



DOLOR FACIAL PERSISTENTE UNA ENTIDAD QUE LIMITA LA VIDA DEL INDIVIDUO

PERSISTENT FACIAL PAIN AN ENTITY THAT LIMITS THE LIVING OF THE INDIVIDUAL

Gladys Velazco¹

1. Centro de Investigaciones Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela

Email: gvelazco@ula.ve

El **dolor** es una sensación desagradable percibida por el córtex cerebral, habitualmente como resultado de la recepción de un estímulo nociceptivo. En el caso del Dolor Facial Persistente (DFP) se define como una sensación desagradable en la región anatómica orofacial, o sea, relacionada con la boca, cuello y la cara, que varía desde una molestia leve a una importante, asociada a un proceso destructivo actual o potencial de los tejidos que se expresa a través de una reacción orgánica y/o emocional. Fue conocido como algia facial atípica, es un persistente dolor facial que no tiene las

características de las neuralgias craneales y que tampoco puede ser atribuido a otras afecciones. El dolor facial se produce diariamente y persiste durante todo el día. Generalmente se limita a un área concreta en un lado de la cara al principio de la enfermedad, es profundo y mal localizado, no se asocia con pérdida sensorial u otro déficit neurológico. Las investigaciones, que incluyen radiografías de la cara y Mandíbula, tomografía computarizada (TAC) craneal o resonancia magnética (RM), no demuestran anomalías relevantes. El dolor puede iniciarse tras una intervención quirúrgica o un accidente

en la cara, dientes o encías, pero persiste sin una causa local demostrable. Este tipo de dolor supone un importante desafío diagnóstico. A medida que la ciencia avanza en el conocimiento del dolor orofacial y este problema se populariza entre los pacientes, el riesgo de iatrogenia en los consultorios se multiplica, con consecuencias indeseadas para todos los involucrados en estos problemas, que podríamos minimizarlas siguiendo algunos lineamientos básicos. La evaluación diagnóstica del dolor facial requiere de mucha atención a los detalles. Es esencial obtener una completa y detallada descripción del dolor para establecer su localización e irradiación, su carácter, ya sea sordo, eléctrico, pulsátil u otro. Se debe reconocer su distribución circadiana, ya sea diurna, nocturna o bien al azar; y su persistencia en el tiempo, evaluando si se trata de un dolor de carácter episódico o continuo, distinguiendo si su duración es de segundos, minutos, horas o bien días enteros. Se debe reconocer el perfil evolutivo del dolor distinguiendo si ha

existido progresión o se ha mantenido estacionario o ha sido regresivo. Es necesario objetivar la intensidad del dolor (utilizando, por ejemplo, una escala analógico-visual); evaluar el impacto que este dolor impone en la vida cotidiana; preguntar por la causa que propone el enfermo para sus síntomas y aquellos factores que lo provocan, gatillan, empeoran, o alivian. Se requiere identificar dirigidamente la existencia de sintomatología acompañante, entre las que destacan la presencia de hipoestesia. La evaluación diagnóstica del dolor facial requiere de mucha atención a los detalles. Es esencial obtener una completa y detallada descripción del dolor para establecer su localización e irradiación, su carácter, ya sea sordo, eléctrico, pulsátil u otro. Se debe reconocer su distribución circadiana, ya sea diurna, nocturna o bien al azar; y su persistencia en el tiempo, evaluando si se trata de un dolor de carácter episódico o continuo, distinguiendo si su duración es de segundos, minutos, horas o bien días enteros. Se debe reconocer el perfil

evolutivo del dolor distinguiendo si ha existido progresión o se ha mantenido estacionario o ha sido regresivo. Es necesario objetivar la intensidad del dolor (utilizando, por ejemplo, una escala analógico-visual); evaluar el impacto que este dolor impone en la vida cotidiana; preguntar por la causa que propone el enfermo para sus síntomas y aquellos factores que lo provocan, gatillan, empeoran, o alivian. Se requiere identificar dirigidamente la existencia de sintomatología acompañante, entre las que destacan la presencia de hipoestesia. Creo que el entendimiento y la identificación del dolor miofascial debería ser un requisito mínimo no sólo para los especialistas que vemos en nuestra práctica diaria pacientes con dolor muscular, sino también hacer parte de la información básica que el médico general y el estudiante de medicina debería tener, puesto que si tenemos en cuenta que el sistema muscular (esquelético) es el órgano más grande del cuerpo humano pues representa aproximadamente el 40% o más del peso corporal de un individuo,

resulta entonces inconcebible que no se tenga siquiera nociones de la patología que afecta al mayor sistema de nuestra economía. Por estas razones pienso que en las facultades de Medicina no se le está dando la importancia que requiere a un tema que es muy importante para todos los médicos y que seguimos fallando en su difusión. El dolor, y en especial el dolor musculoesquelético, es considerado una de las causas más frecuentes de consulta. Si analizamos las estadísticas las encuestas a nivel nacional sobre la presencia de dolor en la población, vemos con gran interés el alto porcentaje de pacientes que presentan dolor de alguna naturaleza. Sería conveniente preguntar ¿cuántos de estos dolores (cefaleas, dolores de espalda, dolores articulares, etc.) son de origen miofascial? Para poder responder esa pregunta, en primera instancia es necesario tener el conocimiento sobre lo que es el Síndrome Miofascial y cómo este tipo de dolor puede simular otras condiciones como dolores de tipo radicular, compresión de nervios periféricos, dolores “articulares” u otro

tipo de patologías. Esto permitirá al médico ampliar sus diagnósticos diferenciales y lo obligará a ser más clínico, pues una condición ineludible es que para diagnosticar un Síndrome Miofascial se debe examinar de manera adecuada al paciente, la práctica que lastimosamente se ha venido perdiendo por factores que en parte son impuestos por un sistema de salud que obliga al médico a hacer consulta cada 20 minutos pero que, aun así, no debe ser una excusa para que se deje por lo menos de hacer un buen examen físico. Existe un gran número de teorías acerca de la fisiopatología para la producción de puntos gatillo, ninguna de ellas aun completamente comprobadas. Se habla de mecanismos locales y sistémicos que por vía del SNC pueden llegar a producir esta patología: una lesión muscular (trauma, inflamación, isquemia, sobreuso, etc), produce un daño tisular el cual libera sustancias neurovasoactivas y de esta manera se sensibilizan rápidamente los nociceptores locales. Así, la primera secuela de la sensibilización periférica es

el espasmo muscular; si la sensibilización es muy marcada, entonces las fibras musculares comienzan a descargar potenciales de acción espontáneamente y por ello el dolor se adiciona a la sensación de espasmo muscular. Bajo circunstancias normales esta lesión se recupera de manera rápida y los nociceptores retornan a su umbral normal de sensibilidad. Sin embargo, por razones aún hoy desconocidas, en algunos pacientes la sensibilización local se expande hacia nociceptores vecinos y de esta manera la lesión se comienza a volver crónica. Estas alteraciones parecen ser secundarias al desarrollo de isquemia local como factor muy importante en su desarrollo. Este cambio patológico en el tejido muscular puede persistir por años como un punto gatillo miofascial. El dolor de un punto gatillo NO es estrictamente local, pues se sabe que tiene una alta tendencia a ser referido a otros tejidos profundos a distancia del punto de lesión. Todas las alteraciones musculares dolorosas están seguidas por cambios en el SNC. Estos cambios pueden alterar los circuitos de

función neuronal por períodos prolongados de tiempo. El principal efecto es un incremento en la excitabilidad de algunas neuronas lo cual produce una expansión de la población neuronal que puede ser excitada por impulsos provenientes del músculo lesionado; esto es lo que se conoce con el nombre de sensibilización central. Esta sensibilización central es inducida por impulsos nociceptivos provenientes del músculo y ocurre rápidamente (en horas). En los pacientes, una secuela de la sensibilización central es el espasmo muscular debido al hecho de que la reverberación espinal de aferentes no nociceptivos adquiere propiedades para acceder a las vías que sí son nociceptivas. Otra secuela es la hiperalgesia, la cual es probablemente causada por un incremento en la respuesta de las células nociceptivas a los impulsos provenientes de los nociceptores. Además, en la sensibilización de la médula espinal, muchas células en reposo adquieren actividad lo cual lleva al dolor espontáneo que ocurre en las células nociceptivas. Ya

que los cambios de neuroplasticidad son tan comunes y ocurren en períodos cortos en tiempo (pocas horas), ellos probablemente están presentes en todos los pacientes que tienen dolor muscular de larga duración. Son estas aseveraciones las que de manera inmediata le exigen al personal de salud se prepare más abiertamente en el área del dolor facial logrando así emitir diagnósticos de calidad en los pacientes y poder conseguir mejorías en cortos periodos de tiempo.