










## Revisión bibliográfica sobre neuralgia trigeminal, neuralgia glossofaríngea y glosodinia Library research about trigeminal and glossopharyngeal neuralgia, and glosodinia

\*<sup>I</sup>Dra. Leinen de la Caridad Cartaya Benítez    
<sup>II</sup>Lic. Yanin Benítez Rodríguez    
<sup>III</sup>Dr. Rolando Mirot Delgado    
<sup>IV</sup>Lic. Flora Luisa Cartaya Díaz    
<sup>V</sup>Dr. Leonardo Soca Rodríguez  

<sup>I</sup>Máster en Ciencias de la Educación. Estomatóloga General Básica. Asistente. Clínica Estomatológica Docente de Bejucal. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Quivicán, Cuba.

<sup>II</sup>Licenciada en Educación en la Especialidad de Español-Literatura. Quivicán, Cuba.

<sup>III</sup>Estomatólogo General Básico. Clínica Estomatológica de Quivicán "Protesta de Baraguá". Quivicán, Cuba.

<sup>IV</sup>Licenciada en Traducción e Interpretación de Lengua Inglesa. Máster en Pedagogía. Profesora Auxiliar. Instituto Superior de Tecnologías y Ciencias Aplicadas. La Habana, Cuba.

<sup>V</sup>Especialista en II grado de Ortodoncia. Asistente. Clínica Estomatológica "Tamara Bunke". Facultad de Estomatología de Santiago de Cuba No. 1. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Dra. Leinen de la Caridad Cartaya Benítez 

### RESUMEN

**Introducción:** La neuralgia trigeminal y del glossofaríngeo son enfermedades bucales de relativa baja frecuencia, que comparten zonas afectadas similares con la glosodinia. El dolor orofacial presente en estas afecciones es de gran interés por las molestias que pueden influir en la salud bucal. **Objetivo:** Exponer datos actuales sobre la neuralgia trigeminal, glossofaríngea y la glosodinia. **Métodos:** se realizó una revisión sistemática, basada en la investigación y escrutinio de 51 documentos en español e inglés, en diversas bases de datos: LIS, Medline, Cochrane, Lilacs, SeCiMed, SciELO. Se tuvieron en cuenta artículos sobre etiología, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento, así como presentaciones de casos. **Conclusiones:** Etiológicamente estas enfermedades bucales también se ven asociadas a trastornos psicológicos como el estrés, la histeria, la ansiedad y la depresión.

**Palabras clave:** neuralgia, nervio glossofaríngeo, nervio trigémino, glosodinia

**Descriptor:** neuralgia, nervio glossofaríngeo, nervio trigémino, glosalgia

### ABSTRACT

**Introduction:** Trigeminal and Glossopharyngeal neuralgia and the one of the glosopharynx are oral diseases of relatively low frequency that share affected and similar areas with the glosodinia. Orofacial pain that is present in these affections is very interesting because of the bothering that can influence in oral health.

**Objective:** To present current data about trigeminal and Glossopharyngeal neuralgia as well as glossalgia. **Methods:** A systematic library revision, based on research and scrutiny of 51 documents in Spanish and English, in diverse data bases: LIS, Medline, Cochrane, Lilacs, SeCiMed, SciELO was performed. Articles about etiology, signs and symptoms, diagnosis and treatment, as well as case presentations were taken into account. **Conclusions:** Etiologically, these oral diseases can also be seen associate to psychological disorders such as stress, hysteria, anxiety and depression.

**Key words:** neuralgia, glossopharyngeal nerve, trigeminal nerve, glossalgia

**Descriptor:** neuralgia, glossopharyngeal nerve, trigeminal nerve, glossalgia, comunes afectadas, glossalgia

Recibido: 06/01/2022 | Aprobado: 02/11/2022 | Publicado: 27/04/2023

## INTRODUCCIÓN

El término neuralgia, es el indicativo para las afecciones, el principal síntoma es el dolor intenso a lo largo de un trayecto nervioso.<sup>(1)</sup> La neuralgia del trigémino es una enfermedad con gran repercusión social y laboral, en la que se destacan las crisis de dolor incapacitante, en la distribución de una o más ramas del nervio trigémino con contorsiones y expresiones faciales.

Los ataques de dolor generan en los pacientes: preocupación, miedo a nuevos episodios y llevan a cambios en el estilo de vida, con el fin de evitar cualquier estímulo que los pueda desencadenar. Su falta de tratamiento lleva a la pérdida de peso, depresión y en algunos casos al abuso de opiáceos o intervenciones innecesarias e irreversibles como las extracciones dentales.<sup>(2)</sup>

La neuralgia trigeminal es la exteriorización dolorosa y paroxística a lo largo de las ramas sensitivas del V par craneal, sobre un fondo doloroso penoso, donde sobreviven exacerbaciones más crueles, breves o prolongadas, comparables con pinchazos o desgarramientos. Al final de las crisis se presentan fenómenos de hipersecreción lagrimal, nasal y salivar. En ocasiones la menor corriente de aire frío o caliente es intolerable para el paciente y se constata hiperestesia facial, gingival, palatina y lingual, constituye competencia del estomatólogo, su correcto diagnóstico, tratamiento y cuando proceda, su remisión a otros niveles de atención.

Se distinguen tres categorías según las posibles causas: la neuralgia de trigeminal idiopática, no se encuentra nada; la neuralgia trigeminal clásica, es frecuente que sea causada por un vaso sanguíneo que comprima el nervio trigémino y la neuralgia trigeminal secundaria; puede que sea un aneurisma, un tumor, un evento traumático, como un accidente de coche o incluso, un piercing lingual.<sup>(3)</sup>

Para el correcto diagnóstico de la neuralgia trigeminal, se hace necesario, saber diferenciar esta enfermedad, de otras similares, como la neuralgia del glossofaríngeo. Es importante identificar de forma correcta, las características clínicas que se presentan en este tipo de neuralgia, en especial, el tipo de dolor que refieren los pacientes aquejados, se puede confundir con otros síndromes que afectan al sistema estomatognático con sintomatología, en zonas comunes afectadas, como es el caso de la glosodinia. Todas ellas, la neuralgia trigemi-

nal del glossofaríngeo y la glosodinia, son enfermedades bucales de relativa o baja frecuencia, el dolor orofacial presente, resulta de gran interés por las molestias que puede causar en la salud bucal.

La neuralgia del glossofaríngeo, se denomina de forma inicial como, "dolor esencial del velo faríngeo"; pero en la actualidad es considerada una enfermedad poco común, en la que un examen clínico exhaustivo de cabeza y cuello, no revela ninguna anomalía. (4)

La baja incidencia obtenida por estudios anteriores, puede estar subestimada, debido a la dificultad que existe para realizar el diagnóstico clínico y diferenciarla de la neuralgia del trigémino. La mayoría de los pacientes con neuralgia glossofaríngea suelen presentar una arteria o un tumor que comprime al nervio. Su cuadro clínico, se caracteriza por un dolor lacerante, ubicado en la zona posterior de la base de la lengua, se extiende hacia el ángulo de la mandíbula y el conducto auditivo externo, el paciente refiere otalgia, dolor de oído. El dolor se presenta en la deglución, al bostezar, estornudar y hablar, afecta la alimentación y el estado emocional del paciente. (4)

La glosodinia afecta con frecuencia a las mujeres que se encuentran en el periodo menopáusico o posmenopáusico y presentan algún tipo de trastorno psicológico como: ansiedad, depresión o ambas. Muchas veces el dolor bucal presente se asocia a otros síntomas como: xerostomía, sequedad bucal, parestesia bucal, adormecimiento, hormigueo; disgresia, alteración del gusto; dolor de cabeza, insomnio, dolor en la Articulación Temporomandibular (ATM); disminución de la libido, deseo sexual; cambios de humor, como irritabilidad y depresión.

Se relaciona con la ingesta de medicamentos como los antidepresivos, antihipertensivos; antihistamínicos, entre otros. Esta enfermedad pasa inadvertida en la comunidad médica, por la forma en que se manifiesta: pacientes sin signos clínicos, con trastornos psicológicos en muchos casos y el profesional llega a dudar sobre la veracidad de los síntomas. Los factores psicológicos son indicadores de la intensidad de los síntomas.

En todas ellas, la neuralgia trigeminal, glossofaríngea y glosodinia, son múltiples y diversas las dificultades a la hora de identificar, diferenciar, diagnosticar y tratar sus sintomatologías, es motivación para su estudio y divulgación. La

etiología de estas enfermedades bucales, están asociadas a trastornos psicológicos.

Se realiza una revisión de lo publicado en torno a la neuralgia del trigémino, del glossofaríngeo y la glosodinia, por constituir un reto en el diagnóstico para los estomatólogos, de ahí que se trace como objetivo, mostrar datos actualizados sobre la neuralgia glossofaríngea, trigeminal y la glosodinia.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la neuralgia trigeminal, del glossofaríngeo y la glosodinia, en el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2021. Fueron utilizadas las bases de datos: LIS, Medline, Cochrane, Lilacs, SeCiMed, SciELO.

Se consultaron 51 artículos que abordaron el tema, tanto en idioma inglés como en español. Se tuvieron en cuenta artículos electrónicos sobre etiología, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento, así como presentación de casos, se consultaron además libros de texto y bibliografía básica; de ellos se utilizaron 27 como referencias bibliográficas. Se excluyeron aquellos que no dispusieron de texto completo, así como las tesis y las monografías.

La neuralgia trigeminal es la más común de los nervios craneales, definida como: "dolor repentino, unilateral, severo, breve, punzante y recurrente, en la distribución de una o más ramas del quinto par craneal".<sup>(5)</sup>

El nervio trigémino, es el más grande de los 12 pares de nervios craneales, llamado "nervio del estomatólogo", está formado por tres ramas: la oftálmica, la maxilar y la mandibular, estas abandonan la cavidad craneana por diferentes orificios del suelo de la fosa craneal media. Las dos primeras divisiones solo reciben estímulos sensitivos, mientras que la tercera tiene componentes motores y sensitivos. El componente sensitivo de las tres divisiones, nace de las terminaciones nerviosas en la cara, mucosas, labios, encías, dientes, conducto auditivo y los dos tercios anteriores de la lengua. El componente motor da inervación a los músculos de la masticación.<sup>(6,7)</sup>

Este tipo de neuralgia tiene una prevalencia del 0.04 % y tiene una ubicación intra y extraoral, en el trayecto nervioso, afectan a las mejillas, encías, alas de la nariz, mandíbula, maxilar y en raras ocasiones la lengua. Presenta manifestaciones clínicas de carácter patognomónico: dolor en forma de latigazos que produce ataques

paroxísticos e intensos, de brusca aparición que nunca cruza la línea media.<sup>(8)</sup>

Está descrita como una de las causas de episodios de dolor facial recurrente, con una incidencia de cuatro a cinco por 100.000 habitantes. Se da con mayor frecuencia en el género femenino y en el lado derecho.

La neuralgia trigeminal, está asociada a un estado de ansiedad y estrés severo que conduce a una crisis más frecuente y grave. Se observa en adultos, después de la cuarta década de vida. Se manifiesta cuando se toca algún "punto gatillo" ante estímulos leves, sean táctiles o térmicos, por ejemplo: lavarse la cara, hablar, cepillarse los dientes, afeitarse, salir a la calle en un día frío, aplicarse maquillaje o caminar. Suele respetar el sueño y algunos pacientes presentan lagrimeo por la afectación de la rama oftálmica.<sup>(9)</sup>

En la consulta estomatológica se observa con frecuencia que los pacientes con neuralgia del trigémino, llegan aquejados de dolor en una de las hemicaras, luego de emociones fuertes o situaciones de estrés laboral o en el hogar, relacionado con temas económicos o la pérdida de un familiar cercano.

Los pacientes se caracterizan por la incapacidad de darle solución a los problemas personales que poseen y dedicarle largas horas a meditar sobre el tema, esto conlleva al incremento del estrés. Se han visto casos de pacientes edentes que al tocar con la punta de la lengua el reborde alveolar residual, desencadenan el dolor y por esto, no toleran la prótesis estomatológica, a no ser que estén bajo tratamiento medicamentoso efectivo.

Es conocido como el dolor suicida a causa de la severidad del dolor, puede llevar hasta al suicidio<sup>(10)</sup> y provoca un estado de desesperación en el paciente, al no hallar alivio en los analgésicos de uso común y en sustitución, hacen uso incorrecto de relajantes musculares, sedantes y otros medicamentos.

El diagnóstico se realiza si la clínica del paciente cumple con los criterios de The International Classification of Headache Disorders 3ra edición (ICHD-3):

A-Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral, en la distribución de una o más divisiones del nervio trigémino, sin que haya irradiación.  
B-El dolor debe tener: intensidad severa, durar fracciones de segundos, hasta dos minutos y sensación de electricidad, puñalada, o de disparos.

C-Es provocado por estímulos inocuos dentro de la distribución del nervio trigémino.  
 D-No se explica otro diagnóstico. <sup>(11)</sup>

En la actualidad, los síntomas clínicos son la base para el diagnóstico, no existen pruebas objetivas que lo validen.

El diagnóstico diferencial se realiza con los pro-

cesos que cursan con dolor agudo e intenso a nivel facial como son los cuadros dolorosos de la neuralgia glossofaríngea, la glosodinia, trastornos de la ATM y Pulpitis, cuadro 1. suele incluir los opiáceos; pero esto no siempre es efectivo.

El término neuralgia glossofaríngea, se refiere a la rara afección causada por la disfunción del

**Cuadro 1.** Diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino

Diagnóstico diferencial de la Neuralgia del trigémino					
Aspectos	Neuralgia del trigémino	Pulpitis	Trastorno de la ATM	Neuralgia Glossofaríngea	Glosodinia
<b>Dolor</b>	Punzante, intenso, paroxístico, forma de latigazos	Pulsátil, persistente, de moderado a severo	Sordo, pulsátil	Punzante, intenso, paroxístico, como descarga eléctrica	Espontáneo, continuo, poco intenso, no paroxístico
<b>Sitio</b>	Ramas del V par, una de las hemicaras, zonas desdentadas	Irradiado o localizado, asociado al diente causal	Preauricular, sien, cuello, se puede irradiar en la mandíbula	IX par craneal garganta, paladar, lengua, mandíbula	No sigue ninguna vía nerviosa, 1/3 anterior de la lengua
<b>Duración</b>	Segundos- minutos	Minutos	Horas	Segundos-2 minutos	Minutos-horas
<b>Frecuencia</b>	Las crisis suelen ser repetitivas con largos tiempos de remisión	No cesa, no dura más de 6 meses	Años	Cortos periodos de remisión	Más de 2 horas/día, por más de 3 meses
<b>Precipitantes</b>	Hablar, masticar (puntos de gatillo)	Estímulos térmicos (frío o caliente)	Apretar los dientes, bostezos	Deglución, la tos, estomudo	Irritantes locales
<b>Atenuantes</b>	Evitar movimientos	Evitar la masticación por la zona afectada	Reposo masticatorio	Anestésico en la parte posterior de la lengua y garganta	Sin atenuantes
<b>Factores asociados</b>	Pérdida de peso, depresión, estrés	Caries dental, odontalgia	Dolor muscular, cefalea, dolores óticos	Desvanecimientos, convulsiones, hipotensión, bradicardia	Depresión, ansiedad, histeria

Autores<sup>(12)</sup> consideran que: "... es interesante realizar el diagnóstico diferencial con la cefalea en acúmulos, esta presenta una localización periorbitaria y su inicio suele ser a nivel de la zona de bicúspides y caninos del maxilar, es un dolor como si arrancaran el diente, con una duración entre 10 min y dos h, intenso, con intervalos asintomáticos. A diferencia de la neuralgia del trigémino, presenta una instauración nocturna que logra despertar al paciente, este dolor acontece entre los 20 y 30 años de edad".

La primera opción terapéutica, la constituye el manejo farmacológico con anticonvulsivos. La carbamazepina, es el medicamento más estudiado y se ha establecido como el más efectivo. La dosis usual es de 100 a 200 mg dos veces al día. La dosis típica de mantenimiento es de 600 a 800mg cada día.<sup>(13)</sup>

La laserterapia con parámetros de analgesia

puede utilizarse como terapia única, en los pacientes con intolerancia a la terapia farmacológica o en combinación, esto permite reducir al mínimo la dosis del medicamento oral. La experiencia internacional lograda en las investigaciones del efecto biológico de la radiación láser helio-neón, admiten que el láser alcanza a ser un complemento necesario en la terapéutica de la neuralgia trigeminal.<sup>(14)</sup>

Se conoce de la inyección de alcohol en las ramas del nervio trigémino, causa alivio por largo tiempo, aunque el tratamiento más efectivo para pacientes que refractan la terapia médica es la cirugía, esta implica la exéresis del nervio afectado o de la sección intracraneal de la raíz sensitiva del trigémino. Otro autor,<sup>(15)</sup> resalta que en el tratamiento agudo en urgencias, se suele incluir los opiáceos; pero esto no siempre es efectivo.



noveno par craneal, nervio glossofaríngeo. De causa desconocida, tiene una incidencia del 0.7 casos por cada 100 000 habitantes, consiste en la crisis repetida de corta duración, con dolor intenso e intermitente en la parte posterior de la garganta, paladar, lengua, nasofaringe, larínge, mandíbula y en ocasiones oído.<sup>(16)</sup>

El glossofaríngeo corresponde al IX nervio craneal, es un nervio mixto que presenta fibras sensoriales que recogen la sensibilidad gustativa y general del tercio posterior de la lengua y fibras motoras somáticas para los músculos de la faringe, algunos músculos de la lengua y músculos del velo del paladar. El nervio tiene fibras secretoras parasimpáticas para la glándula parótida.<sup>(6)</sup>

En el año 2017, autores plantean,<sup>(4)</sup> que el nervio glossofaríngeo en su trayecto, tiene una relación estrecha con los nervios craneales X (vago) y XI (accesorio) y con las arterias vertebrales y la arteria cerebelosa posterior o inferior. Estas relaciones anatómicas son fundamentales, en su criterio, para comprender la etiología de la neuralgia glossofaríngea.

La frecuencia del trastorno es aún menos frecuente que la neuralgia del trigémino, suele aparecer en adultos alrededor de la quinta década de vida y es mayor en los hombres que en las mujeres. El dolor se acompaña en ocasiones de otros síntomas como desvanecimientos, convulsiones, hipotensión, bradicardia y en ocasiones, ronquera.<sup>(17)</sup>

Con frecuencia se desencadena de forma espontánea o por la deglución, tos, estornudo o masticación, cursa con periodos de empeoramiento que alternan con otros de mejoría, esto ocurre varias veces al día y despierta a la persona que duerme.<sup>(17)</sup> El dolor se irradia y afecta al ojo, la nariz, la barbilla y el hombro.

Otros autores,<sup>(18)</sup> consideran que el dolor es mayor en la neuralgia glossofaríngea que en la del trigémino, y se irradia hacia el oído, el paciente coloca la mano en el pabellón auditivo. El dolor desaparece de forma brusca y queda durante unos minutos una sensación de ardor en la zona, pueden ocurrir fenómenos vasomotores, como descarga de saliva, en el momento de la crisis.

Las crisis nocturnas, suelen ser las más aterradoras, debido al intenso dolor que no consigue alivio con los analgésicos disponibles para la población. El paciente se siente incapacitado

para realizar cualquier otra actividad o para la toma de decisiones, en cuanto a su enfermedad, se suele abusar de calmantes como el clordiazepóxido, no lo consumen de forma adecuada y recurren a dosis iniciales demasiado altas.

Los pacientes, recurren a la consulta de urgencias estomatológica, para hallar una explicación o descubrir el origen del dolor, refieren que se trata de un cordal porque le duele mucho la mandíbula y se refleja en el oído. En cambio, ocurre que el paciente posterga su visita al estomatólogo y asumen que se presenta como una otitis u otras infecciones del oído, recurren a otros especialistas del sector de la salud, sin lograr alivio.

Esta neuralgia es descrita, como uno de los diagnósticos diferenciales de la neuralgia del trigémino y se presenta como idiopática o secundaria, esta última asociada a procesos infiltrativos o inflamatorios de orofaringe o alteraciones vasculares cerebrales, se acompaña de salivación, sensación de un cuerpo extraño en la garganta, estridor laríngeo, hipo, etc.

Se diagnostica a partir de las características del dolor y si este desaparece cuando se aplica un anestésico local, en la parte posterior de la garganta, consigue un alivio transitorio de la neuralgia, en un 85 % de los casos. Son beneficiosos los mismos fármacos utilizados para tratar la neuralgia del trigémino, como la carbamazepina y el baclofeno, este último es un relajante muscular, indicado en un inicio por una tableta de 5 mg, 3 veces al día y aumentar la dosis de forma gradual.

No todos los autores coinciden en cuanto a esto, a criterio de otro autor,<sup>(19)</sup> el baclofeno no logra alcanzar las dosis adecuadas para disminuir el dolor, cuando se administra por la vía oral, se opta por el uso de oxacarbazepina.

En contraposición, la glosodinia o Síndrome de Ardor Bucal (SAB), es un proceso conocido desde hace mucho tiempo que se ha confundido con diversas enfermedades y recibe diferentes nombres tales como: reumatismo lingual, glosalgia, neuralgia lingual, ulceración imaginaria de la lengua, estomatodinia, estomatopirosis, dolor oro lingual, lengua urente.

La glosopirosis suele ser uno de los términos que la comunidad médica reconoce a esta enfermedad, en cambio, según el Glosario Estomatológico Cubano, se refiere a, "la sensación de ardor en la lengua" y no al conjunto de sig-

nos y síntomas que conforman a la glosodinia. En contraposición, se considera que glosodinia es "el dolor en la lengua con sensación quemante".<sup>(20)</sup>

El término de síndrome de ardor bucal es el más extendido, dado que hace referencia al síntoma principal referido por los pacientes que lo sufren, sin embargo, es identificado como glosodinia, por el Comité de Clasificación de la Cefalea, de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS), se define como: "sensación de ardor intrabucal que recurre de manera diaria, durante más de dos horas al día, en un periodo superior a tres meses, sin lesiones clínicas causales evidentes".<sup>(21)</sup>

En muchas ocasiones la xerostomía, sequedad de la boca, se presenta como efecto secundario del uso de determinados fármacos como los diuréticos, así como el estado psicológico que puede estar implicado en la aparición de este síntoma. Los trastornos psicológicos tales como: ansiedad, estrés, depresión, trastornos compulsivos y la cancerofobia, afectan la calidad de vida de estos pacientes y repercuten de forma negativa sobre la percepción del dolor. Los acontecimientos que provoquen alteraciones emocionales pueden desencadenar la aparición de los síntomas, en conjunto con odontalgias atípicas y cefaleas.<sup>(21)</sup>

Investigadores refieren,<sup>(22)</sup> que el síndrome de ardor bucal, prevalece en mujeres menopáusicas, entre 40 y 80 años y en algunos estudios se revelan trastornos psicosociales concomitantes. Se trata de una afección en que la prevalencia va de 0.7 al 4.6 % y se caracteriza por presentar dolor espontáneo, continuo, poco intenso, no paroxístico que no sigue una vía nerviosa y puede manifestarse a nivel de labios, mucosa, lengua, suelo de boca, paladar, mandíbula o en la Articulación Temporomandibular (ATM); pero que suele estar relacionada con alteraciones de la personalidad y del sueño. No son raras las lágrimas y el histerismo característicos en el interrogatorio.

Se manifiesta de forma súbita o progresiva, se presenta en gran parte del día; ausente durante el sueño, de larga evolución; localizada en ocasiones en múltiples zonas y a veces, cambiante. Se describe como quemazón, hormigueo o picazón e incluso como sensación de un cuerpo extraño en forma de arenilla o hilos.<sup>(22)</sup>

Además, puede asociarse a labios agrietados, hipersensibilidad de las encías; prurito de la cavidad bucal, pastosidad; adhesividad o entumecimiento de la lengua y paladar áspero o

de lija, se asocia a alteraciones gustativas, tales como: hipoguesia, disminución del sentido del gusto o disguesia, alteración en la percepción del gusto; halitosis, mal aliento o una atípica sensación gustativa a óxido o metal. En algunos casos, sobre todo los que cuentan con un alto componente ansioso, la sintomatología bucal se asocia a síntomas como cefalea, astenia, fatiga e insomnio.<sup>(23)</sup>

El comienzo de la glosodinia es en el dorso y bordes de la lengua, como un ardor o dolor ardiente que se extiende a la parte anterior del paladar duro, la mucosa y bermellón del labio.

Se han distinguido tres grupos de pacientes: los que presentan dolor progresivo, los que muestran síntomas constantes y les cuesta conciliar el sueño y los que presentan síntomas intermitentes.<sup>(24)</sup>

Los factores de riesgo son múltiples y se dividen en locales y sistémicos, entre los factores locales se localizan: el uso de prótesis mal ajustadas, ciertos hábitos parafuncionales como el bruxismo; así como el galvanismo bucal, mordisquear los tejidos blandos; elementos traumáticos por obturaciones irritantes, dientes en mal estado; reacciones alérgicas locales y candidiasis.<sup>(25)</sup>

Entre los factores de riesgo sistémicos se encuentran: la diabetes mellitus, avitaminosis, hipotiroidismo, consumo de determinados fármacos y gastritis. Otros factores de riesgo son los bacterianos y sépticos en general, como la periodontitis y la gingivitis, la disfunción de la ATM, alteraciones de los nervios, como neuralgia trigeminal y daño del nervio lingual.

Investigadores,<sup>(23)</sup> plantean como factores desencadenantes de la glosodinia: el abuso de tabaco, alcohol, ácidos, el consumo excesivo de alimentos picantes; algunos aditivos alimentarios, como: canela, ácidos sórbico o benzoico; el consumo de comidas excesivamente calientes, el uso de colutorios bucales abrasivos o irritantes; la utilización de pastas dentales que contengan lauril-sulfato de sodio o la intolerancia a implantes.

La historia clínica debe incluir una revisión de todas las enfermedades y medicamentos tomados. La anamnesis del dolor debe centrarse en la aparición, duración, localización anatómica, asociación a ciertos alimentos o actividades y la interferencia con actividades diarias como el trabajo, el sueño y el comer. Esta enfermedad tiende a aparecer con frecuencia después de un acontecimiento estresante, como la pér-

dida de una persona querida, un divorcio o la jubilación, es un factor a tener en cuenta durante el interrogatorio.

La exploración clínica debe descartar lesiones en los tejidos blandos, daños en la mucosa o signos de irritación. Se han reportaron casos de disminución de la calidad e intensidad de la percepción gustatoria en mujeres con glosodinia. La disgeusia puede ser debida a una alteración de la función gustativa periférica, papilas gustativas y nervios periféricos que las inervan.<sup>[26]</sup>

Los criterios de diagnóstico para la glosodinia son los siguientes: dolor bucal de intensidad fluctuante de tipo urente, sordo y bilateral, con recurrencia diaria, durante más de dos horas al día y durante más de tres meses, la localización más frecuente es en la punta de la lengua y durante la exploración clínica, el aspecto de la mucosa bucal es normal.<sup>[27]</sup>

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) en su página oficial, considera que el diagnóstico de este síndrome bucal es complejo, dada la sintomatología tan variable e inespecífica que presenta, además es considerado como un diagnóstico de exclusión, una vez descartados los trastornos sistémicos con los que guarda relación.<sup>[23]</sup>

La SEMG, sugiere descartar la presencia de procesos tumorales, alteraciones gastrointestinales; estados de inmunodepresión, enfermedades autoinmunes (lupus o síndrome de Sjögren); procesos linfoproliferativos, la lengua geográfica y agentes causales externos que pueden desencadenar la aparición de la sintomatología, como la quimioterapia o la radioterapia.<sup>[23]</sup>

La glosodinia, requiere de un estudio multidisciplinario que abarca la Estomatología, Neurología, Psiquiatría, Hematología, Gerontología y Gastroenterología, entre otras, para su diagnóstico racional. El papel del estomatólogo es crucial, al ser el responsable de descartar lesiones bucales que justifiquen los síntomas referidos por el paciente.

Esta afección no aparece reflejada en las Guías Prácticas de Estomatología, del año 2003, en el libro de texto, Estomatología General Integral, publicado en el 2013, ni en el diseño curricular de la carrera, por estas razones, puede existir desconocimiento de su existencia; aunque su origen no sea en la cavidad bucal, se refleja en ella y su conocimiento es importante para la

atención adecuada por parte de los estomatólogos.

La conducta terapéutica no está definida. Siempre se debe buscar el equilibrio psíquico por la influencia de la tensión emocional. Se sugiere terapia cognitiva: una sesión de una hora, cada semana, de 12 a 15 semanas, esto reduce de forma significativa la intensidad. Además, se indica el sustento de la administración de vitamínicos, puede ser esencial, el complejo B.

El tratamiento se basa en la amitriptilina como antidepresivo a dosis bajas, así como el alprazolam, aunque es preferible usar benzodicepinas como el clordiazepóxido o el clonazepam, de vida media más larga y en este caso, el tratamiento con anticonvulsivos no es eficaz.<sup>[28]</sup>

## CONCLUSIONES

La neuralgia del trigémino es una condición poco frecuente con características clínicas particulares que permiten su diagnóstico si se tienen en cuenta diversos aspectos como: la descripción del dolor, frecuencia, intensidad, elementos atenuantes y los factores asociados. El diagnóstico debe ser efectivo y diferencial que permita la implementación de una terapéutica acertada.

La neuralgia del glossofaríngeo es mal diagnosticada por los especialistas, debido a que el dolor paroxístico que la caracteriza, hace pensar en la neuralgia trigeminal, esta es más frecuente en la población. La afectación dolorosa de la lengua, hace que los profesionales diagnostiquen otras enfermedades y las traten de forma inadecuada.

La glosodinia es un síndrome que se confunde con algún tipo de neuralgia por el dolor ardoroso que la identifica, esta enfermedad bucal posee una etiología incierta, es importante proporcionar una información adecuada, para reducir el estrés y la ansiedad, en los pacientes que la padecen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Álvarez González-Longoria M. Neuralgia. Glosario estomatológico cubano. 2da ed. La Habana: Ecimed; 2012 p. 207.
- 2.Marín Medina DS, Gámez Cárdenas M. Neuralgia del trigémino: aspectos clínicos y terapéuticos. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2019 [citado 21 Dic 2021]; 35(4): 193-203. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/338758486\\_Neuralgia\\_del\\_trigemino\\_as](https://www.researchgate.net/publication/338758486_Neuralgia_del_trigemino_as)

3. Santos Velázquez T. Neuralgia del trigémino idiopática. Rev. Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2019 Ene-Feb [citado: 13 Dic 2021];44(1). Disponible en: <http://www.rev-zoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1668>
4. Ottone NE, Prieto Gómez R, Algieri RD. Revisión morfológica, clínica y quirúrgica sobre el nervio glossofaríngeo. Int. J. Morphol [Internet]. 2017 Mar [citado 18 Dic 2021]; 35 (1): 325-30. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022017000100051&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100051&lng=es)
5. IASP: Orofacial Pain. Updated September 2016. Neuralgia trigeminal. Washington: International Association for de Study of Pain; 2020. [citado 24 Jul 2020] Disponible en: <https://www.asp-pain.org>
6. Companioni Landín F, Bachá Rigal Y. Capítulo 6. Sistema Nervioso Periférico. Nervio Trigémino. En: Prieto Acosta DE. Anatomía aplicada a la estomatología. La Habana: Ecimed; 2012 p. 212.
7. Damiani Cavero JS. Morfofisiología. Tomo II. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
8. Buckcanan Vargas A, Mata Fuentes M, Fonseca Artavia K. Neuralgia del Trigémino. Rev. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2020 Mar [citado 12 Dic 2021]; 36 (1): 130-7. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152020000100130&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100130&lng=en)
9. Marín Aguayo C. Diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino. Rev. Mex Algologia [Internet]. 2006 [citado 5 Nov 2021];4(10):5-10. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=36807>
10. Roig Fabrè E. Neurocirugía. Lesiones del Sistema Nervioso 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
11. Maarbjerg S, Di Stefano G, Bendtsen L, Cruccu G. Trigeminal neuralgia, diagnosis and treatment. Cephalgia [Internet]. 2017 [citado 3 Dic 2021];37(7):648-57. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0333102416687280>
12. Jiménez Echemendía T, Jiménez Arrechea JA, González Naya G. Capítulo 25: Urgencias más frecuentes en Estomatología. Instrumental y medicamentos. En: González Naya G, Montero del Castillo E. Estomatología General Integral. La Habana: Ecimed; 2013 p. 323.
13. Ko MW, Prasad S. Headache, facial pain, and disorders of facial sensation. In: Liu GT, Volpe NJ, Galetta SL, eds. Liu, Volpe, and Galetta's Neuro-Ophthalmology. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019: chap 19.
14. Hernández Falcón L, García Rodríguez I, Garay Crespo MI. Manual de terapias naturales en estomatología. La Habana: Ecimed, 2011 p. 21.
15. Moore D, Chong MS, Shetty A, Zakrzewska JM. A systematic review of rescue analgesic strategies in acute exacerbations of primary trigeminal neuralgia. Br J Anaesth [Internet]. 2019 [citado 23 Nov 2021];123(2):e385-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31208761/>
16. Narouze S, Pope JE. Orofacial pain. In: Benzon HT, Raja SN, Liu SS, Fishman SM, Cohen SP, eds. Essentials of Pain Medicine. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018: chap 23.
17. Jannone Pedro N, Domingo Monge FJ, Luminchar Espada J. Neuralgia glossofaríngea asociada a síncope y secundaria a carcinoma de cuello. Rev. Neurol [Internet]. 2018 [citado 4 Dic 2021];67:371-2. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2018104>
18. Jiménez Echemendía T, Jiménez Arrechea JA. Capítulo 26: Dolor dental y facial. En: González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Ecimed; 2013 p. 327.
19. Di Stefano G, Truini A, Cruccu G. Current and innovative pharmacological options to treat typical and atypical trigeminal neuralgia. Drugs [Internet]. 2018 [citado 19 Nov 2021];78(14):1433-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178160/>
20. Álvarez González-Longoria M. Glosodinia y Glosopirosis. Glosario estomatológico cubano. 2da ed. La Habana: Ecimed; 2012 p. 101.
21. López Gil A, Parral Sola GM, López Hondurilla B, Gil Atienzar MV, Somacarrera Pérez ML. Actualización del tratamiento del síndrome de boca ardiente. Cient. Dent [Internet]. 2015 ene-abr [citado 15 Nov 2021];12(1):21-8. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-140795>
22. Cepero Santos A, Millo López S, López Rodríguez A. Síndrome de boca ardiente: actualización. Rev. Ciencias Médicas Pinar del



Río [Internet]. 2016 Jul-Ago [citado: 16 Dic 2021];20(4):530-42. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=pid=S1561-319420160004000022](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=pid=S1561-319420160004000022)

23. Arnáiz García ME, Arnáiz García AM, Alonso Peña D, García Martín A, Campillo Campaña R, Arnáiz J. Glosodinia o síndrome de boca ardiente. Med Gen Fam. [Internet]. 2017 [citado 21 Nov 2021]; 6(4): 172-5. Disponible en: <https://mgfyf.org/glosodinia-sindrome-boca-ardiente/>

24. Serra Rojas SV, Trejo Reyna MDC. Síndrome de boca ardorosa. Caso clínico. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado 25 Jul 2020];16(2). Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032018000200149&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032018000200149&script=sci_arttext)

25. Cembreno Saralegui H, Imberán Moya A. Glosodinia: novedades terapéuticas. Academia Dermo Sifiliogr. AEDV [Internet]. 2017 [citado 17 Dic 2021];108(1):63-4. Disponible en: <https://www.asctasdermo.org/es-fr-glosodinia-novedades-terapeuticas-articulo-S0001731016303143>

26. Lescay Mevil Y, Bonnin Fernández CR, Matos Canales JA, Villavicencio Chacón M, Bea García JR. Síndrome de boca ardiente, actualización diagnóstica y terapéutica. GerolInfo [Internet]. 2019 [citado 17 Nov 2021];14(3):1-17. Disponi-

ble en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95973>

27. ICHD-III: The International Classification of Headache Disorders. Glosodinia. Cephalgia [Internet]. 2018 [citado 3 Dic 2021]; 38(1): 241-2. Disponible en: <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2018/01/The-International-Classification-of-Headache-Disorders-3rd-Edition-2018.pdf>

28. De Luca Monasterios F, Rodríguez de Rivera Campillo Me. Tratamiento del ardor bucal y de la boca seca. Nuevas tendencias. Av. Odontolestomatol [Internet]. 2014 [citado 3 Nov 2021];30(3):139-43. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852014000300007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300007&lng=es)

#### Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

**Citar como:** Cartaya Benítez LC, Benítez Rodríguez Y, Mirot Delgado R, Cartaya Díaz FL, Soca Rodríguez L. Revisión bibliográfica sobre neuralgia trigeminal, neuralgia glossofaríngea y glosodinia. Medimay [Internet]. 2023 Ene-Mar [citado: fecha de citado];30(1):83-91. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2162>

#### Contribución de autoría.

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor	Contribución
Dra. Leinen de la Caridad Cartaya Benítez	Conceptualización, investigación, recursos, software, redacción (original, revisión y edición).
Lic. Yanin Benítez Rodríguez	Investigación, metodología, visualización.
Dr. Rolando Mirot Delgado	Investigación, administración del proyecto, redacción (revisión y edición).
Lic. Flora Luisa Cartaya Díaz	Investigación, metodología, supervisión, redacción (revisión y edición).
Dr. Leonardo Soca Rodríguez	Metodología, redacción (revisión y edición).



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.