

Migraña crónica sin aura, dolor referido a ATM: informe de caso

Cronic migraine without aura, referall pain in TMJ: Case report

*Marcela Zamora Lizano, Universidad de California Los Angeles (UCLA), United States of America,
marce_zmora@yahoo.com.mx*

RESUMEN

Muchos pacientes presentan dolores de cabeza primarios que no son tomados en cuenta en la consulta diaria de odontología. Es común que los asocien a un dolor referido a la articulación témporomandibular, inclusive a un dolor dental de origen no odontogénico, donde se ve incluida esta estructura.

PALABRAS CLAVE

Dolor referido, bloqueo de nervio, bruxismo, migrañas, dolores musculares.

ABSTRACT

A lot of the patients present primary headaches and most of the time, they are not connected in the general practice of dentistry, it's common that the patient relates the pain to the symptom of TMJ referral pain, or another dental pain non odontogenic, muscular or others.

KEYWORDS

Referral pain, nerve block, bruxism, migraines, muscle pain.

Recibido: 4 junio, 2018

Aceptado para publicar: 19 marzo, 2019

INTRODUCCIÓN

En la consulta de dolor orofacial se ve muchas veces dolores referidos que incluyen la ATM y piezas dentales, que pueden tener un trasfondo neurovascular, miofacial (muscular) y hasta psicológico en algunos casos, pero la evaluación y buen diagnóstico pueden mejorar las condiciones del paciente.

HISTORIA CLÍNICA

El siguiente caso se trata de una femenina de 25 años, presión arterial 101/64, persona de complexión delgada.

Su queja principal es dolor en la articulación temporomandibular (ATM), con dolor de cuello, dolores de cabeza frecuentes, dolores dentales y mandibulares en ambos lados. Las características de dolor de cabeza se presentaron desde hace 4 meses, se describe como pulsátil con fotofobia (fobia a la luz) y fonofobia (fobia al sonido), náusea y vómito, cambios visuales y vértigo.

Los factores que agravan los síntomas son los sonidos altos y la luz; la paciente trabaja en una escuela primaria, por lo que se ve afectada durante este periodo, el dolor empieza en la nuca y se traslada hacia los temporales. Tres días antes de la consulta, tuvo una cita con su médico general y este le recetó unos relajantes musculares pero según dijo el médico en realidad ella no los quiso tomar. Al indagar sobre los medicamentos, la paciente fue medicada con Prozac 5 mg y Xanax 0,5 mg. El fármaco que alivia los síntomas es ibuprofeno, tres veces al día.

En su historia médica se encuentra un abuso de drogas por lo que ella estuvo en rehabilitación y desde hace 2 años está libre de consumo, por eso también su anuencia a usar medicamentos. Tuvo una cirugía por apendicitis.



FIG. 1. Modelo para férula nocturna, donde se ve apertura en sector anterior 2mm



FIG. 2. Visión lateral derecho



FIG. 3. Lado lateral izquierdo



FIG. 4. Bloqueo con lidocaína

En el examen neurológico se encontró entre los límites normales excepto por músculos extraoculares del ojo izquierdo afectados craneal 3 (rectus superior) y 6 (oblicuo superior), al preguntarle sobre esto dice que es algo genético que su abuelo materno y mamá tienen.

EN EL EXAMEN CLÍNICO

Hay una apertura confortable 43mm, apertura activa de 50mm y apertura máxima de 54mm, mordida abierta 2mm, lateral derecho 8mm, lateral izquierdo 9mm.

Crepitación articular en el lado derecho y un clic en el izquierdo, con desviación a la derecha durante la apertura, la manipulación de mordida fueron negativas (no hubo dolor).

En el examen intraoral se encuentra festoneado de la lengua moderado, en carrillo severo y atrición dental moderada.

En el examen miofacial: dolor severo generalizado a la palpación muscular; además, hay dolor severo en la palpación en la capsula lateral y dorsal bilateral.

Los músculos relacionados con el dolor son el esplenio de la cabeza, esternocleidomastoideo, maseteros superficiales y profundos; temporales bilaterales.

Además, en la palpación de los nervios occipital supraorbitales en infraorbitales

IMPRESIONES

- Mialgia con dolor referido
- Migraña crónica sin aura
- Parafunción y bruxismo
- Severa capsulitis
- Se esperaba un escáner tomográfico para descartar la osteoartritis

DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA

Se deben tomar en cuenta varios factores para poder diagnosticar la migraña, entre ellos están:

- Si hay síntomas sistémicos como la pérdida de peso, fiebre.
- Síntomas neurológicos como confusión, pérdida de conciencia, adormecimiento.
- Si el dolor es abrupto.
- Paciente mayor de los 50 años.
- Pacientes que no presentaran dolores de cabeza con anterioridad o que tuvieran un cambio en la frecuencia o severidad.
- Factores de riesgo secundarios como enfermedades de transmisión sexual, tumores o cáncer.

Para el diagnóstico de la migraña se hicieron tres preguntas básicas:

1. ¿El dolor de cabeza ha limitado sus actividades diarias por un día o más en estos tres meses?
2. ¿Se ha sentido con náusea o vómito por el dolor de cabeza?
3. ¿La luz le molesta cuando tiene el dolor de cabeza?

Si los pacientes responden positivamente a dos de estas preguntas, tendrán a 93% de posibilidad de que el diagnóstico sea migraña, y si contesta a las tres preguntas positivamente, a un 98%.

Criterio diagnóstico: ICHD-2:1.1 Migraña sin aura del comité de clasificación de dolores de cabeza.

- a) Al menos 5 ataques que llenen el criterio de punto B y D
- b) Dolor de cabeza que dure más 4 a 72 horas no tratado o tratado inadecuadamente
- c) Dolor que tenga 2 de las siguientes características
 - a. Ser unilateral
 - b. Pulsátil

c. Intensidad de moderada a severa

d. Y que se agrave por la actividad física o rutina (como caminar o subir escalones) por lo que causa el evitarla

d) Que durante el ataque se dé alguna de estas condiciones:

1. Náusea/ o vómito
2. Fotofobia/ fonofobia

e) Que no se atribuya a otro desorden.

Hay personas que pueden tener auras o no. Se conoce como aura un fenómeno premonitorio que ocurre de unos minutos a máximo 1 hora antes de que se dé el dolor de cabeza. Estas pueden ser sensoriales, motoras o visuales, las visuales son las más comunes.

PROCEDIMIENTO

Se decidió utilizar un protocolo que está en investigación y que consiste en bloqueo de los nervios occipitales mayores y menores y los supraorbitales en infraorbitales, más terapia física, sin el uso de ningún medicamento preventivo. Además se utilizó un cuestionario que se entregó antes de cada infiltración con lidocaína al 2% sin epinefrina.

Para la segunda cita, luego de los bloqueos, la paciente manifestó que no había tenido efectos secundarios excepto por un poco de molestia por un día o dos por la punción. Y que habían disminuido a tres días los dolores de cabeza. El rango de dolor fue evaluado en una escala de 0-10 donde el dolor máximo es 10, en la primera cita fue de siete y la segunda cita fue de 6 y la localización de dolor en los dos casos fue en los temporales, cuello, detrás del ojo y frente. La duración del dolor en la primera cita fue de tres horas, y en la segunda cita se redujo a una duración de dos horas.

SÍNTOMAS ASOCIADOS

En la primera cita: náusea, sensibilidad a la luz y a los sonidos altos.

Segunda cita: náusea, sensibilidad a la luz y mareo.

El abordaje fue con ibuprofeno y Excedrin (acetaminofén, aspirina y cafeína) y los estiramientos. No hubo uso de medicamentos preventivos ni ninguno otro medicamento para otros síntomas.

Para la primera cita los dolores eran casi todos los días y para la

segunda cita fueron 3 episodios y tardó 8 días para que se desarrollara una migraña de nuevo.

Para la tercera cita el dolor de cabeza se redujo a un episodio a la semana, y para su cuarta cita ya no había dolor de cabeza y los síntomas asociados habían desaparecido.

CONCLUSIÓN

Durante muchos años el bloqueo de nervio se ha utilizado tradicionalmente para el diagnóstico y tratamiento de neuralgias occipitales, pero también se ha logrado

esclarecer que al bloquear los nervios occipitales mayor y menor, infraorbitales y supraorbitales son totalmente eficaces para tratar dolores de cabeza primarios, incluyendo la migraña y el Cluster (racimo). En este caso la terapia física, férula nocturna y los bloqueos lograron que la paciente tuviera una recuperación casi total de sus síntomas. ■■■

Autora:
Marcela Zamora Lizano
Especialidad en Dolor Orofacial Universidad de California Los Ángeles (UCLA),
marce_zmora@yahoo.com.mx
USA

BIBLIOGRAFÍA

Afridi, S.K., Shields, K.G., Bhola, R., Goadsby, P.J. (2006). Greater occipital nerve injection in primary headache syndromes – Prolonged effects from a single injection. *Pain*. 122:126-129. 4.

Ashkenazi, A. Young, W.B. (2005). The effects of greater occipital nerve block and trigger point injection on brush allodynia and pain in migraine. *Headache*. 45:350-354. 5.

Caputi, C.A., Firetto, V. (1997). Therapeutic blockade of greater occipital and supra orbital nerves in migraine patients. *Headache*. 37:174-179. 7.

Hecht, J.S. (2004). Occipital nerve blocks in postconcussive headaches: A retrospective review and report of ten patients. *J Head Trauma Rehabil*. 19:58-71. 9.

Gale, G.D., Caputi, C.A., Firetto, V. (1998). Therapeutic blockade of the greater occipital and supraorbital nerves in migraine patients. *Headache*. 38:57. 6.

Leinisch-Dahlke, E., Jurgens, T., Bogdahn, U., et ál. (2005). Greater occipital nerve block is ineffective in chronic tension type headache. *Cephalalgia*.

Peres M.F., Stiles M.A., Siow. H.C., et ál. (2002). Greater occipital nerve blockade for cluster headache. *Cephalalgia*. 22:520-522. 3.

Scattoni, L., Di, S.F., Villani, V., et ál. Great occipital nerve blockade for cluster headache in the emergency department: Case report. *J Headache Pain*. 7:98-100. 8.

Rozen, T. (2007). Cessation of hemiplegic migraine auras with greater occipital nerve blockade. *Headache*. 47:917-919. 10.

Wolff, H.G. *Headache and Other Head Pain*. New York: Oxford University Press; 426-427. 2.