

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de pacientes con neuralgia del trigémino en un hospital mexicano, 2009-2019

Characterization of patients with trigeminal neuralgia in a Mexican hospital, 2009-2019

Lenia María Alvarado Bardales¹  <https://orcid.org/0000-0002-4708-1261>, María Magdalena Salado Ávila¹  <https://orcid.org/0000-0002-3716-1719>.

¹Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Departamento de Anestesia y Terapias, División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor; Ciudad de México, México.

RESUMEN. Antecedentes: La neuralgia del trigémino (NT) es un dolor estereotipado, repetitivo y paroxístico, con prevalencia anual 4-13%. **Objetivo:** Describir características clínicas y terapéuticas de pacientes con diagnóstico de NT, División de Cuidados Paliativos, Clínica del dolor, Hospital "Dr. Manuel Gea González". **Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Revisión 91 expedientes, 1 enero 2009 a 31 diciembre 2019; se eliminaron 33 pacientes que abandonaron tratamiento, obteniendo muestra a conveniencia (61). **Resultados:** El sexo femenino fue más afectado 62.3% (38), comparado con el masculino 37.7% (23), relación 1.6 / 1. La edad media 60.2±16.8 años. La evolución previa a la atención tuvo una media: 17.6 meses. Las ramas del trigémino afectadas fueron: combinaciones rama izquierda 36.1% (22), rama derecha 27.9% (17), maxilar derecha 13.1% (8). Las causas secundarias fueron: 55.7% (35): postraumática 11, posherpética 7, compresión vascular 8, tumores 4, y disfunción temporomandibular 5. Las comorbilidades fueron: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2. Recibieron terapia farmacológica previa con antiinflamatorio no esteroideos 31.6% (37). Al ingreso la intensidad del dolor fue severa 96.7% (59), moderada 3.3% (2). Tratamiento intrahospitalario recibido fue carbamazepina 86.8% (53) y gabapentinoides 60.6% (37). Egresaron sin dolor 24.6% (15), con dolor leve 57.4% (35), dolor moderado 13.1% (8), y dolor severo 4.9% (3). **Discusión:** La NT fue más frecuente en mujeres, entre 50 y 70 años, similar a lo informado. El tiempo de inicio de síntomas y evaluación por especialista en algología fue prolongado. El tratamiento farmacológico indicado: carbamazepina, gabapentinoides, opioides y antidepressivos, apegados a Guías de Manejo Dolor Neuropático. **Palabras clave:** Clínicas de dolor, Neuralgia facial, Neuralgia del trigémino.

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del trigémino (NT) también conocida como tic douloureux, es de los dolores más intensos experimentados por el ser humano.¹ Se define como episodios recurrentes de dolor súbito, usualmente unilateral, severo, breve, penetrante y distribuido en una o más ramas del nervio trigémino; es el dolor facial más frecuente con una prevalencia anual de 4 -13%.¹ Actualmente se sabe que la neuralgia del trigémino afecta a personas mayores, alcanza su mayor frecuencia entre los 50 y 70 años, de predominio en mujeres en proporción a hombres de 1.5 a 1.0.¹⁻³ En el 90-95% de los casos se afecta la tercera o especialmente la segunda rama del nervio trigémino, aunque en su evolución puede afectar a más de una rama. La afectación de la primera rama sólo ocurre en 5-10% de los casos de esta entidad; en estos casos suele ser una neuralgia sintomática.³

El trigémino es un nervio con función mixta, motora y sensitiva, teniendo función particularmente sensitiva la primera y segunda rama, y la tercera rama mixta. Controla principalmente la musculatura de la masticación y la sensibilidad facial. La función sensitiva del trigémino se conforma por fibras aferentes somáticas que conducen impulsos exteroceptivos, como sensaciones táctiles, de propiocepción y dolor, de los dos tercios anteriores de la lengua, dientes, la conjuntiva ocular, la duramadre y de la parte ectodérmica de la mucosa bucal, nariz y senos paranasales; las ramas motoras del nervio trigémino están en el nervio mandibular,⁴ está formada por fibras que pertenecen al ramo mandibular, innervando así los músculos masticadores, además del tensor del tímpano, el milohioideo y el digástrico. Su ganglio sensitivo (el ganglio semilunar, trigeminal o de Gasser) se asienta en la caverna trigeminal (*cavum* de Meckel), en el piso de la fosa craneana media.⁴

Sus tres principales ramas son las siguientes, V-I Nervio oftálmico: rama sensitiva, proporciona sensibilidad al párpado

Recibido: 06-01-2022 Aceptado: 14-12-2022 Primera vez publicado en línea: 17-12-2022
Dirigir correspondencia a: Dra. Lenia María Alvarado Bardales
Correo electrónico: leniamariaalvarado14@gmail.com

RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Alvarado-Bardales LM, Salado-Ávila MM. Caracterización de pacientes con neuralgia del trigémino en un hospital mexicano 2009-2019. Rev Méd Hondur. 2022; 90 (2): 135-140. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v90i2.15452>

© 2022 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

superior, raíz de la nariz, piel adyacente de la frente, conjuntiva y piel del canto medial; V-II Nervio maxilar: esta segunda rama, es sensitiva, da inervación al ala de la nariz, párpado inferior y labio superior; y la V-III Nervio mandibular: es la rama mayor del trigémino y la única que contiene fibras motoras y sensitivas, da inervación a la piel y mucosa del labio inferior, mandíbula, molares y premolares de la mandíbula, piso de la boca, mucosa de los dos tercios anteriores de la lengua, oído, piel y fascia de la sien.⁵ La NT se asocia a una disminución en la calidad de vida y supone un impacto sobre la capacidad laboral en un 34% de los pacientes.⁶ Con frecuencia estos pacientes presentan síndromes depresivos reactivos al dolor refractario, de ahí radica la importancia en la identificación y su adecuado manejo.¹

En México, hay escasas publicaciones sobre NT. Dos estudios se centraron en el tratamiento quirúrgico como el de Sandoval M. en el año 2015, que reportó resultados positivos a los 5 años.⁷ Otros, según estudios, se consideran solamente si hay refractariedad y dispone escasa evidencia científica al compararlo con el tratamiento farmacológico; por lo tanto, se realizó este estudio con el objetivo de describir las características clínicas y terapéuticas de la NT en el Hospital "Dr. Manuel Gea González".

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron expedientes de pacientes con diagnóstico de NT de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", se recabó un listado de casos que fueron atendidos del 1 de enero 2009 al 31 de diciembre 2019, se solicitaron los expedientes al Archivo Clínico. Se revisaron 94 expedientes de pacientes de ambos sexos, se excluyeron (33) expedientes de pacientes que abandonaron tratamiento, obteniendo muestra a conveniencia (61). Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años con expedientes completos y los criterios de exclusión fueron: expedientes incompletos y pacientes que abandonaron el tratamiento. Se realizó un muestreo a conveniencia.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, tiempo de evolución previo al ingreso, causas, rama del nervio trigémino afectada, terapias e intensidad del dolor previo al ingreso, tratamiento inicial y final relacionado con la intensidad del dolor. Se utilizó una hoja de recolección de datos elaborada por la investigadora. En los expedientes el registro del dolor se realizó con la Escala Visual Análoga (EVA), esta escala clasifica así: sin dolor 0, dolor leve 1-3, dolor moderado 4-6, dolor severo 7- 10.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 26.0. Para las variables cuantitativas se calculó frecuencia, media, mediana y desviación estándar. Las variables cualitativas de intensidad del dolor se sujetaron a la interpretación de la escala EVA. Se obtuvo autorización a la jefatura de Cuidados Paliativos-Clinica del Dolor, Hospital "Dr. Manuel Gea González" para el uso de los expedientes clínicos. La fuente de información de la investigación fue secundaria (expedientes) y no personas, por lo que no se sometió el protocolo a dictamen por un Comité de Ética en Investigación.

RESULTADOS

Entre los resultados se registró un 62.3% (38) mujeres y 37.7% (23) hombres. La edad media fue 60.2 ± 16.8 años. El tiempo de evolución del dolor previo al ingreso tuvo una media de 17.6 ± 26.8 meses. Las ramas del nervio trigémino más afectadas fueron: combinaciones de rama izquierda 36.1% (22), combinaciones de ramas derechas 27.9% (17); rama maxilar derecha 13.1% (8) (**Cuadro 1**).

Las causas primarias de la neuralgia del trigémino correspondieron a un 42.6% (26) y las secundarias a un 57.3% (35), de estas fueron: postraumática 18.0% (11) que en su mayoría correspondió a extracciones dentales; la neuralgia post herpética 11.5% (7), compresión vascular 13.1% (8), tumores benignos y malignos 6.5% (4), y disfunción de la articulación temporomandibular 8.2% (5).

Se encontró que 8 pacientes con compresión vascular fueron derivados al servicio de neurocirugía para cirugía descompresiva en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". De los pacientes derivados se perdió el seguimiento a 6/8 pacientes después del procedimiento de cirugía descompresiva para alivio del dolor. Los dos pacientes a los que se les dio seguimiento, uno de ellos presentó una complicación de parálisis facial siendo manejado por cirugía plástica para colocar puente nervioso y el segundo paciente que presentaba riesgo cardiovascular elevado, se le realizó rizotomía con radiofrecuencia con alivio total del dolor.

Las comorbilidades se encontraron en 44.2% (27) de los pacientes; de estos un 40.7% (11) con hipertensión arterial, 18.5% (5) con diabetes mellitus, 11.1% (3) con artritis reumatoide, 7.4% (2) con hipotiroidismo, 7.4% (2) con epilepsia, 7.4% (2) con cáncer, 3.7% (1) con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y 3.7% (1) con cardiopatías. Las terapias recibidas previo al ingreso a la División de Cuidados Paliativos fueron farmacológicas y tratamiento invasivo (intervencionismo). La terapia farmacológica en primer lugar fue el uso de Antiinflamatorio No Esteroideos (AINES) en 32.2% (37), seguido de opioides en 20.9% (24), carbamazepina 13.9% (16) y gabapentinoides 6.1% (7). La terapia invasiva representó el 0.9%, la cual consistió en haber recibido 15 bloqueos neurolíticos sin respuesta analgésica y con complicaciones de anestesia dolorosa o dolor por desaferentación (**Cuadro 2**).

En relación con la intensidad del dolor registrado al ingreso a la clínica del dolor: 96.7% (59) pacientes se presentaron con

Cuadro 1. Distribución de la rama del nervio trigémino afectada en la población en estudio. Cuidados Paliativos-Clinica del Dolor, Hospital "Dr. Manuel Gea González", n=61.

Ramas del Nervio Trigémino	n	(%)
Oftálmica izquierda	4	(6.5)
Maxilar derecho	8	(13.1)
Maxilar izquierdo	2	(3.3)
Mandibular derecha	3	(4.9)
Mandibular izquierda	3	(4.9)
Combinaciones de ramas derecha	17	(27.9)
Combinaciones de ramas izquierda	22	(36.1)
Bilateral	2	(3.3)

Cuadro 2. Tratamientos recibidos previo al ingreso relacionado con la intensidad del dolor, neuralgia del nervio trigémino, Paliativos-Clinica del Dolor, Hospital "Dr. Manuel Gea González", n=61.

Terapia Farmacológica*	Intensidad del dolor									
	Sin dolor, 0 n= 0		Leve, 1-3 n= 0		Moderado, 4-6 n= 2		Severo, 7-10 n= 59		Total n= 61	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Carbamazepina	-	-	-	-	-	-	16	(14.3)	16	(13.9)
Gabapentinoides	-	-	-	-	1	(33.3)	6	(5.3)	7	(6.1)
Opioides	-	-	-	-	1	(33.3)	23	(20.4)	24	(20.9)
AINES**	-	-	-	-	1	(33.3)	36	(32.1)	37	(32.1)
Paracetamol	-	-	-	-	-	-	30	(26.7)	30	(26.1)
Tratamiento Invasivo										
Bloqueo Neurolítico	-	-	-	-	-	-	1	(0.9)	1	(0.9)

*Los pacientes previo a su ingreso recibieron combinaciones de medicamentos. Solo 1 paciente había recibido tratamiento invasivo. **AINES= antiinflamatorios no esteroides.

Cuadro 3. Tratamiento farmacológico intrahospitalario instaurado al dolor, neuralgia del nervio trigémino, Paliativos-Clinica del Dolor, Hospital "Dr. Manuel Gea González", n=61.

Terapia Farmacológica	Intensidad del dolor									
	Sin dolor, 0 n= 0		Leve, 1-3 n= 0		Moderado, 4-6 n= 2		Severo, 7-10 n= 59		Total n= 61	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Carbamazepina	-	-	-	-	-	-	10	(16.9)	10	(16.4)
Carbamazepina + Tramadol	-	-	-	-	1	(50.0)	20	(33.9)	21	(34.4)
Carbamazepina + opioide fuerte	-	-	-	-	-	-	4	(6.8)	4	(6.8)
Carbamazepina + Antidepresivos tricíclicos	-	-	-	-	-	-	2	(3.4)	2	(3.4)
Gabapentinoides +Tramadol	-	-	-	-	-	-	3	(5.1)	3	(4.9)
Carbamazepina + gabapentinoides + tramadol	-	-	-	-	1	(50.0)	13	(22.0)	14	(23.0)
Carbamazepina + gabapentinoides + opioides fuertes	-	-	-	-	-	-	4	(6.8)	4	(6.6)
Carbamazepina + opioides fuertes +antidepresivos tricíclicos	-	-	-	-	-	-	1	(1.7)	1	(1.6)
Carbamazepina+ antidepresivo tricíclico + tramadol	-	-	-	-	-	-	2	(3.4)	2	(3.3)

dolor severo, y 3.3% (2) con dolor moderado (**Cuadro 3**). La terapia de primera línea suministrada en el hospital correspondió en mayor porcentaje a pacientes tratados con carbamazepina seguidos de gabapentinoides. Tanto la carbamazepina como los gabapentinoides se suministraron en combinación con otras drogas. De la muestra estudiada posterior a recibir el tratamiento, se registró el control del dolor: un 24.6% (15) pacientes no presentaban dolor, un 57.4% (35) dolor leve, 13.1% (8) dolor moderado, y 4.9% (3) dolor severo (**Cuadro 4**).

DISCUSIÓN

La presente investigación abordó de forma retrospectiva las características clínicas y terapéuticas de la NT en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" durante 10 años. En relación con la NT, su incidencia se caracterizó por presentarse

en personas con edad entre 50-70 años, con promedio de 60 años, siendo más prevalente en el sexo femenino, afectando más frecuentemente la rama maxilar y la menos frecuente la rama oftálmica. Estas características fueron similares a lo encontrado por Kassian et al,⁸ Porto De Toledo et al,⁹ y Delgado et al.¹⁰ Según esta investigación transcurrió hasta un periodo de 6 meses antes que el paciente acudiera a un algólogo; en la literatura consultada este dato no se registró en otros artículos publicados sobre NT.^{1,3-5,7}

En nuestra investigación las causas secundarias (57.3%) se registraron en mayor porcentaje, siendo la causa postraumática (18%) la más frecuente. De acuerdo con lo reportado por García et al⁵ sobre NT postraumática, como la causa secundaria más prevalente, siendo las extracciones de molares y otras piezas dentales, fracturas de mandíbula, contusión dental secundaria a trauma facial de alto impacto, fractura en piso de la órbita.^{2,5}

Cuadro 4. Tratamiento farmacológico hospitalario al dolor, neuralgia del nervio trigémino, Paliativos-Clinica del Dolor, Hospital "Dr. Manuel Gea González", n=61.

Terapia Farmacológica	Intensidad del dolor									
	Sin dolor, 0 n= 15		Leve, 1-3 n= 35		Moderado, 4-6 n= 8		Severo, 7-10 n= 3		Total n= 61	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Carbamazepina	4	(26.7)	6	(17.1)	-	-	-	-	10	(16.4)
Gabapentinoides	-	-	2	(5.7)	-	-	-	-	2	(3.3)
Oxcarbazepina+Opioides fuertes+antidepresivos triciclicos	-	-	1	(2.9)	-	-	-	-	1	(1.6)
Carbamazepina + Gabapentinoides	6	(40.0)	13	(37.1)	3	(37.5)	1	(33.3)	23	(37.7)
Carbamazepina+ antidepresivos triciclicos	-	-	3	(8.6)	1	(12.5)	1	(33.3)	5.0	(8.2)
Carbamazepina + Antidepresivos duales	1	(6.6)	2	(5.7)	1	(12.5)	-	-	4	(6.6)
Carbamazepina + Tramadol	2	(13.3)	2	(5.7)	-	-	-	-	4	(6.6)
Gabapentinoides+ Tramadol	-	-	4	(11.4)	1	(12.5)	1	(33.3)	6	(9.8)
Carbamazepina + Gabapentinoides+ Antidepresivos duales	-	-	1	(2.9)	1	(12.5)	-	-	2	(3.3)
Carbamazepina+ Gabapentinoides+ antidepresivo triciclico	2	(13.3)	1	(2.9)	-	-	-	-	3	(4.9)
Carbamazepina+ Gabapentinoides+ Tramadol	-	-	-	-	1	(12.5)	-	-	1	(1.6)
Total	15	(24.5)	35	(57.3)	8	(13.2)	3	(4.9)	61	(100.0)

En relación con las comorbilidades presentes con la NT como lo reporta Kassian et al,⁸ la hipertensión arterial sistémica se registró en 40.7%. Según el estudio de Fallata¹¹ hasta un 15% de los pacientes con esclerosis múltiple les precedía un episodio de neuralgia del trigémino, lo que no se identificó en la presente investigación.

El tratamiento fundamental de esta patología es el farmacológico,¹² por lo que este estudio lo describe y confirma como el pilar en la mayoría de los casos siendo similar a otros estudios,^{7,10,13} no así lo que reportan Kassian et al,⁸ quienes explican que tanto la terapia farmacológica e invasiva fueron de igual utilidad en el alivio del dolor. En esta investigación los pacientes que acudieron a la clínica del dolor ya contaban con múltiples tratamientos farmacológicos previos, suministrados por diferentes profesionales, esto en contraste con la publicación de Kassian et al,⁸ quien refiere que esta patología en México es manejada por diversos profesionales como odontólogos generales, odontólogos maxilofaciales, médicos generales, médicos familiares, neurólogos y algólogos.

Diferentes factores determinaron un mal control del dolor como: indicaciones por razones necesarias, dosis subóptimas y fármacos no acordes a la fisiopatología de este dolor, también se encontró en dos pacientes extracción de piezas dentales por creer que era la causa del dolor y la automedicación. El tratamiento recibido antes de ser evaluados por médico algólogo no se apejó a las recomendaciones de las guías de manejo como las recomendadas por Roberto Rey en 2011 sobre tratamiento del dolor neuropático, ni a la revisión de las últimas guías y recomendaciones para el tratamiento del dolor neuropático

en población europea, canadiense, británica, estadounidense y latinoamericana.¹⁴⁻¹⁶

El tratamiento instituido en la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor del Hospital "Dr. Manuel Gea González" fue principalmente el farmacológico y el medicamento más usado fue la carbamazepina sola o en combinación con otras terapias de primera línea esto siendo similar a lo reportado por Bescós y García et al^{5,13} y a las guías europea, canadiense, británica, latinoamericana, y el grupo de interés del dolor neuropático de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, por sus siglas en inglés IASP).^{16,17} Así mismo, en algunos pacientes se utilizaron fármacos de segunda línea como la lidocaína, y opioides potentes considerados terapia de tercera línea, también anticonvulsivos que son fármacos de cuarta línea como lamotrigina. En su mayoría los pacientes utilizaron una combinación de grupos de familias farmacológicas como las recomendadas en las guías canadienses, latinoamericana, y el grupo de interés de la IASP.^{16,18,19}

Se observó que los pacientes que no respondieron adecuadamente al tratamiento farmacológico fueron los que presentaban compresión vascular del nervio trigémino (13.1%), estos fueron derivados para micro descompresión vascular del servicio de neurocirugía coherente con lo publicado por Santos et al y otros autores.^{4,20-22} Entre las limitantes del estudio se encuentra el no haber incluido más casos debido a que los expedientes no tenían toda la información necesaria e importante para la investigación.

En conclusión, en el presente estudio, la atención y control del dolor en pacientes con NT es tardía y cursan con mal control del dolor con una intensidad de moderado a severo, la terapia recibida antes de ser valorado por médico especialista en algología no se apejó a las recomendaciones de las guías de manejo de dolor neuropático. El tratamiento principal farmacológico administrado fue con carbamazepina, gabapentinoides y opioides, así como antidepressivos tricíclicos y duales con apego a las guías internacionales de manejo de dolor neuropático,^{23,24} y de acuerdo a la literatura la carbamazepina continúa siendo el estándar de oro para el tratamiento de primera línea.^{25,26} En relación al intervencionismo que se realizó en ocho de los pacientes, este es recomendado cuando el control del dolor con terapia farmacológica es difícil o hay intolerancia a los medicamentos.

CONTRIBUCIONES

LMA y MMSA realizaron conceptualización de la investigación, recolección de la información, limpieza e introducción

de los datos, el análisis y la discusión. Ambas autoras redactaron, editaron el artículo y aplicaron las sugerencias del Consejo Editorial.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al personal docente e institucional de la División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Ciudad de México, México, por el apoyo brindado al facilitar el trabajo de las investigadoras en la recolección de la información.

DETALLE DE AUTORES

Lenia María Alvarado Bardales, Médica Especialista en Anestesia, Alta Especialidad en Algología, y Medicina Paliativa; leniamariaalvarado14@gmail.com
María Magdalena Salado Ávila, Médica Especialista en Anestesia, Alta Especialidad en Algología; magdalsalado@yahoo.com

REFERENCIAS

- Marín Medina DS; Gámez Cárdenas M. Neuralgia del trigémino: aspectos clínicos y terapéuticos. *Acta Neurol Colomb*. 2019 [citado 15 noviembre 2021];35(4):193-203. Disponible en: <https://doi.org/10.22379/24224022267>
- Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Actualización en el manejo de la neuralgia del trigémino [Update on the management of trigeminal neuralgia]. *Semergen*. 2016 [citado 1 diciembre 2021];42(4):244-253. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.007>
- Buckanan VA, Mata Fuentes M, Fonseca Artavia K. Neuralgia del trigémino. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*. Marzo 2020 [citado 12 diciembre 2021];36(1):130-137. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1098380/micrv37n1art130.pdf>
- Santos Franco J, Santos Ditto R, Revuelta Gutiérrez R. Neuralgia del trigémino. *Arch Neurocién (Mex)* 2005 [citado 25 noviembre 2021];10(2):95-104. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/aneuroc/v10n2/v10n2a7.pdf>
- García Hernández MG, Sánchez Rodríguez JP, Tenopala Villagas S. Neuralgia del Trigémino. *An Med (Mex)* 2012 [citado 28 noviembre 2021];57(1):39-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc121f.pdf>
- Pedraz Natalias M, Lahoz Montañés M, Gil Clavero S, Fores Lisbona L, Badel Rubio MdP, Castellot Perales L. Manejo anestésico de la neuralgia del trigémino. *Revista electronica de Portales medicos.com*. 2021 [citado 15 diciembre 2021];16(12). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-anestésico-de-la-neuralgia-del-trigemino/>
- Sandoval Balanzario M, Álvarez Vázquez L, Santos Franco JA. Manejo invasivo de la neuralgia del trigémino. Experiencia de 8 años. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015 [citado 16 diciembre 2021];53(Suppl1):S80-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims151m.pdf>
- Kassian Rank A, Godínez Cubillo NC, Ramírez Bermejo A. Frecuencia de la neuralgia del trigémino en el Hospital General de México. *Revista Dolor, Clínica y Terapia*. Mayo 2004 [citado 3 noviembre 2021];2(11):19-23. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=21998>
- Porto De Toledo I, Conti Reus J, Fernández M, Porporatti AL, Peres MA, Takaschima A, Neves Linhares M, Guerra E, De Luca Canto G. Prevalence of trigeminal neuralgia: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2016 [citado 25 November 2021];147(7): 570-6. DOI: 10.1016/j.adaj.2016.02.014.
- Delgado Carlo MM, Tamayo Valenzuela AC, López Martínez JA, Cardona Cordero AV, Granja Posadas E, Guevara López U. Tratamiento algológico de neuralgia del trigémino. Experiencia de 15 años. *Cir Ciruj*. 2006 [citado 16 diciembre 2021]; 74(2):83-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66274204.pdf>
- Fallata A, Salter A, Tyry T, Cutter G, Marrie RA. Trigeminal neuralgia commonly precedes the diagnosis of multiple sclerosis. *Int J MS Care*. 2017 [citado 16 diciembre 2021];19(5):240-6. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7224%2F1537-2073.2016-065>
- Bendaña JE. Dolor neuropático: actualización en definiciones y su tratamiento farmacológico. *Rev Med Hondur*. 2020 [citado 20 diciembre 2021];88(20):48-51. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v88i1.11591>
- Bescós A, Pascual V, Escosa Bagé M, Málaga X. Tratamiento de la neuralgia del trigémino: actualización y perspectivas futuras de las técnicas percutáneas. *Rev Neurol*. 2015 [citado 18 diciembre 2021];61(03):114-124. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6103.2015098>
- González Estabillo AC, Jiménez Ramos A, Rojas Zarco EM, Velasco Sordo LR, Chávez Ramírez MA, Coronado Ávila SA. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Rev Mex Anestesiología*. 2018 [citado 28 diciembre 2021];41(1):7-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181b.pdf>
- Santos García JB, Mimenza Alvarado JA. Guía FEDELAT para el manejo de los cuadros habituales de dolor en la práctica médica en Latinoamérica. *Dolor Neuropático. Neuro target - Vanguardia en Neurociencia*, agosto 2015 [citado 30 diciembre 2021];9 (3). Disponible en: <https://fedelat.com/guia-fedelat-para-el-manejo-del-dolor-en-latinoamerica-2/>
- Rey R. Tratamiento del dolor neuropático. Revisión de las últimas guías y recomendaciones. *Neurol Argent*. 2013 [Citado 28 diciembre 2021]; 5(S1):1-7. DOI: 10.1016/j.neuarg.2011.11.004
- Lars B, Zakrzewska J M, Heinskou T B, Hodaie M, Lacerda Leal PR, Nurmikko T, Obermann M, Cruccu G, Maarbjerg S. Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia. *Lancet Neurol*. 2020 [citado 15 diciembre 2021];19:784-96. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30233-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30233-7)
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology* 2015 [citado 28 diciembre 2021];14(2):162-173. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0.
- Dworkin RH, O'Connor AB, Kent J, Mackey SC, Raja SN, Stacey BR, Levy RM, Backonja M, Baron R, Harke H, Loeser JD, Treede RD, Turk DC, Wells CD. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. *Pain*. 2013 [citado 2 enero 2022];154(11): 2249-2261. DOI: 10.1016/j.pain.2013.06.004.

20. Boto GR. Neuralgia del trigémino. Neurocirugía. 2010 [citado 2 enero 2021]; 21: 361-72. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v21n5/revision.pdf>
21. Zakrzewska JM, Akram H. Neurosurgical interventions for the treatment of classical trigeminal neuralgia. Cochrane Database Syst Rev. 2011 [citado 29 diciembre 2021]; 7: CD007312. DOI: 10.1002/14651858.CD007312.pub2.
22. Lambu G, Zakrzewska J, Matharu M. Trigeminal neuralgia: a practical guide. Pract Neurol 2021 [citado 28 diciembre 2021]; 21:392– 402. DOI:10.1136/practneurol-2020-002782.
23. Fornasari D. Pharmacotherapy for neuropathic pain: a review. Pain Ther. 2017 [citado 2 enero 2022].; 6 (Suppl 1): S25-S33. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40122-017-0091-4>.
24. Marin Medina D, Gamez Cardenas M. Neuralgia del trigémino: aspectos clínicos y terapéuticos. Acta Neurologica Colombiana. 2019 [citado 2 enero 2022] 35(4):193-203. DOI: <https://doi.org/10.22379/24224022267>.
25. Rincón Carvajal AM, Olaya Osorio CA, Martínez Rojas S y Bernal I. Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor neuropático (revisión de la literatura). Rev Soc Esp Dolor 2018 [citado 2 enero 2022]; 25(6):349-358. DOI: 10.20986/resed.2018.3673/2018.
26. Lara-Solares A, Mayoral-Rojals V, Guillén-Núñez M, Villafaña-Tello JJ, Cantú-Brito C, Genis-Rondero MA, et al. Consenso multidisciplinario de diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático periférico y localizado en México. Gac Med Mex. 2019 [citado 3 enero 2022];155:428-435. DOI: 10.24875/GMM.19005195.

ABSTRACT. Background: Trigeminal neuralgia (TN) is a stereotyped, repetitive, paroxysmal pain, with annual prevalence 4-13%. **Objective:** To describe clinical and therapeutic characteristics of patients diagnosed with TN, Palliative Care Division, Pain Clinic, Hospital “Dr. Manuel Gea González”. **Methods:** Retrospective descriptive study. Review of 91 records, January 1, 2009, to December 31, 2019, 33 patients who abandoned treatment were eliminated, obtaining a convenience sample (61). **Results:** Female sex was more affected 62.3% (38), compared to male 37.7% (23), ratio 1.6 / 1. Mean age 60.2±16.8 years. The evolution prior to care had a mean: 17.6 months. The trigeminal branches affected were left branch combinations 36.1% (22), right branch 27.9% (17), right maxillary 13.1% (8). Secondary causes were: 55.7% (35): post-traumatic 11, post-herpetic 7, vascular compression 8, tumors 4, and temporomandibular dysfunction 5. Comorbidities were arterial hypertension, diabetes mellitus type 2. They received previous pharmacological therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs 31.6% (37). At admission the pain intensity was severe 96.7% (59), moderate 3.3% (2). In-hospital treatment received was carbamazepine 86.8% (53) and gabapentinoids 60.6% (37). Discharged without pain 24.6% (15), with mild pain 57.4% (35), moderate pain 13.1% (8), and severe pain 4.9% (3). **Discussion:** TN was more frequent in women, between 50 and 70 years of age, similar to that reported. The time of symptom onset and evaluation specialist in Algology was prolonged. Pharmacological treatment indicated: carbamazepine, gabapentinoids, opioids and antidepressants, according to the Neuropathic Pain Management Guidelines.

Keywords: Facial neuralgia, Pain clinics, Trigeminal neuralgia.