINK, L. A. et al. Cluster-tic syndrome: a cross-sectional study of cluster headache patients. **Headache**, v. 53, n. 8, p. 1334–1340, set. 2013.

WILHELM, H.; SCHABET, M. The Diagnosis and Treatment of Optic Neuritis. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 112, n. 37, p. 616–626, set. 2015.





ZAKRZEWSKA, J. M. FACIAL PAIN: NEUROLOGICAL AND NON-NEUROLOGICAL. p. 6, 2002.

ZAKRZEWSKA, J. M. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. **British Journal of Anaesthesia**, v. 111, n. 1, p. 95–104, jul. 2013.

ZAKRZEWSKA, J. M. Chronic/Persistent Idiopathic Facial Pain. **Neurosurgery Clinics of North America**, v. 27, n. 3, p. 345–351, jul. 2016.

ⁱ**Andres Felipe Mantilla Santamaria**, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4692-2866>

Estudiante de VI año del programa de medicina de la Escuela de Medicina - Universidad Industrial de Santander - UIS

Contribución del autor: Conceptualización, escritura - primera redacción, escritura - revisión y edición, investigación, y aprobación final del manuscrito.

E-mail: andresfm.11@gmail.com

ⁱⁱ**Daniel Felipe Vera Osorio**, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8235-6857>

Estudiante de VI año del programa de medicina de la Escuela de Medicina - Universidad Industrial de Santander - UIS

Contribución del autor: Escritura - primera redacción, escritura - revisión y edición, investigación, y aprobación final del manuscrito.

E-mail: danielfvera09@gmail.com

ⁱⁱⁱ**Maria Alejandra Gonzalez Rincon**, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0559-7873>

Estudiante de V año del programa de medicina de la Escuela de Medicina - Universidad Industrial de Santander - UIS

Contribución del autor: Escritura - primera redacción, escritura - revisión y edición, investigación, y aprobación final del manuscrito.

E-mail: marialejandrag25@gmail.com

^{iv}**Linnel Estefania Padilla Guerrero**, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8210-8864>

Estudiante de V año del programa de medicina de la Escuela de Medicina - Universidad Industrial de Santander - UIS

Contribución del autor: Conceptualización, escritura - primera redacción, escritura - revisión y edición, investigación, y aprobación final del manuscrito.

E-mail: linnelpadillag@gmail.com

^v**Luz Elena Caceres Jerez**, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5737-3391>

Médica y cirujana – Universidad Industrial de Santander

Anestesióloga - Universidad Industrial de Santander

Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo – Pontificia Universidad Javeriana – Instituto Cancerológico Nacional

Manejo Intervencional del Dolor – Universidad de Puerto Rico

Contribución del autor: Conceptualización, escritura - primera redacción, escritura - revisión y edición, investigación, y aprobación final del manuscrito.

E-mail: lcaceresjerez@yahoo.com





^{vi} **Julian Andres Vera Campos**, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5903-9992>

Médico y cirujano – Universidad Industrial de Santander

Anestesiólogo - Universidad Autónoma de Bucaramanga – Fundación Oftalmológica de Santander
Carlos Ardila Lulle

Contribución del autor: Escritura - revisión y edición, investigación, y aprobación final del manuscrito.

E-mail: jvera612@uban.edu.co

Editora responsable: Cristine Brandenburg

Como citar este artículo (ABNT):

SANTAMARIA, Andres Felipe Mantilla *et al.* Enfoque diagnóstico del paciente con dolor facial: revisión de la literatura. **Rev. Pemo**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.47149/pemo.v2i2.3841>

