



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/805 - TERAPIA ANTIDEPRESIVA Y DOLOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Vela de Toro^a, M. Guerrero Jiménez^b y M.I. Arias de Saavedra Criado^c

^aAnestesiólogo. Complejo Hospitalario. Granada. ^bPsiquiatra. Centro de Salud Mental Motril Centro. Motril.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés. En 2007 tras una extracción dental y posterior implante metálico para corona comienza con dolor en la zona perimplantaria. Comenzó tratamiento con carbamazepina y posterior rotación a oxcarbacepina 1.800 mg/día. Al no obtener beneficio se añadió pregabalina llegando a dosis de 300 mg al día sin tolerar mayor subida. Al cabo de 2 años la sintomatología continuaba similar. Se desescaló tratamiento y se pasó a amitriptilina con la que notó ligero alivio pero no toleró dosis mayores a 25 mg/día.

Exploración y pruebas complementarias: El dolor se situaba en el territorio del implante, siendo un dolor sordo, continuo, con crisis paroxísticas esporádicas en territorio de tercera rama del trigémino izquierda sin sobrepasar el arco mandibular, con EVA basal 7 y exacerbaciones de 9. Previo a plantear terapia intervencionista, se inició tratamiento con duloxetina 30 mg/día inicialmente y 60 mg/día posteriormente, con lo que al cabo de 1 mes de tratamiento se consiguió un alivio del dolor de casi el 90%. Tras 6 meses de tratamiento con duloxetina presenta EVA basal 0 que en ocasiones presenta paroxismo de 2-3.

Juicio clínico: Dolor neuropático secundario a implante dental.

Diagnóstico diferencial: Otro tipo de neuralgias a nivel facial.

Comentario final: La neuralgia del trigémino se define como un "dolor paroxístico, generalmente unilateral, grave, penetrante, de corta duración y recurrente, localizado en una o varias ramas del V par craneal. Suele afectarse más el lado derecho en los territorios de V2 y V3. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El tratamiento analgésico de base son los anticonvulsivantes, existiendo a estas alternativas similares a diferentes cuadros de dolor neuropático. Como último escalón encontramos las técnicas invasivas, las cuales debemos plantear tras agotar otras opciones debido a su elevada morbilidad. Supone un verdadero reto para el médico y una gran incapacidad para el paciente. En numerosas ocasiones el tratamiento farmacológico no es beneficioso, bien por la poca eficacia analgésica o por sus numerosos efectos secundarios. Los antidepresivos duales (ISRS e ISRN) suponen una buena alternativa analgésica en cuadros de dolor neuropático.

Palabras clave: Dolor neuropático. Neuralgia del trigémino. Antidepresivos.