

# NEURÀLGIA DEL TRIGÈMIN

## Algoritme de Tractament en Atenció Primària



Dra Anna Picas Jufresa  
Metge de Família  
Grup del dolor. AISBE  
20/11/2015

- Introducció
- Maneig de la Neuràlgia del Trigèmin (NT)
- Algoritme de tractament
- Conclusions

# INTRODUCCIÓ

## 1. Definició<sup>1</sup>

- Trastorn crònic de dolor unilateral caracteritzat per episodis de dolor breu, semblant a descàrregues elèctriques, autolimitat.
- Intensitat severa + símptomes sensitius associats
- Abrupte en el seu inici i finalització
- Distribuit per una o més branques del nervi trigèmin (v2 i v3 les més freqüents)
- Episodis diàris. 1-  $\geq 12$ / hora...fins  $> 100$ / dia

<sup>1</sup>Documento de consenso. Año global contra el Dolor Bucofacial. 2013. International Association for the study of Pain (IASP)

# INTRODUCCIÓ<sup>2</sup>

- Malaltia poc freqüent
- Pocs estudis de prevalença
- I(x): 4.3-8 / 100000 hab anys
- 2 dones: 1 home
- Més freqüent > 50 anys
- Pocs estudis sobre evolució de la malaltia  
(després dels brots inicials sol haver-hi un període de remisió però amb el temps els episodis solen fer-se més freqüents i de més durada)

<sup>2</sup>Guia clínica de Neuràlgia del Trigemino. Última revisió 28/06/2014. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/neuralgia-trigemino/>



# CAS CLÍNIC

- Dona de 76 anys que acudeix a consulta després d'ingrés a Hospital Clínic per estudi d'anèmia ferropènica.
- AP: HTA (2003), Malaltia Renal Crònica (2013), hèrnia de hiato (2003), diverticulosi (2012), gonartrosi bilateral (2004), tumor maligne de la mama (1997), neuràlgia del trigèmin (2013), insuficiència venosa crònica (2010), sd depressiu (2005).
- Tto: sertralina 50 mg/24h, lisinopril/hctz 20/12.5mg /24h, omeprazol 20 mg /24h i spasmocetyl a demanda fero-gradumet 2cp / 24h



- Després de revisar el tractament a l'alta, la pacient refereix que torna a tenir dolor a la cara com el que havia tingut feia un temps.
- Revisem història clínica:
  - Diagnosticada de NT per Metge de Família feia 2 anys
  - Proves Complementàries: No
  - Tractament: carbamazepina, gabapentina, pregabalina  
(ella no recorda els noms, només recorda que els va deixar per no tolerar els efectes secundaris.)
  - Des de llavors no ha requerit més tractament. No recorda dosis usades ni durada del tractament

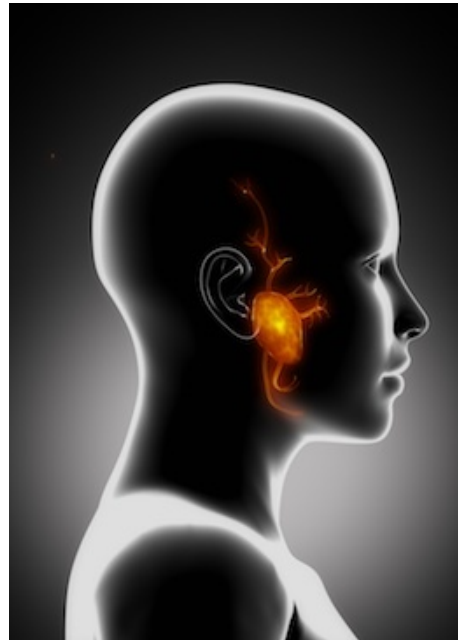


# CAS CLÍNIC

- Anamnesi dirigida

“Dolor punxant intens al costat esquerre del nas, de pocs segons de durada, 6 o 7 episodis seguits i després descans una estona. Durant el dia pot tenir 3-4 vegades aquests episodis de dolor. No la desperten a les nits. A vegades apareix després de mastegar”

És una Neuràlgia del Trigèmin????



## 2. Classificació<sup>3</sup>:

- Neuràlgia del trigèmin clàssica
  - .Paroxística
  - .Neuràlgia del trigèmin amb dolor facial concomitant
- Neuràlgia del trigèmin simptomàtica

<sup>3</sup>*Cephalalgia 33(9) 629–808. International Headache Society 2013 Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)  
The International Classification of Headache Disorders,  
3rd edition (beta version)*

# Criteris Diagnòstics

## Clàssica<sup>3</sup>

- A. Almenys 3 episodis de dolor facial unilateral que compleixin els criteris B i C.
  
- B. Dolor a l territori d'inervació d'una o més branques del nervi trigemin sense irradiació a una altra zona.
  
- C. El dolor té almenys 3 de les següents característiques
  1. Atacs paroxístmics recorrents des de fraccions de segons a 2 minuts de durada
  2. Intensitat severa
  3. Semblant a descàrregues elèctriques, lancinant, punxant, inici brusca.
  4. Precipitat per estímuls inoocs en el costat afecte de la cara (punto gatillo)
  
- D. No dèficit neurològic
  
- E. Sense millor explicació per una altre patologia inclosa a ICHD-3

<sup>3</sup>*Cephalalgia 33(9) 629–808. International Headache Society 2013 Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)  
The International Classification of Headache Disorders,  
3rd edition (beta version)*

# Criteris Diagnòstics

## Clàssica paroxística<sup>3</sup>:

- A. Episodis de dolor facial unilateral que compleixin els criteris anteriorment descrits
- B. Sense dolor facial entre crisis
- C. Sense millor explicació per una altre patologia inclosa a ICHD-3

<sup>3</sup>*Cephalalgia 33(9) 629–808. International Headache Society 2013. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)  
The International Classification of Headache Disorders,  
3rd edition (beta version)*

# Criteris Diagnòstics

## NT amb dolor facial persistent<sup>3</sup>

- A. Episodis de dolor facial unilateral que compleixin els criteris anteriorment descrits
- B. Dolor facial persistent de moderada intensitat a l'àrea afectada
- C. Sense millor explicació per una altre patologia inclosa a ICHD-3

<sup>3</sup>*Cephalalgia 33(9) 629–808. International Headache Society 2013. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*

# criteris Diagnòstics

- NT simptomàtica<sup>3</sup>
- Cupleix criteris de NT clàssica però és secundària a una altra patologia:  
(lesió estructural diferent de la compressió vascular: Esclerosis múltiple, tumors, anomalies estructurals, problemes odontològics...)

<sup>3</sup>*Cephalalgia 33(9) 629–808. International Headache Society 2013. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*

Neuràlgia del trigèmin



# Neuràlgia del trigèmin clàssica paroxística

# CAS CLÍNIC

- Exploració Física:
  - BEG, NH, Lleu palidesa cutània, C i O
  - ACR: sense alteracions
  - NRL: sense alteracions, lleu alteració de la marxa per gonartrosi bialteral

1. Proves complementàries?
2. Inici de tractament mèdic?
3. Derivació a Unitat del Dolor?
4. Derivació a neurologia per confirmar diagnòstic?

- Proves complementàries:
  - Ressonància Magnètica
  - ElectroMiografia
  - Analítica



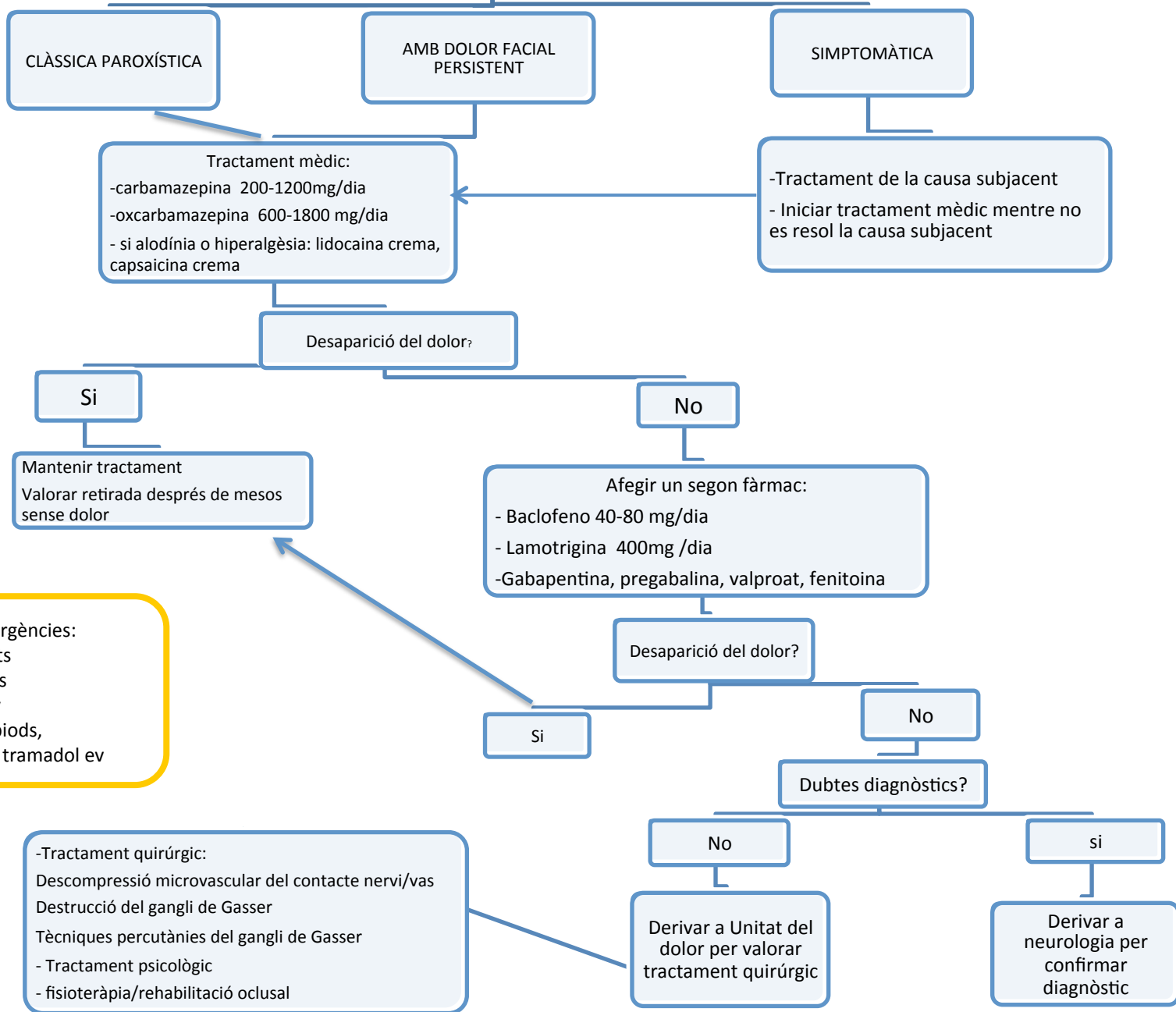
- Diagnòstic diferencial NT
  - Neuràlgia postherpètica
  - Arteritis de la temporal
  - Dolor dental
  - Sinusitis
  - Migranya
  - Cefalees trigeminoautonòmiques
  - Neuràlgia del glossofaringi
  - ...

# CAS CLÍNIC

- Decidim demanar RMN
- Inici de tractament mèdic



# NEURÀLGIA DEL TRIGÈMIN



**Tractament a urgències:**

- infiltració punts gatell, bloquejos
- Clonazepan ev
- eventual ús opiods, preferentment tramadol ev

**- Tractament quirúrgic:**

- Descompressió microvascular del contacte nervi/vas
- Destrució del gangli de Gasser
- Tècniques percutànies del gangli de Gasser
- Tractament psicològic
- fisioteràpia/rehabilitació oclusal

# CAS CLÍNIC

- Es va iniciar tractament mèdic:
  - Carbamazepina 100 mg/12h

Per efectes secundaris no es va augmentar la dosi i es va decidir afegir un segon fàrmac:

- Lamotrigina 50 mg/24h

# CONCLUSIONS

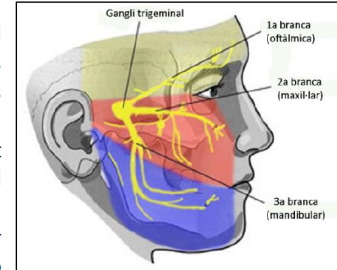
- La NT és un síndrome caracteritzat per dolor intens, lancinant, d'inici brusc i intensitat elevada.
- Crònic
- Diagnòstic clínic
- Exploració neurològica normal
- Les PC es realitzaran si:
  - alteracions en EF, < 40 anys, afectació de la primera branca, afectació bialteral, manca de resposta a tractament conservador.

- Tractament mèdic:
  - 1<sup>a</sup> opció: Carbamazepina, Oxcarbazepina
  - 2<sup>a</sup> opció: Lamotrigina, Baclofeno, Gabapentina, Pregabalina
  - Si hiperalgèsia o alodínia: capsaïcina tòpica, lidocaïna tòpica.
- Derivació a especialista per confirmar diagnòstic o valorar altres opcions terapèutiques (farmacològiques o intervencionistes)

## Neuràlgia del trigemin

### Què és la neuràlgia del trigemin?

El trigemin és el principal nervi sensitiu del cap i és el nervi motor de la masticació. La neuràlgia del trigemin és un quadre caracteritzat per dolor facial intens, de tipus lancinant o punxant, sever, generalment unilateral, recurrent (episodis de breu durada i inici brusc) i localitzat a la zona facial innervada pel nervi trigemin. Tot i que el dolor pot presentar-se de forma espontània, és habitual la presència de zones gallet en les quals es provoca el dolor en tocar, mastegar, parlar, menjar, somriure, badallar o amb els canvis de temperatura.



La causa de la neuràlgia del trigemin no està clara, però es creu que és deguda a la pèrdua de les cèl·lules que envolten i protegeixen al nervi. Això pot estar produït per algunes malalties, però sovint, no es troba causa desencadenant. En aquests casos, darrera dels brots inicials, acostuma a haver-hi remissions que poden durar mesos o anys.

### Com es diagnostica la neuràlgia del trigemin?

El diagnòstic és clínic, en base a la història i a l'exploració física. Per descartar altres possibles causes de dolor facial, el vostre metge pot sol·licitar-vos proves com radiografies, ressonàncies magnètiques nuclears o angiografies.

### Com es tracta la neuràlgia del trigemin?

S'acostuma a tractar amb medicació anticonvulsivant, la mateixa que s'utilitza per tractar l'epilèpsia en alguns casos. Quan l'episodi de dolor remet (freqüentment després de 6-12 mesos), s'acostuma a treure la medicació. En alguns casos en què fracassa el tractament, pot ser necessària la cirurgia.

### Què he de fer si presento els símptomes?

Dirigeix-te al teu metge de família el més aviat possible. Serà necessari descartar altres malalties i iniciar el tractament el més aviat possible. Malgrat la intensitat del dolor, freqüentment els símptomes remeten sense deixar seqüeles.



**MOLTES  
GRÀCIES!!!**

Table 1

Classification of evidence for drug treatments in commonly studied neuropathic pain conditions and recommendations for their use. Treatments are presented in alphabetical order. Only drugs used in repeated dosages and available or soon to be available for use are shown here (with the exception of treatments with long-lasting effects such as capsaicin patches). Drugs marked with an asterisk were found effective in single class II or III studies and are generally not recommended.

Etiology	Level A Rating for Efficacy	Level B Rating for Efficacy	Level C Rating for Efficacy	Level A/B Rating for Inefficacy or Discrepant Results	Recommendations as First-Line Treatment	Recommendations as Second- or Third-Line Treatment
Diabetic neuropathy <sup>1</sup>	Duloxetine Gabapentin-morphine Gabapentin Oxycodone Pregabalin TCAs <sup>2</sup> Tramadol alone or with acetaminophen Venlafaxine ER	Botulinum toxin* Dextromethorphan Gabapentin-venlafaxine* Levodopa*	Carbamazepine Phenytoin	Capsaicin cream Lacosamide Lamotrigine Memantine Mexiletine Mianserin Oxcarbazepine SSRIs Topical clonidine Topiramate Valproate Zonisamide	Duloxetine Gabapentin Pregabalin TCAs Venlafaxine ER	Opioids Tramadol <sup>3</sup>
Postherpetic neuralgia	Capsaicin 8% patch Gabapentin Lidocaine plasters Opioids (morphine, oxycodone, methadone) Pregabalin TCAs <sup>2</sup>	Capsaicin cream Valproate*		Benzydamine (topical) Dextromethorphan Fluphenazine Memantine Lorazepam Mexiletine Tramadol	Gabapentin Pregabalin TCAs Lidocaine plasters <sup>4</sup>	Capsaicin Opioids
Central pain <sup>5</sup>	Cannabinoids (oromucosal, oral) (MS) Pregabalin (SCI)	Lamotrigine (CPSP) TCAs (SCI, CPSP) Tramadol (SCI)* Opioids		Carbamazepine Gabapentin Duloxetine (found effective in allodynia in one study) Lamotrigine in SCI (except in patients with allodynia in one study) Levetiracetam Mexiletine S-ketamine iont. Valproate	Gabapentin Pregabalin TCAs	Cannabinoids (MS) Lamotrigine Opioids Tramadol (SCI)

Source: Adapted from Attal et al. 2010.<sup>7</sup>

Abbreviations: iont.: iontophoresis; CPSP: central poststroke pain; ER: extended release; MS: multiple sclerosis; NK1: neurokinin 1; PHN: postherpetic neuralgia; SCI: spinal cord injury; TCAs: tricyclic antidepressants.

<sup>1</sup> Only TCAs, tramadol, and venlafaxine were studied in nondiabetic neuropathies.

<sup>2</sup> TCAs include amitriptyline, clomipramine, nortriptyline, desipramine, and imipramine.

<sup>3</sup> Tramadol is recommended first line in patients with acute exacerbations of pain, especially for the tramadol/acetaminophen combination.

<sup>4</sup> Lidocaine is recommended first line mainly in elderly patients.

<sup>5</sup> Cannabinoids and lamotrigine are proposed for refractory cases.

**Tabla 3**

Recomendaciones para el tratamiento del dolor neuropático

Etiología	Recomendaciones tratamiento primera línea	Recomendaciones tratamiento segunda y tercera líneas
Neuropatía diabética	Duloxetina Gabapentina Pregabalina Antidepresivos tricíclicos Venlafaxina de liberación prolongada	Opioides Tramadol <sup>a</sup>
Neuralgia postherpética	Gabapentina Pregabalina Antidepresivos tricíclicos Parche de lidocaína <sup>b</sup>	Capsaicina Opioides
Dolor central	Gabapentina Pregabalina Antidepresivos tricíclicos	Cannabinoides (EM) Lamotrigina Opioides Tramadol (LME)

EM: esclerosis múltiple; LME: lesión de la médula espinal.

<sup>a</sup> Tramadol se recomienda de primera línea en los pacientes con exacerbaciones agudas de dolor, especialmente si se combina con paracetamol.<sup>b</sup> La lidocaína se recomienda de primera línea, principalmente en pacientes ancianos y si presentan alodinia.