



Reporte de caso

Signos de alarma en neuralgia del trigémino

Leonardo Bello MD^a
Katherine Anzola MD^b
Eduardo Palacios MD^c
Miguel Silva MD^d

Alarm signs in trigeminal neuralgia

^aNeurología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^bMedicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^cServicio de Neurología, Hospital de San José. Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

^dNeurología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

La neuralgia del trigémino es característica en personas mayores de 50 años, comprometiendo principalmente el territorio V2 y V3 de dicho nervio de manera unilateral y la carbamezepina es el fármaco con mayor efectividad, pero no siempre responden. La presentación atípica y los signos de alarma ponen en consideración el estudio con resonancia magnética cerebral, pues obliga a descartar una causa secundaria, siendo necesario el análisis de neuroimágenes. Debido a esto, presentamos un caso de quiste epidermoide con neuralgia secundaria, que se presenta con signos de alarma y se deben considerar los estudios complementarios.

Palabras clave: imagen por resonancia magnética, neuralgia del trigémino, quiste epidermoide, ángulo ponto-cerebeloso.

© 2019 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: enero 29 de 2018
Fecha aceptado: octubre 1 de 2018

Autor para correspondencia:
Dr. Leonardo Bello
mlbello@fucsulud.edu.co

DOI
10.31260/RepertMedCir.v28.n3.2019.959

ABSTRACT

Classic trigeminal neuralgia (TN) is most common after 50 years of age, predominantly unilateral within the distribution of the V2 and V3 branches of the trigeminal nerve. Carbamazepine is the most effective medication, although not all patients respond to it. In consideration physicians should arrange a brain magnetic resonance imaging study when facing TN patients with atypical presentation and alarm signs, as secondary causes must be ruled out. We present a case of epidermoid cyst with secondary TN which presented with “red flag” signs. Image studies were therefore mandatory.

Key words: magnetic resonance imaging, trigeminal neuralgia, epidermoid cyst, cerebellopontine angle.

© 2019 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La presentación típica de la neuralgia del trigémino es dolor unilateral tipo corrientazo en el territorio de una de las ramas del nervio, en mujeres mayores de 50 años de edad y que responde de manera satisfactoria a la carbamazepina. Sin embargo, no siempre ocurre así, razón por la que el diagnóstico no solo se debe basar en la clínica debido a la presencia de causas secundarias. Es por eso que podemos hablar de una causa idiopática y otra secundaria.¹ Presentamos el caso de una paciente joven con neuralgia del trigémino que venía siendo manejada con carbamazepina sin respuesta al tratamiento, en quien nos llamó la atención la presencia de algunos signos de alarma que nos forzó a solicitar resonancia magnética cerebral. Además se hace una breve revisión del tema, en especial sobre causas secundarias de esta patología.

CASO CLÍNICO

Mujer de 18 años de edad quien consulta a urgencias por cuadro clínico de 6 meses de evolución consistente en dolor tipo urente de severa intensidad en región maxilar inferior derecha, de curso progresivo que se intensifica con la masticación y se extiende hasta área periorbitaria ipsilateral. El dolor es constante sin periodos de remisión ni mejoría, con predominio nocturno y se exacerba con las maniobras de valsava y la actividad física, además no mejora con el reposo. Sin antecedentes patológicos de importancia venía siendo manejada desde el inicio con carbamazepina 200 mg cada 12 horas, hasta llegar a dosis máxima de 1000 mg día sin mejoría alguna. Al examen físico se encuentra una paciente álgica con intenso dolor a la palpación en el territorio sensitivo de V2 y V3 del nervio trigémino derecho, sin alteración en la masticación. Debido a lo anterior se realiza resonancia nuclear magnética cerebral simple y contrastada (RNM), evidenciando una imagen

en T2 hiperintensa con efecto de masa sobre el ángulo ponto cerebeloso derecho, con leve restricción en la difusión y que no realza con el medio de contraste (figura 1).

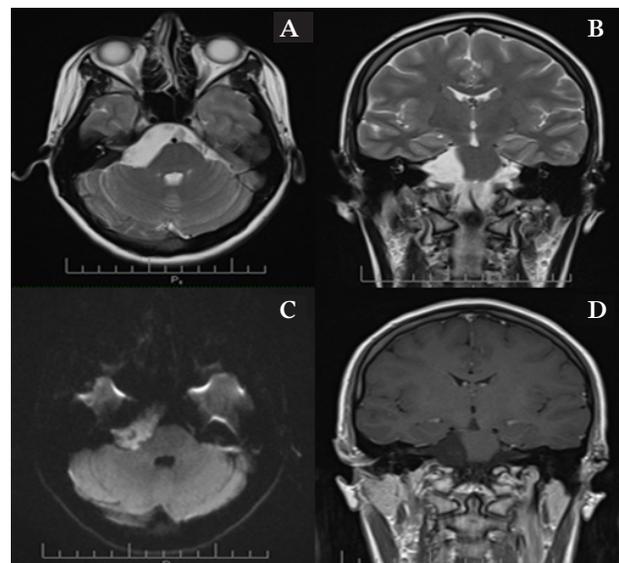


Figura 1. Resonancia nuclear magnética cerebral (RNM). Secuencia T2 en corte axial y coronal respectivamente con presencia de quiste epidermoide en ángulo pontocerebeloso derecho (A y B), con restricción en la difusión (C) y sin realce con el medio de contraste (D).

Los hallazgos en la RNM hacen pensar en una lesión quística de etiología a determinar con necesidad de manejo quirúrgico ya que esta podría ser la causa de la neuralgia del trigémino. Se ajusta el manejo para dolor neuropático con fenitoina y es llevada a cirugía una semana después, luego la patología reporta quiste epidermoide. Posterior a la cirugía es notoria la modulación del dolor, utilizando en la actualidad dosis de fenitoina 100 mg día y continúa en seguimiento clínico e imagenológico.

DISCUSIÓN

La neuralgia del trigémino es un síndrome doloroso facial con características que podrían confundirse con otras patologías y se debe subrayar que el diagnóstico es clínico, por lo tanto es imperativo reconocer las similitudes y diferencias entre las patologías con las que puede confundirse su diagnóstico, teniendo en cuenta que en la mayoría de las ocasiones las alteraciones causantes de la neuralgia del trigémino tienen un tamaño que muchas veces no permiten ser detectadas por medios imagenológicos.

Según el Instituto Neurológico Colombiano la neuralgia del trigémino constituye la cuarta causa de visita a los servicios de urgencias, siendo 1-16% de todas las consultas y menos del 2% son causas neurológicas que implican gravedad. Esta entidad es la neuralgia más frecuente en población mayor de 50 años, con predominio en mujeres² y una incidencia de 4 a 13 casos por 100.000 personas al año.³ Existen teorías acerca de las causas de esta patología, muchos consideran que hay desmielinización del nervio por lo cual este se deteriora generando presión sobre el ganglio de Gasser. Esta teoría la mencionó Peter Jannetta en los años 70 o por causa de una patología preexistente que genere igualmente presión sobre el nervio como tumores, esclerosis múltiple o trauma en el nervio.⁴

Para comprender la sintomatología, se debe tener en cuenta la anatomía del V par craneal y con ellos sus ramas, como los son la primera división la oftálmica, la segunda del maxilar superior y la tercera del maxilar inferior. La clínica preponderante está dada por dolor unilateral similar a una descarga eléctrica en una o más ramas del nervio, ataques paroxísticos con menos de dos minutos de duración, de severa intensidad, se agrava con estímulos inocuos y no hay déficit neurológico asociado.⁵

Para adentrarnos en el tema que nos compete en esta revisión, debemos mencionar los signos de alarma de la neuralgia del trigémino: edad menor de 50 años, compromiso de otro nervio craneal, dolor episódico de más de 2 minutos, déficit sensitivo al examen, dolor que despierta al paciente, otra enfermedad neurológica, dolor a la compresión, enfermedad sistémica, respuesta negativa a la carbamazepina y compromiso de territorio que excede al trigémino.⁶

Entre las causas oncológicas están las lesiones epidermoides craneales, las cuales son benignas y explican el 1% de todos los tumores cerebrales. Se realizó un estudio por el Departamento de Neurocirugía en el Centro Médico de Postgrado Jinnah Karachi desde enero 2011 a julio de 2015, donde se identificaron un total de 38 pacientes, 20 de los cuales eran hombres y 18 mujeres (proporción hombre: mujer 2: 1.8), la edad varió de 11 a 50 años con una edad promedio de 27.8 años. Veinte pacientes tenían lesiones supratentoriales y 18 infratentoriales. De las primeras, 4 pacientes tenían lesiones localizadas en el lóbulo frontal, 6 en la región supraselar y 10 en el lóbulo temporal, una de ellas extendiéndose al seno cavernoso y al lóbulo

parietal. Todas las de localización infratentoriales se ubicaron en el ángulo pontocerebeloso (PC). Treinta y tres pacientes presentaron cefalea, 10 tenían convulsiones y 14 tumores del ángulo PC presentaron síntomas de neuralgia del trigémino.⁷

Es fundamental reconocer aquellas patologías que podrían confundirse con la neuralgia del trigémino como el linfoma del sistema nervioso central, que representa el 2% de los tumores cerebrales, el cual debe diferenciarse de meningioma, neurinoma trigeminal y carcinoma epidermoide; citamos el caso de un hombre de 30 años quien presenta dolor de cabeza fronto orbitario izquierdo, principalmente nocturno y resonancia magnética cerebral con una lesión en la cueva izquierda de Meckel sugestiva de neuroma trigeminal. El paciente fue tratado con carbamazepina y esteroides. La resonancia magnética cerebral de seguimiento reveló la presencia de tejido patológico con realce homogéneo en ambos ganglios de Gasser a lo largo del curso del nervio trigémino, asociado con un engrosamiento de la superficie dural y adyacente al polo temporal, lo que sugirió una enfermedad granulomatosa o linfoproliferativa. El examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró hiperproteínoorraquia y células no neoplásicas. La tomografía de tórax y abdominal reveló una masa mediastinal y otra pancreática, confirmadas por PET corporal. El examen histológico de la lesión mediastinal confirmó el linfoma difuso de células B grandes.⁸

La clasificación de Hasegawa propone 4 tipos de mecanismos en los que los tumores intracraneales pueden estar asociados con neuralgia del trigémino: en primer lugar, que el nervio este cubierto en su totalidad por el tumor, el siguiente, que el eje del nervio este alterado por la presencia del tumor, tercero que el nervio se encuentre desplazado por el tumor o comprimido contralateralmente por la arteria y finalmente que el nervio está comprimido por la arteria desplazada por el tumor. Todo lo anterior teniendo en cuenta que son factores mecánicos que se deben a irritación del nervio, lo cual también podría tener asociación con otros tipos de tumores como los dermoides o epidermoides.⁹

El linfoma primario del sistema nervioso central es infrecuente, representa cerca del 2% de todos los tumores intracraneales primarios, sin embargo se han reportado casos en los que suele enmascararse dentro de síntomas correspondientes a neuralgia del trigémino sin respuesta a tratamiento, para lo cual se realizan exámenes de extensión en donde se evidencian masas que comprometen el nervio trigémino, como resultado de compresión neurovascular.¹⁰

De los casos de neuralgia de trigémino los sintomáticos corresponden alrededor de 15%, en muchos casos es difícil de identificar signos de alarma o de bandera roja y más cuando se asocia con otras patologías subyacentes, por lo cual es indispensable realizar los estudios pertinentes en el caso

de enfrentarse a un paciente con neuralgia del trigémino de presentación atípica.¹¹

El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno autoinmune multisistémico de etiología desconocida que puede presentarse a cualquier edad. La neuralgia del trigémino puede ser una de las manifestaciones neurológicas del LES, sin embargo en pocas ocasiones se menciona, es por ello que se debe recalcar la importancia del uso de ayudas diagnósticas e investigar la lesión que puede ocurrir en las fibras del trigémino para hacer un diagnóstico oportuno de neuralgia del trigémino.¹²

El registro del Comité Norteamericano de Investigación sobre Esclerosis Múltiple (NARCOMS) realizó un estudio entre 8590 encuestados elegibles, hallando la prevalencia de neuralgia del trigémino en 830 (9.7%). De estos encuestados, 588 informaron el año en que se detectó la neuralgia del trigémino. El diagnóstico precedió al de esclerosis múltiple en 88 encuestados (15.0%) y la media de edad en el momento del diagnóstico de TN fue de 45.3 ± 11.0 años. Las probabilidades de neuralgia del trigémino fueron mayores en mujeres y en especial aquellas con mayor discapacidad y duración de la enfermedad.¹³

REFERENCIAS

1. Trigeminal neuralgia. Yad Ram Yadav , Yadav Nishtha , Pande Sonjjay , Parihar Vijay , Ratre Shailendra ,y Khare Yatin Asian J Neurosurg. 2017 Oct-Dec; 12(4): 585–597. doi: 10.4103/ajns.AJNS_67_14
2. Maarbjerg S, Gozalov A, Olesen J, Bendtsen L. Trigeminal neuralgia—a prospective systematic study of clinical characteristics in 158 patients. *Headache* 2014; 54:1574.
3. MacDonald BK, Cockerell OC, Sander JW, Shorvon SD. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. *Brain* 2000; 123 (Pt 4):665.
4. Neuralgia del trigémino. Juan Alfonso Uribe Arango, M.D. Neurocirujano Fundación Clínica Valle del Lili. DICIEMBRE 2001. Numero 67.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33:629.
6. Guía de práctica clínica – Neuralgia trigeminal y algias faciales. Dra. Anabel Jaureguiberry – Dr. Roberto Rey, Año 2013 - Revisión: 0.
7. Intracranial Epidermoid Lesions: Our Experience of 38 Cases. Lal REHMAN1, Iram BOKHARI1 , Shamim Ul Haq SIDDIQI1 , Veejay BAGGA2 , Muhammad Masood HUSSAIN2. DOI: 10.5137/1019-5149.JTN.21095-17.0Published: 30.10.2017.
8. Trigeminal neuralgia-like symptoms: an unusual case. Andrea Giorgetti , Patrizia Perrone , Maria V Calloni , Serena Leva , Francesco Muscia , Lucia Politini ,y Emilio Vecchio. Publicado en línea el 28 de septiembre de 2015. doi: 10.1186 / 1129-2377-16-S1-A102-.
9. Case Report: Trigeminal Neuralgia Caused by a Minute Meningioma with Hyperostosed Suprameatal Tubercle. Yukitomo Ishi, Katsuyuki Asaoka, Taku Sugiyama, Yuka Yokoyama, Kazuyoshi Yamazaki, Sumire Echizenya, Koji Itamoto, and Kohei Echizenya. *Case Rep Neurol*. 2015 May-Aug; 7(2): 167–172. Published online 2015 Aug 8. doi: 10.1159/000438856
10. Central nervous system lymphoma presenting as trigeminal neuralgia: A diagnostic challenge. Jensen WJ Ang , Arjun Khanna , Brian P Walcott, Kristopher T. Kahle , y Emad N. Eskandar . *J Clin Neurosci* . *J Clin Neurosci*. 2015 Jul; 22(7): 1188–1190. Published online 2015 Apr 10. doi: 10.1016/j.jocn.2015.01.018.
11. Epidermoid cyst presenting as isolated trigeminal neuralgia - two case reports. Hung LC1, Wu CS, Lin CC, Fang WK, Hsu YC. *Acta Neurol Taiwan*. 2013 Sep;22(3):133-7.
12. Atypical Trigeminal Neuralgia: A Rare Neurological Manifestation of Systemic Lupus Erythematosus. Am J Viki Kumar,A,B,E,F Jaspinder Kaur,B Pallavi Pothuri,B,E and Sabiha Bandagi Case Rep. 2017; 18: 42–45. Published online 2017 Jan 12. doi: 10.12659/AJCR.901478.
13. Trigeminal Neuralgia Commonly Precedes the Diagnosis of Multiple Sclerosis. Ahmad Fallata , MD, Amber Salter , PhD, Tuula Tyry , PhD, Gary R. Cutter , PhD,y Ruth Ann Marrie , MD, PhD . *Int J MS Care* . 2017 de septiembre a octubre; 19 (5): 240-246.doi: 10.7224 / 1537-2073.2016-065.

CONCLUSIÓN

Estamos ante una entidad considerada poco frecuente, pero es la neuralgia más común en la población mayor causando gran incapacidad para el paciente. Por lo general el diagnóstico es clínico, pero la presencia de los signos de alarma mencionados antes nos obliga a utilizar pruebas complementarias como la resonancia magnética cerebral. Siempre tener en cuenta como parte primordial la edad de aparición y la pobre respuesta a la carbamazepina, ya que estas dos características de entrada nos hacen pensar que puede tratarse de una neuralgia del trigémino secundaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores recibió alguna remuneración o ayuda financiera para desarrollar el trabajo. No existe ningún conflicto de intereses por parte de alguno de los autores.