

Algia Facial Parotídea

Informe de un caso

Dr. Silvio A. Scardovi*

Caso clínico: Se revisa el síndrome de Algia Facial Parotídea a través de la presentación de un caso clínico.

I) RESUMEN

El Algia Facial Parotídea es un síndrome poco frecuente de los territorios buco-máxilo-faciales pero por desconocimiento de su existencia puede estar omitiéndose el diagnóstico de un importante número de casos.

No existe terapéutica conocida para tratar la crisis dolorosa, pero al informar al paciente que su patología no tiene consecuencias vitales o mayores que esa sintomatología, mejoran sus condiciones anímicas y su calidad de vida.

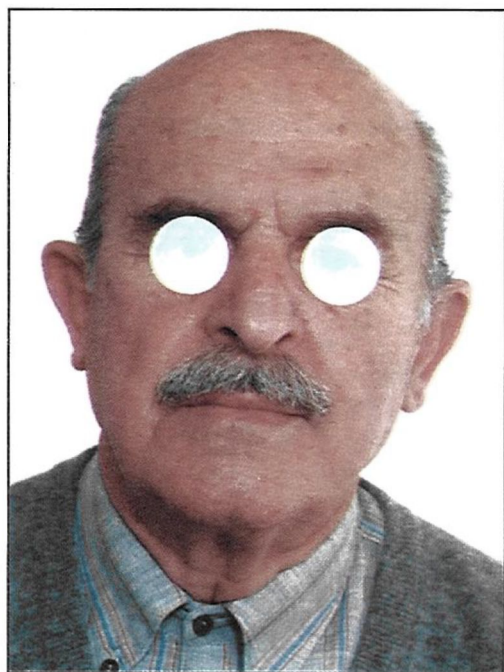


Fig.1.-
Paciente
DPP.

II) INTRODUCCION

El Algia Facial Parotídea (AFP), síndrome de dolor facial lateral, fue descrito por primera vez en 1976 por el Dr. Jaime Grunberg de Uruguay. El nombre asignado por el autor se debe a la característica clínica constatada: «dolor intenso a la palpación suave en las zonas parotídeas, que se repite toda vez que se reitera la maniobra». Se trata de un síndrome a considerar en todo enfermo que relate dolor facial lateral de años de evolución, sexo masculino, sin diagnóstico positivo y que presente antecedentes de hipertensión arterial crónica.

III) CASO CLINICO

Paciente D P P, sexo masculino, caucásico de 76 años de edad (Fig. 1).

1) Motivo de consulta «Dolor fuerte en la cara y maxilares cada vez que comienza a alimentarse. Se le ha propuesto operar de la articulación témporo mandibular (A.T.M.), por lo que desea tomar otra opinión profesional».

2) Enfermedad actual Dolor en el borde posterior de las ramas ascendentes del maxilar inferior que inicialmente no lo localizaba en un punto fijo y que a veces lo ubicaba incluso hacia la zona articular. Lo sufre aproximadamente hace 30 años y la intensidad fué en aumento durante los primeros años. La aparición del dolor es al comenzar la masticación, y en los últimos años antes de llevar el alimento a la boca, con sólo sentir el «aroma». La duración del dolor es corta, desaparece a los 5 ó 6 movimientos masticatorios, pero es muy intensa, y vuelve a repetirse en los actos masticatorios alejados en más de una hora; características que no han variado en el tiempo.

* Asistente de Clínica Quirúrgica 2 de la Facultad de Odontología. Jefe de Servicio de Cirugía B.M.F. del SS FF AA. Demostrador AOU

3) Tratamientos recibidos: según el paciente recibió muchos tratamientos pero ninguno le dio resultado y no le han dado nunca un diagnóstico positivo de su enfermedad. Primero le indicaron analgésicos y tranquilizantes, luego extracciones dentarias de molares retenidos. A los pocos años siguieron con los molares inferiores, más adelante le realizaron las extracciones de todas las piezas superiores. Según el enfermo eran todos dientes «sanos». Luego de todas las extracciones infructuosas, hace 15 años, se le deriva a un neurólogo que lo medica (no recuerda las drogas) por un año, sin resultados satisfactorios. Toma consulta con O.R.L. quienes tampoco le aportan diagnóstico ni solución al mal, derivándolo a otro odontólogo para que le practique infiltraciones de corticoides en la A.T.M. Padeciendo el dolor en la actualidad consulta con un cirujano buco-máximo-facial que le propone operar de la ATM con fines de exploración y terapéuticos, sin seguridad de cura de las crisis dolorosas.

4) Antecedentes personales: Todas las enfermedades de su niñez. No paperas. Desde hace 35 años comenzó con hipertensión arterial (170-140 mm de Hg.) por lo que se le medicó continuamente con diferentes fármacos. Actualmente ingiere: Digoxina 50 mg/día (digitálico) desde hace 8 años y Triartirene 50 mg, hidroclorotiazida 25 mg, 1 comprimido, ingiere 2 comp. diarios (diurético y antihipertensivo). Muchos años tomó alfametildopa y reserpina. Su presión actual es: 190-140 mm. Hg; habiendo registrado crisis de hasta 240-170 mm Hg.

Resto de aparatos y sistemas: S/p.

5) Antecedentes familiares: S/p.

6) Examen clínico: paciente lúcido, apirético y colaborador. Al examen regional presenta «dolor exquisito» al palpar por detrás del borde posterior de la rama craneana de la mandíbula (zona parotídea).

Intrabucalmente se observan prótesis completa superior y parcial inferior en buenas condiciones y en normo-oclusión. Mucosas y dientes presentes (del 3.3 al 4.3) sin alteraciones. Palpación de músculos y rebordes asintomática.

ZONA M.C.: palpación extraoral de músculos y ATM: s/p. Dolor intenso a la presión digital del borde posterior del maxilar inferior en la zona parotídea. El dolor es provocado y se repite cada vez que se realiza la maniobra desapareciendo rápidamente. Dimensiones, color, consistencia y temperatura de la zona son normales. La crisis dolorosa se desencadena al solicitar al paciente que se alimente y es durante los primeros movimientos masticatorios, los cuales el paciente los

realiza con temor y muy lentos debido al intenso sufrimiento.

7) Exámenes complementarios: Rx. (maxilares, de ATM y OPT), sialografía, ecografía parotídea y tomografía no registran alteraciones.

8) Diagnóstico positivo: Algia facial parotídea.

9) Plan de tratamiento: se desconoce un tratamiento eficaz por ignorarse la etiología del mal (2).

III) DISCUSION

El dolor facial lateral de larga evolución plantea un abanico de diagnósticos diferenciales entre los cuales habitualmente se plantean:

- a) Neuralgias esenciales del trigémino.
- b) Algas sintomáticas (odontalgias, parotiditis, neuritis, sinusitis, artalgias, etc.).
- c) Síndrome doloroso témporo-maxilar y miofacial (SDTMM).
- d) Otras afecciones.

Con respecto a la neuralgia esencial, no existen en el caso presentado los síntomas y signos patognomónicos de la enfermedad (1). Dentro del capítulo de «algias sintomáticas» no se detectan en el enfermo posibles alteraciones morfológicas y/o funcionales responsables de una sintomatología dolorosa, hecho avalado por los exámenes complementarios y clínicos efectuados.

La posibilidad de un síndrome de disfunción temporo-maxilar estaría sustentada sólo por la ubicación del dolor, aunque no muy bien localizado en las zonas parotídea, borde posterior del maxilar y A.T.M. según lo descrito por RAMFJORD y ASH (3). El resto de síntomas y signos del enfermo no avalan un diagnóstico positivo de síndrome doloroso témporo-maxilar, como por ejemplo:

1) Aparición del dolor:

SDTMM: el dolor comienza siempre con el movimiento y persiste en el tiempo.

AFP: puede aparecer antes de la masticación y remite a los pocos movimientos masticatorios totalmente. Se da al colocar el alimento en boca e incluso por el aroma (2).

2) Palpación:

SDTMM: músculos masticatorios y/o ATM duelen (1-2-3-4).

AFP: Músculos no duelen. Dolor intenso a la pre-

sión suave de la región parotídea (borde posterior de mandíbula), e incluso a veces en el prolongamiento maseterino de la glándula. El dolor desaparece retirado el estímulo y se repite toda vez que se reitera la maniobra (2).

3) Rango:

SDTMM: se instala en pacientes jóvenes: 20 a 50 años (1-3-4).

AFP: en mayores de 40 años (2).

4) Sexo:

SDTMM: sexo femenino en el 83% de los casos (1-3).

AFP: sexo masculino en la mayoría de los casos (2).

5) Alteraciones orgánicas de orden general:

SDTMM: no se describen.

AFP: antecedentes de hipertensión arterial crónica de larga data (2).

IV) CONCLUSIONES

1.- El «diagnóstico positivo» del AFP se obtiene luego de haber realizado todos los diagnósticos diferenciales posibles de la región.

2.- Estadísticamente el AFP prevalece en el sexo masculino, después de la cuarta década de vida y en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial crónica.

3.- Las características clínicas del «Síndrome de Grunberg» principalmente son:

a.- dolor previo y/o durante los primeros movimientos masticatorios y que luego desaparece totalmente.

b.- dolor intenso a la presión digital suave en la zona

parotídea, detrás del borde posterior de la mandíbula y que se repite toda vez que se reitera la maniobra.

4.- El mecanismo etiopatogénico de la afección es desconocido.

5.- La importancia del diagnóstico el AFP radica en prevenir iatrogenias causadas por tratamientos infructuosos en base a diagnósticos erróneos.

VI) BIBLIOGRAFIA

1.- ALLING III, C. ; MAHAN, P.: Dolor facial. Ed. Limusa. México. 1987.

2.- GRUNBERG, J.: Algia Facial Parotídea. Un nuevo Síndrome. An. Fac. Odont. Montevideo. (18): 17-13, 1976.

3.- RAMFJORD, S.; ASH, M.: Oclusión. Ed. Interamericana. México. 1968.

4.- SCHWARTZ, L.: Afecciones de la articulación temporomaxilar. Ed. Mundi. Buenos Aires. 1963.

VII) SUMMARY

Parotid Facial Pain (PFP) is a rare Syndrome in Bucco-Maxilo-Facial areas, but a significant number of cases might be overlooked because of unawareness of its existence.

There is no well-known therapy for the treatment of painful crisis, nevertheless, by letting the patient know that his/her pathology has no vital or major consequences apart from those symptoms, there is an improvement of mental disposition and quality of life. ▼



Dr. Silvio Scardovi

Dirección del autor:
Dr. Silvio Scardovi
Buenos Aires 675 Ap. 301
C.P. 11300
Montevideo - Uruguay