

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: DOLOR FACIAL IDIOPATICO PERSISTENTE	CÓDIGO: CI-NEUC-GM-28
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 29-05-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 7

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

- 1- Proporcionar elementos de enfoque y manejo inicial de una entidad que requiere el manejo claro y conciso.
- 2- Establecer parámetros de manejo médico y quirúrgico.
- 3- Realizar un adecuado seguimiento a los pacientes con este tipo de patología.

2. METODOLOGIA

Se realiza revisión en la literatura mundial sobre definición, etiología, manejo médico y quirúrgico de los pacientes con dolor facial atípico.
Consenso médico.
Revisión bibliografía.

3. ALCANCE

En la presente guía se realiza una revisión completa de las causas y las manifestaciones clínicas de Dolor Facial Idiopático Persistente. Así, como las medidas terapéuticas disponibles para su tratamiento.

4. POBLACION OBJETO

Usuarios del sistema de salud de las fuerzas militares atendidos en el Hospital Militar Central y dispensarios del sistema.

5. RECOMENDACIONES

DEFINICION

Dolor Facial se define como aquel dolor que se localiza en estructuras craneales de la cara limitado por frente, borde del cuero cabelludo y borde inferior de la mandíbula. Cuando dicho dolor lleva más de 6 meses es clasificado como Dolor Facial Crónico.

El dolor facial Crónico está conformado por 4 patologías:

- Dolor Facial Idiopático Persistente
- Odontalgia Atípica
- Desordenes de la articulación temporomandibular
- Disestesias Faciales

GUIA DE MANEJO	DOLOR FACIAL IDIOPATICO PERSISTENTE	CODIGO	CI-NEUC-GM-28	VERSION	01
		Página:	2 de 7		

5. RECOMENDACIONES

El Dolor Facial Idiopático Persistente (DFIP), antes conocido como Dolor Facial Atípico, es un dolor localizado en el territorio del nervio trigémino pero no cumple los criterios clásicos conocidos de neuralgia del trigémino.

CAUSA

Si mecanismo fisiopatológico no es esta muy bien explicado pero hay unos mecanismos que lo han explicado y se exponen a continuación

- Sensibilización Central y Periférica del dolor
- Actividad Anormal Simpática
- Alteración del Control Inhibitorio Central
- Hipo o Hiperactividad de los controles descendentes
- Osteonecrosis Cavitatoria Inducida por la Neuralgia
- Osteoporosis y Hormonas Sexuales Femeninas

EPIDEMIOLOGIA

DFIP es una enfermedad poco frecuente y los estudios de prevalencia son pocos. Se dice que el dolor facial crónico se presenta en un 10% en adultos y 50% en ancianos. Un análisis de algunos de los estudios disponibles sugiere que la prevalencia de la entre la población en general está entre el 0.03%. La distribución entre género es mayor mujeres. Además se observa 1 -2 casos por 100.000 personas.

El pico de edad de aparición está por encima de los 50 años, si se presenta por debajo de los 40 años, se debe de buscar otras causas clínicas. Se ha identificado una asociación en un 30 al 60 % Trastornos de Ansiedad y de Depresión por lo que siempre deben de ser evaluados con escalas para buscar dichas patologías.

Se dice que esta enfermedad comienza en zonas específicas de la cara y luego se generaliza. Se ha identificado en el borde superior e inferior de la mandíbula, región naso – labial y mentón.

Se ha identificado que estos pacientes tienen antecedente de traumas menores en cara, cráneo y cirugías menores dentarias que inician dicho cuadro pero no hay una causa local que explique la perpetuación de dicho dolor.

Además se ha encontrado que los pacientes con Neuralgia del Trigémino inicialmente tenían un Dolor Facial Idiopático Persistente o pueden estar sobrepuestas las dos entidades.

GUIA DE MANEJO	DOLOR FACIAL IDIOPATICO PERSISTENTE	CODIGO	CI-NEUC-GM-28	VERSION	01
		Página:	3 de 7		

5. RECOMENDACIONES

Sitio	Profundo áreas faciales no musculares, unilateral o Bilateral
Radiación	Pobre localización, no trayecto nervioso
Característica	Profundo, difuso, pesado, pulsante, persistente
Severidad	Moderado a Severo
Duración	Semanas a Años
Periodicidad	Continua, pero puede tener periodos prolongados libres de dolor
Factores Provocadores	Estrés y Fatiga
Factores Liberadores	Descanso, Antidepresivos Tricíclicos
Factores Asociados	Ansiedad, Depresión y otras enfermedades

DIAGNOSTICO

El Dolor Facial Idiopático Persistente se ha definido como según los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas del 2004:

A: Dolor en la cara, que se presente diario, todo el día, que cumpla criterios de B y C
B: Dolor es confinado a un área limitada, o un lado de la cara es profundo y pobremente localizado
C: Dolor no asociado con pérdida de la sensibilidad ni otra alteración al examen físico
D: Exámenes que incluyan imágenes de la cara y de la mandíbula y no se observe ninguna alteración

Como se puede ver en el cuadro previo, el diagnostico de esta entidad es de descarte. Siempre hay que hacer un estudio de diagnósticos diferenciales que son importantes. Ya que con esto se definirán conductas y de que manejo quirúrgico se puede beneficiar.

Se deben de realizar exámenes de laboratorio, TAC de Cráneo, RMN y Rx de Tórax para estudio de dolor facial. Además todo paciente que tenga dolor en región temporal, oído, mandíbula y cuello sin ninguna explicación aparente posiblemente se deberá descartar invasión del Nervio Vago por Carcinoma de Pulmón vs Síndrome Paraneoplásico.

GUIA DE MANEJO	DOLOR FACIAL IDIOPATICO PERSISTENTE	CODIGO	CI-NEUC-GM-28	VERSION	01
		Página:	4 de 7		

5. RECOMENDACIONES

A continuación se colocara tabla para diagnósticos diferenciales del DFIP:

Neuralgia Trigéminal	Ataque repetidos de dolor neuraliforme severo de duración de segundos hasta 2 min, usualmente libre de dolor entre ataques
SUNCT	Cortos segundos de dolor neuraliforme de segundos de duración en los ataques asociado con lagrimeo e inyección conjuntival
Migraña, localización facial bajo	Ataques típicos de duración de horas a días asociado a síntomas con dolor dominante en cara
Cefalea Clúster	30 min a 3 horas, ataques repetidos localizado alrededor de los ojos y con síntomas autonómicos asociados. Raramente es un dolor constante
Lesiones del Nervio Trigéminal	Dolor Constate o paroxístico con o sin disturbios neurológicos en el área afectada también intraocularmente. Se asocia a procedimientos locales, dentarios
Otros Traumas	Historia relacionada con trauma y objetos eventuales con desordenes sensoriales
Desordenes de Malignidad	Progresión del dolor, dolor referido alrededor de la oreja y síntomas constitucionales
Desordenes Temporomandibulares	Dolor funcional relacionado con la masticación, habla irradiado a región mandibular
Odontalgia Atípica	Dolor Continuo en los dientes o en los alveolos dentarios después de extracción

TRATAMIENTO

Antes de indicar un manejo médico o quirúrgico el paciente debe de realizarse un manejo multidisciplinario donde debe de ser valorado con suma importancia por Psiquiatría para descartar patologías que enmascaren el dolor y neurosicológica para diagnóstico de demencia.

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento médico del DFIP, se basa en el uso de fármacos antidepresivos tricíclicos. El tratamiento de primera línea es Amitriptilina 25 – 100 mg cada 24 horas. Luego está indicado inhibidores de la receptación de Serotonina la primera opción es Fluoxetina 20 – 40 mg cada 24 horas. Luego como manejo alternativo Inhibidores de la Recapaton de Serotonina y Norepinefrina. Venlafaxina 75 mg cada 24 horas pro 4 semanas.

Si se demuestra que el paciente tiene DFIP y Trastorno Psiquiatrico tipo Depresion se recomienda uso de Lamotrigina 200 - 400 mg cada 24 horas más Venlafaxina 150 - 225 mg cada 24 horas o Topiramato 100 mg cada 24 horas más Imipramina 50 mg cada 24 horas.

El uso de Anticonvulsivantes tiene poca efectividad en el manejo de esta patología pero se describe su uso Carbamazepina (200-1200 mg/día), lamotrigina (400 mg/día). También se ha documentado el uso de fenitoína, Gabapentin, Pregabalina y topiramato entre otros.

La terapias conductuales y alternativas del paciente son de vital importancia antes de recomendar cualquier manejo quirúrgico.

GUIA DE MANEJO	DOLOR FACIAL IDIOPATICO PERSISTENTE	CODIGO	CI-NEUC-GM-28	VERSION	01
		Página:	5 de 7		

5. RECOMENDACIONES

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Las diferentes alternativas quirúrgicas, están catalogadas como una herramienta importante en el tratamiento del dolor facial neuropático crónico, cuando es refractario al tratamiento médico.

Si el tratamiento médico no resulta satisfactorio, se puede considerar la posibilidad de realizar procedimientos quirúrgicos. En pacientes psiquiátricos y con demencia se contraindica el manejo quirúrgico.

Se ha propuesto procedimientos quirúrgicos para su manejo como Rizotomía Percutánea del Trigémino, Radiocirugía con Gamma Knife.

Se ha descrito rizotomía con radiofrecuencia del ganglio esfenopalatino con resultados en ensayos clínicos de mejoría clínica.

En casos en donde se identifique por Imagen o estudio compresión de raíz nerviosa trigémina se recomienda la descompresión microvascular

La estimulación de la Corteza motora es un método que a través que la colocación de un electrodo en el espacio epidural o subdural se produce estimulación eléctrica continúa, siendo una terapéutica reversible ,ajustable a cada paciente ,que es eficiente en el tratamiento de pacientes refractarios.

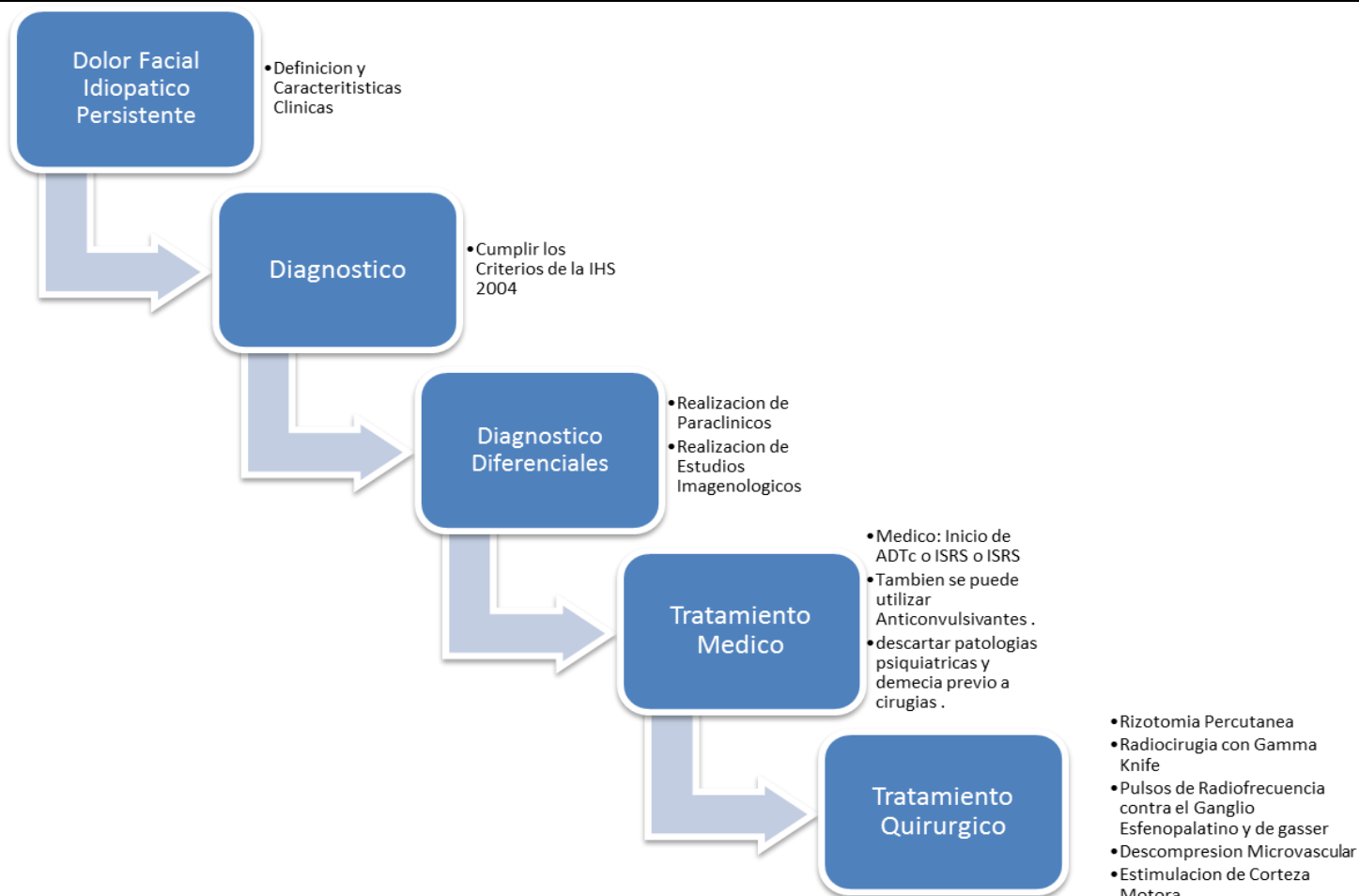
Se describirá un algoritmo de dolor facial idiopático persistente.

EVIDENCIA CIENTIFICA

La evidencia establece que esta terapéutica es una línea eficaz y segura en los pacientes con Dolor Facial Idiopático Persistente que no ha tenido respuesta a tratamientos previos y que se han catalogado como pacientes con Dolor Facial Idiopático Persistente, se evidencia que a largo plazo (5 años) es una modalidad costo efectiva como tratamiento neuromodulador de Dolor Facial Idiopático Persistente en comparación con otras técnicas, pero que tiene limitaciones como manejo de base para pacientes con otro tipo de diagnóstico al no generar respuesta adecuada. Evidencia III, recomendación C.

GUIA DE MANEJO	DOLOR FACIAL IDIOPATICO PERSISTENTE	CODIGO	CI-NEUC-GM-28	VERSION	01
		Página:	6 de 7		

6. ALGORITMO



1. Nguyen CT¹, Wang MB. Complementary and integrative treatments: atypical facial pain. Otolaryngol Clin North Am. 2013 Jun;46(3):367-82. doi: 10.1016/j.otc.2013.01.002. Epub 2013 Apr 19.

ADTC: ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

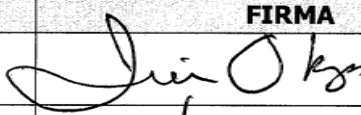
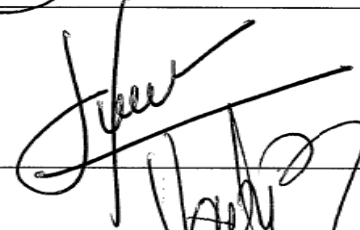
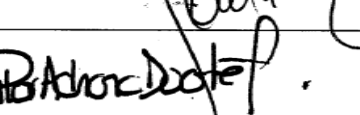
ISRS: INHIBIDORES DE LA RECAPACION DE SEROTONIA

IHS: CRITERIOS DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CEFALEA

GUIA DE MANEJO	DOLOR FACIAL IDIOPATICO PERSISTENTE	CODIGO	CI-NEUC-GM-28	VERSION	01
		Página:	7 de 7		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	No Aplica			

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFÍA				
2. Broggi G ¹ , Franzini A, Leone M, Bussone G. Update on neurosurgical treatment of chronic trigeminal autonomic cephalalgias and atypical facial pain with deep brain stimulation of posterior hypothalamus: results and comments. Neurol Sci. 2007 May;28 Suppl 2:S138-45.				
3. Hrachya Nersesyan, ¹ Mustafa E Colpan, ¹ and Naureen Munawar: Current algorithm for the surgical treatment of facial pain. Head Face Medicine. online 2007 Jul 25. do				
4. Nguyen CT ¹ , Wang MB. Complementary and integrative treatments: atypical facial pain. Otolaryngol Clin North Am. 2013 Jun;46(3):367-82. doi: 10.1016/j.otc.2013.01.002. Epub 2013 Apr 19.				
5. Dr. Rigmor Jensen, Dr. Dimos D. Mitsikostas, Dr. Christian Wöber Persistent Idiopathic Facial Pain. Handbook of Headache 2011, pp 505-513				
6. Dr. Eugenio Tenhamm F. Dra. Mariana Kahn C. Facial pain syndrom. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(4) 658-663				
7. J. Zakrzewska. FACIAL PAIN: NEUROLOGICAL AND NON-NEUROLOGICAL. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002 Jun; 72(Suppl 2): ii27-ii32.doi				
8. Agostoni E1, Frigerio R, Santoro P. Atypical facial pain: clinical considerations and differential diagnosis. Neurol Sci. 2005 May;26 Suppl 2:s71-4				
9. Constantine Sarantopoluos. Facial Pain. Pain Medicine: The Requisites in Anesthesiology. Hardcover – April 21, 2006 by Stephen Abram.				

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dr. Luis Orlando Rojas	Neurocirujano	Mayo de 2015	
REVISÓ	CR. MD. Juan Carlos Luque	Líder Área Neurocirugía	Mayo de 2015	
APROBÓ		Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa- Unidad Clínico Quirúrgica		
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis	Subdirector Sector Defensa- Subdirección Medica	Mayo de 2015	
PLANEACIÓN –CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SMSD. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Mayo de 2015	