

347/3276 - DOCTOR, ME DUELE LA CARA

J. Huertas Rodríguez^a y P. Martínez Báez^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años con antecedentes de hipertensión, síndrome antifosfolípido y depresión que consulta por dolor en la hemicara izquierda de un mes de evolución que se desencadena a mínimo estímulo táctil, sin irradiación y que persiste en menor intensidad minutos/horas después. No dolor a otros estímulos o movimientos. No le despierta por la noche. No cefalea. No refiere alteraciones cutáneas, actuales o pasadas. Su dentista ha descartado origen dental. Ante la clínica se pautó tratamiento con carbamazepina a dosis mínima (200 mg/24h) que la paciente no toleró por náuseas, tampoco experimentando mejoría. Ante los antecedentes de depresión y el carácter persistente del dolor, se hizo acercamiento terapéutico con amitriptilina que alcanzo efecto terapéutico progresivo al llegar a 75 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: No dismetrías, ni alteraciones motoras y resto de exploración neurológica sin alteraciones, salvo precipitación de episodio doloroso tras tocar levemente área malar izquierda. No signos autonómicos. No lesiones cutáneas.

Orientación diagnóstica: Neuralgia del trigémino (NT).

Diagnóstico diferencial: Cefalea trigémino autonómica. Síndrome cluster-tic. Dolor idiopático facial persistente.

Comentario final: Por alarmantes que puedan parecer los síndromes que cursan con dolor facial es la clínica la que, en la mayoría de los casos, nos da el diagnóstico, pudiendo iniciar el tratamiento y hacer un seguimiento estrecho del mismo. Como primera opción farmacológica para la NT encontramos los antiepilepticos que, en ocasiones, como es el caso, son mal tolerados. Es así importante, conocer alternativas terapéuticas para el dolor neuropático, como los antidepresivos tricíclicos (ADT), aunque su uso no esté tan respaldado como el de los antiepilepticos. En nuestro caso al existir un componente de dolor crónico, atípico y con respuesta positiva a los ADT, debemos plantear derivación a neurología para completar estudio.

Bibliografía

1. Bajwa ZH, Ho CC, Khan SA. Trigeminal neuralgia. UpToDate, 2018.)
2. Louro A, Costa C. Neuralgia del trigémino. Fisterra.com.

Palabras clave: Neuralgia trigeminal. Tratamiento.