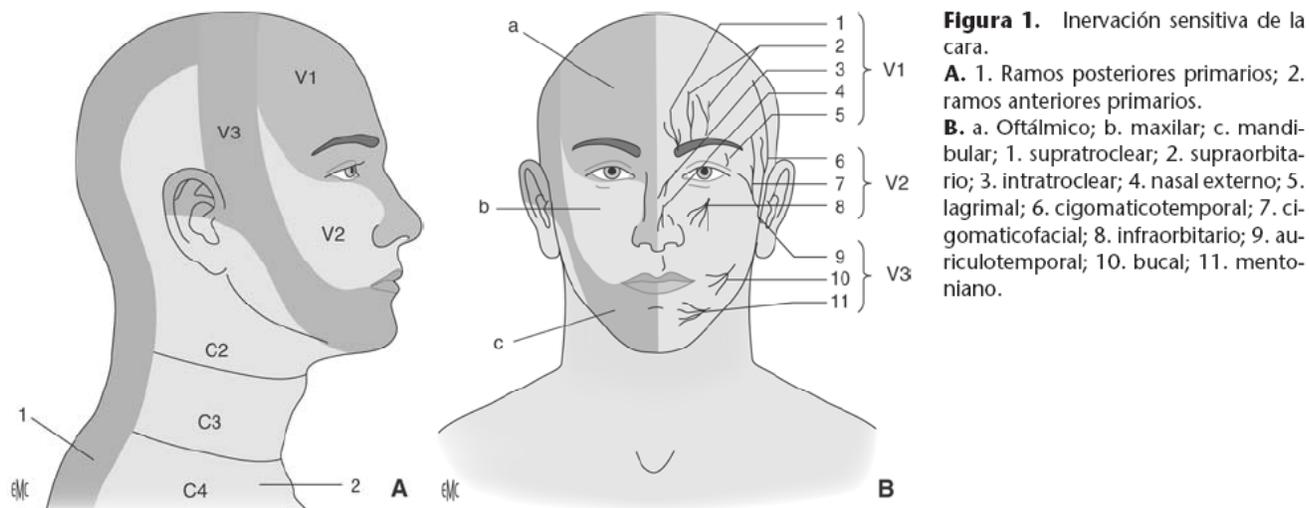


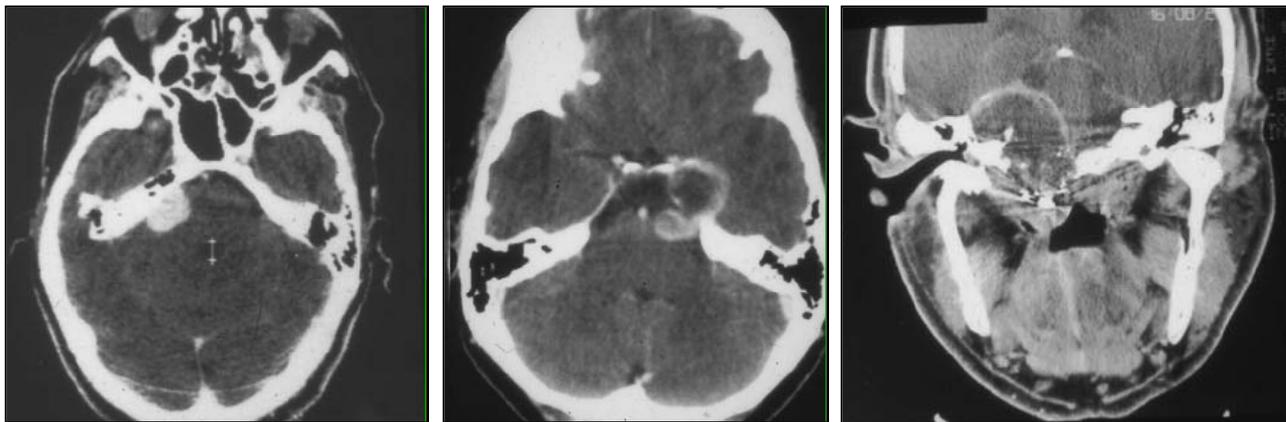
Neuralgia del trigémino

Es una afección producida en pacientes mayores de 60% en un 66% de los casos. Se manifiesta con dolor fulgurante de aparición muy rápida de localización cefálica, de inicio y desaparición muy rápida. Se desencadena por mínimos estímulos, como el roce, el habla, el soplido, o la masticación. Es unilateral y por lo general se manifiesta a nivel del ramo mandibular (V3) y/o maxilar (V2). El dolor



suele comenzar (zona gatillo) a nivel de la comisura bucal o a nivel de la base del ala de la nariz (territorio correspondiente al nervio infraorbitario).

El examen neurológico es normal. Los casos de neuralgia en el territorio facial asociada a alguna otras sintomatología neurológica debe hacernos descartar el origen idiopática, y sospechar el carácter sintomático de alguna otra patología. Tales son los casos de las imágenes debajo que nos muestran (de izquierda a derecha) un meningioma del hueso temporal derecho, neurinoma del V izquierdo y colesteatoma del ápice petroso derecho.



Los casos donde el dolor es bilateral nos obligan a descartar, mediante RNM, la presencia de una esclerosis múltiple, fundamentalmente en pacientes jóvenes.

El tratamiento de referencia se inicia con Carbamazepina a 100mg/día, elevando la dosis 100mg cada 2 días, hasta que las crisis de dolor desaparezcan. Usualmente esto se logra con una dosis de 600-800mg/día. Si el fracaso de esta droga es completo debe hacernos sospechar su diagnóstico. Debido al riesgo de agranulocitosis es indicado realizar un hemograma completo cada 6 meses. Los pacientes con efectos secundarios a la Carbamazepina (cutáneos y hematológicos) pueden recibir Fenitoina, Oxcarbamazepina (600-1200mg/día) o Baclofeno.

Cuando el tratamiento médico es ineficaz o es insuficiente se plantea la opción quirúrgica. Dentro de las técnicas quirúrgicas utilizadas se encuentra: la Alcoholización de los ramos periféricos, fundamentalmente de la rama maxilar al salir por el orificio infraorbitario; Termocoagulación del Ganglio de Gasser, que tiene como característica producir analgesia pero no anestesia; Descompresión microvascular en los casos donde bucles arteriales y/o venosos producen la compresión del nervio; y últimamente se sumo la irradiación estereotáxica (gamma-knife).

Tumores de las glándulas salivales

El 80 % de estos tumores corresponden a la glándula parótida y el 10-15% a tumores de la glándula submaxilar. El resto de las glándulas, sublingual y accesorias, son responsables solo 5-10%.

El 80% de los tumores de parótida son benignos. Suelen ser asintomáticos manifestándose como un tumor en la región parotídea de crecimiento lento. El dolor, la parálisis facial y la fijación a estructuras adyacentes son índice de malignidad.

La ecografía es útil para detectar tumores del lóbulo superficial, en cambio la TC permite detectar tumores de ambos lóbulos. Para detectar recidivas tumorales se realiza una centellografía. Ante la sospecha de un Linfoma realizaremos una punción-biopsia para detectar la enfermedad.

Tumores benignos

El Adenoma Pleomorfo corresponde al 60% de tumores benignos de la parótida y al 36% de los tumores benignos de la glándula submaxilar. Está formado por un conjunto de células epiteliales y mioepiteliales en un estroma abundante mixoide y/o condroide, cubierto por una capsula de tejido fibroso de espesor variable. Es más frecuente en mujeres de 40-60 años de edad. Su evolución es lenta e indolora. En la parótida, se localizan en el lóbulo superficial de la misma. Al ser tumores difusos suelen generar recidiva, o incluso por rotura de la cápsula durante su excéresis quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico consiste en la resección del lóbulo superficial con conservación del nervio facial. Al ser tumores recidivantes se requiere un amplio margen de resección.

El segundo tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales es el Tumor de Warthin (5-10%), casi exclusivamente en la parótida. Es más común en hombres de 55-70 años. Se localiza en el lóbulo superficial de la glándula.

Tumores malignos

El Carcinoma Mucoepidermoide es el tumor maligno más frecuente de la parótida y el segundo en frecuencia en la glándula submaxilar. Es más frecuente en mujeres de 40-60 años. Cuando el tumor es de bajo grado su diagnóstico se debe al desarrollo de una lesión en la zona correspondiente a cada glándula. El dolor se asocia al grado de crecimiento del tumor. Produce parálisis facial en el 8% de los pacientes. Es un tumor que contiene células mucosas, epidermoides e intermedias. Son duros de color blanco con límites más o menos definidos. Pueden ser alto, intermedio o bajo grado, siendo este último el 75% de los casos. Las metástasis regionales y a distancia (pulmón, hígado y hueso) suelen ser tardías.

El tratamiento de elección es la resección completa de la glándula con conservación del nervio facial cuando este no está comprometido por el tumor. El compromiso del nervio facial requiere la parotidectomía radical que consiste en la resección de toda la glándula parótida más la extirpación del nervio facial y la excéresis de estructuras vecinas comprometidas. Siempre que sea posible se realizará la reparación inmediata del nervio facial. Si hay diseminación a ganglios regionales se realizará el vaciamiento cervical radical. Como complicaciones de la cirugía se observa la parálisis facial y el síndrome de Frei (sudoración e hiperemia de la piel preauricular ante un estímulo gustativo). La supervivencia a los 5 años está cerca del 90% en los tumores de bajo grado.

Indicamos la radioterapia en los tumores de alto grado, donde exista 25% de probabilidad de infiltración nerviosa (parálisis facial) y un 50% de casos de metástasis ganglionares. La quimioterapia es útil para las metástasis y los casos localmente avanzados. La supervivencia de este grupo a los 5 años es del 80%.