DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR FACIAL ATIPICO *

Por los Drs. GIBILISCO, GOLDSTEIN y RUSTHON

Muchos estados dolorosos que afectan a las estructuras de la cabeza presentan problemas complejos de diagnóstico. El término "dolor facial atípico" ha sido aplicado a este grupo mal definido de trastornos, pero este término no se refiere a la neuralgia del trigémino, la neuralgia glosofaríngea, la neuralgia postherpética, ni a los dolores causados por enfermedades evidentes de los dientes, la garganta, la nariz, los senos, los ojos y los oídos. Así queda un grupo de trastornos caracterizados por un dolor profundo, de difícil localización y que el enfermo decribe con vaguedad. El dolor puede sentirse en regiones inervadas por los pares craneales V y IX y por los nervios cervicales II y III. La distribución del dolor muchas veces no es anatómica, ya que puede afectar a partes de la zona sensorial de dos o más de estos nervios y puede cruzar la línea media.

En general, este dolor es constante y persiste durante períodos largos, es decir, semanas a años. No hay zonas de desencadenamiento. Los pacientes muchas deces describen el dolor como "perforante", "de tirón", "oprimente", "quemante" o "de escozor". El término dolor "dolor facial atípico" es como las palabras "fiebre" y "convulsión". Nombra un síntoma pero no significa un origen ni una causa definidos. Para comprender mejor la etiología y el tratamiento de tales trastornos, hemos estudiado previamente y hemos publicado, los datos clínicos de 100 pacientes con el diagnóstico de dolor facial atípico. Hemos ampliado el estudio y ahora presentamos nuestros hallazgos en un grupo de 190 casos. El trastorno en cada uno de ellos queda clasificado bajo unó de estos tres encabezamientos: psicógeno, orgánico o indeterminado. Esta clasificación no se basaba en ninguna noción preconcebida referente a factores etiológicos ni estados patológicos. La justificación de esta clasificación quedará clara cuando describamos cada uno de estos tipos.

Los 53 pacientes (46 mujeres y siete hombres) con dolor facial psicógeno, sufrían reacciones depresivas, histerias de conversión o esquizofrenia. Alguno de ellos se quejaba primariamente de dolor en la cara. Se describieron otros síntomas indicadores de una enfermedad psiquiátrica después de observar durante cierto tiempo a estos pacientes.

Nuestra experiencia nos sugiere varios trastornos que pueden ir asociados a dolor facial atípico, pero no nos ofrece soluciones fáciles de los problemas del diagnóstico y el tratamiento. La preocupación fundamental del médico ha de ser el establecimiento de un diagnóstico. Ello comienza con una historia detallada de la queja. Esto parece trivial, pero tiene gran importancia. En la mayoría de los casos apenas se descubren anormalidades en los exámenes físicos y las pruebas

de laboratorio. Cuando se hallan tales anormalidades, es preciso ser muy precavido antes de considerarlas como causa del dolor. Por ejemplo, puede haber una sinusitis paranasal crónica que no tenga relación con el dolor. El descubrimiento, por el examen físico o de laboratorio, de una anormalidad a la que probablemente pueda atribuirse el dolor, a veces abre el camino de una terapéutica con éxito.

Si no es posible establecer un diagnóstico con una certidumbre razonable, el tratamiento será conservador. La aplicación apresurada de ciertas medidas quirúrgicas muchas veces empeora la situación, haciendo más complejos los tipos de dolor. La actitud del médico va a tener una gran influenc ia sobre el futuro bienestar del paciente. El anuncio brusco de que "no hay nada malo" puede no resolver sino el problema del médico, ya que el paciente se va de la consulta resuelto firmemente a no volver. La misma información puede ser transmitida de una forma que inspire seguridad al paciente de que una exploración ciudadosa no ha revelado ninguna prueba de enfermedad grave. A esto debe seguir la manifestación, por parte del médico, de que reconoce las dificultades que experimenta el paciente y que continuará haciendo para ayudarle todo lo que prácticamente pueda. El uso de agentes analgésicosno narcóticos, de tranquilizantes y de una terapéutica física apropiada debe ir acompañado de una explicación de que tales medidas no son curativas. Este enfoque impedirá un optimismo indebido y permitirá un cambio de régimen, de una a otra vez. Tal enfoque asegura al enfermo el interés y el apoyo continuado del médico, quien por su parte queda con el privilegio de poder volver a examinar periódicamente al paciente, de tal forma que una lesión que previamente no se descubrió quizá se reconozca pronto y se trate de modo adecuado. En la medida en que las causas de los diversos síndromes de dolor facial atípico son tan variables oscilando desde trastornos psíquicos hasta diversas enfermedades de las estructuras de la cabeza y de la cara, estos trastornos cruzan las fronteras de diversas especialidades de la medicina y la odontología. A veces son necesarias consultas múltiples entre internistas, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, neurólogos, psiquiatras y dentistas; en otras ocasiones la causa del dolor social atípico resulta fácilmente aparente y no hay que recurrir a estudios especiales.

(R. MORENO.—Bibl. Méd. Int., núm. 21.233)

Cátedra de "Prótesis Estomatológica" (Facultad de Medicina de Madrid). Orden de 2 de febrero de 1967 (Ministerio de Educación y Ciencia). Convoca a oposición libre la primera cátedra de la especialidad mencionada en esta Facultad de Medicina. Plazo hasta el día 22 de marzo ("B. O. E." 16-11-67).