

ALGIA FACIAL PAROTIDEA. UN NUEVO SINDROME

*Dr. Jaime N. Grunberg **

Se estudiaron once casos clínicos con dolor facial crónico lateral de cara al comenzar a comer o sentir gusto a la comida.

Al examen se constató un dolor intenso a la palpación suave en las zonas parótidas, que se reitera toda vez que se repite la maniobra.

Domina en el sexo masculino, y en mayores de 40 años.

Ocho de los once pacientes son hipertensos en tratamiento de muchos años.

No lo hemos encontrado descrito y lo llamamos "Algia facial parotídea".

INTRODUCCION

El dolor facial lateral de meses o años de duración es frecuente. El interrogatorio descarta una neuralgia esencial del trigémino (1), que tiene una sintomatología característica consistente en:

- a) Accesos dolorosos de corta duración, segundos a 1 o 2 minutos.
- b) Localización estricta en el territorio del trigémino.
- c) Existencia de una zona gatillo cuya excitación desencadena el dolor (Trigger zone).

Además el examen neurológico es negativo.

En cambio si el dolor es continuo, con o sin exacerbaciones, pensamos en una algia sintomática y debemos descartar causas odontológicas, otorrinolaringológicas o neurológicas.

*) Profesor de Cirugía Bucomaxilar (Fac. Odontología). Ex Profesor Adjunto de O.R.L. (Fac. Medicina).

Un síndrome de especial interés que es necesario puntualizar es el de la disfunción dolorosa témporo maxilar y mio-facial, (2), (3), (4), pues es con él que estableceremos similitudes y diferencias con el síndrome de algias parotídeas.

En el síndrome témporo-maxilar y mio-facial el dolor se pone de manifiesto fundamentalmente al movimiento de la mandíbula, dificultando la masticación.

A la palpación hay dolor en la zona articular o muscular, del masetero, temporal y/o pterigoideos. Puede coexistir dolor muscular y articular.

Puede existir una limitación de los movimientos de la mandíbula.

MATERIAL Y METODOS

En 1966 consultó un paciente con diagnóstico de síndrome doloroso témporo-maxilar. Tenía dolor al comienzo de la alimentación. Al examen no se constató dolor en la articulación como tampoco en los músculos masticadores. En cambio se le provocaba un dolor intenso a la palpación suave de la parótida.

Después vimos varios pacientes con una sintomatología similar. Cinco años más tarde comenzamos el estudio de este cuadro clínico con mayor atención.

Presentamos 11 pacientes con la sintomatología de algia en la zona parotídea, 10 de los cuales consultaron de 1971 a 1976, a los que se agrega el primer paciente referido.

RESULTADOS

El *motivo de consulta* de 8 de los 11 pacientes, consiste en dolor al comienzo de la alimentación, que cede o se atenúa al seguir comiendo. Uno tiene dolor al poner el primer bocado en la boca. Otro manifiesta que el dolor ya le aparece al sentir el gusto a la comida.

Uno consultó por una hipoacusia y al examen se constató el dolor parotídeo.

Localización del dolor motivo de consulta

Cuatro pacientes lo localizaban en la zona parotídea, dos en la zona látero facial, dos en el ángulo maxilar y dos a la altura de la articulación témporo maxilar.

Examen

El síntoma fundamental de este síndrome lo constituye un dolor intenso al presionar suavemente la región parotídea en el borde posterior de la rama montante y frecuentemente el prolongamiento maseterino. El dolor se provoca toda vez que se repite la maniobra.

La palpación de la piel y del tejido celular subcutáneo de la zona parotídea es indolora.

La movilidad de la mandíbula es normal en todas las posiciones, sin ninguna limitación de la apertura.

En dos casos además del dolor parotídeo con las características descritas, intenso a la palpación muy superficial, constatamos dolor en las articulaciones témporo maxilares, de una intensidad mucho menor. En uno de estos pacientes además del dolor articular, se constató dolor muscular, siendo la única del sexo femenino de la serie.

La sialografía realizada en 6 de los 11 pacientes era normal.

Antecedentes personales

C U A D R O 1

Presión arterial elevada	8
Afecciones cardíacas en tratamiento	4
Diabetes	4
Etilista intenso	1
Enfermedad de Parkinson	1
Laringectomizado parcial por carcinoma	1
Condilectomizado por el síndrome doloroso	1

DISCUSION

Considerando el motivo de consulta la orientación diagnóstica se dirige a un síndrome doloroso témporo-maxilar y mio-facial, pues el dolor es al comienzo de la alimentación, pero dos de los pacientes ya orientan hacia la parótida, pues el dolor es desencadenado al poner el alimento en la boca o al sentir gusto a la comida.

Después de haber comenzado la alimentación, rápidamente desaparece o disminuye sustancialmente el dolor.

En el síndrome témporo-maxilar no desaparece; a veces disminuye de intensidad después de los primeros movimientos masticatorios en forma más lenta que en el dolor parotídeo.

Sólo uno de los pacientes consulta por una hipoacusia y al examen el otorrinolaringólogo constata un dolor intenso en las zonas parotídeas. Es el único caso que no tenía dolor al comenzar a comer o sentir gusto a la comida.

La localización del dolor por el paciente es en las siguientes zonas:

En la zona parotídea	4
Zona látero facial	2
En ángulo de maxilar	2
En zona de la articulación témporo-maxilar	2

La ubicación del dolor en el síndrome doloroso témporo-maxilar, de 1.109 casos en orden decreciente, según Campbell, citado en Ramfjord Ash (2):

1. — Articulación témporo-maxilar.
2. — Angulo del maxilar.
3. — Oreja.
4. — Arco zigomático.
5. — Parte anterior de la articulación témporo-maxilar.
6. — Espacio submaxilar.
7. — Suboccipital.

Como se puede observar las localizaciones del dolor por el interrogatorio, no permiten una diferenciación de ambos síndromes.

El síntoma fundamental del síndrome de algia parotídea es el dolor intenso, al presionar muy suavemente la región parotídea, en el borde posterior de la mandíbula (borde parotídeo) y muchas veces el prolongamiento maseterino. El dolor se desencadena apenas al llegar al contacto de la cápsula parotídea.

Las características de este dolor son:

1. — Que se desencadena apenas al llegar a palpar la superficie parotídea. Es intenso, constatado por la reacción del paciente.
2. — Se reitera toda vez que se repite la palpación.

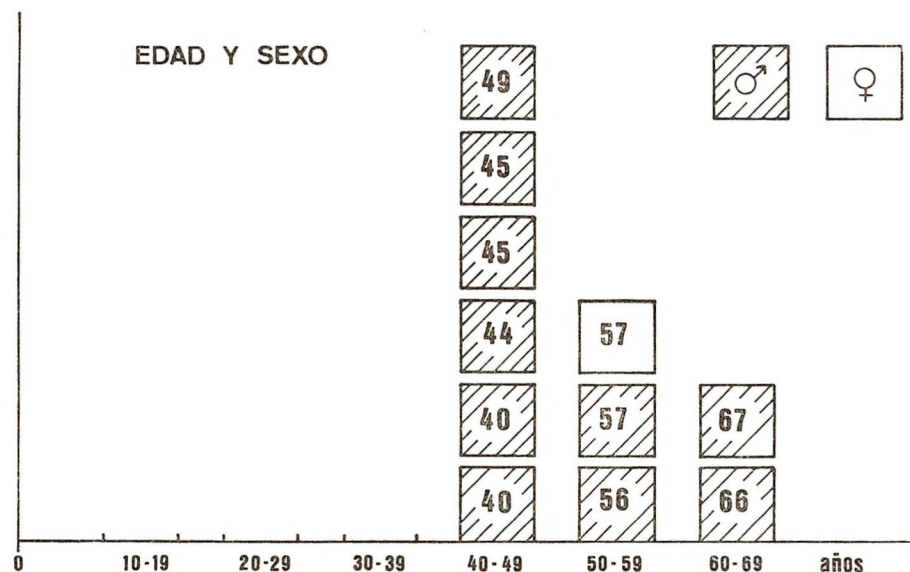
Se diferencia del síndrome témporo-maxilar por no haber dolor a la palpación de la articulación témporo-maxilar, ni de los músculos masticadores, en 9 de los 11 casos. En uno hubo dolor en la articulación témporo-maxilar y en el otro paciente, el único del sexo femenino, el dolor se localizaba en la articulación témporo-maxilar y músculos masticadores. En estos dos pacientes el dolor articular y muscular era muy leve comparado con el que despertaba la palpación de la zona parotídea.

Se realizaron sialografías en 6 de los pacientes, siendo normales.

Las radiografías de las articulaciones estaban dentro de lo normal.

Edad

La edad de los 11 pacientes estaba comprendida entre los 40 y 69 años. Esta es una constatación muy importante que surgió del estudio de las historias clínicas, y es un elemento objetivo que lo diferencia del síndrome témporo-maxilar. Este se puede ver entre 10 y 71 años (3), siendo su mayor frecuencia entre 20 y 50 años (2), (3). Ninguno de nuestros pacientes tiene menos de 40 años, siendo la edad más frecuente entre 40 y 60 años.



Sexo

La distribución del síndrome parotídeo de acuerdo al sexo, constituyó otro de los elementos que lo diferencian del síndrome doloroso témporo-maxilar y mio-facial. De los 11 pacientes, 10 son del sexo masculino. El síndrome doloroso témporo-maxilar afecta el 83 % a las mujeres, según L. Schwart (3); cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres según Ramfjord-Ash (2).

Esta predominancia en el sexo femenino del síndrome témporo-maxilar se repite con pocas variaciones en todas las estadísticas. En cambio el síndrome parotídeo domina en hombres.

Se concluye de los casos estudiados que el síndrome de algia parotídea domina en el sexo masculino y en mayores de 40 años.

Fecha del comienzo de los síntomas en la primera consulta

Cinco pacientes habían comenzado con los síntomas entre uno y cinco meses.

Los otros cinco pacientes entre un año y diez años.

Comenzado el sufrimiento se hace crónico.

En lo referente a los **antecedentes personales** (Cuadro 1) 8 de los 11 pacientes tenían una hipertensión franca e importante, con tratamiento, que databan de años. La impresión es que interviene en alguna forma en estos pacientes, no en forma obligatoria, pues 3 pacientes no eran hipertensos.

Como conclusión, del estudio de los pacientes con síndromes dolorosos láterofaciales, separamos 11 cuyas sintomatologías no coincidían con las características del síndrome doloroso témporo-facial y mio-facial, siendo la localización del dolor en la zona parotídea, franca e intensa.

Al estudiar la edad y el sexo en estos pacientes surge como elementos diferenciales, que el síndrome doloroso parotídeo domina en el sexo masculino y en mayores de 40 años.

Los diagnósticos diferenciales se deben realizar con todas las algias faciales láterofaciales de diverso origen, entre ellas las provocadas por patología parotídea. Esto se encuentra desarrollado en la magnífica obra sobre enfermedades de la articulación témporo-maxilar de Laszlo Schwartz (3).

El planteamiento fisiopatológico y etiopatogénico del dolor parotídeo debería ser motivo de estudio y escapa de la finalidad de este trabajo, que se propone presentar un nuevo síndrome, que lo denominamos "Algia facial parotídea".

RESUMEN

Del estudio de los pacientes con dolores látero faciales, sobre todo de los síndromes dolorosos témporo-mio faciales, se ha constatado que varios pacientes tenían un síndrome con características clínicas que no coincidían con el mismo.

Del examen de las historias clínicas constatamos que el síndrome que llamamos "Algia facial parotídea" consultaban por dolor de meses o años de instalados, con una localización que no los diferenciaba sustancialmente del síndrome doloroso témporo-maxilar.

La característica principal es dado por el examen donde se constata en todos los pacientes un dolor muy intenso a la palpación suave de las zonas parotídeas y que se repite toda vez que se reitera la palpación.

Dos de los pacientes presentaban dolor a la palpación de la articulación y uno de ellos en los músculos masticadores. El dolor en estas zonas era de intensidad discreta comparado con el dolor parotídeo.

Al estudiar las historias constatamos que 10 de los 11 casos fueron en el sexo masculino y todos mayores de 40 años, caracteres que no comparte el síndrome doloroso témporo-maxilar.

Ocho de los pacientes eran hipertensos francos, en tratamiento de varios años.

SUMMARY

We have seen that many of the patients with latero-facial pain had different clinical characteristics that weren't found in the myo-fascial pain dysfunction syndrome.

Studying the clinical data of the patients with the syndrome we call "Parotideal facial algia" we have seen that most of them had complained of pain that wasn't different from the temporal mandibular pain syndrome. The most important characteristic of the syndrome that we describe is the very sharp pain when we touch superficially the parotideal area, and this appears whenever the same stimulus is repeated.

Two of the patients had pain when we put pressure on the temporo mandibular point, and also one of them on the masseter muscles area, but the pain wasn't so sharp as in the parotideal area.

From the clinical data of the 11 patients studied, we found that all of them were over 40 years old, and 10 of them were males, characteristic wich is netfound in the temporo mandibular syndrome.

Of the 11 patients, eight had severe arterial hypertension, treated for many years.

BIBLIOGRAFIA

1. Grunberg J., Rodríguez Juanotena J., Grunwald Izo. Neuralgia esencial del trigémino. C.I.S.A. Montevideo, 1974.
2. Ramfjord S. P., Ash M. M. Oclusión. InterAmericana. Méjico, 1968.
3. Schwartz Laszlo. Afecciones de la articulación témporo-maxilar. Mundi. Buenos Aires, 1963.
4. Yavelow I., Forster I., Wininger M. Mandibular Relearing. Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 36:632-641, 1973.