

Clasificación Internacional del Dolor Orofacial (ICOP)

Traducido por:

Giancarlo De la Torre Canales¹, Claudia Cecilia Restrepo Serna², Camilo Esteban Chávez Farías³, Rosana Cid-Verdejo^{3,4}, Giuliana Lunecke Serendero⁵, Idoya Orradre Burusco⁴, Miguel de Pedro Herráez⁴, Jacqueline Cano⁶, Antonio Romero Garcia⁷, Alberto Herrero Babilonni⁸, Eduardo Castrillón⁹, Vicente Wielandt⁵, Daniel Paesani¹⁰, Diego de Nordenflycht⁵, Juan Manuel Prieto Setién¹¹, Dyanne Adenea Medina Flores¹², Juan Fernando Oyarzo⁵.

1 Department of Dental Medicine, Karolinska Institutet, Sweden.

2 Universidad CES, Colombia.

3 Complutense University of Madrid, Spain

4 European University of Madrid, Spain

5 Universidad Andrés Bello, Chile

6 Francisco Marroquín University, Guatemala

7 University of Valencia, Spain

8 Mc Gill University, Canada

9 Aarhus University, Denmark

10 Dentistry Association of Argentina, Argentina

11 National Autonomous University of Mexico

12 Sao Paulo University, Brazil

Declaración

Los autores aquí listados participaron activamente en el proceso de traducción de ICOP del inglés (versión original) al español, por lo tanto, no son autores de la versión original, la cual fue publicada en la revista *Cephalalgia* 2020, Vol. 40(2) 129–221. DOI: 10.1177/0333102419893823.

Disclosure

The authors herein listed actively participated in the process of translating the ICOP from English (original version) to Spanish, and therefore were not authors of the original version, which was published in the *Journal Cephalalgia* 2020, Vol. 40(2) 129 –221. DOI: 10.1177/0333102419893823.

Preface of the Spanish version

We are pleased to share the Spanish version of the International Classification of Orofacial Pain (ICOP), a landmark initiative that reflects the collective work of leading global experts in orofacial pain. This classification system was designed to unify and standardize diagnostic terminology of Orofacial Pain, providing a solid framework for clinical and scientific use.

First launched in 2020 by the International Headache Society (IHS), ICOP now becomes more accessible to Spanish-speaking professionals, promoting its integration into local research and practice. Beyond serving as a diagnostic reference, this version also opens space for reflection, dialogue, and refinement of criteria tailored to regional contexts.

Importantly, ICOP is part of a broader initiative under the World Health Organization (WHO) through its International Classification of Diseases (ICD). Its anticipated incorporation into the official ICD document from 2022 elevates its relevance, reinforcing its role as a shared language among diverse healthcare fields involved in pain diagnosis and management.

This publication would not have been possible without the efforts of the dedicated translation team and the invaluable support of the Spanish Headache Society (SEC), whose commitment was essential to this achievement. Our gratitude also extends to *Cephalalgia* for authorizing the translation and republication of the original material.

It is worth noting that the current version is still in its preliminary stage. As such, it invites ongoing testing, critical feedback, and collaborative refinement. We encourage professionals to engage with the classification actively—to explore, question, and contribute—so that we may continue to advance the field together.

We hope this edition proves to be a useful and inspiring resource for your clinical and academic work.

Giancarlo De la Torre Canales, Claudia Restrepo Serna and Juan Fernando Oyarzo Sardiña

Coordinators of the ICOP Spanish Translation Committee

Prefacio de la versión en Español

Nos complace presentar la versión en español de ICOP (International Classification of Orofacial Pain), una iniciativa fundamental que representa el esfuerzo conjunto de destacados especialistas internacionales en el área del dolor orofacial. Este sistema de clasificación fue diseñado para unificar y estandarizar los criterios diagnósticos de Dolor Orofacial, y establecer una base estructurada para su aplicación tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Publicado originalmente en 2020 por la International Headache Society (IHS), ICOP se pone ahora a disposición de la comunidad hispanohablante, promoviendo su uso en contextos locales y fomentando la reflexión crítica sobre su implementación. Más allá de su utilidad diagnóstica, esta versión busca estimular el debate y contribuir al perfeccionamiento continuo de los criterios propuestos.

Cabe destacar que esta clasificación se enmarca dentro de una iniciativa más amplia liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el contexto de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Su incorporación prevista en los documentos oficiales de la OMS a partir de 2022 refuerza su importancia como herramienta de referencia y como lenguaje común entre distintas especialidades sanitarias implicadas en el abordaje del dolor.

Este proyecto no habría sido posible sin el compromiso del equipo de traducción y el respaldo decisivo de la Sociedad Española de Cefaleas (SEC), a quienes extendemos nuestro más sincero agradecimiento. También agradecemos a la revista *Cephalalgia* por autorizar la traducción y publicación de la versión original de ICOP.

Es importante subrayar que esta clasificación se encuentra en una versión preliminar, sujeta a futuras revisiones y mejoras conforme se acumule experiencia en su aplicación. Invitamos a la comunidad científica y clínica a utilizar esta herramienta, analizar sus contenidos, y compartir observaciones que permitan su evolución continua.

Esperamos que esta edición contribuya significativamente a su labor académica y profesional.

Giancarlo De la Torre Canales, Claudia Restrepo Serna y Juan Fernando Oyarzo Sardiña
Coordinadores del Comité de Traducción de ICOP al Español

Agradecimientos

La versión original en inglés de la *Clasificación Internacional del Dolor Orofacial (ICOP)* fue publicada en la revista *Cephalalgia* (DOI: 10.1177/0333102419893823). La presente traducción al español fue autorizada por el comité editorial de *Cephalalgia*. Expresamos nuestro sincero agradecimiento a *Cephalalgia* y al Profesor Arne May, su editor, por conceder el permiso para la publicación de la versión en español de ICOP en XXXXXX. Asimismo, agradecemos profundamente el respaldo de la Sociedad Española de Cefaleas (SEC) en todo el proceso de traducción y revisión de esta versión en español de la *Clasificación Internacional del Dolor Orofacial (ICOP)*.

Derechos Autorales

Los derechos de autor pertenecen exclusivamente a la International Headache Society (IHS). La Clasificación Internacional de Dolor Orofacial (ICOP, por sus siglas en inglés) en esta u otras ediciones subsecuentes puede reproducirse libremente por instituciones, sociedades o individuos con fines científicos, educativos o clínicos. La reproducción de cualquier parte o partes de cualquier manera para usos comerciales requiere el permiso de IHS, el cual se otorgará mediante el pago de una tarifa. Contacte al editor en la dirección de abajo.

Traducciones

IHS permite expresamente traducciones integrales o parciales de ICOP con fines de aplicación clínica, educación, pruebas de campo u otras investigaciones. Es una condición de este permiso que todas las traducciones sean registradas en IHS. Antes de comenzar la traducción, se recomienda a los posibles traductores que consulten con IHS si ya existe una traducción en el idioma propuesto. Todos los traductores deben estar conscientes de la necesidad de utilizar protocolos de traducción rigurosos. Las publicaciones que reporten estudios que utilicen traducciones de cualquier parte o la totalidad de ICOP deben incluir una breve descripción del proceso de traducción, incluyendo las identidades de los traductores (entre los cuales siempre debe haber más de uno). IHS no respalda las traducciones. Los respaldos pueden ser otorgados por sociedades nacionales miembros; donde existan, se debe buscar tal respaldo.

Comité de Clasificación del Dolor Orofacial

El comité es un grupo colaborativo compuesto por miembros del Grupo de Interés Especial en Dolor Orofacial y Cefaleas (OFHP SIG) de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la Red Internacional de Metodología para el Dolor Orofacial y Trastornos Relacionados (INFORM), la Academia Americana de Dolor Orofacial (AAOP) y la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS).

Coordinadores

Rafael Benoliel, EEUU; Arne May, Alemania; Peter Svensson, Dinamarca

Miembros de los grupos de trabajo (en orden alfabético después del Coordinador)

1. Dolor orofacial atribuido a trastornos de estructuras dentoalveolares y anatómicamente relacionadas

Maria Pigg, Suecia (*coordinadora*);

Alan Law, EEUU;

Donald Nixdorf, EEUU;

Tara Renton, Reino Unido;

Yair Sharav, Israel

2. Dolor miofascial orofacial

Peter Svensson, Dinamarca (*coordinador*);

Malin Ernberg, Suecia;

Chris Peck, Australia

3. Dolor de la articulación temporomandibular (ATM)

Per Alstergren, Suecia (*coordinador*);

Ghabi Kaspo, EEUU;

Frank Lobbezoo, Países Bajos;

Ambra Michelotti, Italia

4. Dolor orofacial atribuido a una lesión o enfermedad de los pares craneales

Lene Baad-Hansen, Dinamarca (*coordinadora*);

Eli Eliav, EEUU;

Yoshiki Imamura, Japón

5. Dolores orofaciales que se asemejan a presentaciones de cefaleas primarias

Rafael Benoliel, EEUU (*coordinador*);

Paulo Conti, Brasil;

Arne May, Alemania

6. Dolor orofacial Idiopática

Thomas List, Suecia (*coordinador*);

Justin Durham, Inglaterra;

Jean-Paul Goulet, Canada;

Satu Jääskeläinen, Finlandia

7. Evaluación psicosocial de pacientes con dolor orofacial

Richard Ohrbach, EEUU

Reconocimientos

No hubo patrocinio comercial para la Clasificación Internacional del Dolor Orofacial.

Agradecemos sinceramente a Timothy Steiner por su labor de edición para alinear el documento con los principios, la estructura y el formato de ICHD.

Tabla de contenido

Clasificación Internacional del Dolor Orofacial (ICOP)

Derechos Autorales

Traducciones

Comité de Clasificación del Dolor Orofacial

Coordinadores

Miembros de los grupos de trabajo

Prefacio

Uso de ICOP

Reglas de uso

Descripción general de la clasificación

1. Dolor orofacial atribuido a trastornos de las estructuras dentoalveolares y anatómicamente relacionadas

1.1 Dolor dental

1.1.1 Dolor pulpar

1.1.2 Dolor periodontal

1.1.3 Dolor gingival

1.2 Dolores de la mucosa oral, glándulas salivales y hueso maxilar

1.2.1 Dolor de la mucosa oral

1.2.2 Dolor de las glándulas salivales

1.2.3 Dolor del hueso maxilar

Referencias

2. Dolor miofascial orofacial

2.1 Dolor miofascial orofacial primario

2.1.1 Dolor miofascial orofacial primario agudo

2.1.2 Dolor miofascial orofacial primario crónico

2.2 Dolor miofascial orofacial secundario

2.2.1 Dolor miofascial orofacial atribuido a tendinitis

2.2.2 Dolor miofascial orofacial atribuido a miositis

2.2.3 Dolor miofascial orofacial atribuido a espasmo muscular

Referencias

3. Dolor de la articulación temporomandibular (ATM)

3.1 Dolor primario de la articulación temporomandibular

3.1.1 Dolor primario agudo de la articulación temporomandibular

3.1.2 Dolor primario crónico de la articulación temporomandibular

3.2 Dolor secundario de la articulación temporomandibular

- 3.2.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a artritis
- 3.2.2 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido dislocamiento del disco
- 3.2.3 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a enfermedad articular degenerativa
- 3.2.4 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a subluxación

Referencias

4. Dolor orofacial atribuido a una lesión o enfermedad de los pares craneales

4.1 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino

- 4.1.1 Neuralgia del trigémino
- 4.1.2 Otras neuropatías dolorosas del trigémino

4.2 Dolor atribuido a una lesión o enfermedad del nervio glossofaríngeo

- 4.2.1 Neuralgia del glossofaríngeo
- 4.2.2 Dolor Neuropático del glossofaríngeo

Referencias

5. Dolores orofaciales que se asemejan a presentaciones de cefaleas primarias

5.1 Migraña orofacial

- 5.1.1 Migraña orofacial episódica
- 5.1.2 Migraña orofacial crónica

5.2 Dolor orofacial tipo cefalea tensional

5.3 Dolor orofacial trigémino-autonómico

- 5.3.1 Ataques orofaciales en racimo
- 5.3.2 Dolor hemifacial paroxístico
- 5.3.3 Ataques de dolor facial neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales (SUNFA)
- 5.3.4 Dolor hemifacial continuo con síntomas autonómicos

5.4 Dolor orofacial neurovascular

- 5.4.1 Dolor orofacial neurovascular de corta duración
- 5.4.2 Dolor orofacial neurovascular de larga duración

Referencias

6. Dolor orofacial idiopático

6.1 Síndrome de boca ardiente (SBA)

- 6.1.1 Síndrome de boca ardiente sin cambios somatosensoriales
- 6.1.2 Síndrome de boca ardiente con cambios somatosensoriales
- 6.1.3 Probable síndrome de boca ardiente

6.2 Dolor facial idiopático persistente (DFIP)

- 6.2.1 Dolor facial idiopático persistente sin cambios somatosensoriales
- 6.2.2 Dolor facial idiopático persistente con cambios somatosensoriales
- 6.2.3 Probable dolor facial idiopático persistente

6.3 Dolor dentoalveolar idiopático persistente

- 6.3.1 Dolor dentoalveolar idiopático persistente sin cambios somatosensoriales
- 6.3.2 Dolor dentoalveolar idiopático persistente con cambios somatosensoriales
- 6.3.3 Probable dolor dentoalveolar idiopático persistente

6.4 Dolor facial unilateral constante con ataques adicionales (DFUCA)

Referencias

7. Evaluación psicosocial de pacientes con dolor orofacial

Introducción

Niveles de evaluación psicosocial

Constructos e instrumentos relacionados con el dolor y la función para los DOFs

Constructos e instrumentos psicosociales para los DOFs

Conclusiones y orientaciones futuras

Referencias

Definiciones de términos

Prefacio

Nos complace presentar esta primera edición de la Clasificación Internacional del Dolor Orofacial (ICOP). Hasta el momento, no ha existido una clasificación integral y aceptada internacionalmente que aborde el dolor orofacial. Aunque, anatómicamente, la cara es claramente parte de la cabeza, hemos encontrado demasiados casos de diagnóstico erróneo y tratamientos mal dirigidos que una clara clasificación diagnóstica podría haber ayudado a evitar. Los límites anatómicos y las demarcaciones de especialidades médicas asociadas contribuyen al problema. Por ejemplo, la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) define el dolor facial como "dolor por debajo de la línea orbitomeatal, anterior al pabellón auricular y por encima del cuello". Otras definiciones de dolor facial incluyen también la frente, mientras que el término "dolor orofacial" incluye necesariamente todas las estructuras de la cavidad oral. Al mismo tiempo, los dolores de cabeza a menudo se refieren a regiones orofaciales y viceversa. Los "dolores de cabeza" pueden localizarse exclusivamente en la región orofacial y causar dificultades diagnósticas significativas, mientras que los dolores orofaciales que se refieren a la cabeza presentan fenotipos clínicos complejos.

Estos fueron algunos de los factores que dejaron claro que era necesaria una clasificación de los dolores orofaciales (DOF). Un principio fundamental en esta primera clasificación es que las características de los trastornos, y no su ubicación (cabeza versus cara), deben guiar la nueva conceptualización y los criterios diagnósticos.

Al crear esta primera edición de ICOP, éramos conscientes de que la Clasificación Internacional de los Trastornos de Cefaleas, 3ra edición (ICHD-3) clasifica de manera exhaustiva las cefaleas primarias y secundarias, y dirigimos al lector a esta clasificación para estos tipos de entidades. Además, para hacer de ICOP una herramienta útil para investigadores y clínicos acostumbrados a utilizar el ICHD-3, hemos adoptado el diseño jerárquico y el estilo de clasificación de ICHD-3. Los Criterios Diagnósticos para los Trastornos Temporomandibulares (DC/TMD) son una clasificación comprobada y establecida que incluye mialgias regionales y dolores en la articulación temporomandibular (ATM). Hemos adoptado los criterios DC/TMD, incluyendo solo los TTM (TMD) dolorosos y modificando el estilo de presentación de estos criterios al de ICHD-3. En general, ICOP también está alineado con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (ICD-11)/Criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) para dolores orofaciales y cefaleas.

Por lo tanto, el objetivo es crear una herramienta que mejore la investigación y el manejo clínico del dolor orofacial. Además, estamos seguros de que la metodología que hemos adoptado acercará a los profesionales que trabajan en el dolor de cabeza, orofacial, ocular, nasal, de senos y del cuello, y fomentará la colaboración activa.

Los miembros del comité de clasificación de ICOP representan las principales asociaciones involucradas en el dolor orofacial y de cabeza, siendo un grupo verdaderamente internacional que fortalece el futuro de ICOP. El camino hacia esta primera edición comenzó en 2016, cuando nos reunimos por primera vez en el Congreso Mundial de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en Yokohama, Japón. En la reunión de un día, discutimos la estructura de ICOP y establecimos grupos de trabajo. Una reunión de seguimiento se llevó a cabo en 2017 en la Escuela de Medicina Dental de Rutgers, EE.UU., donde examinamos la evidencia, o su ausencia, para establecer las entidades individuales que ahora componen ICOP. El resultado es una clasificación respaldada en muchas áreas por evidencia sólida y en otras por la opinión de expertos, lo que alentará y guiará la investigación. Permite un período de prueba, que permite la identificación y corrección de errores y facilita una amplia participación en ICOP por parte de investigadores y profesionales del campo.

Rafael Benoliel

Arne May

Peter Svensson

Comité de Clasificación del Dolor Facial

Uso de ICOP

Dado que ICOP está modelado según el ICHD-3, las instrucciones de uso son similares. Por lo tanto, muchos usuarios de ICHD-3 encontrarán que ICOP es fácil de usar. Al igual que el ICHD-3, el documento está diseñado como una herramienta de consulta, particularmente para la investigación, pero también para el diagnóstico clínico y el manejo de los dolores orofaciales (DOFs).

ICOP servirá como un manual de investigación y diagnóstico integral, y será especialmente útil cuando el diagnóstico sea incierto o cuando el clínico no sea consciente de que tal presentación clínica existe. Por lo tanto, recomendamos que los profesionales y los investigadores revisen la clasificación. Además, ICOP se une a ICHD-3 y a ICD-11/IASP en el establecimiento de una terminología clara que permitirá la comunicación y el intercambio de datos de manera inequívoca. Para la investigación, la clasificación es indispensable: cada paciente incluido en un proyecto de investigación, ya sea un ensayo de medicamentos o un estudio de fisiopatología o bioquímica, debe cumplir con un conjunto de criterios diagnósticos establecidos.

Esta clasificación es jerárquica, lo que permite al usuario establecer un diagnóstico a partir de solo el primer nivel de dígito, o extenderse hasta el quinto, sexto o incluso séptimo dígito. El nivel de resolución en la codificación diagnóstica depende claramente del uso previsto. En la práctica general, suelen aplicarse únicamente los diagnósticos de primer o segundo dígito, mientras que en la práctica especializada es apropiado un diagnóstico que incluya niveles de cuarto o quinto dígito (y, en ocasiones, de sexto o séptimo dígito).

Tratamos los DOFs primarios y secundarios dentro de las mismas secciones. Esto contrasta con el ICHD, pero, en nuestra opinión, es una forma más eficiente de presentar los diversos DOFs, en parte porque las designaciones primarias y secundarias se vuelven difíciles de diferenciar en estos trastornos superpuestos. Por razones similares, la estricta estructura de criterios de ICHD para los trastornos secundarios—con el Criterio A describiendo el dolor, el Criterio B identificando la causa presumida y el Criterio C estipulando la evidencia de causalidad de A por B—no funciona bien para los DOFs. En particular, la relación temporal entre el inicio del dolor y el inicio de la causa presumida—la base del Criterio C en el ICHD—es a menudo tan variable que no tiene valor evidencial. En muchos casos, la atribución se basa en la plausibilidad clínica de la causalidad junto con la referencia al último criterio: “No atribuible a otro diagnóstico ICOP” (ver más abajo).

Reglas de uso

1. Cada tipo, subtipo o subforma distinta de DOF y cefalea que el paciente presente debe diagnosticarse y codificarse por separado. Por ejemplo, un paciente gravemente afectado puede recibir múltiples diagnósticos y códigos: 2.1.2.3.2 Dolor miofascial primario crónico altamente frecuente con dolor referido y 3.1.2.2.1 Dolor primario crónico frecuente de la articulación temporomandibular sin dolor referido, como 1.1 Migraña sin aura de ICHD-3.

2. Cuando un paciente recibe más de un diagnóstico, estos deben listarse en el orden de importancia para el paciente: es decir, cuál de los diagnósticos está causando más sufrimiento y discapacidad, según su perspectiva.

3. Cuando no esté claro qué tipo de DOF experimenta un paciente particular, se debe utilizar otra información disponible, además de los criterios diagnósticos, para decidir el diagnóstico más probable. Esto podría incluir la historia del dolor longitudinal (¿cómo y cuándo comenzó el dolor?), el historial familiar, el efecto de los medicamentos, la relación menstrual, la edad, el sexo y una variedad de otras características.

4. Para recibir un diagnóstico de DOF particular, el paciente debe, en muchos casos, experimentar un número mínimo de episodios o días con ese dolor. Este número se especifica en los criterios diagnósticos para el tipo o subtipo de DOF. Los diagnósticos de DOF deben cumplir con una serie de otros requisitos descritos dentro de los criterios bajo encabezados de letras separadas: A, B, C, etc. Algunos encabezados de letras son unidimensionales: es decir, expresan un único requisito. Otros encabezados de letras son multidimensionales, requiriendo, por ejemplo, cualquier dos de las cuatro características enumeradas. Esta estructura ha sido adoptada de ICHD-3.

5. La frecuencia de los trastornos de DOF varía ampliamente, desde ocurrir solo una vez cada 1-2 años hasta dolor diario. La gravedad de los episodios también varía. A excepción de los dolores miofasciales y los de la ATM, ICOP no proporciona una posibilidad de codificación para la frecuencia. Ninguno de los criterios diagnósticos incluye la evaluación habitual de la gravedad y la frecuencia, pero recomendamos que se evalúen y especifiquen la frecuencia y la gravedad.

6. El último criterio para casi todos los trastornos es "No atribuible a otro diagnóstico ICOP" (a veces, "No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3"). La consideración de otros posibles diagnósticos (el diagnóstico diferencial) es una parte rutinaria del proceso de diagnóstico clínico. Cuando un DOF parece cumplir los criterios para un trastorno particular, este último criterio es un recordatorio para considerar siempre otros diagnósticos que puedan explicar mejor el DOF. Para lograr este objetivo de un diagnóstico diferencial, el proceso de diagnóstico clínico puede necesitar considerar otros trastornos fuera del marco de ICOP, elaborar sobre la historia del dolor y utilizar pruebas clínicas más allá de las implícitas en los criterios de ICOP. El dolor referido de una estructura a otra en la región del dolor orofacial es extremadamente común, pero clasificar todos estos casos está más allá del alcance de ICOP.

Este requisito de siempre considerar otros posibles diagnósticos es igualmente esencial en investigaciones que exigen la inclusión solo de casos definitivos. No toda investigación se enmarca en esta categoría. En particular, los estudios epidemiológicos pueden no ser capaces de aplicar este último criterio (la epidemiología de cefaleas generalmente no ha podido

aplicar el criterio de coincidencia en el ICHD-3). Los estudios que abandonan este último criterio deberían, al menos, reconocer este hecho en sus descripciones metodológicas.

1. Cuando se sospecha que un paciente tiene más de un DOF, se recomienda encarecidamente que complete un diario de dolor diagnóstico. Se ha demostrado que tales diarios de dolor no solo mejoran la precisión diagnóstica, sino que también conducen a un juicio más preciso del consumo de medicamentos. Generalmente, se recomienda que los diarios se mantengan durante un mes, durante el cual se registran las características importantes de cada episodio de dolor. Además, el diario ayuda a juzgar el balance entre diferentes tipos, subtipos o subformas de DOF. Por último, el uso del diario es una herramienta importante para explicar al paciente cómo distinguir entre diferentes DOF, ser consciente del consumo de medicamentos, anotar factores desencadenantes y convertirse en una fuente más confiable de información para el seguimiento.

Código ICOP Diagnóstico

1. Dolor orofacial atribuido a trastornos de estructuras dentoalveolares y anatómicamente relacionadas

1.1 Dolor dental

1.1.1 Dolor pulpar

1.1.1.1 Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad

1.1.1.1.1 Dolor pulpar atribuido a una fisura en el esmalte

1.1.1.1.2 Dolor pulpar atribuido a dentina expuesta

1.1.1.1.2.1 Dolor pulpar atribuido al desgaste o abrasión dental

1.1.1.1.2.2 Dolor pulpar atribuido a fractura con dentina expuesta

1.1.1.1.2.3 Dolor pulpar atribuido a defecto de tejido duro dental de desarrollo

1.1.1.1.3 Dolor pulpar atribuido a procedimiento dental

1.1.1.1.3.1 Dolor pulpar atribuido a la remoción extensa de dentina

1.1.1.1.3.2 Dolor pulpar atribuido a la colocación de una restauración

1.1.1.1.3.3 Dolor pulpar atribuido a hiperoclusión o hiperarticulación tras un procedimiento restaurador dental

1.1.1.1.4 Dolor pulpar atribuido a sensibilización central

1.1.1.1.5 Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad por otra causa

1.1.1.2 Dolor pulpar atribuido a exposición pulpar debido a traumatismo dental

1.1.1.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis (inflamación pulpar)

1.1.1.3.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible debido a infección de dentina

1.1.1.3.1.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible debido a caries que no se extienden a la pulpa

1.1.1.3.1.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible debido a fractura de tejido duro dental con exposición de dentina

1.1.1.3.1.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible debido a una fisura dental sin evidencia de pérdida de sustancia dental

1.1.1.3.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible debido a infección de dentina

1.1.1.3.2.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible debido a caries que se extienden a la pulpa

1.1.1.3.2.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible debido a fractura de tejido duro dental sin exposición pulpar

1.1.1.3.2.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible debido a fisura dental sin evidencia de pérdida de sustancia dental

1.1.1.3.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible debido a infección de la pulpa dental

1.1.1.3.3.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible debido a exposición pulpar cariosa e infección de la pulpa

1.1.1.3.3.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible debido a fractura de tejido duro dental con exposición pulpar

1.1.1.3.4 Dolor pulpar atribuido a pulpitis debido a resorción cervical externa de la raíz

1.1.1.3.5 Dolor pulpar atribuido a pulpitis debido a otra causa

1.1.1.4 Dolor pulpar atribuido a causa sistémica

1.1.2 Dolor periodontal

1.1.2.1 Dolor periodontal atribuido a periodontitis (inflamación periodontal)

1.1.2.1.1 Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal inducida traumáticamente

1.1.2.1.1.1 Dolor periodontal atribuido a hiperoclusión o hiperarticulación

1.1.2.1.1.2 Dolor periodontal postoperatorio

- 1.1.2.1.1.3 Dolor periodontal atribuido a traumatismo dental accidental
- 1.1.2.1.1.4 Dolor periodontal atribuido a otro trauma o lesión
- 1.1.2.1.2 Dolor periodontal atribuido a periodontitis apical debido a enfermedad endodóntica
 - 1.1.2.1.2.1 Dolor periodontal atribuido a inflamación pulpar
 - 1.1.2.1.2.2 Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica
 - 1.1.2.1.2.2.1 Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica intrarradicular
 - 1.1.2.1.2.2.2 Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica extrarradicular
- 1.1.2.1.3 Dolor periodontal atribuido a enfermedad periodontal
 - 1.1.2.1.3.1 Dolor periodontal atribuido a periodontitis crónica
 - 1.1.2.1.3.2 Dolor periodontal atribuido a periodontitis agresiva
 - 1.1.2.1.3.3 Dolor periodontal atribuido a periodontitis como manifestación de trastorno sistémico
 - 1.1.2.1.3.3.1 Dolor periodontal atribuido a trastorno hematológico
 - 1.1.2.1.3.3.2 Dolor periodontal atribuido a trastorno genético
 - 1.1.2.1.3.3.3 Dolor periodontal atribuido a trastorno sistémico no especificado
 - 1.1.2.1.3.4 Dolor periodontal atribuido a periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN)
 - 1.1.2.1.3.5 Dolor periodontal atribuido a absceso periodontal
- 1.1.2.1.4 Dolor periodontal atribuido a periodontitis apical y marginal debido a infección endodóntica combinada y enfermedad periodontal
- 1.1.2.1.5 Dolor periodontal atribuido a peri-implantitis infectada
- 1.1.2.2 Dolor periodontal atribuido a causa local no inflamatoria
- 1.1.3 Dolor gingival
 - 1.1.3.1 Dolor gingival atribuido a gingivitis (inflamación gingival)
 - 1.1.3.1.1 Dolor gingival atribuido a trauma
 - 1.1.3.1.2 Dolor gingival atribuido a infección
 - 1.1.3.1.2.1 Dolor gingival atribuido a infección bacteriana
 - 1.1.3.1.2.2 Dolor gingival atribuido a infección viral

- 1.1.3.1.2.3 Dolor gingival atribuido a infección por hongos
- 1.1.3.1.3 Dolor gingival atribuido a autoinmunidad
- 1.1.3.1.4 Dolor gingival atribuido a hipersensibilidad o reacción alérgica
- 1.1.3.1.5 Dolor gingival atribuido a inflamación gingival por otra causa
- 1.1.3.2 Dolor gingival atribuido a lesión maligna
- 1.2 Dolores de mucosa oral, glándulas salivales y hueso mandibular
 - 1.2.1 Dolor de mucosa oral
 - 1.2.1.1 Dolor de mucosa oral atribuido a inflamación de mucosa oral
 - 1.2.1.1.1 Dolor de mucosa oral atribuido a trauma o lesión
 - 1.2.1.1.1.1 Dolor de mucosa oral atribuido a trauma o lesión no iatrogénica
 - 1.2.1.1.1.2 Dolor de mucosa oral atribuido a lesión iatrogénica quirúrgica u otra lesión local
 - 1.2.1.1.1.3 Dolor de mucosa oral atribuido a radiación o quimioterapia
 - 1.2.1.1.2 Dolor de mucosa oral atribuido a infección
 - 1.2.1.1.2.1 Dolor de mucosa oral atribuido a infección bacteriana
 - 1.2.1.1.2.2 Dolor de mucosa oral atribuido a infección viral
 - 1.2.1.1.2.3 Dolor de mucosa oral atribuido a infección por hongos
 - 1.2.1.1.3 Dolor de mucosa oral atribuido a autoinmunidad
 - 1.2.1.1.4 Dolor de mucosa oral atribuido a hipersensibilidad o reacción alérgica
 - 1.2.1.1.5 Dolor de mucosa oral atribuido a inflamación de mucosa oral por otra causa
 - 1.2.1.2 Dolor de mucosa oral atribuido a lesión maligna
 - 1.2.2 Dolor de glándula salival
 - 1.2.2.1 Dolor de glándula salival atribuido a causa obstructiva
 - 1.2.2.2 Dolor de glándula salival atribuido a infección
 - 1.2.2.2.1 Dolor de glándula salival atribuido a infección bacteriana
 - 1.2.2.2.2 Dolor de glándula salival atribuido a infección viral
 - 1.2.2.3 Dolor de glándula salival atribuido a parotitis juvenil recurrente
 - 1.2.2.4 Dolor de glándula salival atribuido a trastorno mediado inmunológicamente

1.2.2.5 Dolor de glándula salival atribuido a otra causa

1.2.3 Dolor de hueso mandibular

1.2.3.1 Dolor de hueso mandibular atribuido a trauma o lesión

1.2.3.2 Dolor de hueso mandibular atribuido a infección

1.2.3.2.1 Dolor de hueso mandibular atribuido a infección bacteriana

1.2.3.2.2 Dolor de hueso mandibular atribuido a infección viral

1.2.3.2.3 Dolor de hueso mandibular atribuido a infección por hongos

1.2.3.3 Dolor de hueso mandibular atribuido a lesión benigna local

1.2.3.4 Dolor de hueso mandibular atribuido a lesión maligna

1.2.3.4.1 Dolor de hueso mandibular atribuido a malignidad local

1.2.3.4.2 Dolor de hueso mandibular atribuido a malignidad remota

1.2.3.5 Dolor de hueso mandibular atribuido a terapia

1.2.3.6 Dolor de hueso mandibular atribuido a enfermedad sistémica

2. Dolor orofacial miofascial

2.1 Dolor orofacial miofascial primario

2.1.1 Dolor orofacial miofascial primario agudo

2.1.2 Dolor orofacial miofascial primario crónico

2.1.2.1 Dolor orofacial miofascial primario crónico infrecuente

2.1.2.2 Dolor orofacial miofascial primario crónico frecuente

2.1.2.2.1 Dolor orofacial miofascial primario crónico frecuente sin irradiación del dolor

2.1.2.2.2 Dolor orofacial miofascial primario crónico frecuente con irradiación del dolor

2.1.2.3 Dolor orofacial miofascial primario crónico altamente frecuente

2.1.2.3.1 Dolor orofacial miofascial primario crónico altamente frecuente sin irradiación del dolor

2.1.2.3.2 Dolor orofacial miofascial primario crónico persistente con irradiación del dolor

2.2 Dolor orofacial miofascial secundario

- 2.2.1 Dolor orofacial miofascial atribuido a tendinitis
- 2.2.2 Dolor orofacial miofascial atribuido a miositis
- 2.2.3 Dolor orofacial miofascial atribuido a espasmo muscular

3. Dolor en la articulación temporomandibular (ATM)

- 3.1 Dolor en la articulación temporomandibular primario
 - 3.1.1 Dolor en la ATM primario agudo
 - 3.1.2 Dolor en la ATM primario crónico
 - 3.1.2.1 Dolor en la ATM primario crónico infrecuente
 - 3.1.2.2 Dolor en la ATM primario crónico frecuente
 - 3.1.2.2.1 Dolor en la ATM primario crónico frecuente sin irradiación del dolor
 - 3.1.2.2.2 Dolor en la ATM primario crónico frecuente con irradiación del dolor
 - 3.1.2.3 Dolor en la ATM primario crónico altamente frecuente
 - 3.1.2.3.1 Dolor en la ATM primario crónico altamente frecuente sin irradiación del dolor
 - 3.1.2.3.2 Dolor en la ATM primario crónico altamente frecuente con irradiación del dolor
- 3.2 Dolor en la articulación temporomandibular secundario
 - 3.2.1 Dolor en la ATM atribuido a artritis
 - 3.2.1.1 Dolor en la ATM atribuido a artritis no sistémica
 - 3.2.1.2 Dolor en la ATM atribuido a artritis sistémica
 - 3.2.2 Dolor en la ATM atribuido a desplazamiento de disco
 - 3.2.2.1 Dolor en la ATM atribuido a desplazamiento de disco con reducción
 - 3.2.2.1.1 Dolor en la ATM atribuido a desplazamiento de disco con reducción, con bloqueo intermitente
 - 3.2.2.1.2 Dolor en la ATM atribuido a desplazamiento de disco sin reducción
 - 3.2.2.2 Dolor en la ATM atribuido a desplazamiento de disco sin reducción
 - 3.2.3 Dolor en la ATM atribuido a enfermedad degenerativa de la articulación
 - 3.2.4 Dolor en la ATM atribuido a subluxación

4. Dolor orofacial atribuido a lesión o enfermedad de los nervios craneales

4.1 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino

4.1.1 Neuralgia del trigémino

4.1.1.1 Neuralgia del trigémino clásica

4.1.1.1.1 Neuralgia del trigémino clásica, puramente paroxística

4.1.1.1.2 Neuralgia del trigémino clásica con dolor continuo concomitante

4.1.1.2 Neuralgia trigeminal secundaria

4.1.1.2.1 Neuralgia del trigémino atribuida a esclerosis múltiple

4.1.1.2.2 Neuralgia del trigémino atribuida a lesión ocupante de espacio

4.1.1.2.3 Neuralgia del trigémino atribuida a otra causa

4.1.1.3 Neuralgia trigeminal idiopática

4.1.1.3.1 Neuralgia trigeminal idiopática, puramente paroxística

4.1.1.3.2 Neuralgia trigeminal idiopática con dolor continuo concomitante

4.1.2 Otro dolor neuropático trigeminal

4.1.2.1 Dolor neuropático trigeminal atribuido a herpes zóster

4.1.2.2 Neuralgia postherpética trigeminal

4.1.2.3 Dolor neuropático trigeminal post-traumático

4.1.2.3.1 Probable dolor neuropático trigeminal post-traumático

4.1.2.4 Dolor neuropático trigeminal atribuido a otro trastorno

4.1.2.4.1 Probable dolor neuropático trigeminal atribuido a otro trastorno

4.1.2.5 Dolor neuropático trigeminal idiopático

4.2 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio glosofaríngeo

4.2.1 Neuralgia glosofaríngea

4.2.1.1 Neuralgia glosofaríngea clásica

4.2.1.2 Neuralgia glosofaríngea secundaria

4.2.1.3 Neuralgia glosofaríngea idiopática

4.2.2 Dolor neuropático glosofaríngeo

4.2.2.1 Dolor neuropático glosofaríngeo atribuido a causa conocida

4.2.2.2 Dolor neuropático glossofaríngeo idiopático

5. Dolores orofaciales que asemejan presentaciones de cefaleas primarias

5.1 Migraña orofacial

5.1.1 Migraña orofacial episódica

5.1.2 Migraña orofacial crónica

5.2 Dolor orofacial tipo tensión

5.3 Dolor orofacial autonómico trigeminal

5.3.1 Ataques de racimo orofaciales

5.3.1.1 Ataques de racimo orofaciales episódicos

5.3.1.2 Ataques de racimo orofaciales crónicos

5.3.2 Dolor hemifacial paroxístico

5.3.2.1 Dolor hemifacial paroxístico episódico

5.3.2.2 Dolor hemifacial paroxístico crónico

5.3.3 Ataques cortos unilateral neuralgiformes faciales con síntomas autónomos craneales (SUNFA)

5.3.3.1 SUNFA episódico

5.3.3.2 SUNFA crónico

5.3.4 Dolor continuo hemifacial con síntomas autónomos

5.4 Dolor orofacial neurovascular

5.4.1 Dolor orofacial neurovascular corto

5.4.2 Dolor orofacial neurovascular largo

6. Dolor orofacial idiopático

6.1 Síndrome de boca ardiente (SBA)

6.1.1 Síndrome de boca ardiente sin cambios somatosensoriales

6.1.2 Síndrome de boca ardiente con cambios somatosensoriales

6.1.3 Probable síndrome de boca ardiente

6.2 Dolor facial idiopático persistente (DFIP)

6.2.1 Dolor facial idiopático persistente sin cambios somatosensoriales

6.2.2 Dolor facial idiopático persistente con cambios somatosensoriales

6.2.3 Probable dolor facial idiopático persistente

6.3 Dolor dentoalveolar idiopático persistente

6.3.1 Dolor dentoalveolar idiopático persistente sin cambios somatosensoriales

6.3.2 Dolor dentoalveolar idiopático persistente con cambios somatosensoriales

6.3.3 Probable dolor dentoalveolar idiopático persistente

6.4 Dolor facial unilateral constante con ataques adicionales (CUFPA)

7. Evaluación psicosocial de pacientes con dolor orofacial.

Clasificación, con criterios diagnósticos

1. Dolor orofacial atribuido a trastornos de estructuras dentoalveolares y anatómicamente relacionadas.

Descripción:

Dolor orofacial causado por enfermedades, lesiones o funcionamiento anormal de la pulpa dental, el periodonto, las encías, la mucosa oral, las glándulas salivales o los huesos maxilares, o bien por el funcionamiento normal de la pulpa que alerta sobre riesgo de daño dental.

Comentarios generales:

El dolor que se origina en las estructuras dentoalveolares y relacionadas es el motivo de queja de dolor en la región orofacial más frecuente. En general, el dolor es de naturaleza nociceptiva y/o inflamatoria y suele ser agudo, lo que significa que dura menos de 3 meses. Cuando el trastorno subyacente se trata adecuadamente, el dolor como síntoma no persiste durante un período prolongado. El dolor puede ser continuo, recurrente u ocasional. En muchos casos, la historia natural del trastorno subyacente contempla la fluctuación de todos los síntomas, incluido el dolor, lo que significa que éste a veces puede describirse como *episódico* (que ocurre menos de 15 días al mes, incluso durante más de 3 meses). Cuando el dolor se presenta durante más de 3 meses y al menos 15 días al mes, se considera *crónico*. Dado que el dolor asociado a estructuras dentoalveolares y anatómicamente relacionadas es principalmente un síntoma de enfermedad, también puede parecer relevante categorizarlo en relación con el tratamiento. Si el trastorno subyacente que provoca el dolor no se trata en absoluto, el dolor agudo generalmente persistirá y finalmente se volverá crónico. Lo mismo ocurre si el trastorno subyacente se trata ineficaz o insuficientemente, ya que el trastorno

(como una infección local, una neoplasia o un trastorno sistémico) y el dolor que lo acompaña también pueden persistir durante más de 3 meses.

En general, la distinción entre dolor agudo y crónico es importante, ya que el dolor crónico a menudo requiere un tratamiento diferente y tiene un pronóstico menos favorable.

Sin embargo, se desconoce si las formas aguda, episódica y crónica de dolor dentoalveolar (y otros tipos referenciados aquí) difieren en algún aspecto clínicamente significativo además de la duración. Debido a la falta de datos que respalden una distinción relevante desde la perspectiva del tratamiento o pronóstico, la cuestión de lo agudo frente a lo crónico no se refleja en esta sección ICOP. Para las investigaciones que tengan como objetivo comparar, por ejemplo, el dolor dentoalveolar de corta y larga duración, se recomienda utilizar la distinción de dolor agudo, episódico o crónico descrita anteriormente en coherencia con las clasificaciones de IASP/ICD-11 y ICHD-3.

Si en el futuro surgen pruebas de diferencias importantes, se debe reevaluar la decisión de no separar las condiciones de dolor según el tiempo en esta sección.

1.1 Dolor dental

Descripción:

Dolor causado por lesiones o trastornos que afectan a uno o más dientes y/o sus estructuras circundantes y de soporte: la pulpa dental, el periodonto y las encías.

1.1.1 Dolor pulpar

Descripción:

Dolor causado por una lesión o trastorno que afecta a la pulpa dental.

Criterios diagnósticos:

- A. Cualquier dolor en un diente que cumpla el criterio C.
- B. Existen datos clínicos, de laboratorio, de imagen y/o anamnésticos de una lesión, enfermedad o traumatismo¹ documentado como causante de dolor pulpar.
- C. La causalidad queda demostrada por las dos características siguientes:
 1. La localización del dolor coincide con el(los) lugar(es) de la lesión, enfermedad o traumatismo².
 2. Cualquiera de las siguientes:
 - a) La aparición del dolor guarda una relación temporal con la aparición de la lesión o el inicio de la enfermedad o traumatismo, o condujo a su descubrimiento.
 - b) El dolor empeora con el estímulo físico³ aplicado al diente afectado.

D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. En cada subforma se especifica la lesión, enfermedad o traumatismo.
2. El dolor también puede referirse y/o irradiarse a otras localizaciones orofaciales ipsilaterales.
3. El estímulo puede ser mecánico, térmico o químico, según se especifica en algunas subformas.

Comentario:

El 1.1.1 *Dolor pulpar* puede estar asociado con cualquier tipo de lesión o patología pulpar. El dolor es predominantemente inflamatorio y secundario a alteraciones externas o internas.

1.1.1.1 Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad

Descripción:

Dolor pulpar debido a hipersensibilidad que ocurre en una pulpa clínicamente normal.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1 *Dolor pulpar* y los criterios B y C.
- B. El dolor tiene todas las características siguientes:
 1. Provocado por estímulos externos¹.
 2. Disminuye en unos pocos segundos.
 3. Cualquiera de las siguientes:
 - a) Una sensibilidad aguda/punzante y profunda.
 - b) Mal localizado².
- C. La causalidad es posible según criterios anatómicos, funcionales y/o asociación temporal³.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. Lo caliente, lo frío y lo dulce se encuentran entre los estímulos externos que pueden producir dolor.

2. Con frecuencia sólo en un área aproximada dentro de los dos o tres dientes adyacentes al diente afectado; A veces el paciente no puede distinguir si el dolor se origina en la mandíbula o el maxilar.

3. Este criterio se aplica en cascada a todas las subformas.

1.1.1.1.1 Dolor pulpar atribuido a una fisura en el esmalte

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1 *Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado mediante identificación visual¹ una o varias líneas de fisura o una fractura incompleta que compromete al esmalte del diente afectado.
- C. Al menos uno de los siguientes:
 - 1. Dolor agudo al morder.
 - 2. Dolor al liberar la presión de la mordida o de una fuerza externa.
 - 3. Hipersensibilidad al frío.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Cuando sea necesario, la identificación visual puede facilitarse mediante magnificación, mejora de la luz y/o visualización con un colorante.

1.1.1.1.2 Dolor pulpar atribuido a exposición de la dentina

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente¹ que cumple los criterios de 1.1.1.1 *Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad*.
- B. La superficie dentinaria del diente afectado queda expuesta.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. El dolor normalmente se puede reproducir raspando la dentina expuesta con un explorador dental o aplicando un chorro de aire.

1.1.1.1.2.1 Dolor pulpar atribuido a desgaste dental o abrasión

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1.2 *Dolor pulpar atribuido a exposición de la dentina*.
- B. Existen datos clínicos de desgaste o abrasión del diente afectado¹.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Superficies lisas y planas que no siguen la forma natural de la corona anatómica del diente.

1.1.1.1.2.2 Dolor pulpar atribuido a fractura con exposición de la dentina

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1.2 *Dolor pulpar atribuido a exposición de la dentina*.
- B. Diagnóstico de fractura del esmalte, el cemento radicular, la dentina o cualquier combinación de ellos en el diente afectado¹.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

- 1. El diagnóstico se basa en observaciones clínicas y/o radiográficas.

1.1.1.1.2.3 Dolor pulpar atribuido a un defecto del desarrollo del tejido dental duro

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1.2 *Dolor pulpar atribuido a exposición de la dentina*.
- B. Se ha diagnosticado un defecto del desarrollo del diente afectado que involucra el esmalte, el cemento radicular y/o la dentina, documentado como causante de dolor pulpar¹.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Estos defectos del desarrollo incluyen la hipomineralización localizada o hipomaduración del esmalte, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y un gran número de otros defectos más infrecuentes.

1.1.1.1.2 Dolor pulpar atribuido a procedimiento dental

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1 *Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad*.
- B. Recientemente se ha realizado un tratamiento dental¹ en el diente afectado.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La aparición del dolor suele ocurrir horas o días después del procedimiento dental.

1.1.1.2.1 Dolor pulpar atribuido a eliminación extensa de dentina

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a procedimiento dental*.
- B. Se ha producido la eliminación reciente¹ de dentina en el diente afectado, la cual cumple alguna de las siguientes características:
 1. Es profunda (es decir, muy cerca de la pulpa)
 2. Es amplia (es decir, hay apertura de los túbulos dentinarios en una zona extensa)
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La aparición del dolor suele ocurrir horas o días después del procedimiento dental.
- 2.

1.1.1.2.2 Dolor pulpar atribuido a la colocación de una restauración

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a procedimiento dental*.
- B. Colocación reciente¹ de una restauración directa o indirecta en el diente afectado.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La aparición del dolor suele ocurrir horas o días después del procedimiento dental.

1.1.1.1.2.3 Dolor pulpar atribuido a supraoclusión o hiperarticulación después de un procedimiento dental restaurador

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a procedimiento dental*.
- B. Un procedimiento restaurador¹ ha provocado que el diente afectado quede en supraoclusión y/o hiperarticulación.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Los procedimientos restauradores incluyen los provisionales, las restauraciones dentales y el reemplazo protésico.

1.1.1.1.3 Dolor pulpar atribuido a sensibilización central

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en uno o más dientes que cumple los criterios de 1.1.1.1 *Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad* y los criterios C y D.
- B. Las dos características siguientes:
 - 1. Se ha diagnosticado otra afección de dolor orofacial, cervical o corporal generalizado.
 - 2. Existen signos de sensibilización central¹.
- C. Cualquiera de las características siguientes:
 - 1. El dolor se presenta espontáneamente.
 - 2. El dolor se presenta y/o fluctúa con la otra afección dolorosa.
- D. No siempre se alivia con anestesia local o analgésicos de acción periférica.
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Los signos incluyen dolor referido, sumación temporal del dolor y alodinia.

Comentarios:

El 1.1.1.1.4 *Dolor pulpar atribuido a sensibilización central* puede presentarse en varios dientes simultáneamente, o comenzar en uno y luego extenderse a otros. Puede ser continuo o recurrente y presentarse por períodos prolongados; en muchos casos es crónico.

Los síntomas de dolor pueden variar desde hipersensibilidad dentinaria hasta un dolor persistente, indicativo de pulpitis y a menudo están acompañados de signos autonómicos (ver 5.1 *Migraña orofacial*).

El tratamiento satisfactorio de la otra(s) afección(es) de dolor y de los síntomas psicológicos asociados suele reducir el dolor dental. En algunos casos, el tratamiento dental desensibilizante puede reducir o aliviar el dolor.

1.1.1.1.4 Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad por otra causa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en uno o más dientes que cumplen los criterios de 1.1.1.1 *Dolor pulpar atribuido a hipersensibilidad* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno documentado como causante de dolor pulpar, pero distinto a los enumerados de 1.1.1.1.1 a 1.1.1.1.4.
- C. La causalidad es posible según criterios anatómicos, funcionales y/o asociación temporal.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

1.1.1.2 Dolor pulpar atribuido a exposición pulpar por traumatismo dental

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1 *Dolor pulpar* y el criterio C.
- B. El traumatismo dental ha causado cualquiera de las siguientes situaciones, exponiendo el tejido pulpar vital del diente afectado:
 - 1. Fractura del esmalte, la dentina y la pulpa (fractura coronal complicada).
 - 2. Fractura del cemento radicular, la dentina y la pulpa (fractura radicular complicada).
 - 3. Fractura del esmalte, el cemento radicular, la dentina y la pulpa (fractura corono-radicular complicada).
- C. El dolor aparece minutos y horas después del traumatismo.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentario:

El 1.1.1.2 *Dolor pulpar atribuido a exposición pulpar por traumatismo dental* varía de leve a moderado. Suele empeorar con el aire, los líquidos o la presión sobre el tejido pulpar

expuesto, pero desaparece cuando el estímulo cesa. Sin embargo, en el período inmediatamente posterior al traumatismo, no hay sensibilidad a la temperatura, dolor espontáneo ni dolor irradiado, ya que estos síntomas generalmente aparecen más tarde y están asociados con la inflamación.

1.1.1.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis (inflamación pulpar)

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1 *Dolor pulpar* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado pulpitis en el diente afectado¹.
- C. La causalidad es posible basándose en una asociación anatómica, funcional y/o temporal².
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La pulpitis puede deberse a un traumatismo o una infección según se especifique en cada subforma.
2. Este criterio se aplica en cascada a todas las subformas.

Comentarios:

El 1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis* puede variar de leve a intenso y puede estar relacionado con la gravedad de la inflamación. Sin embargo, una inflamación pulpar grave también puede ser asintomática.

Los criterios diagnósticos sugeridos para pulpitis reversible o irreversible presentada en las subformas siguientes no han sido validados científicamente, y la presencia y las características de los síntomas parecen estar poco relacionadas con el estado de la pulpa. Cuando la pulpa ha sido expuesta directamente a la microbiota oral durante un período, pierde su capacidad de reparación y se considera que la pulpitis es irreversible. Por lo tanto, cuando se asocia con caries, la pulpitis se considera potencialmente reversible, siempre que una zona de dentina funcionalmente intacta separe el frente bacteriano del tejido pulpar vital y potencialmente irreversible cuando no existe tal separación.

1.1.1.3.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible por infección de la dentina

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis*.
- B. Se ha diagnosticado pulpitis reversible¹ por infección de la dentina² en el diente afectado.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La reversibilidad se diagnostica basándose en signos clínicos y/o radiográficos de la presencia de una zona intacta de dentina que cubre la pulpa.
2. La infección queda demostrada por la presencia de caries, o dentina expuesta a la microbiota de la cavidad oral durante un período de tiempo.

Comentario:

El dolor atribuido a pulpitis reversible suele describirse como leve, no espontáneo y provocado por cambios de temperatura. Cuando es provocado por estímulos térmicos (frío o calor) o mecánicos (sondaje, perforación) el dolor suele ser de corta duración y no dura más allá al estímulo. Responde a analgésicos de acción periférica (antiinflamatorios no esteroideos; AINES).

1.1.1.3.1.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible por caries que no se extiende a la pulpa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.1 *dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible por infección de la dentina*.
- B. Se ha diagnosticado caries en el diente afectado, sin signos clínicos o radiográficos de extensión a la pulpa.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentario:

Además de la sensibilidad térmica, el dolor puede ser provocado por presión sobre la dentina cariada.

1.1.1.3.1.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible por fractura del tejido dental duro con exposición de la dentina

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.1 *dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible por infección de la dentina*.
- B. Existen datos clínicos y/o radiográficos de cualquiera de las siguientes situaciones en el diente afectado, con exposición de dentina:
 - 1. Fractura únicamente del esmalte.
 - 2. Fractura del esmalte y la dentina.
 - 3. Fractura únicamente del cemento radicular.
 - 4. Fractura del cemento radicular y la dentina.
 - 5. Fractura del esmalte, del cemento radicular y la dentina.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentario:

Además de la sensibilidad térmica, el dolor puede ser provocado al raspar la superficie de la dentina infectada.

1.1.1.3.1.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible por fisura dental sin indicios de pérdida de sustancia dental

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.1 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis reversible por infección de la dentina* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una fisura o fractura incompleta del diente afectado, que involucra al esmalte o al esmalte y la dentina¹.
- C. La causalidad queda demostrada por al menos uno de los siguientes:
 - 1. Dolor agudo al morder².
 - 2. Dolor al liberar la presión de mordida o la aplicación de una fuerza externa².
 - 3. Hipersensibilidad al frío².
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. El diagnóstico puede realizarse mediante la identificación visual de la(s) línea(s) de fisura, con la ayuda de magnificación, mejora de la luz, visualización con colorante y/o mediante radiografías u otras imágenes.

2. El dolor en cada caso no dura más allá de la aplicación del estímulo.

Comentario:

A veces, los dientes fisurados tienen una profundidad de sondaje aumentada asociada con la fisura.

1.1.1.3.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por infección de la dentina

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis*.
- B. Se ha diagnosticado pulpitis irreversible¹ por infección de la dentina² en el diente afectado.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La irreversibilidad se diagnostica mediante pruebas clínicas y/o radiográficas que demuestran la ausencia de una zona de dentina íntegra que cubra la pulpa y/o mediante cualquiera de las siguientes características del dolor:

- a) Ocurre espontáneamente.
- b) Es continuo.
- c) Persiste más allá de la duración del estímulo (térmico: frío o calor; o mecánico: exploración o perforación) sobre la pulpa por más de unos segundos.
- d) Es intenso.
- e) Responde mal a los AINE.

2. Demostrada por la presencia de caries o dentina expuesta a la microbiota oral durante un tiempo.

Comentarios:

El dolor atribuido a pulpitis irreversible puede empeorar ante cambios de temperatura y también estar asociado con sensibilidad al morder o a la percusión. Cuando se produce, persiste más allá que la duración del estímulo.

Sin embargo, el dolor está poco relacionado con el estado de la pulpa. El valor de los síntomas para determinar el estado pulpar (reversible o irreversiblemente inflamada) es discutible y controvertido, con escasas pruebas científicas. El dolor intenso y continuo que no responde a los analgésicos (AINE) puede indicar inflamación irreversible y la necesidad de tratamientos invasivos.

1.1.1.3.2.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por caries que se extiende hasta la pulpa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.2 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por infección de la dentina*.
- B. Se ha diagnosticado una caries profunda en el diente afectado, con indicios clínicos y/o radiográficos de probable o franca extensión a la pulpa.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

1.1.1.3.2.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por fractura del tejido dental duro sin exposición pulpar

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.2 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por infección de la dentina*.
- B. Existen datos clínicos y/o radiográficos de alguno de los siguientes signos en el diente afectado, sin exposición del tejido pulpar vital:
 - 1. Fractura del esmalte y la dentina (fractura coronal no complicada)
 - 2. Fractura del cemento radicular y la dentina (fractura radicular no complicada)
 - 3. Fractura del esmalte, cemento radicular y dentina (fractura corono-radicular no complicada)
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentario:

Además de la sensibilidad térmica, el dolor puede desencadenarse al raspar la superficie de la dentina infectada.

1.1.1.3.2.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por una fisura dental sin indicios de pérdida de sustancia dental

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.2 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por infección de la dentina* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una fisura o fractura incompleta del diente afectado que involucra al esmalte o al esmalte y la dentina¹.
- C. La causalidad queda demostrada por al menos una de las características siguientes:
 - 1. Dolor agudo al morder².
 - 2. Dolor al liberar la presión de mordida o aplicación de fuerza externa².
 - 3. Hipersensibilidad al frío².

D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. El diagnóstico puede realizarse mediante la identificación visual de la(s) línea(s) de fisura, con la ayuda de magnificación, mejora de la luz o visualización con colorante y/o mediante radiografía u otras imágenes.
2. En cada caso, el dolor suele perdurar más allá de la aplicación del estímulo.

Comentario:

Los dientes fisurados pueden causar un dolor agudo al morder, sensibilidad al frío inexplicable, dolor al liberar la presión, o presentar una profundidad de sondaje aumentada asociada con la fisura. El dolor generalmente dura más que la aplicación del estímulo.

1.1.1.3.3 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por infección de la pulpa dental

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis* y el criterio C.
- B. La pulpa del diente afectado está infectada¹.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la infección, o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La infección se evidencia por la exposición de la pulpa a la microbiota de la cavidad oral durante un período.

1.1.1.3.3.1 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por exposición de la pulpa cariada e infección pulpar

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por infección de la pulpa dental*.
- B. Se ha diagnosticado caries profunda en el diente afectado con signos clínicos y/o radiográficos de extensión hasta la pulpa.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentario:

Los estudios histológicos indican que cuando la lesión de caries (frente bacteriano) llega a la pulpa, es probable que la inflamación sea irreversible. La evaluación se basa en aspectos clínicos y radiológicos. En ausencia de una zona de dentina intacta y funcional entre la dentina cariada y la pulpa, se puede concluir que los microorganismos están en contacto directo con el tejido pulpar y lo han infectado, lo que provoca una gran inflamación. Cabe señalar que, en muchos casos, este cuadro puede ser asintomático.

1.1.1.3.2 Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por fractura del tejido dental duro con exposición pulpar

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por infección de la pulpa dental* y el criterio C.
- B. Existen datos clínicos y/o radiográficos de cualquiera de los siguientes signos en el diente afectado, con exposición del tejido pulpar vital:
 - 1. Fractura que afecta al esmalte, la dentina y la pulpa (fractura coronal complicada).
 - 2. Fractura que afecta al cemento radicular, la dentina y la pulpa (fractura radicular complicada).
 - 3. Una fractura que afecta al esmalte, cemento radicular, dentina y pulpa (fractura corono-radicular complicada).
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la fractura, o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentario:

Además de la sensibilidad térmica, el dolor puede ser desencadenado por estimulación mecánica de la pulpa expuesta o la dentina adyacente.

1.1.1.3.4 Dolor pulpar atribuido a pulpitis debido a reabsorción radicular cervical externa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en un diente que cumple los criterios de 1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis* y el criterio C.

- B. Se ha diagnosticado una reabsorción radicular cervical externa en el diente afectado mediante observación clínica y/o radiográfica.
- C. La aparición del dolor guarda una relación temporal con el inicio de la reabsorción o condujo a su descubrimiento
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

La reabsorción radicular cervical es un proceso mediante el cual la dentina se reabsorbe por la actividad osteoclástica. La afección es asintomática hasta que la pulpa se ve afectada, generalmente al final del proceso. La infección secundaria en el área reabsorbida estimula una respuesta inflamatoria en la pulpa adyacente, que puede ser reversible o irreversible. Por razones técnicas y/o de pronóstico, el tratamiento de la reabsorción generalmente implica la terapia pulpar (pulpectomía) independientemente del grado de inflamación pulpar. Además de la sensibilidad térmica, el dolor puede desencadenarse por presión sobre la zona de reabsorción en la dentina.

1.1.1.3.5 Dolor pulpar atribuido a pulpitis por otras causas

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en uno o más dientes que cumplen los criterios de 1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno documentado como causante de dolor pulpar¹ distinto a los enumerados de 1.1.1.3.1 a 1.1.1.3.4.
- C. La causalidad es posible según criterios anatómicos, funcionales y/o asociación temporal
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Como ejemplo, algunos casos publicados indican que puede ocurrir pulpitis y dolor pulpar secundaria a eventos neurovasculares (inflamación neurogénica).

Comentario:

Los síntomas de dolor pueden variar desde hipersensibilidad dentinaria hasta dolor persistente, indicativo de pulpitis, que con frecuencia se acompañan de signos autonómicos (ver 5.1 *Migraña orofacial*).

1.1.1.4 Dolor pulpar atribuido a causa sistémica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor en uno o más dientes que cumplen los criterios de 1.1.1 *Dolor pulpar* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno o enfermedad sistémica documentado como causante de dolor pulpar¹.
- C. La causa del dolor es posible clínicamente.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Un ejemplo es la anemia de células falciformes.

Comentarios:

El dolor pulpar puede ser consecuencia de una enfermedad sistémica que cause un cambio en la condición de la pulpa. Por ejemplo, las crisis de la anemia de células falciformes pueden provocar dolor dental. La necrosis pulpar, presuntamente secundaria a infartos vaso-oclusivos, se ha reportado en pacientes con anemia falciforme. El fenómeno de “odontalgia falciforme” puede ocurrir si las células falciformes quedan atrapadas en el suministro vascular pulpar e impiden el flujo sanguíneo al tejido pulpar. Esto conduce a una hipoxia, síntomas de pulpitis, muerte celular y en última instancia, pérdida de la vitalidad dental.

Cuando una enfermedad sistémica provoca dolor pulpar, es frecuente que varios dientes se vean afectados.

1.1.2 Dolor periodontal

Descripción:

Dolor causado por una lesión o trastorno que afecta al periodonto: el ligamento periodontal y/o el tejido óseo alveolar (perirradicular) adyacente.

Criterios diagnósticos:

- A. Cualquier dolor en el periodonto¹ que cumpla el criterio C.
- B. Existen datos clínicos, de laboratorio, imagenológicos y/o anamnésticos de una lesión, enfermedad o traumatismo² documentado como causante de dolor periodontal
- C. La causalidad queda demostrada por las dos características siguiente:
 1. La ubicación del dolor coincide con el lugar de la lesión, enfermedad o traumatismo¹.

2. El dolor empeora ante un estímulo físico³ aplicado al diente afectado (horizontal o verticalmente) o al tejido que recubre la raíz.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. El dolor también puede referirse y/o irradiarse a otras localizaciones orofaciales ipsilaterales.
2. La lesión, enfermedad o traumatismo se especifica en cada una de las subformas.
3. El estímulo puede ser mecánico, térmico o químico, tal como se especifica en algunas subformas.

Comentario:

El dolor periodontal puede estar asociado con todo tipo de lesión o enfermedad periodontal. El dolor es predominantemente inflamatorio y secundario a alteraciones externas o internas.

1.1.2.1 Dolor periodontal atribuido a periodontitis (inflamación periodontal)

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2 *Dolor periodontal* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una inflamación periodontal¹.
- C. La causalidad es posible según criterios anatómicos, funcionales y/o asociación temporal².
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La inflamación puede deberse a un traumatismo o infección y se especifica en cada subforma.
2. Este criterio se aplica en cascada a todas las subformas.

Comentarios:

El 1.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis* se subcategoriza según la causa de la inflamación. La mayoría de las veces, la periodontitis (tanto marginal como apical) es asintomática, pero también puede presentarse con dolor y a veces con una inflamación visible. En tales casos, el dolor es provocado por estimulación mecánica como morder o masticar y normalmente es fácil de localizar para el paciente. También, puede haber dolor espontáneo, que suele durar horas y puede variar de leve a intenso. El dolor se puede reproducir mediante percusión o aplicando presión sobre el diente.

En algunos casos, también puede presentarse dolor gingival.

1.1.2.1.1 Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal traumática

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis* y el criterio C.
- B. Los tejidos periodontales afectados se han visto comprometido por un traumatismo o lesión¹.
- C. El dolor aparece minutos o días después del traumatismo o lesión
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La lesión puede ser accidental, no accidental, infligida por otros, autoinfligida o yatrogénica.

Comentarios:

La lesión traumática de los tejidos periodontales causa una inflamación aguda del periodonto que puede ser dolorosa en mayor o menor medida (de leve a intenso) y empeora ante la estimulación mecánica del diente. Puede presentarse dolor espontáneo.

Los traumatismos o lesiones dentales accidentales afectan a entre el 10 % y el 30 % de la población y se producen casi exclusivamente en los incisivos (maxilar entre un 75 % a 80 % y mandibular entre un 20 % a 25 %). La incidencia se ha descrito como de dos a tres dientes lesionados por cada 100 niños en edad escolar al año, y la prevalencia de dientes permanentes traumatizados en niños y adolescentes varía del 6 % al 34 %. Los datos epidemiológicos sugieren que, si bien los traumatismos leves son los más frecuentes, aproximadamente el 3 % de los incisivos permanentes en personas de entre 6 y 50 años han sufrido una lesión traumática lo suficientemente grave como para ser dolorosa.

Las causas yatrogénicas incluyen las lesiones dentales accidentales, pero también los microtraumatismos causados, por ejemplo, por cambios en la oclusión o la articulación después de un tratamiento dental y el daño periodontal por intervenciones como la cirugía periodontal.

1.1.2.1.1 *Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal traumática inducida* se subcategoriza por consiguiente, de acuerdo al tipo de traumatismo o lesión.

1.1.2.1.1.1 Dolor periodontal atribuido a supraoclusión o hiperarticulación

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.1 *Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal traumática* y los criterios C y D.
- B. Se ha producido un cambio en las condiciones oclusales, resultando en una supraoclusión o hiperarticulación identificada por al menos una de las siguientes características:
 - 1. Contacto prematuro que afecta a un diente en oclusión o articulación.
 - 2. Hiper movilidad de un diente.
- C. El dolor aparece horas o días después del cambio en las condiciones oclusales.
- D. La estimulación mecánica¹ reproduce el dolor.
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

- 1. La estimulación mecánica puede ser presión o percusión del diente afectado.

Comentarios:

El dolor periodontal atribuido a factores oclusales implica la sensibilización de los nociceptores periodontales y una respuesta inflamatoria debido a la sobrecarga excesiva del diente.

Los antecedentes incluyen una restauración dental reciente, extracción dental u otro cambio en la oclusión o articulación. El paciente puede manifestar que el diente se siente alto. Clínicamente, se observa un contacto prematuro en oclusión o articulación. El dolor puede reproducirse por percusión o aplicando presión en el diente. El diente puede presentar movilidad aumentada y de ser así, el examen radiográfico puede mostrar un ensanchamiento del espacio periodontal.

1.1.2.1.1.2 Dolor periodontal posoperatorio

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.1 *Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal traumática* y el criterio C.
- B. Una intervención quirúrgica ha afectado al periodonto.
- C. El dolor aparece horas o días después de la intervención quirúrgica
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

El dolor periodontal posoperatorio es iatrogénico, causado por un daño tisular quirúrgico y la posterior inflamación. El dolor suele ser leve o moderado y puede estar acompañado de una inflamación clínicamente observable y a veces de pus.

Si ocurre una cicatrización fisiológica normal (por primera intención), la duración del dolor suele ser corta (1 a 2 semanas).

De vez en cuando se observa un dolor prolongado debido a cicatrización por segunda intención y/o infección posoperatoria, pero generalmente no excede los 3 meses.

1.1.2.1.1.3 Dolor periodontal atribuido a traumatismo dental accidental

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.1 *Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal traumática* y el criterio C.
- B. Un diente ha sido afectado por un traumatismo accidental¹, con datos clínicos y/o radiográficos de uno o más de los siguientes diagnósticos:
 - 1. Concusión.
 - 2. Subluxación.
 - 3. Luxación lateral.
 - 4. Intrusión.
 - 5. Extrusión.
 - 6. Avulsión.
 - 7. Fractura radicular².
- C. El dolor aparece minutos o días después del traumatismo.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

- 1. En el caso de la fractura radicular, la sobrecarga excesiva del diente es una posible causa accidental.
- 2. La fractura radicular puede ser horizontal o vertical.

Comentarios:

Los traumatismos o lesiones dentales accidentales afectan entre el 10% y el 30 % de la población y se producen casi exclusivamente en los incisivos (75 % a 80 % en el maxilar y 20 % a 25% en la mandíbula). La incidencia oscila de dos a tres dientes lesionados por cada 100 niños en edad escolar por año y la prevalencia de dientes permanentes traumatizados en niños y adolescentes varía entre el 6 % al 34 %.

Los datos epidemiológicos sugieren que, si bien los traumatismos leves son los más frecuentes, aproximadamente el 3 % de los incisivos permanentes en personas de 6 a 50 años han sufrido una lesión traumática lo suficientemente grave como para ser dolorosa.

La concusión, la subluxación y el traumatismo por extrusión también pueden incluir una lesión pulpar y el dolor periodontal puede presentarse junto con el dolor pulpar (véase 1.1.1 *Dolor pulpar*).

La luxación lateral y el traumatismo por intrusión también provocan lesiones pulpares y del hueso alveolar y el dolor periodontal puede aparecer junto con el dolor pulpar y el dolor en los huesos maxilares (ver 1.1.1 *Dolor pulpar* y 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares*).

El traumatismo por avulsión también puede incluir una lesión en el hueso alveolar y el dolor periodontal puede ocurrir junto con 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares*.

Una fractura radicular es una lesión de tejido duro que puede o no alcanzar el espacio pulpar. Si la pulpa se ve afectada, se expone directamente al ataque bacteriano de la cavidad oral y se inflama rápidamente. Si la pulpa está vital, el dolor puede coincidir con 1.1.1.3.3.2 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis irreversible por fractura de tejido dental duro con exposición pulpar*. Además del traumatismo accidental, otras causas habituales de fractura radicular incluyen la sobrecarga excesiva de un diente tratado endodónticamente, generalmente con un poste y muñón.

Los traumatismos dentales suelen causar dolor periodontal. La presentación clínica y radiográfica, así como las características y la gravedad del dolor, dependen de la naturaleza y la gravedad de la lesión traumática. A continuación, se incluye una breve descripción de los diagnósticos de traumatismos utilizados en la práctica odontológica (de la *Guía de traumatismos dentales*; <https://dentaltraumaguide.org> (consultado en enero de 2020)).

El dolor periodontal por concusión es causado por una lesión accidental en el periodonto y la posterior inflamación. El diente muestra una movilidad normal y no se desplaza de su alvéolo. A menos que previamente se haya tratado endodónticamente, el diente normalmente muestra signos de una pulpa vital. Las imágenes muestran condiciones perirradiculares normales.

El dolor periodontal debido a una subluxación es causado por una lesión accidental en el periodonto y su posterior inflamación. El diente muestra una movilidad aumentada, pero no se desplaza de su alvéolo. Los hallazgos clínicos incluyen sangrado del surco gingival. El diente responde a las pruebas de vitalidad pulpar en aproximadamente el 50 % de los casos. El examen radiográfico puede mostrar un ensanchamiento del espacio periodontal.

El dolor periodontal debido a una luxación lateral es causado por una lesión accidental en el periodonto y su posterior inflamación. El diente se desplaza lateralmente de su alvéolo en combinación con una conminución o fractura del hueso alveolar vestibular o lingual/palatino.

El ligamento periodontal está parcial o totalmente separado y se observa sangrado desde el surco. El diente generalmente muestra una movilidad reducida y puede interferir con la oclusión y/o articulación dental. El diente generalmente no responde a las pruebas de vitalidad pulpar. El examen radiográfico muestra una variación en el ancho del espacio periodontal según la proyección empleada.

El dolor periodontal por intrusión es causado por una lesión accidental en el periodonto y su posterior inflamación. El diente se desplaza axialmente hacia el hueso alveolar y, por lo tanto, parece más corto que los dientes adyacentes. La lesión se acompaña de conminución o fractura del alvéolo. Otros hallazgos clínicos pueden incluir una disminución de la movilidad y un sonido metálico a la percusión.

El diente generalmente no responde a las pruebas de vitalidad pulpar. El examen radiográfico muestra la ausencia (o una disminución del ancho) del espacio del ligamento periodontal en todo o parte del diente.

El dolor periodontal por extrusión es causado por una lesión accidental en el periodonto y su posterior inflamación. El diente está desplazado axial y parcialmente fuera de su alvéolo, por lo que parece alargado. El ligamento periodontal está parcial o totalmente separado y hay sangrado del surco, pero el alvéolo se encuentra intacto. El diente presenta movilidad aumentada y puede interferir con la oclusión/articulación. Generalmente no responde a las pruebas de vitalidad pulpar. El examen radiográfico muestra un aumento en el ancho del espacio del ligamento periodontal.

El dolor periodontal por avulsión se produce por una lesión accidental en el periodonto y su posterior inflamación. El diente se desplaza completamente fuera de su alvéolo, el cual se encuentra vacío o con un coágulo. El hueso alveolar circundante puede estar fracturado.

El dolor periodontal por fractura radicular es causado por una dislocación, por fragmentos y/o una posterior infección, que ocasionan una inflamación periodontal. Puede haber o no antecedentes de un episodio traumático accidental. El fragmento coronal puede estar desplazado y el diente puede parecer más largo que los dientes adyacentes, presentar movilidad aumentada e interferir con la oclusión/articulación. Puede haber una bolsa periodontal profunda localizada. Las imágenes muestran una fractura vertical u horizontal limitada a la raíz. Si el diente no tiene endodoncia, puede o no responder a las pruebas de vitalidad pulpar.

1.1.2.1.4 Dolor periodontal atribuido a otro traumatismo o lesión

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.1 *Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal traumática* y el criterio C.
- B. El o los dientes afectados se han visto comprometidos por un traumatismo no accidental o no violento¹.
- C. El dolor aparece en estrecha relación temporal con el traumatismo, o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Mediante hallazgos anamnésticos, clínicos o radiográficos o imagenológicos, se puede identificar un traumatismo documentado como causante de inflamación periodontal, tales como una refrigeración insuficiente durante procedimientos restauradores, la impactación de un cuerpo extraño interdental (incluida la impactación de alimentos), una restauración dental defectuosa o material endodóntico extruido apicalmente. Los hallazgos clínicos pueden incluir signos de inflamación aguda (tumefacción, enrojecimiento, presencia de pus), aumento de la movilidad dental y/o una bolsa periodontal profunda localizada. A menos que se haya realizado un tratamiento endodóntico, el diente suele mostrar signos de una pulpa vital. Las imágenes pueden mostrar pérdida ósea marginal localizada, que puede incluir o no a la región periapical.

1.1.2.1.2 Dolor periodontal atribuido a periodontitis apical por patología endodóntica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis*.
- B. Se ha diagnosticado periodontitis apical como consecuencia de una patología endodóntica.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

La patología endodóntica (es decir, lesión pulpar y periapical) se asocia frecuentemente con dolor que puede variar de leve a intenso. El dolor periodontal a causa de una patología endodóntica se asocia con inflamación pulpar, periapical, yuxtarradicular y/o perirradicular. Una ruptura de la barrera hacia la cavidad oral, la mayor parte de las veces causada por caries

y la posterior invasión bacteriana de la pulpa y el sistema de conductos radiculares, son las principales causas de inflamación de la pulpa y los tejidos periapicales.

Este tipo de dolor también puede afectar a las encías. La patología endodóntica, incluida la inflamación periapical, yuxtarradicular o perirradicular, también puede estar presente en ausencia de síntomas clínicos.

1.1.2.1.2.1 Dolor periodontal atribuido a inflamación pulpar

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.2 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis apical por patología endodóntica.*
- B. Se ha diagnosticado pulpitis (reversible o irreversible) por ambos de los siguientes signos:
 - 1. Signos de un trastorno dental en el diente afectado documentado como causante de pulpitis.
 - 2. Pulpa vital corroborada por una prueba de vitalidad pulpar
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

El dolor periodontal secundario a inflamación pulpar se asocia con una pulpitis sintomática. La inflamación periodontal se centra en la región periapical.

La pulpa está vital y, por lo tanto, el diente generalmente responde a la prueba de vitalidad pulpar. El diente a suele presentar sensibilidad a la percusión. Los hallazgos clínicos pueden incluir caries profundas, restauraciones profundas o defectuosas o reabsorción radicular cervical externa. Las imágenes pueden mostrar indicios de reabsorción ósea periapical localizada difusa o esclerosis.

Según los estudios, la asociación entre el estado real de la pulpa y el periodonto (histología) y los hallazgos diagnósticos es débil, incluidos los síntomas actuales y pasados, tales como las características del dolor dental, las observaciones clínicas y los resultados de distintas pruebas. Las técnicas diagnósticas actuales se basan en gran medida en la opinión de expertos y algunos estudios con deficiencias metodológicas.

El 1.1.2.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a inflamación pulpar* con frecuencia también cumple los criterios de 1.1.1.3 *Dolor pulpar atribuido a pulpitis*. En ese caso, se deben realizar ambos diagnósticos.

1.1.2.1.2.2 Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.2 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis apical por patología endodóntica.*
- B. Se ha diagnosticado necrosis pulpar parcial o total e infección endodóntica en el diente según los dos siguientes criterios:
 - 1. Signos de pulpa no vital mediante alguno de los siguientes:
 - a) Inspección directa o falta de respuesta a las pruebas de vitalidad pulpar.
 - b) Presencia de un conducto radicular previamente desbridado.
 - 2. Existen pruebas clínicas¹ y/o radiográficas² de inflamación apical³.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

- 1. Las pruebas clínicas incluyen dolor a la percusión y/o presión y/o dolor a la palpación apical.
- 2. Las pruebas radiográficas incluyen radiolucidez o esclerosis apical o yuxtarradicular.
- 3. La inflamación apical incluye periodontitis apical sintomática o absceso apical agudo.

Comentarios:

El dolor periodontal debido a una infección endodóntica se asocia con una pulpa no vital (o un diente previamente endodonciado) e infección del espacio pulpar. La pulpa está total o parcialmente necrótica (a menos que el diente haya sido tratado endodónticamente) y el diente normalmente no responde a las pruebas de vitalidad pulpar. Aunque es localizado, el dolor frecuentemente se refiere y/o irradia a otras zonas orofaciales del mismo lado, especialmente si es intenso. El dolor puede reproducirse por percusión o aplicando presión sobre el diente y/o la región vestibular periapical adyacente. Las imágenes normalmente muestran signos de reabsorción ósea periapical localizada.

La respuesta inflamatoria en los tejidos periapicales es causada por una infección del conducto radicular con una variada microbiota. Una mayor incidencia de dolor e inflamación en la periodontitis apical se asocia con la presencia de anaerobios específicos, tales como especies de *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus* y *Prevotella*. Cuando la infección local se propaga, puede formarse un absceso periapical.

1.1.2.1.2.2.1 Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica intrarradicular

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.2.2 *Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica*.
- B. Un diente presenta infección del conducto radicular¹.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La infección puede ser bacteriana, viral, fúngica u otra.

Comentarios:

En la mayoría de los dientes con pulpa necrótica infectada, la infección se limita al sistema de conductos radiculares.

Un tratamiento eficaz contra la infección generalmente da lugar a la resolución del dolor.

1.1.2.1.2.2.2 Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica extrarradicular

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.2.2 *Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica*.
- B. Se ha diagnosticado una infección extrarradicular¹ alrededor de uno o más dientes
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La infección puede ser bacteriana, viral, fúngica u otra.

Comentarios:

En el 1.1.2.1.2.2.2 *Dolor periodontal atribuido a infección endodóntica extrarradicular*, el agente infeccioso que causa la inflamación periodontal reside en la superficie externa de la raíz, apicalmente, en asociación con los orificios de los conductos accesorios, o en los tejidos periapicales.

La infección endodóntica extrarradicular puede ocurrir con o sin infección intrarradicular. En cualquier caso, los microorganismos colonizan el foramen apical externo y la superficie radicular, formando una biopelícula. Las especies anaeróbicas como *Actinomyces* y *Propionibacterium* también tienen la capacidad de formar colonias en los tejidos periapicales a cierta distancia de la raíz y esto se ha asociado con síntomas persistentes, incluido el dolor, después del tratamiento endodóntico.

El dolor generalmente no desaparece tras una desinfección exitosa del sistema de conductos radiculares. A veces, las imágenes revelan signos de reabsorción radicular apical externa.

1.1.2.1.3 Dolor periodontal atribuido a enfermedad periodontal

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado enfermedad periodontal¹.
- C. La causalidad es posible basándose en una asociación anatómica, funcional y/o temporal².
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La enfermedad se especifica en cada subforma.
2. Este criterio se aplica en cascada a todas las subformas.

Comentarios:

El dolor periodontal secundario a enfermedad periodontal asociada a biofilm puede ser de naturaleza aguda o crónica y, según el tipo, el dolor varía de leve a intenso.

La enfermedad puede ser localizada o generalizada. Se considera que varios factores intrínsecos (diabetes, embarazo, pubertad, menopausia) y extrínsecos (tabaquismo, medicamentos, carencias alimenticias (p. ej., avitaminosis-C)) son modificadores de la enfermedad. Además, los medicamentos que se sabe que están asociados con la hiperplasia gingival (p. ej., fenitoína, ciclosporina, bloqueadores de los canales de calcio, bifosfonatos y anticonceptivos orales) pueden promover el deterioro periodontal debido a las dificultades para mantener una higiene bucal adecuada.

1.1.2.1.3.1 Dolor periodontal atribuido a periodontitis crónica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3 *Dolor periodontal atribuido a enfermedad periodontal*.
- B. Se ha diagnosticado periodontitis crónica.

C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

1.1.2.1.3.1 El *Dolor periodontal atribuido a periodontitis crónica* puede presentarse en asociación con una mayor movilidad dental, rutinas de higiene bucal deficientes y suele ser leve. El dolor generalmente aparece solo por provocación y no persiste. La mayoría de los casos de periodontitis crónica no son dolorosos, pero pueden volverse dolorosos ante una reagudización inflamatoria (ver 1.1.2.1.3.5 *Dolor periodontal atribuido a absceso periodontal*).

La periodontitis crónica se caracteriza por una pérdida de inserción de progresión lenta, a veces con períodos de progresión más rápida. La ausencia o la baja intensidad del dolor se ha atribuido principalmente a los infiltrados de células inflamatorias crónicas que rodean a la fuente infecciosa y al drenaje funcional.

1.1.2.1.3.2 Dolor periodontal atribuido a periodontitis agresiva

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3 *Dolor periodontal atribuido a enfermedad periodontal*.
- B. Se ha diagnosticado periodontitis agresiva.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

El 1.1.2.1.3.2 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis agresiva* puede presentarse en asociación con una mayor movilidad dental, malas rutinas de higiene bucal y suele ser leve o moderado. El dolor generalmente aparece solo por provocación y no persiste.

La periodontitis agresiva se caracteriza por una pérdida de inserción que progresa rápidamente y en ocasiones comienza a una edad temprana.

1.1.2.1.3.3 Dolor periodontal atribuido a periodontitis como manifestación de un trastorno sistémico

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3 *Dolor periodontal atribuido a enfermedad periodontal* y el criterio D.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno sistémico¹ documentado como causante de periodontitis.

- C. La periodontitis se ha presentado como manifestación del trastorno sistémico.
- D. La causa del dolor es clínicamente posible.
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. El trastorno sistémico se especifica en cada subforma.

Comentarios:

Además de la enfermedad periodontal asociada a biofilm, diversos trastornos sistémicos se manifiestan como periodontitis. Los trastornos enumerados a continuación se consideran factores causales de periodontitis. También pueden alterar el curso de la periodontitis asociada a biofilm de crónica a agresiva.

El 1.1.2.1.3.3 *Dolor periodontal atribuido a la periodontitis como manifestación de un trastorno sistémico* puede presentarse en asociación con una mayor movilidad dental y rutinas de higiene bucal deficientes. El dolor suele ser leve o moderado, aparece solo por provocación y no persiste. Sin embargo, son escasos los estudios publicados sobre el grado en que la periodontitis, como manifestación de un trastorno sistémico, se asocia con dolor.

1.1.2.1.3.3.1 Dolor periodontal atribuido a trastorno hemático

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3.3 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis como manifestación de un trastorno sistémico*.
- B. El trastorno sistémico es uno de los siguientes:
 1. Neutropenia adquirida.
 2. Leucemia.
 3. Otro trastorno hemático documentado como causante de periodontitis.

1.1.2.1.3.3.2 Dolor periodontal atribuido a trastorno genético

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3.3 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis como manifestación de un trastorno sistémico*.
- B. El trastorno sistémico es uno de los siguientes:
 1. Neutropenia familiar y cíclica.
 2. Síndrome de Down.

3. Síndromes de deficiencia de adhesión leucocitaria.
4. Síndrome de Papillon-Lefèvre.
5. Síndrome de Chediak-Higashi.
6. Síndromes de histiocitosis.
7. Enfermedad por almacenamiento de glucógeno.
8. Agranulocitosis genética infantil.
9. Síndrome de Cohen.
10. Síndrome de Ehler-Danlos (tipos IV y VIII).
11. Hipofosfatasa.
12. Otro trastorno genético documentado como causante de periodontitis.

1.1.2.1.3.3.3 Dolor periodontal atribuido a trastorno sistémico no especificado

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3.3 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis como manifestación de trastorno sistémico*.
- B. Está documentado que el trastorno sistémico puede causar periodontitis, pero no es hemático ni genético.¹

Nota:

1. Los trastornos sistémicos asociados con la periodontitis actualmente no están bien descritos en los estudios.

1.1.2.1.3.4 Dolor periodontal atribuido a periodontitis úlcero-necrosante (PUN)

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3 *Dolor periodontal atribuido a enfermedad periodontal* y criterio C.
- B. Se ha diagnosticado periodontitis ulcerativa necrosante.
- C. El dolor ha aparecido a las pocas horas o días del comienzo de las úlceras.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

La periodontitis úlcero-necrosante (PUN) es una infección bucal poco común, una forma más grave de gingivitis (ulcerosa) necrosante que, además de causar destrucción de los tejidos blandos, también incluye pérdida de inserción y de hueso alveolar. Las dos afecciones suelen agruparse dentro de las enfermedades periodontales necrosantes (EPN) y se asocian a una

disminución de la resistencia sistémica y disfunción inmunitaria. Los factores predisponentes incluyen estrés intenso, falta de sueño, alcohol, tabaquismo e infección por VIH.

El 1.1.2.1.3.4 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis úlcero-necrotizante (PUN)* suele ser intenso. El dolor es provocado por estímulos físicos aplicados al diente afectado o al tejido circundante. El dolor también aparece espontáneamente. Clínicamente se pueden observar lesiones necróticas en los tejidos blandos y pérdida de inserción.

1.1.2.1.3.5 Dolor periodontal atribuido a absceso periodontal

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1.3 *Dolor periodontal atribuido a enfermedad periodontal* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado un absceso periodontal mediante cualquiera de los dos:
 - 1. Signos clínicos de inflamación aguda¹ y pérdida de inserción².
 - 2. Hallazgos radiográficos de reabsorción ósea marginal y perirradicular.
- C. El dolor aparece en estrecha relación temporal³ con el absceso.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

- 1. Los signos clínicos incluyen inflamación, enrojecimiento y sensibilidad y/o presencia de pus.
- 2. La pérdida de inserción queda demostrada por una mayor movilidad y/o una bolsa periodontal profunda localizada.
- 3. Generalmente horas o días antes de la aparición del absceso.

Comentarios:

Un absceso periodontal es una reagudización de la periodontitis crónica o periodontitis agresiva y el dolor asociado suele ser intenso. Además de la inflamación, otros hallazgos clínicos incluyen el depósito de biofilm y/o cálculo en la superficie radicular, generalmente con aumento de la movilidad dental y una bolsa periodontal profunda localizada. A menos que se haya realizado una endodoncia previa, el diente generalmente presenta signos de una pulpa vital. Las imágenes muestran datos sugestivos de reabsorción ósea marginal y perirradicular, que puede incluir o no a la región periapical.

Aunque es localizado, el dolor frecuentemente se refiere y/o irradia a otras zonas orofaciales del mismo lado, especialmente si el dolor es intenso. El dolor se puede reproducir por percusión o aplicando presión sobre el diente y/o la región vestibular periapical adyacente.

1.1.2.1.4 Dolor periodontal atribuido a periodontitis apical y marginal por una combinación de infección endodóntica y enfermedad periodontal

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis* y el criterio C.
- B. Se han diagnosticado los dos siguientes¹:
 - 1. Necrosis pulpar parcial o total, o un diente tratado previamente con endodoncia.
 - 2. Enfermedad periodontal.
- C. La causalidad es posible según criterios anatómicos, funcionales. y/o asociación temporal.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

- 1. El diagnóstico se basa en observaciones clínicas y radiográficas.

Comentarios:

Una lesión endodóntica y periodontal combinada puede ser asintomática. Si hay dolor, normalmente es moderado o intenso y otros hallazgos clínicos pueden incluir signos de inflamación aguda (tumefacción, enrojecimiento, presencia de pus), depósito de biofilm y/o cálculo en la superficie radicular, aumento de la movilidad dental y bolsa(s) periodontal(es) profunda(s). Si no se realizó una endodoncia previamente, el diente no muestra signos de vitalidad pulpar o las pruebas son inconcluyentes. Las imágenes muestran datos sugestivos de reabsorción ósea marginal y perirradicular que incluye a la región periapical.

Aunque es localizado, el dolor frecuentemente se refiere y/o irradia a otras zonas orofaciales del mismo lado, especialmente si el dolor es intenso. El dolor se puede reproducir por percusión o aplicando presión sobre el diente y/o la región vestibular periapical adyacente.

1.1.2.1.5 Dolor periodontal atribuido a periimplantitis infecciosa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis* con la excepción de que involucra a un implante y no a un diente natural y el criterio C.

- B. Existen datos clínicos¹ y/o radiográficos² de una infección periimplantaria.
- C. La causalidad es posible según criterios anatómicos, funcionales y/o asociación temporal.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. Los Hallazgos clínicos incluyen signos de inflamación aguda (tumefacción, enrojecimiento, presencia de pus) y/o pérdida de inserción (aumento de movilidad, bolsa profunda).
2. Los hallazgos radiográficos incluyen una radiolucidez que rodea total o parcialmente al implante.

Comentarios:

La inflamación que rodea al implante dental suele ser indolora, pero cuando se produce dolor, normalmente es moderado o intenso. Otros hallazgos clínicos pueden incluir depósito de biofilm y/o cálculo en la superficie del implante. Las imágenes muestran una mala integración ósea del implante y datos sugestivos de pérdida ósea marginal horizontal o reabsorción ósea periimplantaria localizada.

Los pacientes con 1.1.2.1.5 *Dolor periodontal atribuido a periimplantitis infecciosa* también es probable que presenten 1.1.3 Dolor gingival.

1.1.2.2 Dolor periodontal atribuido a una causa local no inflamatoria

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.2 *Dolor periodontal* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado² un trastorno local no inflamatorio documentado como causante de dolor periodontal¹.
- C. La causa del dolor es clínicamente posible basándose en una asociación anatómica y/o temporal
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. Ejemplos de tales trastornos son el quiste o tumor periodontal.
2. El diagnóstico es clínico, imagenológico y/o histológico.

Comentarios:

El 1.1.2.2 *Dolor periodontal atribuido a una causa local no inflamatoria* suele ser leve o moderado. Los quistes periodontales, los quistes radiculares y los tumores suelen ser asintomáticos, pero tras su expansión, pueden aparecer síntomas como dolor, inflamación localizada y desplazamiento de uno o más dientes. En tales casos, el dolor puede ser provocado por una estimulación mecánica externa, como morder o masticar, y generalmente es fácil de localizar para el paciente. También puede presentarse dolor espontáneo, que rara vez es intenso.

1.1.3 Dolor gingival

Descripción:

Dolor causado por una lesión o trastorno que afecta a los tejidos gingivales.

Clasificado en otro lugar:

El dolor gingival que se produce en asociación con afecciones que afectan principalmente a otros tejidos orales se clasifica en otras secciones: para dolor gingival atribuido a osteítis alveolar (alveolitis seca), ver 1.2.3.5 *Dolor de los huesos maxilares atribuido a tratamiento*; para el dolor gingival atribuido a periodontitis, consulte 1.1.2.1 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis (inflamación periodontal)*; para el dolor gingival atribuido a periodontitis apical, ver 1.1.2.1.2 *Dolor periodontal atribuido a periodontitis apical por patología endodóntica*; para el dolor gingival palatino atribuido a sialoadenitis necrosante aguda, ver 1.2.2.2.1 *Dolor en las glándulas salivales atribuido a infección bacteriana*.

Para el dolor gingival atribuido a neuropatía, consulte 4.1. *Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino*. Los puntos neurálgicos de la 4.1.1 *Neuralgia del trigémino* pueden localizarse en las encías y al tacto ligero se producirán los clásicos ataques de dolor paroxístico intenso que afectan a todo el dermatoma correspondiente a la rama nerviosa afectada. Como consecuencia, a los pacientes puede resultarles imposible usar una dentadura postiza en la región. El dolor gingival también puede ocurrir como parte de la presentación clínica temprana de la 4.1.1 *Neuralgia del trigémino*, que es el "dolor de la pre-neuralgia del trigémino" profundo y difuso que a veces precede a la aparición del dolor paroxístico característico.

Para la neuropatía periférica asociada con dolor gingival, consulte 4.1.2 *Otros dolores neuropáticos del trigémino*.

Para el dolor gingival idiopático, ver 6. *Dolor orofacial idiopático*. El síndrome de boca ardiente (SBA) también puede afectar a las encías, que se presenta como un dolor gingival localizado o más ampliamente distribuido (ver 6.1 *Síndrome de boca ardiente*). El dolor

dentoalveolar idiopático persistente (DDIP) se asocia frecuentemente con dolor localizado en las encías (ver 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente*).

Se debe tener en cuenta a los pacientes que presentan dolor gingival asociado con dolor crónico generalizado u otras afecciones de dolor múltiple, que pueden ser atribuibles a sensibilización central u otros mecanismos.

Criterios diagnósticos:

- A. Cualquier dolor en las encías¹ que cumpla el criterio C.
- B. Existen datos clínicos, de laboratorio, imagenológicos y/o anamnésticos de una lesión o trastorno de los tejidos gingivales documentados como causante de dolor.
- C. La causalidad queda demostrada por al menos dos las siguientes situaciones:
 - 1. La ubicación del dolor coincide con el lugar(es) de la(s) lesión(es) o trastorno¹.
 - 2. El dolor se presenta en relación temporal con la aparición o inicio de la lesión o trastorno.
 - 3. El dolor empeora con la manipulación del tejido gingival afectado.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. El dolor también puede referirse y/o irradiarse a otras localizaciones orofaciales ipsilaterales.

1.1.3.1 Dolor gingival atribuido a gingivitis (inflamación gingival)

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3 *Dolor gingival*.
- B. Se ha diagnosticado² gingivitis¹.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

- 1. La gingivitis por traumatismo, infección o trastorno sistémico se especifica en cada subforma.
- 2. El diagnóstico se realiza mediante la observación clínica de signos inflamatorios (tumefacción, enrojecimiento y sangrado) en las encías.

Comentario:

La gingivitis puede ser causada por una infección por organismos microbianos específicos o inespecíficos, traumatismos (físicos, térmicos, radiactivos o químicos), autoinmunidad o reacción alérgica.

1.1.3.1.1 Dolor gingival atribuido a traumatismo

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1 *Dolor gingival atribuido a gingivitis*, y el criterio C.
- B. Se ha producido un traumatismo¹ o lesión² que afecta a los tejidos gingivales.
- C. Se cumplen ambas de las siguientes características:
 - 1. El dolor se localiza en los tejidos traumatizados o lesionados.
 - 2. El dolor aparece minutos a días después del traumatismo o lesión.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

- 1. El traumatismo puede ser mecánico, térmico o químico.
- 2. La lesión puede ser accidental o no accidental, infligida por otros, autoinfligida, o iatrogénica.

Comentarios:

La lesión traumática de los tejidos gingivales provoca una inflamación aguda y puede ser dolorosa en mayor o menor intensidad. Las úlceras traumáticas de la encía pueden ser de naturaleza aguda o crónica, siendo esta última más difícil de diagnosticar debido a la fibrosis subyacente y al aspecto clínico de induración neoplásica.

El 1.1.3.1.1 *Dolor gingival atribuido a un traumatismo* puede variar de leve a intenso y empeora ante la provocación mecánica de las encías. Puede aparecer presentarse espontáneo. Las causas del 1.1.3.1.1 *Dolor gingival atribuido a traumatismo* incluyen lesiones dentales accidentales, pero también microtraumatismos causados, por ejemplo, al comer o beber alimentos o bebidas demasiado calientes, después de un tratamiento dental, o por traumatismo debido al cepillado de dientes, al uso del hilo dental u otros instrumentos interdentes. Una historia clínica detallada muchas veces alertará al médico sobre una etiología traumática o quemaduras causadas por alimentos calientes o productos químicos. La exploración clínica puede revelar el factor causal, como un diente o una restauración rota

y afilada o una dentadura postiza que no ajusta bien. La ulceración debido a la inyección de anestésico local ocurre con mayor frecuencia en el paladar duro, como resultado combinado de la presión y la necrosis isquémica.

Las dentaduras postizas mal ajustadas pueden causar úlceras dolorosas. Los dientes sobreerupcionados o los hábitos parafuncionales también pueden causar un traumatismo gingival oclusal local con la consiguiente inflamación y dolor. El daño gingival yatrogénico ocurre durante la mayoría de las cirugías dentales; por ejemplo, extracción dental, cirugía gingival o periodontal o el tratamiento restaurador dental. Las quemaduras químicas pueden estar relacionadas con el mal uso de comprimidos antiinflamatorios o se producen como consecuencia de un tratamiento dental. La autolesión es una causa infrecuente de traumatismo gingival.

El traumatismo dental también puede causar dolor gingival inflamatorio (ver 1.1.2.1.1 *Dolor periodontal atribuido a inflamación periodontal traumática*).

1.1.3.1.2 Dolor gingival atribuido a infección

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1 *Dolor gingival atribuido a gingivitis* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado² infección¹ de los tejidos gingivales.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la infección, o condujo a su descubrimiento
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La infección puede ser bacteriana, viral o fúngica, según se especifica en cada subforma.
2. El diagnóstico se basa en la información de la anamnesis, observaciones clínicas y/o análisis microbiológicos.

Comentarios:

La infección de los tejidos gingivales provoca una inflamación aguda y puede ser dolorosa en mayor o menor medida: el dolor puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de las encías. Puede presentarse dolor espontáneo.

La inmunosupresión adquirida o congénita puede aumentar el riesgo de infección gingival. Los pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor pueden contraer una variedad de

infecciones oportunistas, incluidas las candidiasis pseudomembranosas y otras infecciones fúngicas y virales. La terapia con factor de necrosis tumoral (TNF) aumenta el riesgo de tuberculosis (TBC). Los pacientes en tratamiento con infliximab y adalimumab con terapia inmunomoduladora combinada puede tener un mayor riesgo de tuberculosis, histoplasmosis y/o infecciones por coccidiomicosis. Los fármacos antirreumáticos como el metotrexato, el abatacept y el alefacept han aumentado los riesgos de infecciones por herpes simple, herpes zoster y TBC.

El 1.1.3.1.2 *Dolor gingival atribuido a infección* se subcategoriza según el microorganismo causante.

1.1.3.1.2.1 Dolor gingival atribuido a infección bacteriana

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1.2 *Dolor gingival atribuido a infección*.
- B. La infección es bacteriana.

Comentarios:

Las infecciones bacterianas son las infecciones orales más frecuentes y el dolor gingival puede estar asociado con una patología dental subyacente, como una infección periodontal o infecciones endodónticas que pueden presentarse con tumefacción, inflamación y dolor de la encía que recubre estas lesiones.

La gingivitis ulcero necrosante aguda (GUNA) (o gingivitis ulcero necrosante (GUN), periodontitis ulcero necrosante (PUN) o estomatitis ulcero necrosante (ENU)) es una infección gingival oportunista causada por una variedad de bacterias en niños desnutridos, adultos jóvenes y pacientes inmunodeficientes. Frecuentemente, la GUN es la presentación inicial que luego progresa a PUN, ENU y en última instancia a noma (una forma de gangrena que afecta a la cara). La necrosis y ulceración de la papila interdental, el dolor insoportable, la halitosis severa, linfadenopatía regional, malestar general y fiebre diferencian esta forma de ulceración de otras.

La pericoronaritis (inflamación alrededor de la corona de un diente) que causa dolor se asocia más frecuentemente con terceros molares parcialmente erupcionados. Otros dientes, tanto permanentes como temporales, pueden presentar pericoronaritis leve durante la erupción. Si el diente está impactado y no puede erupcionar por completo, puede producirse una infección continua o recurrente. El dolor es el resultado de la respuesta inflamatoria inmunitaria del individuo a las bacterias anaeróbicas colonizadas en una biopelícula que no puede eliminarse de los terceros molares que están parcialmente cubiertos por tejido blando.

1.1.3.1.2.2 Dolor gingival atribuido a infección viral

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1.2 *Dolor gingival atribuido a infección*.
- B. La infección es viral.

Comentarios:

Los tejidos gingivales infectados a menudo pueden estar ulcerados y ser dolorosos al tacto. El dolor local intenso suele asociarse a la ingesta de alimentos o bebidas ácidas, calientes o frías, lo que puede causar que el individuo no pueda comer ni beber y se deshidrate.

El virus herpes simple (VHS) es el virus más frecuente que afecta la mucosa oral. La gingivoestomatitis herpética, que es la infección primaria por VHS-1, afecta principalmente a niños y se presenta asintómicamente o con vesículas mucosas seguidas de una ulceración dolorosa que afecta tanto a la mucosa y las encías queratinizadas como las no queratinizadas. Los adultos con infección primaria sufren faringoamigdalitis herpética sintomática que se inicia en forma de vesículas que rápidamente se degradan en úlceras dolorosas y superficiales.

Otras infecciones virales de los tejidos gingivales incluyen el virus varicela-zoster (VZV), virus del papiloma humano (VPH), citomegalovirus (CMV), virus coxsackie e infecciones por VIH.

1.1.3.1.2.3 Dolor gingival atribuido a micosis

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1.2 *Dolor gingival atribuido a infección*.
- B. La infección es fúngica.

Comentarios:

El dolor gingival asociado con una infección fúngica es probablemente infrecuente y los estudios publicados son prácticamente inexistentes. Las manifestaciones dolorosas de la micosis oral por suelen afectar a la mucosa oral.

1.1.3.1.3 Dolor gingival atribuido a autoinmunidad

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1 *Dolor gingival atribuido a gingivitis*, y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una enfermedad o trastorno autoinmunitario documentado como causante de dolor gingival¹.
- C. La causa del dolor es clínicamente posible.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Algunos ejemplos son el penfigoide de las membranas mucosas, el síndrome de Sjögren y el pénfigo.

Comentarios:

El 1.1.3.1.3 *dolor gingival atribuido a autoinmunidad* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de las encías. Puede presentarse dolor espontáneo. Pueden aparecer varias lesiones cutáneas vesículo-ulcerosas de origen inmunitario con afectación de la mucosa oral, ya sea al mismo tiempo que la patología de la piel, como presentación inicial o a veces, como única presentación clínica.

El penfigoide de las membranas mucosas (MMP) es una enfermedad ampollosa autoinmune sistémica frecuente que afecta preferentemente a las membranas mucosas. Los anticuerpos se dirigen a las proteínas de adhesión de los queratinocitos a la matriz del tejido conjuntivo o hemidesmosomas (BP180 y laminina-332), lo que hace que el epitelio se separe de su lecho de tejido conjuntivo subyacente. La naturaleza subepitelial de la división da lugar a vesículas de techo grueso, que pueden estar todavía intactas en el examen. La rotura de las vesículas deja lesiones ulcerosas desprovistas de epitelio, cubiertas por un esfacelo de color blanco amarillento. Un hallazgo frecuente es la a gingivitis descamativa (encía eritematosa y friable con destrucción epitelial).

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune sistémica que frecuentemente se presenta de manera concomitante con otras enfermedades autoinmunes sistémicas del tejido conjuntivo o de órganos específicos. Esta asociación está bien descrita para el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide. Los tejidos gingivales pueden erosionarse e incluso cortarse con alimentos secos provocando dolor. La presencia del síndrome de Sjögren influye en cierta medida en la expresión de otras enfermedades autoinmunes, por ejemplo, aumentando la fatiga y el riesgo de linfoma.

El pénfigo engloba a un grupo de dermatosis ampollosas subepiteliales de origen inmunitario, en las cuales participan autoanticuerpos dirigidos contra las proteínas de adhesión de los queratinocitos (desmosomas) causando acantólisis. El pénfigo vulgar afecta con mayor frecuencia a la cavidad bucal, con autoanticuerpos dirigidos principalmente contra la desmogleína 1 y 3 (formas mucocutáneas) o solo contra la 3 (formas mucosas). El dolor gingival por pénfigo es infrecuente, ya que la enfermedad afecta mayoritariamente a la mucosa oral.

1.1.3.1.4 Dolor gingival atribuido a hipersensibilidad o reacción alérgica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1 *Dolor gingival atribuido a gingivitis* y el criterio C.
- B. Se ha producido una hipersensibilidad o reacción alérgica en los tejidos gingivales¹.
- C. El dolor aparece en relación temporal con la hipersensibilidad o reacción alérgica, o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La hipersensibilidad o reacción alérgica puede estar asociada con un material dental (como un material de impresión o de restauración temporal o permanente), un producto de higiene bucal, un fármaco tópico, un fármaco sistémico, un alimento o aditivo alimentario u otro factor.

Comentarios:

El 1.1.3.1.4 *Dolor gingival atribuido a hipersensibilidad o reacción alérgica* puede variar de leve a intenso y empeora por provocación mecánica de las encías. Puede presentarse dolor espontáneo. Las reacciones alérgicas y la hipersensibilidad de la mucosa oral son menos frecuentes que las cutáneas, probablemente a causa de la dilución de los alérgenos y el efecto de enjuague continuo del flujo salival normal. Pueden presentarse lesiones con edema tisular inespecífico, eritema, agrietamiento, úlceras, placas blancas hiperqueratósicas o descamación de la mucosa.

Suele identificarse una asociación temporal o espacial con un agente causal. Sin embargo, en el caso de hipersensibilidad a los medicamentos las lesiones pueden comenzar mucho después de la introducción del medicamento y pueden prolongarse durante meses después de suspenderlo, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento.

Una reacción de hipersensibilidad a un fármaco sistémico o a otro agente causal por contacto directo, puede provocar características clínicas e histológicas que recuerdan al liquen plano. Los términos *reacción liquenoide oral por medicamentos (RLOM)* y *lesión liquenoide oral por contacto (LLOC)* se utilizan respectivamente y ambos pueden presentarse con úlceras considerables, por lo general acompañadas de eritema y estrías blancas su periferia. La amalgama suele estar implicada en la LLOC, lo que se confirma mediante pruebas de parche para detectar mercurio o sensibilidad a la amalgama. Con cierta frecuencia, la RLOM se encuentra en pacientes tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), AINE e hipoglucemiantes orales.

Las posibles reacciones farmacológicas que causan reacciones mucogingivales orales están bien documentadas. El eritema fijo medicamentoso (EFM) es una forma de hipersensibilidad que se destaca por su naturaleza anatómica fija y se ha descrito con los AINE y otros oxicámicos, gabapentina, fluconazol y fármacos antibacterianos y antifúngicos sistémicos. Se debe sospechar EFM en pacientes con una asociación temporal con la ingestión de medicamentos. Puede confirmarse mediante pruebas de parche o pruebas de provocación oral y tratarse evitando o sustituyendo los medicamentos, mientras que las lesiones agudas se pueden tratar con esteroides tópicos o sistémicos.

Aunque es infrecuente, la estomatitis alérgica de contacto es una forma de mucositis reportada en asociación con materiales de impresión dental, materiales de restauración dental, benzocaína tópica y más habitualmente con las pastas dentales, los enjuagues bucales y los chicles que contiene canela. Las lesiones pueden aparecer como manchas mixtas rojas y blancas ulceradas, inflamación de las mejillas y descamación en labios, mejillas, lengua y encías de manera localizada o ampliamente distribuida.

La fibrosis medicamentosa con hiperplasia epitelial o hiperplasia fibrovascular a veces se asocia con dolor, probablemente como consecuencia de una infección periodontal subyacente causada por la dificultad con la higiene bucal en estas afecciones.

1.1.3.1.5 Dolor gingival atribuido a inflamación gingival por otra causa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3.1 *Dolor gingival atribuido a gingivitis* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno documentado como causante de gingivitis, pero distinto a los enumerados de 1.1.3.1.1 a 1.1.3.1.4.¹
- C. El dolor aparece en estrecha relación temporal con el trastorno o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Dichos trastornos incluyen trastornos o alteraciones endocrinas, carencias alimenticias, hemopatías, gastrointestinales y dermatológicas, trastornos inducidos por medicamentos (no atribuibles a hipersensibilidad o alergia) y trastornos genéticos.

Comentarios:

El 1.1.3.1.5 *Dolor gingival atribuido a inflamación gingival por otras causas* puede variar de leve a intenso y empeora por provocación mecánica de las encías. Puede presentarse dolor espontáneo. La inflamación de los tejidos gingivales puede manifestarse en asociación con una enfermedad, trastorno o condición sistémica o con el tratamiento de tales enfermedades o trastornos.

Una alteración del estado fisiológico, como en el embarazo y la menopausia, puede provocar cambios endocrinos que se manifiestan como malestar y dolor gingival. Los trastornos sistémicos que pueden causar gingivitis incluyen enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, diabetes mellitus), carencias alimenticias (hierro, complejo vitamínico B, zinc), anemia, trastornos gastrointestinales (enfermedad por reflujo gastroesofágico) y trastornos genéticos o inducidos por fármacos.

El *épulis* es una lesión hiperplásica no neoplásica, que se origina principalmente en los tejidos gingivales. Se pueden presentar varios tipos histológicos, de los cuales el más prevalente durante el embarazo es el tipo granulomatoso, una forma de granuloma piógeno. Este aumento de volumen se compone principalmente de vasos capilares y proliferación endotelial, la cual suele aparecer en la parte frontal del maxilar superior durante el tercer trimestre (a veces denominado "tumor del embarazo"). Además de su propia presencia, la lesión generalmente es asintomática, pero puede volverse dolorosa debido a la interferencia con la oclusión o con dentaduras desgastadas. Los factores causales son el mantenimiento inadecuado de la higiene bucal que provoca gingivitis crónica y niveles elevados de progesterona activa gingival que actúa mediante un mecanismo poco esclarecido.

La mucositis provocada por terapia antineoplásica asociada a quimioterapia y radiación afecta principalmente a la mucosa oral (ver 1.2.1.1.1.3 *Dolor en la mucosa oral atribuido a radiación o quimioterapia*), pero también puede afectar a las encías y causar dolor gingival. Por lo general, las lesiones hiperplásicas benignas o los tumores que afectan a las encías no están asociados directamente con dolor, pero pueden volverse dolorosas si se traumatizan y/o se infectan a consecuencia de interferencias con la oclusión o las dentaduras postizas (ver 1.1.3.1.1 *Dolor gingival atribuido a traumatismo* y 1.1.3.1.2 *Dolor gingival atribuido a infección*).

1.1.3.2 Dolor gingival atribuido a lesión maligna

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.1.3 *Dolor gingival* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una lesión maligna de los tejidos gingivales.
- C. La causa del dolor es posible basándose en una asociación anatómica y/o temporal.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

Las encías pueden verse afectadas por una variedad de neoplasias malignas primarias y metastásicas, las cuales pueden presentarse como úlceras inespecíficas. El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es el más habitual y frecuentemente se presenta como una úlcera indurada con fijación a los tejidos subyacentes, márgenes exofíticos enrollados, dolor y/o entumecimiento.

El 1.1.3.2 *Dolor gingival atribuido a lesión maligna* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de las encías. Puede presentarse dolor espontáneo.

1.2 Dolores de la mucosa oral, glándulas salivales y huesos maxilares.

Descripción:

Dolor causado por una lesión o trastorno que afecta a los tejidos periorales y orales no dentales: la mucosa bucal, las glándulas salivales y los tejidos óseos de los maxilares.

Clasificado en otro lugar:

Para el dolor que se origina en los músculos orofaciales, ver 2. *Dolor orofacial miofascial*. Para el dolor que se origina en la articulación temporomandibular, consulte 3. *Dolor en la articulación temporomandibular (ATM)*.

1.2.1 Dolor de la mucosa oral

Descripción:

Dolor causado por una enfermedad o trastorno que afecta a la mucosa oral.

Clasificado en otro lugar:

Para el dolor de la mucosa oral atribuido a neuropatía, consulte 4.1 *Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino*. (El dolor de la mucosa oral puede ocurrir como parte de la presentación clínica temprana de la 4.1.1 *Neuralgia del trigémino*: el llamado “dolor de la preneuralgia del trigémino” profundo y difuso que a veces precede a la aparición del dolor paroxístico característico. Los puntos neurálgicos de la 4.1.1 *Neuralgia del trigémino* pueden ubicarse en la mucosa oral y ante un ligero roce se provocarán los típicos ataques de dolor paroxístico intenso que afectan a todo el dermatoma de la rama nerviosa afectada).

Para la neuropatía periférica asociada con dolor en la mucosa oral, consulte 4.1.2 *Otros dolores neuropáticos del trigémino*. Para el dolor idiopático de la mucosa oral, consulte 6. *Dolor orofacial idiopático*. Para el síndrome de boca ardiente (SBA), que se presenta como un dolor en la mucosa oral localizado o más ampliamente distribuido, consulte 6.1 *Síndrome de boca ardiente*.

Para el dolor dentoalveolar idiopático persistente (DDIP), que a veces se asocia con dolor localizado en la mucosa oral adyacente, consulte 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente*.

Se debe tener en cuenta a los pacientes que presentan dolor en la mucosa oral asociado con dolor crónico generalizado u otras condiciones de dolor múltiple, que pueden ser atribuibles a sensibilización central u otros mecanismos.

Criterios diagnósticos:

- A. Cualquier dolor en la mucosa oral¹ que cumpla el criterio C.
- B. Existen datos de laboratorio, de imagen y/o anamnésticos de una lesión o trastorno de los tejidos de la mucosa oral documentado como causante de dolor².
- C. La causalidad queda demostrada por todo lo siguiente:
 - 1. La ubicación del dolor coincide con el lugar(es) de la lesión o trastorno¹.
 - 2. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la aparición o inicio de la lesión o trastorno.
 - 3. El dolor empeora con la manipulación de la mucosa oral afectada.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

- 1. El dolor también puede referirse y/o irradiarse a otras localizaciones orofaciales ipsilaterales.
- 2. La lesión o trastorno se especifica en cada subforma.

Comentarios:

El dolor que afecta a la mucosa oral puede tener causas locales o distantes. El dolor de la mucosa oral generalmente se caracteriza por una sensación de ardor, escozor o dolor. Diversas lesiones de la mucosa, como las úlceras, las erosiones y las vesículas son causas frecuentes de dolor en la mucosa oral.

Los términos *estomatitis* y *mucositis oral* a menudo se utilizan como sinónimos, pero no reflejan procesos idénticos. La *estomatitis* se refiere a cualquier condición inflamatoria de la mucosa oral a causa de infecciones, lesiones locales o enfermedades sistémicas subyacentes. La *mucositis* ocurre como consecuencia de la radiación o agentes quimioterapéuticos.

Una gran variedad de enfermedades locales de las mucosas y sistémicas se asocian con dolor a causa de la formación de úlceras o erosiones. Estas lesiones difieren en extensión dentro de la mucosa oral.

- Una *úlcer mucosa* se define como una pérdida de tejido superficial con desintegración y necrosis del tejido epitelial. Implica daño, tanto al epitelio como a la lámina propia. Penetra en los márgenes del tejido conjuntivo epitelial y tiene su base a un nivel profundo en la submucosa y en algunos casos, incluso dentro del músculo o periostio.
- Una *erosión mucosa* se define como una rotura superficial de la membrana mucosa con pérdida de las células epiteliales superficiales y daño menor a la lámina propia subyacente.

1.2.1.1 Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1 *Dolor de la mucosa oral* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado inflamación de la mucosa oral.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la inflamación o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentario:

El dolor de las mucosas asociado con úlceras u otras lesiones suele asociarse con altos niveles de malestar a causa del dolor. Frecuentemente el dolor ardiente es intenso y la función oral (comer, hablar), la calidad de vida y el sueño suelen verse afectados.

1.2.1.1.1 Dolor de la mucosa oral atribuido a traumatismo o lesión

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral* y el criterio C.
- B. Se ha producido un traumatismo o lesión¹ que afecta los tejidos de la mucosa oral.
- C. Ambas de las siguientes características:
 - 1. El dolor se localiza en los tejidos traumatizados o lesionados.
 - 2. El dolor apareció entre minutos y días después del traumatismo o lesión.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

- 1. El traumatismo o lesión puede ser accidental o no accidental, infligido por otros o autoinfligido o yatrogénico y está parcialmente especificado en las subformas.

1.2.1.1.1.1 Dolor de la mucosa oral atribuido a traumatismo o lesión no yatrogénica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a un traumatismo o lesión*.
- B. El traumatismo o lesión¹ no es yatrogénico.

Nota:

- 1. El traumatismo puede ser mecánico, térmico o químico, accidental o no, infligido por otros o autoinfligido.

Comentarios:

Las causas del 1.2.1.1.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a traumatismos o lesiones no yatrogénicas* incluyen no sólo a las lesiones dentales accidentales sino también los microtraumatismos causados, por ejemplo, al ingerir alimentos o bebidas demasiado calientes y al traumatismo por cepillado o por el uso de hilo dental u otros instrumentos interdentes. La exploración puede revelar el factor causal, como una fractura mandibular, maxilar o dentoalveolar subyacente, una fractura radicular o únicamente una lesión de los tejidos blandos. Las dentaduras postizas mal ajustadas pueden causar úlceras dolorosas. La dentición excesivamente erupcionada o los hábitos parafuncionales (morder o masticar objetos duros como uñas, bolígrafos, etc., o morder habitualmente los labios, la lengua o las mejillas) también pueden causar un traumatismo local de la mucosa oral con la consiguiente inflamación y dolor. Las quemaduras químicas pueden estar relacionadas con el mal uso de comprimidos antiinflamatorios (por ejemplo, chupar comprimidos que se deben tragar) o

ingerir bebidas o alimentos demasiado calientes. Las autolesiones pueden ser una causa infrecuente de traumatismos de la mucosa oral. En pacientes con distonía o neuropatía oral, las lesiones pueden ser recurrentes.

Una lesión traumática de la mucosa oral provoca una inflamación aguda y puede ser dolorosa en mayor o menor medida. La ulceración traumática de la mucosa oral puede ser aguda o crónica, siendo esta última más difícil de diagnosticar debido a la fibrosis subyacente y la apariencia clínica de una induración neoplásica. Una historia clínica completa generalmente alertará al clínico sobre un origen traumático o quemaduras causadas por alimentos calientes o productos químicos. El 1.2.1.1.1 *dolor de la mucosa oral atribuido a un traumatismo o lesión no yatrogénica* puede variar de leve a intenso y empeora por provocación mecánica de la mucosa oral. Puede presentarse dolor espontáneo.

1.2.1.1.2 Dolor de la mucosa oral atribuido a lesión quirúrgica u otra lesión yatrogénica local

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1.1 *Dolor en la mucosa oral atribuido a un traumatismo o lesión*.
- B. El traumatismo o lesión es quirúrgico o causado por otro procedimiento yatrogénico local.¹

Nota:

1. Mecánico, térmico o químico.

Comentario:

Las causas del 1.2.1.1.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a lesión quirúrgica u otra lesión yatrogénica local* incluyen a los traumatismos quirúrgicos y a las lesiones asociadas con tratamientos dentales u otros tratamientos orales, tales como las lesiones por inyecciones y las causadas por complicaciones locales directas de los procedimientos orales. Las lesiones yatrogénicas de la mucosa oral ocurren durante la mayoría de las cirugías orales, como extracciones dentales y cirugía gingival o periodontal. Se producen lesiones térmicas durante el uso de electrocauterización y láser quirúrgico y pueden producirse lesiones químicas tras el uso inadecuado de, por ejemplo, desinfectantes o materiales dentales.

1.2.1.1.3 Dolor de la mucosa oral atribuido a radiación o quimioterapia

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a un traumatismo o lesión*.
- B. El traumatismo o lesión se atribuye a la radiación o la quimioterapia.

Comentarios:

El término *mucositis oral* está reservado para las lesiones eritematosas y ulcerosas de la mucosa oral que pueden ocurrir en pacientes que reciben radioterapia anticancerígena para el cáncer de cabeza y cuello que afecta a la cavidad oral o que reciben quimioterapia. Su frecuencia y gravedad varían significativamente según el tipo y la dosis terapéutica. Las lesiones suelen manifestarse como eritema o úlceras muy dolorosas que afectan a la alimentación y la higiene oral, además de aumentar los riesgos de infección local y sistémica. La afección también puede ir acompañada de alteraciones del gusto y xerostomía.

La patogenia de la mucositis oral es multifactorial; En su desarrollo se ha propuesto un modelo complejo de cinco etapas. Cuando no se complica por una infección, la mucositis se cura entre 2 y 4 semanas después de suspender la quimioterapia citotóxica. La mucositis puede agravarse por factores e infecciones locales. Si bien las complicaciones orales se asocian principalmente con malestar e interferencia con la función oral y con el deterioro de la calidad de vida en pacientes que también están inmunodeprimidos o debilitados, también pueden suponer un riesgo para la vida. En particular, las infecciones asociadas con lesiones de mucositis oral pueden causar una sepsis sistémica potencialmente mortal durante períodos de inmunosupresión. Por lo tanto, el tratamiento del dolor de la mucositis es un componente fundamental de cualquier estrategia de tratamiento de la mucositis.

1.2.1.1.2 Dolor de la mucosa oral atribuido a infección

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una infección¹ de la mucosa oral².
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la infección o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La infección puede ser bacteriana, vírica o fúngica y se especifica en cada subforma.

2. El diagnóstico se basa en la anamnesis, las observaciones clínicas y/o análisis microbiológicos.

Comentarios:

La infección de los tejidos de la mucosa oral provoca una inflamación aguda. El 1.2.1.1.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a infección* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de la mucosa oral. Puede presentarse dolor espontáneo.

La afección se subcategoriza según el microorganismo causante.

1.2.1.1.2.1 Dolor de la mucosa oral atribuido a infección bacteriana

Criterios diagnósticos:

A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a infección*.

B. La infección es bacteriana.

Comentarios:

Las infecciones bacterianas son las infecciones bucales más frecuentes.

La infección bacteriana de los tejidos de la mucosa oral provoca una inflamación aguda. El dolor de la mucosa oral suele asociarse con una patología dental subyacente, infección periodontal o infecciones periapicales que se presentan con tumefacción, inflamación y dolor de la mucosa oral que recubre esa zona.

El 1.2.1.1.2.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a infección bacteriana* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de la mucosa oral. Puede presentarse dolor espontáneo.

La gingivitis úlcero-necrosante aguda (GUNA), o gingivitis (GUN), periodontitis (PUN) o estomatitis (EUN) úlcero-necrosante, es una infección oportunista de la mucosa oral causada por una variedad de bacterias en niños desnutridos, adultos jóvenes y pacientes inmunodeficientes. La GUN suele ser la presentación inicial, que continúa con PUN, EUN y, finalmente, noma (un tipo de gangrena que afecta a la cara). La necrosis y ulceración de la mucosa oral, el dolor intolerable, la halitosis severa, la linfadenopatía regional, el malestar general y la fiebre diferencian esta forma de ulceración de otras. Cuando el hueso alveolar queda expuesto, pueden formarse secuestros óseos necróticos que deben eliminarse junto con los dientes asociados.

La sífilis, causada por la infección por *Treponema pallidum*, sigue estando muy extendida, con tasas cada vez mayores entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. La lesión primaria se presenta en el primer sitio de inoculación mucosa, que es frecuentemente la mucosa oral. La úlcera solitaria altamente infecciosa, indolora, con márgenes indurados y linfadenopatía ipsilateral es la más habitual y cura en tres semanas. La presencia de manchas mucosas atípicas alerta del curso de una sífilis secundaria, frecuentemente acompañadas de una erupción maculopapular de las superficies palmo-plantares de manos y pies y linfadenopatía generalizada.

Las lesiones gonocócicas pueden presentarse en la boca en el sitio de inoculación o secundariamente por diseminación hematógena desde un foco primario. Los primeros síntomas son sensación de ardor o picazón, sequedad o calor en la boca, seguidos de dolor agudo al comer o hablar. Las amígdalas y la orofaringe son las más frecuentemente afectadas y los tejidos orales pueden estar inflamados o ulcerados de forma difusa. La saliva adquiere una mayor viscosidad y un olor fétido. En casos graves, se produce linfadenopatía submaxilar acompañada de fiebre.

La aparición del *Mycobacterium tuberculosis* (TB) multirresistente y el elevado número de personas infectadas por el VIH en África oriental y meridional han dado lugar a un aumento de los casos de TB, lo que insta a su inclusión en los diagnósticos diferenciales de la patología orofacial. Es característico de la TB secundaria la presentación en forma de úlceras dolorosas, profundas e irregulares con apariencia indurada, bordes socavados y material espeso mucoso en la base de cualquier parte de la lengua. La patogenia más habitual es la diseminación hematógena por TB pulmonar o la inoculación secundaria de una úlcera traumática con esputo infectado. La TB oral primaria es particularmente infrecuente y en general se asocia con el *Mycobacterium bovis*. Las úlceras se asemejan a las crónicas de origen traumático e incluso a una neoplasia maligna, lo que demanda una biopsia diagnóstica. Las úlceras frecuentemente se acompañan de dolor, fiebre, linfadenopatía, ronquera y pérdida de peso.

La inmunodepresión adquirida o congénita puede aumentar el riesgo de infección de las mucosas. Los pacientes que reciben terapia inmunosupresora pueden contraer una variedad de infecciones oportunistas que incluyen candidiasis pseudomembranosa y otras infecciones fúngicas y virales. La terapia con factor de necrosis tumoral (TNF)- α aumenta el riesgo de TB. Los pacientes que toman infliximab y adalimumab con terapia inmunomoduladora combinada pueden tener un mayor riesgo de infecciones por TB, histoplasmosis y coccidiomicosis. Los medicamentos antirreumáticos, incluidos el metotrexato, abatacept y alefacept han aumentado el riesgo de infecciones por herpes simple, herpes zoster y TB.

1.2.1.1.2.2 Dolor de la mucosa oral atribuido a infección viral

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a infección*.
- B. La infección es viral.¹

Nota:

1. El diagnóstico se basa en la observación de una erupción mucosa en la zona de dolor junto con la identificación del virus mediante una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a partir de muestras tomadas de esa superficie.

Comentarios:

La infección viral de los tejidos de la mucosa oral provoca una inflamación aguda. El 1.2.1.1.2.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a una infección viral* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de la mucosa oral. Puede presentarse dolor espontáneo.

Las infecciones virales de la mucosa oral incluyen al VHS, VHZ, VPH, CMV, coxsackievirus y a la infección por VIH. Tenga en cuenta que ICHD-3 tiene un conjunto específico de criterios para el virus herpes zoster (13.1.2.1 *Neuropatía dolorosa del trigémino atribuida al herpes zóster agudo*). Los tejidos de la mucosa oral infectados suelen estar ulcerados y ser dolorosos a la palpación. Frecuentemente se observa dolor local intenso al consumir alimentos ácidos, calientes, fríos o bebidas. El dolor se produce al comer y puede ser tan intenso que el individuo a veces se ve imposibilitado de comer o beber y finalmente se deshidrata.

El virus herpes simple (VHS) es el virus que más frecuentemente afecta a la mucosa oral. La gingivoestomatitis herpética, que es la infección primaria por VHS-1, afecta principalmente a niños y se presenta como una infección asintomática o con vesículas mucosas seguidas de ulceraciones dolorosas de rápida aparición que afectan tanto a la mucosa y a la encía queratinizadas como a la no queratinizada. El dolor suele acompañarse de fiebre, malestar general, mal olor y linfadenopatía cervical. Los adultos con infección primaria sufren faringoamigdalitis herpética sintomática, que se inicia con vesículas que rápidamente se descomponen en ulceraciones dolorosas y superficiales.

Las manifestaciones recidivantes del virus en forma de herpes labial suelen iniciarse por diversos factores, incluidos, entre otros, el estrés, la exposición a los rayos UV o la anestesia local dental. Al escozor o ardor prodrómico inicial le sigue un grupo de aproximadamente

cinco pequeñas vesículas llenas de líquido sobre la mucosa eritematosa que se rompen para dejar úlceras superficiales dolorosas que se fusionan y forman costras.

La herpangina (enfermedad de manos, pies y boca), causada por el virus coxsackie, el virus ECHO y otros enterovirus, generalmente afecta a niños menores de 10 años. Las máculas o vesículas rojas van seguidas de úlceras autolimitadas, de aproximadamente 5 mm de diámetro en los pilares amigdalinos anteriores, el paladar blando, la úvula y/o las amígdalas. Son frecuentes la fiebre, el dolor de garganta y los dolores de cabeza. Las úlceras cicatrizan en 4 a 6 días.

El herpes zoster (culebrilla) indica la reactivación de la infección latente por el virus varicela zóster (VVZ o VHH-3), que afecta principalmente a los pacientes ancianos y debilitados. La infección es conocida por su erupción cutánea vesicular y pruriginosa, ulceración y formación de costras, todas las cuales ocurren simultáneamente siguiendo el dermatoma del ganglio en el que el virus permaneció latente. No hay costras en la mucosa oral, sino que las lesiones se presentan como pápulas ulcerosas. El dolor intenso con ardor o escozor en el dermatoma afectado es seguido por vesículas llenas de líquido que se rompen para dejar ulceraciones superficiales dolorosas, que pueden fusionarse para formar grandes áreas denudadas. Las manifestaciones orales indican una afectación de las divisiones mandibular o maxilar del nervio trigémino, con una terminación patognomónicamente abrupta de las lesiones a lo largo de la línea media. Se han descrito casos de osteonecrosis con exfoliación dental, especialmente en personas inmunodeficientes. La infección suele presentarse en varios lugares de la distribución anatómica de la rama nerviosa afectada (véanse también 4.1.2.1 *Dolor neuropático del trigémino atribuido a herpes zoster* y 4.1.2.2 *Neuralgia posherpética del trigémino*).

El virus papiloma humano (VPH) puede causar lesiones papilares únicas o múltiples. Estas lesiones rara vez son dolorosas, a menos que estén traumatizadas.

El virus Epstein-Barr causa mononucleosis, que puede cursar con dolor de garganta y numerosas úlceras pequeñas que preceden a la linfadenopatía. Otras características clínicas son el sangrado gingival y las petequias en el límite del paladar blando y duro.

1.2.1.1.2.3 Dolor de la mucosa oral atribuido a micosis

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a infección*.
- B. La infección es fúngica.

Comentarios:

La micosis de los tejidos de la mucosa oral provoca una inflamación aguda. El 1.2.1.1.2.3 *Dolor de la mucosa oral atribuido a micosis* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de la mucosa oral. Puede presentarse dolor espontáneo. En los últimos tiempos, la prevalencia de micosis orales distintas de la candidiasis ha ido en aumento. Algunas de las causas más destacables para la aparición de enfermedades cuando se altera la homeostasis oral son las enfermedades de inmunodeficiencia como la infección por VIH y el SIDA, la terapia inmunosupresora y el uso prolongado de antibióticos de amplio espectro y corticosteroides. Otros factores predisponentes son la diabetes y la hiperfunción de las glándulas salivales.

La micosis bucal más común es por *Candida albicans*. La candidiasis eritematosa se presenta con eritema y dolor generalizados. La glositis romboidal media afecta a la lengua y tiene tres tipos principales: pseudomembranosa, que se presenta con manchas blancas que se limpian fácilmente, dejando una superficie dolorida, eritematosa y sangrante; eritematosa, con lesiones maculares rojas y frecuentemente, sensación de ardor; y queilitis angular, que se caracteriza por grietas dolorosas y enrojecimiento en la comisura labial. Los síntomas que la acompañan son xerostomía, sensación de ardor, escozor, picazón y sabor metálico.

Otras micosis que considerar ante la presencia de dolor de la mucosa oral incluyen a la mucormicosis, la aspergilosis, la histoplasmosis, la blastomicosis y la paracoccidioidomiosis. Si bien todas son poco habituales, las infecciones por *Aspergillus* y Mucorales son las más frecuentes y se producen tras la inhalación de esporas del suelo, estiércol, granos, cereales o harina mohosa. Ambas son micosis oportunistas superficiales e invasivas, que se encuentran sobre todo en la cavidad oral de pacientes inmunodeprimidos.

1.2.1.1.3 Dolor de la mucosa oral atribuido a autoinmunidad

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una enfermedad o trastorno autoinmune documentado como causante de dolor en la mucosa oral¹.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la enfermedad o trastorno autoinmune o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Estos incluyen al pénfigo, el penfigoide de las membranas mucosas, la estomatitis aftosa recurrente, el liquen plano oral, el eritema multiforme, el síndrome de Sjögren, la enfermedad

de Behçet, la enfermedad de injerto contra huésped, el lupus eritematoso (sistémico o discoide), el eritema migratorio, la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa y la enfermedad celíaca.

Comentarios:

El 1.2.1.1.3 *Dolor de la mucosa oral atribuido a autoinmunidad* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de la mucosa oral. Puede producirse tanto dolor provocado como espontáneo. El pronóstico del dolor depende del resultado del tratamiento del trastorno autoinmune subyacente.

Varias afecciones cutáneas vesículo-ulcerosas de origen inmunitario pueden presentarse con afectación de la mucosa oral, ya sea al mismo tiempo que la afección cutánea, como presentación inicial o en ocasiones, como única presentación clínica.

El pénfigo es un conjunto de dermatosis ampollas subepiteliales de origen inmunitario, donde participan autoanticuerpos que van dirigidos a las proteínas de adhesión de los queratinocitos (desmosomas), lo que provoca acantólisis. El pénfigo vulgar (PV) afecta con mayor frecuencia a la cavidad oral; sus autoanticuerpos se dirigen principalmente contra la desmogleína-1 y 3 (formas mucocutáneas) o solo la 3 (formas mucosas). Los pacientes, generalmente de 40 a 60 años, presentan ampollas intraepiteliales flácidas y de techo delgado, que se rompen rápidamente después de su formación, lo que genera áreas de ulceración mucosa irregulares, grandes y dolorosas.

El penfigoide de las membranas mucosas (PMM) es una enfermedad ampollosa autoinmunitaria sistémica frecuente que afecta preferentemente a las membranas mucosas. Los anticuerpos se dirigen a las proteínas de adhesión de los queratinocitos a la matriz del tejido conjuntivo o hemidesmosomas (BP180 y laminina 332), lo que hace que el epitelio se separe de su lecho de tejido conjuntivo subyacente. La naturaleza subepitelial de la división da lugar a vesículas de techo grueso, que pueden estar todavía intactas durante el examen. La rotura de las vesículas deja lesiones ulcerosas desprovistas de epitelio, cubiertas por un esfacelo de color blanco amarillento.

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) representa la forma más habitual de úlceras de la mucosa oral encontradas en personas sanas. El término debe reservarse para las úlceras recurrentes de la mucosa oral, no asociadas con ninguna enfermedad sistémica y que generalmente comienzan en la infancia o la adolescencia. La mucosa no queratinizada de la cavidad oral, los labios y el paladar blando es la más afectada. Se han propuesto como posibles agentes causales una variedad de factores locales y sistémicos, incluidos inmunológicos, alérgicos, nutricionales, organismos microbianos y estrés psicosocial, así como fármacos inmunosupresores. La mayor prevalencia en familiares cercanos también

indica un posible acervo genético. La EAR tiene una presentación clínica atípica en pacientes infectados por VIH y siempre debe considerarse en el diagnóstico diferencial de ulceración de la mucosa oral en dichos pacientes. Cuando la EAR se presenta a una edad más avanzada, pueden verse afectadas superficies mucosas adicionales y se debe realizar una historia médica y un examen físico completos para descartar enfermedades inflamatorias gastrointestinales como la enfermedad de Crohn, la enfermedad celíaca, la enfermedad de Behçet, el síndrome de Sweet, la neutropenia cíclica, infección por VIH y reacciones a medicamentos, que pueden presentarse con *úlceras de apariencia aftosa*. Clínicamente, La EAR se subclasifica en *EAR menor*, la variante más común y que típicamente se presenta con una a cinco úlceras de menos de 10 mm de diámetro rodeadas por un halo inflamatorio de color rojo brillante que cicatrizan espontáneamente en 10 a 14 días y la *EAR mayor* (Enfermedad de Sutton), que se presenta como ulceraciones más profundas, más grandes (generalmente >10 mm de diámetro), persistentes y con bordes irregulares, que generalmente tardan semanas o meses en cicatrizar.

El liquen plano oral (LPO) es un trastorno inflamatorio crónico bastante frecuente que afecta principalmente a mujeres de mediana edad. Su patogenia sigue siendo incierta, aunque varias subpoblaciones de linfocitos T y mastocitos desempeñan una función en el daño de la membrana basal. La enfermedad puede presentarse con un espectro clínico diverso, que incluye las variantes atrófica, erosiva, ulcerosa y con menos frecuencia, la ampollar. Las lesiones suelen afectar a la mucosa oral bilateralmente, son bastante simétricas y se presentan, ya sea únicamente como una enfermedad de la mucosa oral o se acompañan de gingivitis descamativa y/o manifestaciones cutáneas. En el caso de los tipos erosivo y ulceroso, se observan úlceras dolorosas cubiertas por pseudomembranas bordeadas por tenues estrías blancas en una distribución multifocal. Algunos metaanálisis recientes determinaron que la tasa general de transformación maligna del LPO es de alrededor del 1% y afecta con mayor frecuencia a la lengua de mujeres mayores, aunque este asunto sigue siendo polémico.

El eritema multiforme (EM) es una reacción inmunitaria citotóxica de tipo IV con participación de linfocitos T ante una variedad de antígenos (virales, bacterianos, farmacológicos o químicos) que causa la muerte de las células epiteliales por apoptosis. Recientemente se demostró que los anticuerpos antidesmoplaquina I y II son un posible instigador de la reacción citotóxica. El EM afecta principalmente a personas jóvenes sanas y suele ser recurrente y temporal con infecciones recidivantes por VHS. Las lesiones orales pueden representar el inicio de una mayor afectación mucocutánea o aparecer de forma aislada, clásicamente con labios hinchados, agrietados, hemorrágicos y con costras acompañados o no de ampollas y úlceras mucosas.

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune sistémica que frecuentemente se presenta de manera concomitante con otras enfermedades autoinmunes sistémicas del tejido conjuntivo o de órganos específicos. Esta asociación está bien descrita para el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide. Los tejidos de la mucosa oral pueden

erosionarse e incluso cortarse con alimentos secos y por tanto doler. La presencia del síndrome de Sjögren influye hasta cierto punto en la expresión de otras enfermedades autoinmunes, por ejemplo, aumentando la fatiga y el riesgo de linfoma.

La enfermedad de Behçet es una enfermedad multisistémica autoinmune de causa desconocida. Se caracteriza por la presencia de úlceras orales y genitales e inflamación ocular. Puede haber síntomas cutáneos junto con afectación neurológica y vascular. Las úlceras orales son dolorosas y se caracterizan por una presentación cíclica que afecta a los labios, la mucosa bucal, el paladar blando y la lengua, de unos pocos milímetros a centímetros de diámetro y con una apariencia similar a las lesiones aftosas. La incidencia de la enfermedad es mayor en las poblaciones mediterráneas y asiáticas, especialmente en Turquía.

La enfermedad de injerto contra huésped se caracteriza por la presencia de lesiones liquenoides, papulares y eritematosas y de vez en cuando de úlceras y descamación en la mucosa bucal y labial, el paladar y el dorso de la lengua. Las lesiones orales suelen ir acompañadas de fiebre, malestar general, náuseas y xerostomía. Estas lesiones pueden ser causadas por una combinación de radioterapia, quimioterapia, medicamentos inmunodepresores e infecciones secundarias.

Más de la mitad de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) pueden presentar lesiones orales, sobre todo úlceras y dolor en la mucosa bucal y los labios durante la fase activa temprana de la enfermedad. Las lesiones ulcerosas y las lesiones eritematosas con o sin estrías blancas irradiadas también pueden observarse como parte del espectro clínico del lupus eritematoso discoide (LED). El LED se considera un trastorno potencialmente maligno de la mucosa oral debido a la mayor prevalencia de carcinoma de células escamosas orales en esta población, especialmente en el labio inferior.

El eritema migratorio (lengua geográfica, glositis migratoria benigna) es una afección inflamatoria oral frecuente de causa desconocida, con una prevalencia estimada del 1 % al 3 %. Alrededor del 30 % de los pacientes presentan molestias orales, sensación de ardor y escozor. Suele afectar a la lengua o a otras zonas orales. Se presenta con áreas eritematosas circulares, que suelen estar claramente definidas por zonas de bordes blanquecinos y elevados, ubicadas en las partes lateral, dorsal, anterior y/o ventral de la lengua. El aspecto eritematoso se debe a la atrofia y pérdida de las lesiones de las papilas filiformes. Se puede asociar en mayor medida con atopia y psoriasis. Este trastorno no debe confundirse con la erupción característica de la enfermedad de Lyme temprana.

La enfermedad de Crohn se presenta con engrosamientos mucosos multifocales, lineales, nodulares o difusos en la mucosa labial y bucal y en los pliegues mucobucuales. Pueden estar asociados con ulceraciones aftosas dolorosas y persistentes y con glositis atrófica. La colitis ulcerosa se presenta con pústulas dispersas, agrupadas u orientadas linealmente sobre una

mucosa eritematosa en múltiples zonas orales. Además de las lesiones pustulosas, algunos pacientes presentan lesiones orales dolorosas similares a las aftas.

La enfermedad celíaca puede presentarse con dolor en las mucosas, comúnmente asociado con úlceras similares a las aftas. La malabsorción de hierro y vitamina B puede provocar sensaciones de ardor y escozor en la lengua. Otras causas autoinmunitarias o idiopáticas infrecuentes de ulceración de la mucosa oral que causan dolor y sensibilidad incluyen a la úlcera eosinofílica, el síndrome hipereosinofílico de la arteritis de células gigantes, la sialometaplasia necrosante, la poliarteritis nodosa, la artritis reactiva (síndrome de Reiter), la dermatosis neutrofílica febril aguda (síndrome de Sweet) y la granulomatosis de Wegener.

1.2.1.1.4 Dolor de la mucosa oral atribuido a hipersensibilidad o reacción alérgica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral* y el criterio C.
- B. Se ha producido una hipersensibilidad o reacción alérgica en la mucosa oral¹.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la hipersensibilidad o reacción alérgica.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La hipersensibilidad o reacción alérgica puede estar asociada con algún material dental (como material de impresión o de restauración temporal o permanente), un producto de higiene bucal, un medicamento tópico o sistémico, un alimento o aditivo alimentario u otro factor.

Comentarios:

El 1.2.1.1.4 *Dolor de la mucosa oral atribuido a hipersensibilidad o reacción alérgica* puede variar de leve a intenso y empeora con la provocación mecánica de la mucosa oral. Puede producirse dolor tanto provocado como espontáneo.

El síndrome de alergia oral (SAO) generalmente ocurre en personas alérgicas al polen de los árboles, pastos o malezas. Las frutas frescas, las verduras y las nueces crudas son causas habituales del SAO. Los síntomas incluyen sensación de picazón y/o hinchazón total o parcial de los labios, lengua, boca y/o garganta, aunque a veces pueden ser graves e incluir náuseas y vómitos.

Los materiales dentales, los productos de higiene bucal y los aditivos alimentarios pueden provocar reacciones alérgicas de contacto en la boca con presentaciones clínicas variadas que incluyan estomatitis, lesiones liquenoides, erosiones, ampollas y úlceras.

Las reacciones alérgicas y las reacciones de hipersensibilidad de la mucosa oral son menos habituales que las cutáneas, probablemente gracias a la dilución del alérgeno y el efecto de enjuague continuo del flujo salival normal. Las lesiones pueden presentarse con edema tisular inespecífico, eritema, agrietamiento, úlceras, placas blancas hiperqueratósicas y/o descamación de la mucosa.

Aunque es infrecuente, la estomatitis alérgica de contacto se ha asociado con materiales de impresión dental, materiales de restauración dental, benzocaína tópica y más habitualmente con las pastas dentales, los enjuagues bucales y los chicles que contiene canela. Las lesiones, localizadas o ampliamente distribuidas, pueden aparecer como manchas mixtas rojas y blancas con úlceras, inflamación de las mejillas y descamación en los labios, las mejillas, la lengua y las encías.

Una reacción de hipersensibilidad a un fármaco sistémico o al contacto directo con un agente nocivo puede provocar características clínicas e histológicas que recuerdan al liquen plano. Los términos *reacción liquenoide oral por medicamentos* (RLOM) y *lesión liquenoide oral por contacto* (LLOC) se utilizan respectivamente y ambas pueden presentarse con una ulceración importante, generalmente con eritema y estrías blancas en la periferia de la úlcera. Generalmente se puede identificar una asociación temporal o espacial con un agente agresor. La amalgama a menudo está implicada en la LLOC, que se confirma mediante pruebas de parche para detectar mercurio o sensibilidad a la amalgama. La RLOM se encuentra con cierta frecuencia en pacientes tratados con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), AINE e hipoglucemiantes orales.

En el caso de la hipersensibilidad asociada a medicamentos, las lesiones pueden comenzar mucho después de la introducción del fármaco y pueden permanecer durante meses después de suspenderlo, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento.

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es una forma de hipersensibilidad que se destaca por su naturaleza anatómica fija y se ha descrito con el uso de AINE y otros oxicámicos, gabapentina, fluconazol, antibacterianos y antimicóticos sistémicos. Se debe sospechar de EFM en casos que presenten una asociación temporal con la ingestión de medicamentos y que pueda confirmarse mediante pruebas de parche o de provocación oral y tratarse evitando o sustituyendo los medicamentos, mientras que las lesiones agudas pueden tratarse con esteroides tópicos o sistémicos.

La hiperplasia fibroepitelial o hiperplasia fibrovascular asociada al consumo de fármacos pueden tener una presentación dolorosa, probablemente como consecuencia de una infección periodontal subyacente causada por la dificultad con la higiene bucal en estas afecciones.

1.2.1.1.5 Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral por otra causa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno documentado como causante de inflamación de la mucosa oral, pero distinto a los enumerados de 1.2.1.1.1 a 1.2.1.1.4¹.
- C. La causa del dolor es clínicamente posible.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Entre dichos trastornos se incluyen los trastornos o alteraciones endocrinas, las carencias alimenticias, las hemopatías, las enfermedades gastrointestinales, las enfermedades dermatológicas y los trastornos inducidos por fármacos (no atribuibles a hipersensibilidad o alergia).

Comentarios:

El 1.2.1.1.5 *Dolor de la mucosa oral atribuido a inflamación de la mucosa oral por otras causas* puede variar de leve a intenso y empeora por provocación mecánica de la mucosa oral. Puede presentarse dolor espontáneo.

Una alteración del estado fisiológico como en el embarazo y la menopausia, puede provocar cambios endocrinos que se manifiestan con malestar y dolor en la mucosa oral.

Los trastornos sistémicos que pueden causar inflamación y dolor de la mucosa oral incluyen enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, diabetes mellitus), carencias alimenticias (hierro, complejo vitamínico B, zinc), trastornos gastrointestinales y trastornos inducidos por fármacos (no atribuibles a hipersensibilidad o alergia).

La insuficiencia de hierro, vitamina B12 y folato puede causar glositis atrófica, en la cual las papilas filiformes del dorso de la lengua se atrofian, dejando una lengua suave y eritematosa. Otras partes de la mucosa oral también pueden mostrarse atróficas y rojas. Las úlceras aftosas son habituales en los casos graves. Las sensaciones de ardor o escozor pueden preceder a lesiones orales clínicamente detectables. Los casos graves de hipovitaminosis de B12

también pueden estar asociados con parestesia. Los pacientes pueden tener predisposición a desarrollar queilitis angular.

Los trastornos hemáticos como anemia, gammapatías, insuficiencias hemáticas, leucemia, síndrome mielodisplásico, neutropenia y otras discrasias de glóbulos blancos pueden tener como consecuencia una mucosa oral friable con la consiguiente ulceración y dolor.

Los trastornos gastrointestinales como el reflujo gastroesofágico y la úlcera péptica pueden provocar malabsorción, carencias alimenticias y posteriormente, dolor de la mucosa oral. Las causas dermatológicas de lesiones mucosas dolorosas incluyen a la dermatitis herpetiforme, la enfermedad lineal por IgA, la epidermólisis ampollosa y la estomatitis ulcerosa crónica.

La mucositis causada por la terapia antineoplásica implica una compleja cascada de eventos que se inicia por las especies reactivas del oxígeno, manifestándose con inflamación extensa, atrofia, inflamación, eritema y úlceras. Incluye a la mucositis causada por la quimioterapia y lesiones por radiación. Estas últimas ocurren en las superficies expuestas, mientras que la mucositis causada por la quimioterapia afecta a todo el tubo digestivo. El tipo y la dosis de los fármacos citotóxicos sistémicos, junto con la dosis y el campo de radiación afectarán la presencia y gravedad de la mucositis. Se han establecido directrices basadas en la evidencia para el tratamiento de la mucositis oral causada por el tratamiento del cáncer que se deben consultar en todos los casos de pacientes que reciben estos agentes.

Las lesiones hiperplásicas benignas o los tumores que afectan la mucosa oral, por lo general no se asocian directamente con dolor, pero pueden volverse dolorosos si se traumatizan y/o se infectan como consecuencia de interferencias en la oclusión o en las prótesis dentales (ver 1.2.1.1.1 *Dolor de la mucosa oral atribuido a traumatismo o lesión*) y 1.2.1.1.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a infección*).

1.2.1.2 Dolor de la mucosa oral atribuido a lesión maligna

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.1 *Dolor de la mucosa oral* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una neoplasia de la mucosa oral.
- C. La causalidad del dolor es posible basándose en una asociación anatómica y/o temporal.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

El 1.2.1.2 *Dolor de la mucosa oral atribuido a lesión maligna* puede variar de leve a grave y empeora con la provocación mecánica de la mucosa oral. Puede presentarse dolor espontáneo.

La mucosa oral puede verse afectada por una variedad de neoplasias malignas primarias y metastásicas, las cuales pueden presentarse en forma de úlceras inespecíficas. El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es el más habitual y se presenta frecuentemente como una úlcera con induración clínica, fijación a los tejidos subyacentes, márgenes exofíticos enrollados, dolor y/o adormecimiento.

1.2.2 Dolor de las glándulas salivales

Descripción:

Dolor causado por una lesión o trastorno que afecta a las glándulas salivales.

Criterios diagnósticos:

- A. Cualquier dolor en el tejido de las glándulas salivales que cumpla el criterio C.
- B. Evidencia clínica, de laboratorio, de imagen y/o anamnésica de una lesión o trastorno de las glándulas salivales documentado como causante de dolor¹.
- C. La causalidad queda demostrada por ambos de los siguientes:
 - 1. La ubicación del dolor coincide con el lugar de la lesión o trastorno.
 - 2. Cualquiera de los siguientes:
 - a) La aparición del dolor guarda una relación temporal con la aparición o inicio de la lesión o trastorno.
 - b) El dolor empeora con la presión aplicada sobre la glándula salival afectada.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

- 1. La lesión o alteración se especifica en cada subforma.

1.2.2.1 Dolor de las glándulas salivales atribuido a causa obstructiva

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.2 *Dolor de las glándulas salivales* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una obstrucción del conducto salival¹.

- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la obstrucción o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. La obstrucción puede deberse a sialolitiasis, tapón mucoso, lesión ocupante de espacio, lesión traumática o yatrogénica de la glándula salival o del conducto salival.

Comentarios:

Los pacientes con obstrucción del conducto salival suelen presentar antecedentes de dolor agudo intermitente e inflamación de la glándula salival mayor afectada. El grado de dolor e inflamación depende del grado de obstrucción del conducto salival y de la presencia de infección secundaria. Algunas causas infrecuentes de dolor en las glándulas salivales incluyen tumores benignos y malignos de las glándulas salivales. Por lo general, no están directamente asociados con el dolor, pero pueden causar dolor relacionado con la obstrucción de la glándula o del conducto.

Las causas iatrogénicas incluyen lesiones por tratamientos, por ejemplo, con yodo 131: la función de las glándulas salivales se ve afectada tras la terapia de ablación con yodo radiactivo de alta actividad en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides.

El yodo radiactivo se acumula activamente en el tejido de las glándulas salivales, siendo la sialoadenitis una secuela común junto con la disminución de la secreción salival y xerostomía, lo que provoca infección y dolor de las glándulas salivales.

1.2.2.1 Dolor de las glándulas salivales atribuido a infección

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.2 *Dolor de las glándulas salivales* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado infección¹ de las glándulas salivales².

- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la infección o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La infección puede ser bacteriana o viral y se especifica en cada subforma.
2. El diagnóstico se basa en la información anamnésica, observaciones clínicas y/o análisis microbiológicos.

1.2.2.2.1 Dolor de las glándulas salivales atribuido a infección bacteriana

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.2.2 *Dolor de las glándulas salivales atribuido a infección.*
- B. La infección es bacteriana.

Comentarios:

La causa bacteriana más frecuente es la infección por estafilococos.

La sialoadenitis bacteriana puede ser aguda o crónica. El principal factor predisponente es la disminución del flujo salival, lo que permite la colonización microbiana retrógrada del conducto que puede dar lugar a una infección supurativa aguda o crónica. La sialoadenitis aguda se caracteriza por una inflamación dolorosa de una sola glándula salival, que generalmente afecta a la glándula parótida. Se puede observar la expulsión de una secreción purulenta por el orificio del conducto salival y el paciente puede presentar enrojecimiento de la piel subyacente o incluso formación de abscesos dentro del tejido glandular inflamado, malestar general, fiebre y linfadenopatía cervical. La sialoadenitis bacteriana suele ocurrir en pacientes inmunodeprimidos y en pacientes de edad avanzada que sufren hipofunción de las glándulas salivales como consecuencia de enfermedades sistémicas, ingesta de medicamentos o deshidratación o puede estar asociada con obstrucción de los conductos salivales por depósito de cálculos, tapones mucosos, crecimiento tumoral o por traumatismo. La sialoadenitis aguda puede evolucionar a una sialoadenitis crónica cuando no es posible eliminar los factores predisponentes.

1.2.2.1.1 Dolor de las glándulas salivales atribuido a infección viral

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.2.2 *Dolor de las glándulas salivales atribuido a infección*.
- B. La infección es viral.

Comentarios:

Las infecciones virales de las glándulas salivales incluyen a las paperas, la infección por VIH y CMV, que pueden causar dolor, además de inflamación.

Las paperas afectan principalmente a la glándula parótida, con un agrandamiento bilateral repentino y

doloroso a la palpación, aunque hasta un 25% de los casos presentan una inflamación unilateral. Suele observarse dolor local intenso al mover la mandíbula para hablar y masticar, especialmente si se produce una obstrucción parcial del conducto. Por lo general, afecta a niños de 4 a 6 años.

1.2.2.3 Dolor de las glándulas salivales atribuido a parotiditis juvenil recurrente

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.2 *Dolor de las glándulas salivales* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado parotiditis juvenil recurrente.
- C. La aparición o recidiva del dolor guarda una estrecha relación temporal con el inicio o la recidiva de la parotiditis.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

La parotiditis juvenil recurrente es una afección frecuente de las glándulas salivales en los niños, caracterizada por una inflamación intermitente de las parótidas de uno o ambos lados con o sin dolor y generalmente se asocia con una sialectasia no obstructiva de la parótida, así como con problemas de hipofunción de la glándula salival. Tiene una distribución bifásica por edades, con picos entre los 2 y 5 años y a los 10 años. Los síntomas más frecuentes son inflamación, dolor y fiebre, los cuales se limitan a unos 3 días y pueden recidivar con frecuencia, con unos ocho episodios por año.

Se diagnostica a partir de la historia clínica y se confirma mediante sialografía o ecografía. Si bien la causa no está clara, en la mayoría de los pacientes la parotiditis juvenil recurrente se resuelve durante la adultez.

1.2.2.4 Dolor de las glándulas salivales atribuido a un trastorno inmunitario

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.2 *Dolor de las glándulas salivales* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno de origen inmunitario documentado como causante de dolor en las glándulas salivales¹.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con el trastorno o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. El más importante de ellos es el síndrome de Sjögren.

Comentario:

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que provoca una disfunción de las glándulas salivales. Los síntomas incluyen inflamación recurrente o persistente de las glándulas salivales, sequedad bucal, dificultad para masticar, dolor y sensación de ardor en la mucosa oral, irritación crónica de garganta y dolor al tragar.

1.2.2.5 Dolor de las glándulas salivales atribuido a otra causa

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.2 *Dolor de las glándulas salivales* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una lesión o trastorno documentado como causante de dolor en las glándulas salivales, pero distinto a los enumerados de 1.2.2.1 a 1.2.2.4¹.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la lesión o trastorno o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Otra causa de dolor en las glándulas salivales puede ser el alotrasplante con enfermedad de injerto contra huésped (EICH). Las glándulas salivales son una diana importante de la EICH y se manifiesta con hiposalivación, xerostomía, infección y consecuente dolor.

1.2.3 Dolor de los huesos maxilares

Descripción:

Dolor causado por una lesión o trastorno que afecta el tejido óseo de los huesos maxilares.

Criterios diagnósticos:

- A. Cualquier dolor en los huesos maxilares¹ que cumpla el criterio C.
- B. Existen datos clínicos, de laboratorio, de imagen y/o anamnésticos de una lesión o trastorno de los huesos maxilares² documentado como causante de dolor.
- C. La causalidad queda demostrada por ambos de los siguientes:
 - 1. El dolor se localiza en el lugar de la lesión de los huesos maxilares¹.
 - 2. Uno o ambos de los siguientes:
 - a) La aparición del dolor guarda una relación temporal con la aparición o inicio de la lesión o trastorno de los huesos maxilares.
 - b) El dolor empeora con la presión aplicada sobre la lesión en los huesos maxilares.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

- 1. El dolor puede referirse y/o irradiarse a otras localizaciones orofaciales ipsilaterales.
- 2. La lesión o trastorno se especifica en cada subforma.

1.2.3.1 Dolor los huesos maxilares atribuido a traumatismo o lesión

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares* y el criterio C.
- B. Se ha producido un traumatismo o lesión que afecta a los huesos maxilares.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con el traumatismo o lesión.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Comentarios:

Las lesiones de los huesos maxilares incluyen a las fracturas. Deportes como el fútbol, el béisbol, el hockey y las colisiones de vehículos motorizados representan un alto porcentaje de las lesiones faciales entre los adultos jóvenes. En concreto, las laceraciones del mentón están asociadas con fracturas mandibulares.

Puede haber una fractura mandibular cuando el paciente presenta una apertura bucal restringida o alterada; Una maloclusión también permite suponer la presencia de una fractura

mandibular, así como cuando se presenta entumecimiento del mentón justo después de un traumatismo.

1.2.3.2 Dolor de los huesos maxilares atribuido a infección

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una infección¹ del tejido óseo maxilar o mandibular.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la infección o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. La infección puede ser bacteriana, viral o fúngica y se especifica en cada subforma.

Comentarios:

Las infecciones bacterianas, virales y fúngicas intraóseas pueden causar dolor en la mandíbula. Las más frecuentes son las bacterianas.

La infección puede ser secundaria a osteo(radio)necrosis de los maxilares, lo que puede contribuir al dolor asociado con la osteonecrosis (ver 1.2.3.5 *Dolor de los huesos maxilares atribuido a tratamiento*).

1.2.3.2.1 Dolor de los huesos maxilares atribuido a infección bacteriana

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3.2 *Dolor de los huesos maxilares atribuido a infección*.
- B. La infección es bacteriana.

Comentario:

Las infecciones bacterianas del tejido óseo maxilar o mandibular incluyen a la osteomielitis. Las infecciones odontogénicas pueden diseminarse y causar osteomielitis de los huesos maxilares, aunque la osteomielitis secundaria a infección odontogénica es relativamente infrecuente. El dolor mandibular intenso es un síntoma habitual de la osteomielitis de los huesos maxilares y puede ir acompañado de anestesia o hipoestesia del lado afectado. En casos prolongados, puede presentarse trismo mandibular.

1.2.3.2.2 Dolor de los huesos maxilares atribuido a infección viral

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3.2 *Dolor de los huesos maxilares atribuido a infección.*
- B. La infección es viral.

Comentario:

Las infecciones virales del tejido óseo maxilar o mandibular incluyen el herpes zóster (HZ) (culebrilla), como consecuencia de la reactivación del virus varicela-zoster. Las complicaciones incluyen a la osteonecrosis provocada por HZ. Algunas complicaciones dentales inusuales como la osteonecrosis, la exfoliación de los dientes, la periodontitis, pulpas calcificadas y desvitalizadas, lesiones periapicales y reabsorción radicular, además de alteraciones del desarrollo como raíces cortas irregulares y pérdidas dentarias pueden surgir secundariamente a la afectación por HZ de la segunda o tercera división del nervio trigémino.

1.2.3.2.3 Dolor de los huesos maxilares atribuido a micosis

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3.2 *Dolor de los huesos maxilares atribuido a infección.*
- B. La infección es fúngica.

Comentarios:

Las micosis más probables del tejido óseo maxilar y mandibular son la aspergilosis y la mucormicosis. La aspergilosis de la cavidad bucal es una afección poco habitual que se presenta con mayor frecuencia en pacientes inmunodeprimidos, como aquellos con neoplasias hemáticas. La osteomielitis causada por especies de *Aspergillus* es una infección que suele pasarse por alto. Aunque infrecuente, la aspergilosis oral invasiva es una enfermedad potencialmente letal y debe considerarse en pacientes inmunodeprimidos que presenten lesiones orales.

La mucormicosis es una infección oportunista muy infrecuente que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos y rara vez a personas sanas después de la extracción de un diente.

El organismo implicado en la mucormicosis es un hongo saprófito, principalmente *Rhizopus* o *Mucor*. Es la forma de micosis más mortal y de rápida progresión que afecta a los seres humanos.

1.2.3.3 Dolor de los huesos maxilares atribuido a lesión benigna local

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una lesión local benigna documentada como causante de dolor en el tejido óseo maxilar o mandibular¹.
- C. La aparición del dolor guarda una estrecha relación temporal con la lesión o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Las lesiones benignas locales incluyen el tumor de células gigantes, el osteoma osteoide y el osteoblastoma.

Comentarios:

Los tumores óseos benignos suelen ser asintomáticos y se descubren de manera casual durante la evaluación de un traumatismo u otra afección. Cuando son sintomáticos, los tumores óseos benignos pueden presentarse con dolor localizado, inflamación, deformidad o fractura patológica.

La mayoría de los tumores óseos benignos tienen características radiológicas particulares. Es posible que se necesiten técnicas de imagen avanzadas (por ejemplo, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (IRM)) para caracterizar completamente los tumores óseos.

El tumor de células gigantes (TCG) óseo es una neoplasia esquelética osteolítica benigna de los adultos jóvenes relativamente infrecuente. La presentación más habitual es el dolor y la inflamación. El cráneo y los huesos craneofaciales se ven afectados con menos frecuencia.

Los pacientes con osteoma osteoide suelen quejarse de un dolor que aumenta progresivamente, que empeora por la noche y que no está relacionado con la actividad. El

dolor se alivia con aspirina u otros AINE generalmente en 20 a 25 minutos. La falta de alivio por parte de estos fármacos debería llevar a considerar otros diagnósticos.

Los pacientes con osteoblastoma suelen quejarse de dolor crónico continuo. Los hallazgos radiológicos del osteoblastoma son variables y en muchas ocasiones, se requieren imágenes avanzadas (p. ej., tomografía computarizada o resonancia magnética) para su identificación. El dolor no se alivia con aspirina u otros AINE.

1.2.3.4 Dolor de los huesos maxilares atribuido a lesión maligna

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una lesión maligna primaria o secundaria documentada como causante de dolor en el tejido óseo maxilar o mandibular¹.
- C. La aparición del dolor guarda una relación temporal con la lesión o condujo a su descubrimiento.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. El dolor de los huesos maxilares puede presentarse como consecuencia del efecto masa de los tumores primarios o metastásicos o del efecto paraneoplásico de los tumores metastásicos.

Comentario:

El dolor de los huesos maxilares atribuido a lesiones malignas, ya sean primarias o metastásicas, puede presentarse como dolor localizado que puede aumentar y disminuir durante semanas o meses.

1.2.3.1.1 Dolor de los huesos maxilares atribuido a neoplasia maligna localizada

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3.4 *Dolor de los huesos maxilares atribuido a lesión maligna*.
- B. La lesión maligna es primaria.¹

Nota:

1. Las lesiones malignas primarias documentadas como causantes de dolor en el tejido óseo maxilar y mandibular incluyen el osteosarcoma, la histiocitosis de células de Langerhans, el linfoma no Hodgkin y el mieloma múltiple.

Comentarios:

El osteosarcoma es un tumor poco frecuente, pero excluido el mieloma, es con diferencia el tumor maligno primario con mayor probabilidad de presentarse en el hueso (aunque suele considerarse secundario, atribuido a la transformación sarcomatosa de la enfermedad ósea de Paget u otras lesiones óseas benignas). La mayoría de los pacientes con osteosarcoma presentan dolor localizado, generalmente de varios meses de duración. Frecuentemente el dolor comienza después de una lesión y puede aumentar y disminuir durante algunas semanas o meses.

Los síntomas sistémicos como fiebre, pérdida de peso y malestar general normalmente están ausentes. Los sitios de afectación más frecuentes son el fémur distal y la tibia y el fémur proximales; Su presencia en los huesos maxilares es muy infrecuente.

En la histiocitosis de células de Langerhans (HCL), los estudios radiológicos muestran de manera característica una apariencia lítica, "perforada" y a veces acompañada de una masa de tejido blando. Pueden presentarse síntomas como dolor en la mandíbula y movilidad dental. Aunque las lesiones óseas pueden ser asintomáticas en algunas zonas, las de la boca son especialmente problemáticas debido a la pérdida de dientes y una alta tasa de recidiva. Las regiones posteriores de los huesos maxilares se ven afectadas con más frecuencia que las regiones anteriores.

El linfoma no Hodgkin es una neoplasia del sistema linfático que se origina a partir de linfocitos B o T y muestra un alto potencial de malignidad. Síntomas inespecíficos como un dolor dental primario indeterminado y una inflamación periapical no resuelta, pueden dificultar el diagnóstico preciso del linfoma no Hodgkin, lo que con frecuencia conduce a un diagnóstico tardío. Se recomienda realizar una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) de los maxilares y una tinción inmunohistoquímica de la biopsia. Cuando la lesión afecta a los huesos maxilares, es mucho más infrecuente en la mandíbula que en el maxilar: de los casos publicados, sólo el 0,6 % se encuentra en la mandíbula.

El mieloma múltiple es una afección en la que las células plasmáticas proliferan en la médula ósea, lo que suele producir una destrucción ósea extensa con lesiones osteolíticas, osteopenia y/o fracturas patológicas. El dolor óseo, particularmente en la espalda o el pecho y con menos frecuencia en las extremidades, está presente al momento del diagnóstico en aproximadamente el 60 % de los pacientes.

1.2.3.1.2 Dolor de los huesos maxilares atribuido a neoplasia maligna a distancia

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3.4 *Dolor en el hueso de la mandíbula atribuido a una lesión maligna*.
- B. La neoplasia maligna es a distancia.

Comentario:

Las lesiones malignas a distancia causan dolor a través del efecto masa (incluida la compresión nerviosa y el estiramiento perióstico) y del efecto paraneoplásico (un efecto a distancia sin diseminación metastásica al (los) maxilar(es)).

1.2.3.4 Dolor de los huesos maxilares atribuido al tratamiento

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares* y el criterio C.
- B. Un tratamiento ha producido una lesión o trastorno documentado como causante de dolor en los huesos maxilares¹.
- C. La causa del dolor es posible basándose en una asociación anatómica con la lesión o trastorno y/o asociación temporal² con su aparición o inicio.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Notas:

1. Tales lesiones o trastornos incluyen a la osteonecrosis de los maxilares asociada al uso de medicamentos (OMAM), la osteorradionecrosis y la osteítis alveolar postextracción (alveolitis seca).
2. El dolor suele presentarse horas y días después de la aparición de la lesión causal. Sin embargo, el tiempo hasta que aparece la lesión es específico del tratamiento: puede ocurrir directamente a partir de una intervención como la cirugía y hasta meses o años después del inicio de la medicación o radiación.

Comentarios:

La osteonecrosis de la mandíbula asociada al uso de medicamentos (OMAM) se define por la presencia de hueso necrótico (que está expuesto o puede ser explorado a través de un tracto sinusal) durante más de 8 semanas en la región maxilofacial de un individuo tratado con bifosfonatos u otro antirresortivo (por ejemplo, denosumab) o medicamento antiangiogénico

(por ejemplo, bevacizumab). La OMAM generalmente se presenta con dolor, infección y necrosis ósea mandibular o maxilar en pacientes que reciben estos fármacos. La cirugía dentoalveolar representa un factor de riesgo importante.

La osteorradionecrosis es una complicación de la radioterapia (RT), debido a la obliteración vascular y a la disminución del suministro vascular de los tejidos irradiados. Los síntomas de la osteorradionecrosis pueden incluir dolor, mal aliento, disgeusia, disestesia o anestesia, trismo, dificultad para masticar y tragar, dificultades del habla, formación de fistulas, fracturas patológicas e infección. El tiempo transcurrido hasta la aparición de la osteorradionecrosis es bastante variable. En algunos casos, es posible que se diagnostique poco después de completar la RT, mientras que en otros pacientes es posible que no se diagnostique hasta años después del tratamiento inicial contra el cáncer. La mandíbula es el hueso más frecuentemente afectado, mientras que la incidencia de la osteorradionecrosis maxilar es escasa.

La osteítis alveolar (alveolitis seca) es una complicación de la extracción dental y ocurre más habitualmente en exodoncias de molares mandibulares. Se asocia con dolor intenso que aparece postoperatoriamente a los 2 o 3 días. El alvéolo suele estar parcial o totalmente desprovisto del coágulo sanguíneo y algunos pacientes presentan halitosis.

1.2.3.5 Dolor de los huesos maxilares atribuido a enfermedad sistémica

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor que cumple los criterios de 1.2.3 *Dolor de los huesos maxilares* y el criterio C.
- B. Se ha diagnosticado una enfermedad sistémica documentada como causante de dolor en los huesos maxilares¹.
- C. La causa del dolor es clínicamente posible.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. Estas enfermedades incluyen a la anemia de células falciformes, la enfermedad de Gaucher y la enfermedad de Paget.

Comentarios:

Algunas enfermedades sistémicas se presentan con episodios repetidos de dolor vasooclusivo, caracterizados por un dolor óseo difuso, marcado por crisis dolorosas que suelen ser motivo de una osteonecrosis (necrosis avascular).

La anemia de células falciformes (ACF) se caracteriza por una gran heterogeneidad en cuanto a la gravedad clínica y hemática, con episodios repetidos de dolor vaso-oclusivo como sello distintivo. Éstos pueden ocurrir con una frecuencia semanal o tras largos períodos de tiempo. Los episodios de dolor pueden provocar infartos óseos, necrosis y con el tiempo, cambios degenerativos en los huesos que contienen médula ósea, lo que conduce a un estado crónico de dolor, además de los episodios dolorosos más agudos.

La enfermedad de Gaucher (EG) es una enzimopatía congénita que afecta a la degradación de los glicolípidos celulares y es una de las enfermedades por depósito lisosomal más frecuentes. La enfermedad esquelética se caracteriza por un dolor óseo difuso marcado por crisis dolorosas que suelen ser motivo de una osteonecrosis (necrosis avascular).

La enfermedad ósea de Paget (EOP), también conocida históricamente como *osteítis deformante*, es un trastorno focal del metabolismo óseo caracterizado por una tasa acelerada de remodelación ósea, lo que da lugar a un crecimiento excesivo del hueso en sitios únicos (EOP monostótica) o múltiples (EOP poliestótica). Las áreas habitualmente afectadas incluyen el cráneo, la columna, la pelvis y los huesos largos de las extremidades inferiores. De manera similar a los osteosarcomas, estas lesiones pueden cursar con dolor e inflamación localizada y por lo general ocurren en pacientes con enfermedad poliestótica.

Referencias

1.1.1 Dolor pulpar

Abbott PV and Yu C. A clinical classification of the status of the pulp and the root canal system. *Austral Dent J* 2007; 52(suppl): S17–31.

Benoliel R, Sharav Y and Eliav E. Neurovascular orofacial pain. *J Am Dent Assoc* 2010; 141: 1094– 1096. Berman LH and Hartwell GR. Diagnosis. In: Cohen S and Hargreaves KM (eds) *Pathways of the pulp*. 9th ed. St Louis, MO: Mosby-Elsevier, 2006, pp.2–39.

Byers MR and Narhi MVO. Nerve supply of the pulpodentin complex and response to injury. In: Hargreaves KM and Goodis HE (eds) *Seltzer and Bender's dental pulp*. Chicago, IL: Quintessence, 2002, pp.151–179.

Falace DA, Reid K and Rayens MK. The influence of deep (odontogenic) pain intensity, quality, and duration on the incidence and characteristics of referred orofacial pain. *J Orofac Pain* 1996; 10: 232–239.

Garfunkel A, Sela J and Ulmansky M. Dental pulp pathosis: clinicopathologic correlations based on 109 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 35: 110–117.

Glick DH. Locating referred pulpal pains. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; 15: 613–623.

Hargreaves KM and Seltzer S. Pharmacologic control of dental pain. In: Hargreaves KM and Goodis HE (eds) *Seltzer and Bender's dental pulp*. Chicago, IL: Quintessence, 2002, pp.205–225.

Hasler JE and Mitchell DF. Painless pulpitis. *J Am Dent Assoc* 1970; 81: 671–677.

Kang, SH, Kim BS and Kim Y. Cracked teeth: distribution, characteristics, and survival after root canal treatment. *J Endod* 2016; 42: 557–562. Mejare IA, Axelsson S, Davidson T, et al. Diagnosis of the condition of the dental pulp: a systematic review. *Int Endod J* 2012; 45: 597–613.

Michaelson PL and Holland GR. Is pulpitis painful? *Int Endod J* 2002; 35: 829–832. 12.

Obermann M, Mueller D, Yoon MS, et al. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1278–1282.

Patel S, Kanagasingam S and Pitt Ford T. External cervical resorption: a review. *J Endod* 2009; 35: 616–625.

Schuurmans TJ, Nixdorf DR, Idiyatullin DS, et al. Accuracy and reliability of root crack and fracture detection in teeth using magnetic resonance imaging. *J Endodontics* 2019; 45: 750–755.

Seo DG, Yi YA, Shin SJ, et al. Analysis of factors associated with cracked teeth. *J Endod* 2012; 38: 288–292.

Sharav Y, Katsarava Z and Benoliel R. Migraine and possible facial variants: neurovascular orofacial pain. In: Sharav Y and Benoliel R (eds) *Orofacial pain and headache*. 2nd ed. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co., 2015, pp.319–362.

Sharav Y, Katsarava Z and Charles A. Facial presentations of primary headache disorders. *Cephalalgia* 2017; 37: 714–719.

Sharav Y, Leviner E, Tzukert A, et al. The spatial distribution, intensity and unpleasantness of acute dental pain. *Pain* 1984; 20: 363–370.

Sigurdsson A. Clinical manifestations and diagnosis. In: Ørstavik D and Pitt-Ford TR (eds) *Essential endodontology*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008, pp.235–261.

Smulson MH and Sieraski SM. Histophysiology and diseases of the dental pulp. In: Weine FS (ed.) *Endodontic therapy*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby, 1996, pp.84–165.

Tyldesley WR and Mumford JM. Dental pain and the histological condition of the pulp. *Dent Pract Dent Rec* 1970; 20: 333–336.

Von Troil B, Needleman I and Sanz M. A systematic review of the prevalence of root sensitivity following periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 2002; 29(3 suppl): 173–177.

1.1.2. Dolor periodontal

Andreasen JO and Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology of traumatic dental injuries. In: Andreasen JO (ed.) *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard, 1994, pp.151–177.

Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1–6. Bastone EB, Freer TJ and McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. *Aust Dent J* 2000; 45: 2–9.

Costa CPS, Thomaz EBAF and Souza S de FC. Association between sickle cell anemia and pulp necrosis. *J Endod* 2013; 39: 177–181.

Gomes BP, Lilley JD and Drucker DB. Associations of endodontic symptoms and signs with particular combinations of specific bacteria. *Int End J* 1996; 29: 69–75.

Gutmann JL, Baumgartner JC, Gluskin AH, et al. Identify and define all diagnostic terms for periapical/ periradicular health and disease states. *J Endod* 2009; 35: 1658–1674.

Heasman PA and Hughes FJ. Drugs, medications and periodontal disease. *Br Dent J* 2014; 217: 411–418.

Horning GM and Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol* 1995; 66: 990–998.

Kaste LM, Gift HC, Bhat M, et al. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States 1988–1991. *J Dent Res* 1996; 75: 696–705 (Special Issue).

Kinane JF and Chestnutt IG. Smoking and periodontal disease. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11: 356–365.

Laux M, Abbott PV, Pajarola G, et al. Apical inflammatory root resorption: a correlative radiographic and histological assessment. *Int Endod J* 2000; 33: 483–493.

Levin LG, Law AS, Holland GR, et al. Identify and define all diagnostic terms for pulpal health and disease states. *J Endod* 2009; 35: 1645–1657.

Mejàre IA, Axelsson S, Davidson T, et al. Diagnosis of the condition of the dental pulp: a systematic review. *Int Endod J* 2012; 45: 597–613.

Ricucci D and Siqueira JF Jr. Biofilms and apical periodontitis: study of prevalence and association with clinical and histopathologic findings. *Endod* 2010; 36: 1277–1288.

Ricucci D, Siqueira JF Jr, Lopes WS, et al. Extraradicular infection as the cause of persistent symptoms: a case series. *J Endod* 2015; 41: 265–273.

Sharav Y and Benoliel R. Acute orofacial pain. In: Sharav Y and Benoliel R (eds) Orofacial pain and headache. 2nd ed. Chicago, IL: Quintessence Publishing Co., 2015, pp.141–161.

Sjögren U, Happonen RP, Kahnberg K-E, et al. Survival of *Arachnia propionica* in periapical tissue. *Int Endodont J* 1988; 21: 277–282.

The Dental Trauma Guide – an online evidencebased treatment guide produced in cooperation with the Resource Centre for Rare Oral Diseases and Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Copenhagen University Hospital, www.dentaltraumaguide.org/ (acesso em janeiro de 2020).

Tronstad L, Barnett F, Riso K, et al. Extraradicular endodontic infections. *Endod Dent Traumatol* 1987; 3: 86–90.

Yoshida M, Fukushima H, Yamamoto K, et al. Correlation between clinical symptoms and microorganisms isolated from root canals of teeth with periapical pathosis. *J Endod* 1987; 13: 24–28.

1.1.3 Dolor gingival

Akintoye SO and Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 2014; 58: 281–297.

Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(suppl): S25.e1–12.

Andrade P, Brinca A and Goncalo M. Patch testing in fixed drug eruptions – a 20-year review. *Contact Dermatitis* 2011; 65: 195–201.

Bascones-Martínez A, García-García V, Meurman JH, et al. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 2015; 54: 258–270.

Batchelor JM and Todd PM. Allergic contact stomatitis caused by a polyether dental impression material. *Contact Dermatitis* 2010; 63: 296–297.

Benedix F, Schilling M, Schaller M, et al. A young woman with recurrent vesicles on the lower lip: fixed drug eruption mimicking herpes simplex. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 491–494.

Calapai G, Miroddi M, Mannucci C, et al. Oral adverse reactions due to cinnamon-flavoured chewing gums consumption. *Oral Dis* 2014; 20: 637–643.

Carrozzo M, Togliatto M and Gandolfo S. [Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype]. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 217–226.

Farthing P, Bagan JV and Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis* 2005; 11: 261–267.

Feller L, Altini M, Chandran R, et al. Noma (cancrum oris) in the South African context. *J Oral Pathol Med* 2014; 43: 1–6.

Firth FA, Friedlander LT, Parachuru VP, et al. Regulation of immune cells in oral lichen planus. *Arch Dermatol Res* 2015; 307: 333–339.

Fitzpatrick SG, Hirsch SA and Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 45–56.

Fourie J and Boy SC. Oral mucosal ulceration – a clinician’s guide to diagnosis and treatment. *S Afr Dent J* 2016; 71: 500–508.

Fukiwake N, Moroi Y, Urabe K, et al. Detection of autoantibodies to desmoplakin in a patient with oral erythema multiforme. *Eur J Dermatol* 2007; 17: 238–241.

Gondivkar SM, Gadbail A and Chole R. Oral pregnancy tumor. *Contemp Clin Dent* 2010; 1: 190-192.

Gorouhi F, Davari P and Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 742826.

Gupta S, Gupta S, Mittal A, et al. Oral fixed drug eruption caused by gabapentin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 1207–1208.

Harman KE, Albert S and Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* 2003; 149: 926–937.

Hasan S. Desquamative gingivitis – a clinical sign in mucous membrane pemphigoid: report of a case and review of literature. *J Pharm Bioallied Sci* 2014; 6: 122–126.

Hertel M, Matter D, Schmidt-Westhausen AM, et al. Oral syphilis: a series of 5 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 338–345.

Jain P and Jain I. Oral manifestations of tuberculosis: step towards early diagnosis. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: ZE18–21.

Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. *Br J Oral Surg* 1966; 3: 188–205.

Khatibi M, Shakoorpour AH, Jahromi ZM, et al. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012; 21: 1312–1315.

Kind F, Scherer K and Bircher AJ. Allergic contact stomatitis to cinnamon in chewing gum mistaken as facial angioedema. *Allergy* 2010; 65: 276–277.

Perusquia-Ortiz AM, Vazquez-Gonzalez D and Bonifaz A. Opportunistic filamentous mycoses: aspergillosis, mucormycosis, phaeohyphomycosis and hyalohyphomycosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; 10: 611–621.

Raber-Durlacher JE, Elad S and Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol* 2010; 46: 452–456.

Rosenthal DI and Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2009; 19: 29–34. Savin JA. Current causes of fixed drug eruption in the UK. *Br J Dermatol* 2001; 145: 667–668.

Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. *N Engl J Med* 2006; 355: 165–172. 31. Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, et al. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med* 2009; 38: 481–488

Slebioda Z, Szponar E and Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 96–102.

Theander E and Jacobsson LT. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 935–947.

Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19: e386–390.

Venables ZC, Narayana K and Johnston GA. Two unusual cases of allergic contact stomatitis caused by methacrylates. *Contact Dermatitis* 2016; 74: 126–127.

Von Arx DP and Husain A. Oral tuberculosis. *Br Dent J* 2001; 190: 420–422.

Warnakulasuriya S, Johnson NW and van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.

Yuan A and Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 35–47.

1.2.1 Dolor en la mucosa oral

Abdalla-Aslan R, Benoliel R, Sharav Y, et al. Characterization of pain originating from oral mucosal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016; 121: 255–261.

Akintoye SO and Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 2014; 58: 281–297.

Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(suppl): S25.e1–12.

Andrade P, Brinca A and Goncalo M. Patch testing in fixed drug eruptions – a 20-year review. *Contact Dermatitis* 2011; 65: 195–201.

Bascones-Martínez A, García-García V, Meurman JH, et al. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? *Int J Dermatol* 2015; 54: 258–270.

- Batchelor JM and Todd PM. Allergic contact stomatitis caused by a polyether dental impression material. *Contact Dermatitis* 2010; 63: 296–297.
- Benedix F, Schilling M, Schaller M, et al. A young woman with recurrent vesicles on the lower lip: fixed drug eruption mimicking herpes simplex. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 491–494.
- Calapai G, Miroddi M, Mannucci C, et al. Oral adverse reactions due to cinnamon-flavoured chewing gums consumption. *Oral Dis* 2014; 20: 637–643.
- Carrozzo M, Togliatto M and Gandolfo S. Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype. *Minerva Stomatol* 1999; 48: 217–226.
- Duncan GG, Epstein JB, Tu D, et al. Quality of life, mucositis, and xerostomia from radiotherapy for head and neck cancers: a report from the NCIC CTG HN2 randomized trial of an antimicrobial lozenge to prevent mucositis. *Head Neck* 2005; 27: 421–428.
- Farthing P, Bagan JV and Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis* 2005; 11: 261–267.
- Firth FA, Friedlander LT, Parachuru VP, et al. Regulation of immune cells in oral lichen planus. *Arch Dermatol Res* 2015; 307: 333–339.
- Fitzpatrick SG, Hirsch SA and Gordon SC. The malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 45–56.
- Fourie J and Boy SC. Oral mucosal ulceration – a clinician’s guide to diagnosis and treatment. *S Afr Dent J* 2016; 71: 500–508.
- Fukiwake N, Moroi Y, Urabe K, et al. Detection of autoantibodies to desmoplakin in a patient with oral erythema multiforme. *Eur J Dermatol* 2007; 17: 238–241.
- Gorouhi F, Davari P and Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 742826.
- Gupta S, Gupta S, Mittal A, et al. Oral fixed drug eruption caused by gabapentin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 1207–1208.
- Harman KE, Albert S and Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* 2003; 149: 926–937.
- Hertel M, Matter D, Schmidt-Westhausen AM, et al. Oral syphilis: a series of 5 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 338–345.
- Jain P and Jain I. Oral manifestations of tuberculosis: step towards early diagnosis. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: ZE18–21.

- Khatibi M, Shakoorpour AH, Jahromi ZM, et al. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012; 21: 1312–1315.
- Kind F, Scherer K and Bircher AJ. Allergic contact stomatitis to cinnamon in chewing gum mistaken as facial angioedema. *Allergy* 2010; 65: 276–277.
- Mravak-Stipetić M. Differential diagnostics of painful conditions of oral mucosa anticancer therapy. *Rad* 507. *Med Sci* 34: 55–73.
- Perusquia-Ortiz AM, Vazquez-Gonzalez D and Bonifaz A. Opportunistic filamentous mycoses: aspergillosis, mucormycosis, phaeohyphomycosis and hyalohyphomycosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012; 10: 611–621.
- Raber-Durlacher JE, Elad S and Barasch A. Oral mucositis. *Oral Oncol* 2010; 46: 452–456.
- Rosenthal DI and Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol* 2009; 19: 29–34.
- Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, et al. Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: diagnosis and clinical management. *J Immunol Res* 2018; 2018: 6061825.
- Savin JA. Current causes of fixed drug eruption in the UK. *Br J Dermatol* 2001; 145: 667–668.
- Scully C. ABC of oral health: mouth ulcers and other causes of orofacial soreness and pain. *Br Med J* 2000; 321: 162–165.
- Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. *N Engl J Med* 2006; 355: 165–172. 31.
- Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, et al. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med* 2009; 38: 481–488.
- Slebioda Z, Szponar E and Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 96–102.
- Sonis ST, Elting LS, Keefe D, et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer* 2004; 100(9 suppl): 1995–2025.
- Theander E and Jacobsson LT. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 935–947.
- Treister N and Sonis S. Mucositis: biology and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 15: 123–129.
- Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19: e386–390.

Venables ZC, Narayana K and Johnston GA. Two unusual cases of allergic contact stomatitis caused by methacrylates. *Contact Dermatitis* 2016; 74: 126–127.

Vera-Llonch M, Oster G, Ford CM, et al. Oral mucositis and outcomes of allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation in patients with hematologic malignancies. *Support Care Cancer* 2007; 15: 491–496.

Von Arx DP and Husain A. Oral tuberculosis. *Br Dent J* 2001; 190: 420–422.

Warnakulasuriya S, Johnson NW and van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.

Yuan A and Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 35–47.

1.2.2 Dolor en las glándulas salivares

Bassim CW, Fassil H, Mays JW, et al. Oral disease profiles in chronic graft versus host disease. *J Dent Res* 2015; 94: 547–554.

Brook I. The bacteriology of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2009; 21: 269–274.

Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, et al. Major and minor salivary gland tumors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; 74: 134–148.

Klein Hesselink EN, Brouwers AH, de Jong JR, et al. Effects of radioiodine treatment on salivary gland function in patients with differentiated thyroid carcinoma: a prospective study. *J Nucl Med* 2016; 57: 1685–1691.

Leerdam CM, Martin HC and Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 631–634.

Napeñas JJ and Rouleau TS. Oral complications of Sjögren's syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2014; 26: 55–56.

Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, et al. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64: 475–487.

Wilson KF, Meier JD and Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician* 2014; 89: 882–888.

1.2.3 Dolor ósseo mandibular

Annibali S, Cristalli MP, Solidani M, et al. Langerhans cell histiocytosis: oral/periodontal involvement in adult patients. *Oral Dis* 2009; 15: 596–601.

- Campanacci M, Baldini N, Boriani S, et al. Giantcell tumor of bone. *J Bone Joint Surg Am* 1987; 69: 106–114.
- Caparrotti F, Huang SH, Lu L, et al. Osteoradionecrosis of the mandible in patients with oropharyngeal carcinoma treated with intensity- modulated radiotherapy. *Cancer* 2017; 123: 3691–3700.
- Caputo ND, Raja A, Shields C, et al. Re-evaluating the diagnostic accuracy of the tongue blade test: still useful as a screening tool for mandibular fractures? *J Emerg Med* 2013; 45: 8–12.
- Chopra S, Kamdar D, Ugur OE, et al. Factors predictive of severity of osteoradionecrosis of the mandible. *Head Neck* 2011; 33: 1600–1605.
- Copley L and Dormans JP. Benign pediatric bone tumors. Evaluation and treatment. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 949–966.
- Da Fonseca M, Oueis HS and Casamassimo PS. Sick cell anemia: a review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent* 2007; 29: 159–169.
- Daly B, Sharif MO, Newton T, et al. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD006968.
- D'Ambrosio N, Soohoo S, Warshall C, et al. Craniofacial and intracranial manifestations of langerhans cell histiocytosis: report of findings in 100 patients. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191: 589–597.
- Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, et al. A retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg* 2008; 60: 398–403.
- Gabrielli E, Fothergill AW, Brescini L, et al. Osteomyelitis caused by *Aspergillus* species: a review of 310 reported cases. *Clin Microbiol Infect* 2014; 20: 559–565.
- Grabowski GA. Recent clinical progress in Gaucher disease. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 519–524.
- Grabowski GA, Andria G, Baldellou A, et al. Pediatric non-neuronopathic Gaucher disease: presentation, diagnosis and assessment. Consensus statements. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 58–66.
- Greenspan A. Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 485–500.
- Gupta S, Sreenivasan V, Patil PB. Dental complications of herpes zoster: two case reports and review of literature. *Indian J Dent Res* 2015; 26: 214–219.

Jones AC, Prihoda TJ, Kacher JE, et al. Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102: 639–650.

Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 21–33.

Mirabello L, Troisi RJ, Savage SA. Osteosarcoma incidence and survival rates from 1973 to 2004: data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Cancer* 2009; 115: 1531–1543.

Nilesh K and Vande AV. Mucormycosis of maxilla following tooth extraction in immunocompetent patients: Reports and review. *J Clin Exp Dent* 2018; 10: e300–e305.

Platt OS, Thorington BD, Brambilla DJ, et al. Pain in sickle cell disease. Rates and risk factors. *N Engl J Med* 1991; 325: 11–16.

Prasad KC, Prasad SC, Mouli N, et al. Osteomyelitis in the head and neck. *Acta Otolaryngol* 2007; 127: 194–205.

Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, et al.; American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72: 1938–1956.

Sharif MO, Dawoud BE, Tsihlaki A, et al. Interventions for the prevention of dry socket: an evidence-based update. *Br Dent J* 2014; 217: 27–30.

Van Staa TP, Selby P, Leufkens HG, et al. Incidence and natural history of Paget's disease of bone in England and Wales. *J Bone Miner Res* 2002; 17: 465–471.

Wyers MR. Evaluation of pediatric bone lesions. *Pediatr Radiol* 2010; 40: 468–473. 25. Yildiz C, Erler K, Atesalp AS, et al. Benign bone tumors in children. *Curr Opin Pediatr* 2003; 15: 58–67. 26. Zou H, Yang H, Zou Y, et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma in the maxilla: A case

2. Dolor miofascial orofacial

Comentarios generales:

Trastornos temporomandibulares (TTM) es un término utilizado para describir una serie de trastornos dolorosos y no dolorosos que afectan a los músculos de la masticación, la articulación temporomandibular (ATM) y sus estructuras asociadas. Los Criterios Diagnósticos para los Trastornos Temporomandibulares (DC/TMD), publicados por INfORM, son confiables y universalmente aceptados. Sin embargo, persiste la controversia en relación a la terminología del dolor muscular crónico. Mientras que los DC/TMD utilizan los términos mialgia y dolor miofascial, otras sugerencias incluyen, por ejemplo, dolor muscular orofacial persistente. ICOP utiliza dolor miofascial orofacial como un término general, adhiriéndose al término miofascial en reconocimiento a la falta de evidencia concreta que vincule el dolor a estructuras o tejidos específicos en el músculo. Además, se mantiene el término trastorno temporomandibular para alinearse con los DC/TMD.

La distinción temporal de los dolores miofasciales en ICOP es nueva (no se encuentra en los DC/TMD), pero sigue los principios generales de ICHD-3 para la 2. *Cefalea tensional*: es decir, se han introducido criterios similares con respecto a la frecuencia de los episodios. Si bien puede haber debate sobre la relevancia clínica de los dolores miofasciales infrecuentes (que ocurren menos de una vez al mes), parece haber evidencia sólida a favor de separarlos de las condiciones de dolor que ocurren con mayor frecuencia. Estudios futuros que utilicen la distinción temporal propuesta entre los dolores miofasciales podrían revelar implicaciones terapéuticas.

Aunque algunos dentistas y muchos expertos en dolor orofacial (DOF) pueden manejar el dolor muscular cervical además del dolor muscular mandibular, se decidió en esta etapa no incluir una clasificación para los dolores musculares cervicales. Sin embargo, como sugerencia, dicho dolor podría clasificarse adhiriéndose a principios similares (es decir, en términos de frecuencia, hallazgos locales en el examen y con o sin dolor referido). Lo mismo podría aplicarse a otros músculos en la región orofacial (por ejemplo, la lengua o los músculos de la deglución).

Con respecto al dolor referido, es ampliamente reconocido y aceptado que ambos tipos de dolor, agudo y crónico en los músculos orofaciales pueden estar asociados con este fenómeno clínico (es decir, el dolor se percibe en un sitio diferente al del origen del estímulo nociceptivo o nocivo). El significado fisiopatológico de esto sigue siendo incierto, al igual que las implicaciones terapéuticas; sin embargo, desde un punto de vista diagnóstico, continúa siendo importante distinguir entre el dolor referido y los dolores locales. En consecuencia, todos los diagnósticos de dolor miofascial se subcategorizan de acuerdo con la presencia o ausencia de dolor referido durante la palpación. La definición de dolor referido sigue la de los DC/TMD.

Los DC/TMD también utilizan una categoría de extensión del dolor, que, a diferencia del dolor referido, permanece dentro del límite de la estructura anatómica afectada. Para fines de investigación, se pueden aplicar criterios específicos para el dolor miofascial con extensión del dolor, según los DC/TMD, si es necesario.

Un comentario adicional es que los DC/TMD no se restringen únicamente a los músculos temporales y maseteros; más bien, los criterios de examen especifican esos músculos porque (a) existe una mayor fiabilidad entre los examinadores y (b) casi todas las personas con TTM miofascial doloroso presentan dolor en al menos uno de estos músculos. Sin embargo, no hay una razón lógica para suponer que los signos positivos no puedan manifestarse también en otros músculos masticatorios. La restricción a los músculos temporales y maseteros excluye a aquellos individuos que pueden tener mialgia altamente localizada en otros músculos masticatorios, y para el clínico esto también parecerá una restricción innecesaria. Por lo tanto, en futuras revisiones, la clasificación ICOP podría extenderse a otros músculos orofaciales.

Un criterio clave en el diagnóstico del dolor muscular en los DC/TMD es que los pacientes reportarán dolor en las pruebas de provocación: palpación estandarizada y/o dolor con la apertura de la boca. Esto se refleja en los criterios de ICOP. Varios estudios han abordado el tema de pruebas dinámicas/estáticas adicionales de los músculos mandibulares y la ATM para aumentar la sensibilidad y especificidad diagnóstica. Se necesita más investigación antes de que dichas pruebas puedan recomendarse para su inclusión general.

Las instrucciones y criterios específicos para un hallazgo positivo en las pruebas de provocación deben seguir las descripciones de los DC/TMD, enfatizando la importancia de la estandarización de la fuerza y la duración de la palpación: 1 kg durante 2 segundos para establecer la provocación del dolor mediante la palpación y 1 kg durante 5 segundos para establecer dolor referido (o extensión del dolor). Cabe señalar que, aunque la fuerza de la palpación tiene un amplio respaldo empírico para distinguir entre casos y no casos, la duración de la palpación solo cuenta con apoyo empírico preliminar.

Dolor primario versus secundario

Basándonos en la clasificación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), en este capítulo se distingue entre condiciones de dolor primario y secundario. En las condiciones de dolor primario, no se puede determinar una etiología o causa específica, es decir, son idiopáticas, aunque puede existir un conocimiento sustancial sobre sus mecanismos fisiopatológicos. En las condiciones de dolor secundario, el dolor es secundario o causado por otra condición médica conocida o causa.

Para los dolores miofasciales secundarios, se utilizan las definiciones de la *Taxonomía Expandida para los Trastornos Temporomandibulares* para los trastornos subyacentes

(tendinitis, miositis y espasmo muscular). Estos son criterios sugeridos para futuras investigaciones y aún no han sido validados.

2.1 Dolor miofascial orofacial primario

Descripción:

Dolor en los músculos masticatorios, con o sin alteraciones funcionales, no atribuible a otro trastorno.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple los criterios B–D
- B. Ocurre en uno o más episodios, ¹ o continuo
- C. Reportado en la mandíbula, sien, oído y/o adelante del oído, con ambos de los siguientes:
 - 1. Confirmación en el examen de la(s) localización(es) en el/los músculo(s) temporal(es) y/o masetero(s)
 - 2. Provocado por uno o ambos de los siguientes:
 - a) Palpación del/los músculo(s) temporal(es) y/o masetero(s)
 - b) Movimiento(s) de apertura máxima de la mandíbula, sin asistencia o con asistencia
- D. Modificado² por el movimiento de la mandíbula, la función o parafunción (por ejemplo, rechinar o apretamiento de los dientes)
- E. No atribuible a otro diagnóstico de ICOP.

Notas:

- 1. Los episodios pueden ser únicos o recurrentes en cualquier día, cada uno con una duración mínima de 30 minutos y una duración total en el día de al menos 2 horas.
- 2. El dolor puede aumentar o disminuir.

2.1.1 Dolor miofascial orofacial primario agudo

Descripción:

Dolor leve a moderado, profundo punzante u opresivo en los músculos masticatorios, que ocurre de manera episódica o continua, a menudo asociado con una alteración funcional, como dificultades percibidas para mover la mandíbula, masticar y/o bostezar, etc., y con inicio dentro de los últimos 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1 *Dolor miofascial orofacial primario*, y el criterio B a continuación.

B. Inicio en los últimos 3 meses.

C.

2.1.2 Dolor miofascial orofacial primario crónico

Descripción:

Dolor leve a moderado, profundo punzante u opresivo en los músculos masticatorios, que ocurre de manera episódica o continua, a menudo asociado con una alteración funcional, como dificultades percibidas para mover la mandíbula, masticar y/o bostezar, etc., y con inicio hace más de 3 meses. A menudo está asociado con estrés tóxico psicosocial.

Criterios diagnósticos:

A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1 *Dolor miofascial orofacial primario*, y los criterios B y C a continuación.

B. Inicio > de 3 meses.

C. Recurrente con al menos 10 episodios, o continuo.

2.1.2.1 Dolor miofascial orofacial primario crónico infrecuente

Criterios diagnósticos:

A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1.2 *Dolor miofascial orofacial primario crónico*, y el criterio B a continuación

B. Ocurre < de 1 día al mes.

2.1.2.2 Dolor miofascial orofacial primario crónico frecuente

Criterios diagnósticos:

A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1.2 *Dolor miofascial orofacial primario crónico*, y el criterio B a continuación

B. Ocurre en promedio entre 1 - 14 días al mes durante > 3 meses (> 12 y < de 180 días al año).

2.1.2.2.1 Dolor miofascial orofacial primario crónico frecuente sin dolor referido

Criterios diagnósticos:

A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1.2.2 *Dolor miofascial orofacial primario crónico frecuente*, y el criterio B a continuación

B. Sin reporte de dolor en un sitio más allá del límite del músculo (temporal o masetero) que se está palpando.

2.1.2.2.2 Dolor miofascial orofacial primario crónico frecuente con dolor referido

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1.2.2 *Dolor miofascial orofacial primario crónico frecuente*, y el criterio B a continuación
- B. Reporte de dolor en un sitio más allá del límite del músculo (temporal o masetero) que se está palpando.

2.1.2.3 Dolor miofascial orofacial primario crónico altamente frecuente

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1.2 *Dolor miofascial orofacial primario crónico*, y el criterio B a continuación
- B. Ocurre en promedio > de 15 días al mes durante > de 3 meses (> de 180 días al año).

2.1.2.3.1 Dolor miofascial orofacial primario crónico altamente frecuente sin dolor referido

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1.2.3 *Dolor miofascial orofacial primario crónico altamente frecuente*, y el criterio B a continuación
- B. Sin reporte de dolor en un sitio más allá del límite del músculo (temporal o masetero) que se está palpando.

2.1.2.3.2 Dolor miofascial orofacial primario crónico altamente frecuente con dolor referido

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.1.2.3 *Dolor miofascial orofacial primario crónico altamente frecuente*, y el criterio B a continuación
- B. Reporte de dolor en un sitio más allá del límite del músculo (temporal o masetero) que se está palpando.

2.2 Dolor miofascial orofacial secundario

Descripción:

Dolor miofascial causado por un trastorno subyacente (inflamación, infección o espasmo muscular).

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial en cualquier músculo masticatorio, que cumple con los criterios C y D.

- B. Se ha diagnosticado un trastorno subyacente conocido por poder causar dolor miofascial¹.
- C. El dolor miofascial tiene ambas de las siguientes características:
 - 1. Reportado en la mandíbula, sien, oído y/o delante del oído, con ambas de las siguientes:
 - a) Confirmación en la exploración de la(s) ubicación(es) en el/los músculo(s) o tendón(es) afectado(s).
 - b) Provocado por la palpación del/los tendón(es) afectado(s) y/o el movimiento de apertura máxima de la mandíbula, sin asistencia o con asistencia²
 - 2. Modificado³ por el movimiento de la mandíbula, la función o parafunción (por ejemplo, rechinar o apretamiento de los dientes)
- D. Se ha demostrado evidencia de causalidad⁴
- E. No atribuible a otro diagnóstico de ICOP.

Notas:

- 1. El trastorno se especifica en cada subforma.
- 2. Estos signos pueden ser demostrados durante la exploración física o, en el caso de un dolor que ya se ha resuelto, reportados en la historia clínica.
- 3. El dolor puede aumentar o disminuir.
- 4. La evidencia necesaria se especifica en cada subforma

2.2.1 Dolor miofascial orofacial atribuido a tendinitis

Descripción:

Dolor de origen tendinoso, afectado por el movimiento de la mandíbula, función o parafunción y replicado por las pruebas de provocación del tendón masticatorio en cuestión. Puede estar presente una limitación de los movimientos mandibulares secundaria al dolor. El tendón del temporal es un sitio común de tendinitis y puede irradiar dolor a los dientes y otras estructuras cercanas. La tendinitis también puede ocurrir en otros tendones de los músculos masticatorios.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.2 *Dolor miofascial orofacial secundario*, y el criterio C a continuación
- B. Se ha diagnosticado tendinitis de uno o más músculos masticatorios
- C. La evidencia de causalidad se demuestra por al menos dos de los siguientes:
 - 1. El dolor miofascial se ha desarrollado en relación temporal con el inicio de la tendinitis
 - 2. El dolor miofascial ha empeorado significativamente¹ en paralelo con la progresión de la tendinitis

3. El dolor miofascial ha mejorado significativamente¹ o se ha resuelto en paralelo con la mejoría o resolución de la tendinitis
- D. No atribuible a otro diagnóstico de ICOP.

Nota:

1. De tal manera que el paciente describa un cambio notable en la intensidad.

2.2.2 Dolor miofascial orofacial atribuido a miositis

Descripción:

Dolor causado por miositis que afecta a uno o más músculos masticatorios, con características clínicas de inflamación o infección: edema, eritema y/o aumento de temperatura. Generalmente se presenta de forma aguda tras un trauma directo en el músculo o por infección, o de manera crónica en el contexto de una enfermedad autoinmune. A menudo, se presenta limitación de los movimientos mandibulares no asistidos secundaria al dolor. Puede ocurrir calcificación del músculo (por ejemplo, miositis ossificans).

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.2 *Dolor miofascial orofacial secundario*, y el criterio C a continuación
- B. Se ha diagnosticado miositis¹ en uno o más músculos masticatorios²⁻³.
- C. La evidencia de causalidad se demuestra por al menos dos de los siguientes:
 1. El dolor miofascial se ha desarrollado en relación temporal con el inicio de la miositis
 2. El dolor miofascial ha empeorado significativamente⁴ en paralelo con la progresión de la miositis
 3. El dolor miofascial ha mejorado significativamente⁴ o se ha resuelto en paralelo con la mejoría o resolución de la miositis
- D. No atribuible a otro diagnóstico de ICOP.

Notas:

1. La miositis puede ser debido a inflamación, infección o trauma.
2. Los signos diagnósticos son edema, eritema y/o aumento de temperatura sobre el(los) músculo(s).
3. Las pruebas serológicas revelan niveles elevados de enzimas (por ejemplo, creatina quinasa), marcadores inflamatorios y la presencia de enfermedades autoinmunes.
4. De tal manera que el paciente describa un cambio notable en la intensidad.

2.2.3 Dolor miofascial orofacial atribuido a espasmo muscular

Descripción:

Dolor causado por una contracción tónica súbita, involuntaria y reversible de un músculo. Este espasmo puede afectar a cualquiera de los músculos masticatorios. Puede presentarse con una maloclusión aguda.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor miofascial que cumple con los criterios para 2.2 *Dolor miofascial orofacial secundario*, y el criterio C a continuación
- B. Se ha diagnosticado espasmo muscular en uno o más músculos masticatorios¹⁻².
- C. La evidencia de causalidad se demuestra por al menos dos de los siguientes:
 - 1. El dolor miofascial se ha desarrollado en relación temporal inmediata con el inicio del espasmo
 - 2. El dolor miofascial ha empeorado significativamente³ en paralelo con la progresión del espasmo
 - 3. El dolor miofascial ha mejorado significativamente³ o se ha resuelto en paralelo con la mejoría o resolución del espasmo
- D. No atribuible a otro diagnóstico de ICOP.

Notas:

- 1. Un rango limitado de movimiento mandibular en una dirección que alarga el(los) músculo(s) afectado(s) es diagnóstico: por ejemplo, para los músculos de cierre de la mandíbula, la apertura está limitada a <40 mm; para el músculo pterigoideo lateral, el movimiento ipsilateral está limitado a <7 mm.
- 2. Si es necesario confirmar el diagnóstico, la electromiografía intramuscular (EMG) muestra una actividad elevada en comparación con el músculo contralateral no afectado.
- 3. De tal manera que el paciente describa un cambio notable en la intensidad.

Referencias

Benoliel R, Svensson P, Heir G, et al. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011; 17: 23–41.

Koutris M, Visscher CM, Lobbezoo F, et al. Comorbidity negatively influences the outcomes of diagnostic tests for musculoskeletal pain in the orofacial region. *Pain* 2013; 154: 927–932.

Masuda M, Iida T, Exposto FG, et al. Referred pain and sensations evoked by standardized palpation of the masseter muscle in healthy participants. *J Oral Facial Pain Headache* 2018; 32: 159–166.

Osiewicz MA, Manfredini D, Loster BW, et al. Comparison of the outcomes of dynamic/static tests and palpation tests in TMD-pain patients. *J Oral Rehabil* 2018; 45: 185–190.

Peck CC, Goulet JP, Lobbezoo F, et al. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2014; 41: 2–23.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/ TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 6–27.

Svensson P, Michelotti A, Lobbezoo F, et al. The many faces of persistent orofacial muscle pain. *J Oral Facial Pain Headache* 2015; 29: 207–208.

Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003–1007.

Visscher CM, Lobbezoo F and Naeije M. A reliability study of dynamic and static pain tests in temporomandibular disorder patients. *J Orofac Pain* 2007; 21: 39–45.

Visscher CM, Naeije M, De Laat A, et al. Diagnostic accuracy of temporomandibular disorder pain tests: a multicenter study. *J Orofac Pain* 2009; 23: 108–114.

3. Dolor de la articulación temporomandibular (ATM)

Comentarios generales:

Al igual que los dolores miofasciales, los dolores de la articulación temporomandibular (ATM) se han dividido en subtipos, primarios y secundarios; basado en una clasificación de condiciones crónicas de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, sigla en inglés). En condiciones dolorosas primarias, la etiología o causa específica no puede ser determinada (es decir, son idiopáticas), a pesar de que exista conocimiento sustancial sobre su mecanismo fisiopatológico. En condiciones dolorosas secundarias, el dolor es secundario o causado por otra condición o causa médica conocida.

Para los dolores secundarios de la ATM, la *Taxonomía Ampliada de los Trastornos Temporomandibulares* y las definiciones en el artículo sobre el diagnóstico clínico de la artritis de la ATM de Alstergren y col. son usadas para los trastornos subyacentes. Están incluidas la artritis, el desplazamiento del disco, la enfermedad degenerativa de la articulación temporomandibular y la subluxación. Estas condiciones pueden requerir tratamientos específicos y diferentes; por ello, es importante saber por qué existe dolor en la ATM. Existen otras condiciones que pueden contribuir al dolor de la ATM; por ejemplo; condiciones de dolor generalizado que sensibilizan los tejidos internos y alrededor de la ATM. Esto debe ser considerado en estudios futuros.

En general, en los siguientes criterios, el término 'atribuido a' se prefiere a 'causado por'. Mientras que 'causado por' implica causalidad probada, lo que puede ser difícil de establecer, y las relaciones pueden ser en ambos sentidos, 'atribuido a' significa, de manera más conservadora, 'se cree que, con base en las evidencias disponibles, es causado por'

La distinción temporal de los dolores de la ATM en ICOP es nueva (no se encuentra en los Criterios de Diagnóstico de Desórdenes Temporomandibulares (DC/TMD) pero sigue los principios generales de ICHD-3 para 2. *Cefalea de tipo tensional*: es decir, se han introducido criterios similares con respecto a la frecuencia de los episodios. Si bien puede haber un debate sobre el significado clínico de los dolores infrecuentes de la ATM (ocurriendo menos de una vez al mes), parece haber evidencia sólida a favor de separarlo de condiciones de dolor que ocurren con mayor frecuencia. Estudios futuros que utilicen la distinción temporal propuesta entre los dolores de la ATM podrían revelar implicaciones terapéuticas.

La inclusión de subtipos de dolor de la ATM (con o sin dolor referido) mantiene la estructura de la clasificación alineada con la de los dolores miofasciales. Es ampliamente reconocido y aceptado que ambos subtipos de dolor de la ATM, agudo y crónico; puedan estar asociados con este fenómeno clínico (es decir, el dolor se percibe en un sitio diferente del origen del estímulo nociceptivo o nocivo). El significado fisiopatológico de este proceso permanece poco claro, así como las implicaciones terapéuticas; sin embargo, desde el punto de vista

diagnóstico, continúa siendo importante distinguir el dolor referido de los dolores locales. Consecuentemente, los dolores de la ATM son subcategorizados de acuerdo con la presencia o ausencia del dolor referido en la palpación. No obstante, estos subtipos deben, hoy en día, ser considerados únicamente como temas de investigación y no para el uso clínico. Las investigaciones futuras podrán mostrar si esta subdivisión tiene propósito.

El DC/TMD también opera con una categoría de dolor difuso, que a diferencia del dolor referido permanece dentro de los límites anatómicos de la estructura afectada. Para fines de investigación, los criterios específicos para el dolor de la ATM con dolor difuso, de acuerdo con el DC/TMD, pueden ser aplicados si es necesario.

Están incluidos subtipos de artritis de la ATM sea sistémica o no sistémica, ya que los planes de tratamiento y el pronóstico pueden diferir de acuerdo si la artritis es de origen local o sistémico.

El grupo de trabajo consideró incluir el subtipo de '*dolor idiopático de la articulación temporomandibular*'. Sin embargo, como la superposición con 3.1 *Dolor primario de la articulación temporomandibular* sería sustancial, si no total, este diagnóstico probablemente no contribuiría útilmente a la investigación o el trabajo clínico.

3.1 Dolor primario de la articulación temporomandibular

Descripción:

Dolor localizado en la articulación temporomandibular (ATM), ocurriendo en reposo o durante el movimiento o la palpación de la mandíbula, sin un trastorno causal conocido. El diagnóstico corresponde totalmente al diagnóstico del dolor de la articulación temporomandibular del DC/TMD.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor en y/o delante de la (s) oreja (s), cumpliendo los criterios B - D
- B. Ocurriendo en uno o más episodios, ¹ o continuo
- C. Con ambos de los siguientes:
 - 1. Confirmación en el examen de la localización en el área o áreas de una o ambas articulaciones temporomandibulares.
 - 2. Provocada por uno o ambos:
 - a) Palpación de y/o alrededor del(os) polo(s) lateral(es) del(os) cóndilo(s) de la mandíbula.
 - b) Máxima apertura bucal no asistida o asistida, movimiento(s) lateral(es) derecho o izquierda y/o protrusivos.
- D. Modificado² por el movimiento de la mandíbula, función o parafunción (por ejemplo, rechinar o apretar los dientes)
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP

Notas:

1. Los episodios pueden ser únicos o recurrentes en cualquier día, cada uno con una duración de al menos 30 minutos y con una duración total de al menos 2 horas al día.
2. El dolor puede aumentar o disminuir.

3.1.1 Dolor primario agudo de la articulación temporomandibular

Descripción:

Dolor primario de la ATM que con inicio en los últimos 3 meses.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios para 3.1 *Dolor primario de la articulación temporomandibular*, y criterio B abajo
- B. Inicio en los últimos 3 meses

3.1.2 Dolor primario crónico de la articulación temporomandibular

Descripción:

Dolor primario de la ATM que se inició hace más de 3 meses.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.1 *Dolor de la articulación temporomandibular*, y criterio B y C debajo
- B. Inicio > 3 meses
- C. Recurrente en al menos 10 episodios, o continua.

3.1.2.1 Dolor primario crónica infrecuente de la articulación temporomandibular

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.1.2 *Dolor primario crónico de la articulación temporomandibular*, y criterio B abajo
- B. Ocurriendo en < 1 día/mes

3.1.2.2 Dolor primario crónico frecuente de la articulación temporomandibular

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.1.2 Dolor crónico primario de la articulación temporomandibular, y criterio B abajo
- B. Ocurriendo de 1-14 días/mes, en promedio, por >3 meses (>12 y > 180 días/año)

3.1.2.2.1 Dolor primario crónico frecuente de la articulación temporomandibular sin dolor referido

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.1.2.2 Dolor primario crónico frecuente de la articulación temporomandibular, y criterio B abajo
- B. Dolor a la palpación de la ATM, localizado en el local inmediato de la palpación.

3.1.2.2.2 Dolor primario crónico frecuente de la articulación temporomandibular con dolor referido

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.1.2.2 Dolor primario crónico frecuente de la articulación temporomandibular, y criterio B abajo
- B. Dolor a la palpación de la ATM, más allá del área de la articulación.

3.1.2.3 Dolor primario crónico de altamente frecuente de la articulación temporomandibular

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.1.2 Dolor primario crónico de la articulación temporomandibular, y criterio B abajo
- B. Ocurriendo en >15 días/mes, en promedio por >3 meses (180 días/ año).

3.1.2.3.1 Dolor primario crónico de altamente frecuente de la articulación temporomandibular sin dolor referido

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios 3.1.2.3 Dolor primario crónico altamente frecuente de la articulación temporomandibular, y criterio B abajo
- B. Dolor a la palpación de la ATM localizado en el local inmediato de la palpación.

3.1.2.3.2 Dolor primario crónico de alta frecuencia de la articulación temporomandibular con dolor referido

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios 3.1.2.3 Dolor primario crónico de altamente frecuente de la articulación temporomandibular, y criterio B abajo
- B. Dolor a la palpación de la ATM más allá del área de la articulación.

3.2 Dolor secundario de la articulación temporomandibular

Descripción:

Dolor localizado en la articulación temporomandibular (ATM) y causado por otro trastorno identificado, como la inflamación (debido, por ejemplo, a traumatismo, infección, depósito de cristales o trastornos autoinmunes), sensibilización de los tejidos, alteraciones estructurales (como osteoartrosis, desplazamiento del disco o subluxación) o lesión.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor en la mandíbula, sien(es), oreja(s) y/o delante de la(s) oreja(s), cumpliendo los criterios C y D
- B. Un trastorno subyacente conocido por ser capaz de causar dolor en la articulación temporomandibular (ATM) ¹ fue diagnosticado².
- C. El dolor tiene todas las siguientes tres características:
 - 1. Localizado en la(s) área(s) de la(s) ATM(s), con confirmación en el examen.
 - 2. Provocada por uno o ambos:
 - a) Palpación de y/o alrededor del (os) polo (s) lateral (es) del (os) cóndilo (s) mandibular(es)³.
 - b) Movimiento de apertura bucal máxima no asistida o asistida, movimiento(s) lateral(es) derecho o izquierda y/o protrusivos.
 - 3. Modificado⁴ por el movimiento de la mandíbula, función o parafunción (por ejemplo, rechinar o apretar los dientes).
- D. Evidencia de causalidad demostrada por al menos dos de los siguientes:
 - 1. El dolor se desarrolló en relación temporal al inicio o agravamiento substancial del presunto trastorno causal, o llevó a su descubrimiento.
 - 2. El dolor empeoró significativamente⁶ en paralelo con la progresión del presunto trastorno causal.

3. El dolor mejoró significativamente⁶ o se resolvió en paralelo con la mejora o resolución del presunto trastorno causal.

E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP

Notas:

1. El trastorno es especificado en cada subtipo.
2. El diagnóstico está de acuerdo con la definición de la taxonomía ampliada DC/TMD.
3. Estos signos pueden ser demostrados durante el examen físico o en caso de dolor ya resuelto, reportado en la historia.
4. El dolor puede aumentar o disminuir.
5. Evidencias adicionales y/o alternativas de causalidad son especificadas en algunos subtipos.
6. De tal manera que el paciente describe un cambio gradual en la intensidad
7. Espontáneamente o por medio del tratamiento.

3.2.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a artritis

Descripción:

Dolor en la ATM causado por una inflamación persistente de los tejidos articulares (como, por ejemplo, a traumatismo, infección, depósito de cristales o trastornos autoinmunes). El dolor en la ATM es común en la artritis de la ATM, pero esta puede estar presente sin dolor.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios 3.2 Dolor secundario de la articulación temporomandibular, y criterio C abajo
- B. Se ha diagnosticado artritis de la ATM.
- C. Evidencia de causalidad demostrada por una o ambos de los siguientes:
 1. El dolor se desarrolló en estrecha relación temporal con la artritis de la ATM, o llevó a su diagnóstico.
 2. Uno o ambos de los siguientes:
 - a) El dolor empeoró significativamente¹ en paralelo con el agravamiento de la artritis de la ATM.
 - b) El dolor mejoró significativamente¹ o se resolvió con el tratamiento de la artritis de la ATM.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. De tal manera que el paciente describe un cambio gradual en la intensidad.

3.2.1.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a artritis no sistémica

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.2.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a artritis
- B. Cualquiera de los siguientes:
 1. No existe evidencia de enfermedad reumatológica
 2. Existe evidencia de una enfermedad articular inflamatoria sistémica, pero ninguna evidencia la asocia con el dolor de la ATM

3.2.1.2 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a artritis sistémica

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.2.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a artritis y criterio C abajo.
- B. Existe evidencia de una enfermedad articular inflamatoria sistémica
- C. Ambos de las siguientes:
 1. El dolor se desarrolló en estrecha relación temporal con otros síntomas y/o signos clínicos o biológicos del inicio de la enfermedad articular inflamatoria sistémica, o llevó a su diagnóstico.
 2. Uno o ambos de los siguientes:
 - a) El dolor empeoró significativamente en paralelo con el agravamiento de la enfermedad articular inflamatoria sistémica.
 - b) El dolor mejoró significativamente o se resolvió con el tratamiento de la enfermedad articular inflamatoria sistémica.

Nota:

1. De tal manera que el paciente describe un cambio gradual en la intensidad

3.2.2 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido al desplazamiento del disco

Descripción:

Dolor en la ATM causado por desplazamiento del disco de la ATM, en ausencia de artritis de la ATM. El dolor de la ATM puede deberse aquí a alteraciones mecánicas dentro de la articulación.

Comentario:

Actualmente, no hay criterios específicos para relacionar el dolor de la ATM con desplazamiento del disco con o sin reducción. Sin embargo, hay motivos para creer que el desplazamiento del disco puede provocar dolor de la ATM después del movimiento mandibular, en determinadas circunstancias, lo que implica que el dolor de la ATM es secundario. Este es un tópico que necesita más investigación para desarrollar criterios de diagnóstico óptimos, para los cuales estas son sugerencias como punto de partida.

3.2.2.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido al desplazamiento del disco con reducción

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios 3.2 Dolor secundario de la articulación temporomandibular, y criterio C abajo.
- B. El desplazamiento del disco con reducción de la ATM ha sido diagnosticado por ambos de los siguientes:
 - 1. Cualquier ruido(s) de la ATM en el movimiento o función de la mandíbula, reportado en los últimos 30 días, y/o durante el examen.
 - 2. Ruidos de clic, estallido y/o chasquido, detectados en la palpación durante al menos una de las tres repeticiones:
 - a) En la apertura o cierre mandibular
 - b) En ambos:
 - i. Apertura o cierre mandibular
 - ii. Movimientos laterales derecho o izquierda y/o protrusivos
- C. Evidencia de causalidad demostrada por al menos dos de los siguientes:
 - 1. El dolor coincide precisamente con ruido(s) de clic, estallido y/o chasquido.
 - 2. El dolor se desarrolló en estrecha relación temporal con el desplazamiento del disco, o llevó a su diagnóstico
 - 3. Uno o ambos de los siguientes:
 - a) El dolor empeoró significativamente¹ en paralelo con el agravamiento del desplazamiento del disco.
 - b) El dolor de la ATM mejoró significativamente¹ o se resolvió con el tratamiento del desplazamiento del disco.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP.

Nota:

1. De tal manera que el paciente describe un cambio gradual en su intensidad.

3.2.2.1.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido al desplazamiento del disco con reducción, con bloqueo intermitente

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor en la ATM cumpliendo los criterios 3.2.2.1 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a desplazamiento del disco con reducción
- B. Bloqueo intermitente¹ de la mandíbula, con limitación de la apertura bucal y en seguida, desbloqueo, ocurrido en los últimos 30 días.

Notas:

1. Incluso si es solo momentáneo

3.2.2.2 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido al desplazamiento del disco sin reducción

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios de 3.2 Dolor secundario de la articulación temporomandibular, y criterio C abajo.
- B. El desplazamiento del disco de la ATM sin reducción ha sido diagnosticado por ambos de los siguientes:
 1. Mandíbula bloqueada o trabada, de modo que impide la apertura completa
 2. Limitación de la apertura de la mandíbula, que interfiere con la alimentación
- C. Evidencia de causalidad demostrada por uno o más de los siguientes:
 1. El dolor se desarrolló en estrecha relación temporal con el desplazamiento del disco, o llevó a su diagnóstico
 2. El dolor empeoró significativamente¹ en paralelo con el agravamiento del desplazamiento del disco
 3. El dolor mejoró significativamente¹ o se resolvió con el tratamiento del desplazamiento del disco
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP

Nota:

1. De tal manera que el paciente describe un cambio gradual en la intensidad.

3.2.3 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a enfermedad articular degenerativa

Descripción:

Dolor de la ATM causado por trastorno articular degenerativo (osteoartrosis, osteoartritis) en la ausencia de artritis en la ATM

Comentario:

Las definiciones de los términos ‘osteoartrosis’ y ‘osteoartritis’ de la ATM, como en todas las otras articulaciones, son sobrepuestas, dispares e poco claras en la literatura. Por ejemplo, la osteoartrosis ha sido considerada por algunos como una enfermedad primariamente no inflamatoria del cartílago, resultando en remodelación del tejido del hueso subyacente. En ese contexto, la osteoartrosis puede también (a menudo) estar acompañada de artritis. Otros han definido todas estas condiciones como osteoartritis. Históricamente, ha habido incluso una diferencia entre Europa y Estados Unidos en estas definiciones. Sin embargo, es importante considerar que el dolor de la ATM no es un signo muy exacto de artritis. Esto significa que hay muchos pacientes sin dolor en la ATM que aún pueden tener artritis (es decir, inflamación de los tejidos articulares con destrucción del cartílago y tejido óseo como resultado). Un ejemplo ocurre en la artritis idiopática juvenil (AIJ), donde el dolor de la ATM rara vez se reporta a pesar de una alta frecuencia de afectación de la ATM. Por otro lado, hay pacientes con artritis de ATM con dolor como único síntoma y sin destrucción tisular.

En un modelo simplificado del complejo proceso inflamatorio, la inflamación puede considerarse en cualquier lugar de un continuo desde el dolor, pero sin destrucción tisular, hasta lo opuesto. Los criterios sugeridos por ICOP tratan de tomar esos factores en consideración para estimular investigaciones que aclaren y contribuyan a nuestro entendimiento.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor de la ATM cumpliendo los criterios 3.2 Dolor secundario de la articulación temporomandibular, y criterio C abajo.
- B. Enfermedad degenerativa de la ATM ha sido diagnosticado por ambos de los siguientes:
 1. Cualquier ruido de la ATM en el movimiento o función mandibular reportado en los últimos 30 días, y/o durante el examen.

2. Crepitación detectada con la palpación durante la apertura máxima no asistida o asistida, movimientos laterales y/o protusivos.
- C. Evidencia de causalidad demostrada por uno o más de los siguientes:
1. El dolor se desarrolló en estrecha relación temporal con la enfermedad degenerativa de la ATM, o llevó a su diagnóstico.
 2. El dolor empeoró significativamente¹ en paralelo con el agravamiento de la enfermedad degenerativa de la ATM.
 3. El dolor mejoró significativamente¹ o se resolvió con el tratamiento de la enfermedad degenerativa de la ATM.
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP

Nota:

1. De tal manera que el paciente describe un cambio gradual en la intensidad

3.2.4 Dolor de la articulación temporomandibular atribuido a subluxación

Descripción:

Dolor de la ATM causado por subluxación, en ausencia de artritis de la ATM. Generalmente, es agudo y probablemente se deba al alargamiento excesivo de los tejidos.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor cumpliendo los criterios 3.2 Dolor secundario de la articulación temporomandibular, y criterio C abajo.
- B. La subluxación de la ATM ha sido diagnosticada por ambos de los siguientes:
 1. Bloqueo mandibular en los últimos 30 días, impidiendo el cierre desde la posición totalmente abierta.
 2. Incapacidad de retornar la boca desde una posición abierta a una posición de cierre normal sin la realización de una maniobra de manipulación específica.
- C. Evidencia de causalidad demostrada por uno o más de los siguientes:
 1. El dolor se desarrolló en estrecha relación temporal con la subluxación, o llevó a su diagnóstico
 2. El dolor empeoró significativamente² en paralelo con el agravamiento de la subluxación
 3. El dolor mejoró significativamente² o se resolvió con el tratamiento de la subluxación
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP

Notas:

1. Incluso si es solo momentáneo
2. De tal manera que el paciente describe un cambio gradual en la intensidad

Referencias

Alstergren P, Pigg M and Kopp S. Clinical diagnosis of temporomandibular joint arthritis. *J Oral Rehabil* 2018; 45: 269–281.

Masuda M, Iida T, Exposto FG, et al. Referred pain and sensations evoked by standardized palpation of the masseter muscle in healthy participants. *J Oral Facial Pain Headache* 2018; 32: 159–166.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/ TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 6–27.

Svensson P, Michelotti A, Lobbezoo F, et al. The many faces of persistent orofacial muscle pain. *J Oral Facial Pain Headache* 2015; 29: 207–208.

Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003–1007.

4. Dolor orofacial atribuido a una lesión o enfermedad de los pares craneales

Clasificado en otra parte:

Las siguientes entidades clínicas, menos comunes, en las que el dolor se presenta principalmente fuera de la región orofacial, se clasifican en el ICHD-3 y no en ICOP:

13.3 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio intermedio, 13.4 Neuralgia occipital, 13.5 Síndrome cervicogloso, 13.6 Neuritis óptica dolorosa, 13.7 Cefalea atribuida a parálisis oculomotora de origen isquémico, 13.8 Síndrome de Tolosa-Hunt, 13.9 Síndrome oculosimpático paratrigeminal (de Raeder), 13.10 Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente, 13.13 Dolor neuropático central.

Comentarios generales:

Esta sección se basa en gran medida en ICHD-3 y en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª Revisión (ICD-11)/Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Se han introducido algunos pequeños cambios. Las afecciones idiopáticas (es decir, el dolor facial idiopático persistente y el síndrome de boca urente se han colocado en 6. Dolor orofacial idiopático, ya que aún no existen pruebas suficientes de que se trate inequívocamente de dolores neuropáticos. En ciertos trastornos se ha utilizado el término dolor neuropático en lugar de neuropatía dolorosa para ajustarnos a los criterios de IASP/ICD-11; aunque ICHD-3 apoya el segundo, gran parte de la literatura sobre el dolor y IASP/ICD-11 se inclinan por el primero.

4.1 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino

4.1.1 Neuralgia del trigémino

Término utilizado anteriormente:

Tic doloroso.

Descripción:

Trastorno caracterizado por dolores recurrentes unilaterales breves parecidos a descargas eléctricas, de inicio y fin bruscos, limitados a la distribución de una o más divisiones del

nervio trigémino y desencadenados por estímulos inocuos. Puede desarrollarse sin causa aparente o ser consecuencia de otro trastorno. Además, puede haber o no dolor continuo concomitante de intensidad moderada dentro de la división(es) afectadas.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral en la(s) distribución(es) de una o más divisiones del nervio trigeminal, sin irradiación más allá,¹ y cumpliendo los criterios B y C
- B. El dolor presenta todas las características siguientes:
 - 1. duración desde una fracción de segundo hasta 2 minutos²
 - 2. intensidad severa³
 - 3. sensación de descarga eléctrica o dolor fulgurante, punzante o agudo.
- C. Desencadenada por estímulos inocuos dentro de la distribución trigeminal afectada⁴
- D. No atribuible otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Notas:

- 1. En algunos pacientes, el dolor puede irradiarse a otra división, pero permanece dentro de los dermatomas del trigémino.
- 2. La duración puede variar con el tiempo, de manera que los paroxismos sean más prolongados. Una minoría de pacientes informará de ataques que duran predominantemente >2 minutos.
- 3. El dolor puede intensificarse conforme avanza tiempo.
- 4. Algunos ataques pueden ser, o parecer, espontáneos, pero deben existir antecedentes o un hallazgo de dolor provocado por estímulos inocuos para cumplir este criterio. Lo ideal es que el clínico examinador procure confirmar la historia reproduciendo el fenómeno desencadenante. Sin embargo, esto no siempre es posible debido a la negativa del paciente, por la localización anatómica incómoda del desencadenante y/o por otros factores.

Comentarios:

Aparte del fenómeno desencadenante, la mayoría de los pacientes con 4.1.1 Neuralgia del trigémino no muestran anomalías sensoriales en el territorio del trigémino a menos que se utilicen métodos avanzados (por ejemplo, pruebas sensoriales cuantitativas). Sin embargo, en algunos pacientes, el examen neurológico clínico puede mostrar déficits sensoriales. Éstos deben suscitar investigaciones de neuroimagen para explorar la posible causa. Diagnóstico de subformas como 4.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino, 4.1.1.2 Neuralgia del trigémino secundaria o 4.1.1.3 Neuralgia idiopática del trigémino son posibles.

Cuando es muy severo, el dolor suele evocar la contracción de los músculos de la cara del lado afectado (tic doloroso).

Pueden presentarse síntomas autonómicos leves como lagrimeo y/o enrojecimiento del ojo ipsilateral.

Tras un paroxismo doloroso suele haber un periodo refractario durante el cual no se puede desencadenar dolor.

4.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino

Término utilizado anteriormente:

Neuralgia primaria del trigémino.

Descripción:

Neuralgia del trigémino que se desarrolla sin otra causa aparente que no sea la compresión neurovascular.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor unilateral que cumplen criterios para 4.1.1 Neuralgia del trigémino
- B. Demostrada compresión neurovascular (no simple contacto) en la resonancia magnética (RM) o durante la intervención quirúrgica, con cambios morfológicos¹ en la raíz del nervio trigémino.

Nota:

1. Típicamente atrofia o desplazamiento.

Comentarios:

La atrofia de la raíz nerviosa y/o el desplazamiento debido a la compresión neurovascular se asocian de forma independiente con los signos y síntomas de la 4.1.1 Neuralgia del trigémino. Cuando estos cambios anatómicos están presentes, la condición se diagnostica como 4.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino.

El lugar habitual de compresión neurovascular es la zona de entrada de la raíz, con compresión por una arteria asociada más claramente a los síntomas que la compresión por una vena. Existen técnicas de resonancia magnética para medir el volumen y el área de la sección transversal de la raíz. Los cambios atróficos pueden incluir desmielinización, pérdida neuronal, cambios en la microvasculatura y otros cambios morfológicos. Aunque no se conocen con exactitud los mecanismos por los que los cambios atróficos en el nervio trigémino contribuyen a la generación de dolor, algunas pruebas sugieren que, cuando están presentes preoperatoriamente, ellos predicen un buen resultado tras la descompresión microvascular.

4.1.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino, estrictamente paroxística

Descripción:

Neuralgia clásica del trigémino sin dolor persistente de fondo.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que cumplen los criterios de 4.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino
- B. Sin dolor entre los ataques en la rama trigeminal afectada.

Comentario:

4.1.1.1.1 La neuralgia clásica del trigémino, estrictamente paroxística suele responder, al menos inicialmente, a la farmacoterapia (especialmente carbamazepina u oxcarbazepina).

4.1.1.1.2 Neuralgia clásica del trigémino con dolor continuo concomitante

Términos utilizados anteriormente:

Neuralgia del trigémino atípica; neuralgia del trigémino tipo 2.

Descripción:

Neuralgia clásica del trigémino con dolor de fondo persistente.

Criterios diagnósticos:

A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que cumplen los criterios de

4.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino

B. Dolor concomitante continuo o casi continuo entre los ataques en la distribución trigeminal ipsilateral.

Comentario:

La sensibilización periférica o central puede explicar el dolor continuo.

4.1.1.2 Neuralgia del trigémino secundaria

Descripción:

Neuralgia del trigémino causada por un trastorno subyacente. El examen clínico muestra cambios sensoriales en un porcentaje significativo de estos pacientes.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor unilateral que cumplan los criterios de 4.1.1 Neuralgia del trigémino, ya sea puramente paroxística o asociada a un dolor concomitante continuo o casi continuo.
- B. Se ha demostrado una enfermedad subyacente¹ que se sabe puede causar, y explicar, la neuralgia²
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Notas:

- 1. La mejor herramienta para detectar una causa subyacente de la 4.1.1.2 Neuralgia trigeminal secundaria es la Resonancia Magnética. Otras pruebas pueden incluir el registro neurofisiológico de los reflejos del trigémino y los potenciales evocados con estímulo trigeminal, adecuados para los pacientes que no se pueden realizar una resonancia magnética.
- 2. Las causas reconocidas son un tumor en el ángulo pontocerebeloso, una anomalía arteriovenosa y esclerosis múltiple.

4.1.1.2.1 Neuralgia del trigémino atribuida a esclerosis múltiple

Descripción:

Neuralgia del trigémino ocasionada por una o varias placas de esclerosis múltiple (EM) en la protuberancia o en la zona de entrada de la raíz del trigémino, y asociada a otros síntomas y/o hallazgos clínicos o de laboratorio de EM.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que cumplen los criterios de llenado para 4.1.1 Neuralgia del trigémino
- B. Ambos de los siguientes:
 - 1. Se ha diagnosticado esclerosis múltiple (EM)

2. Se ha demostrado mediante RM la presencia de una placa de EM en la zona de entrada de la raíz del trigémino o en la protuberancia que afecta a los aferentes primarios intrapontinos, o su presencia es sugerida por pruebas electrofisiológicas rutinarias¹ que revelan una alteración de las vías del trigémino

C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. Reflejo de parpadeo o potenciales evocados con estímulo trigeminal.

Comentarios:

4.1.1.2.1 La neuralgia del trigémino atribuida a la esclerosis múltiple se produce en el 2-5% de los pacientes con EM, a veces de forma bilateral. Por el contrario, la EM sólo se detecta en el 2-4% de los casos de 4.1.1 Neuralgia del trigémino. Los síntomas de neuralgia del trigémino rara vez son el síntoma de presentación de la EM.

La lesión en la protuberancia afecta a las terminales centrales intrapontinas de las aferentes trigeminales que se proyectan a los núcleos tronco encefálicos del trigémino. Las lesiones protuberanciales que afectan a las neuronas de segundo orden del tracto trigeminotalámico suelen provocar dolor no paroxístico y/o disestesias, y deben recibir el diagnóstico ICHD-3 de 13.13.1 Dolor neuropático central atribuido a esclerosis múltiple.

Algunos pacientes con EM presentan compresión neurovascular de la raíz del trigémino. Se cree que la EM aumenta la susceptibilidad de la raíz nerviosa a los efectos de la compresión, provocando más fácilmente paroxismos dolorosos.

Los pacientes con 4.1.1.2.1 Neuralgia del trigémino atribuida a la esclerosis múltiple se benefician menos de las intervenciones farmacológicas y quirúrgicas que aquellos con 4.1.1.1 Neuralgia del trigémino clásica.

4.1.1.2.2 Neuralgia del trigémino atribuida a una lesión ocupante de espacio

Descripción:

Neuralgia del trigémino causada por el contacto entre el nervio trigémino afectado y una lesión ocupante de espacio.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que cumplen los criterios de 4.1.1 Neuralgia del trigémino
- B. Ambos de los siguientes:
 - 1. Se ha demostrado por imagen una lesión ocupante de espacio en contacto con el nervio trigémino afectado
 - 2. El dolor se ha desarrollado tras la identificación de la lesión, o ha conducido a su descubrimiento.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Comentario:

Los pacientes con 4.1.1.2.2 Neuralgia del trigémino atribuida a una lesión ocupante de espacio pueden presentar o no signos sensoriales clínicamente detectables, mientras que las pruebas electrofisiológicas como los reflejos del tronco encefálico del trigémino muestran anormalidades en casi todos los casos.

4.1.1.2.3 Neuralgia del trigémino atribuida a otra causa

Descripción:

Neuralgia del trigémino causada por una enfermedad subyacente distinta de las descritas anteriormente.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que cumplen los criterios de 4.1.1 Neuralgia del trigémino, ya sea puramente paroxística o asociada a un dolor concomitante continuo o casi continuo, pero no necesariamente unilateral.

- B. Ambos de los siguientes:
1. Un trastorno, diferente de los descritos anteriormente, ha sido diagnosticado, pero del que se sabe puede causar neuralgia del trigémino,¹
 2. El dolor se ha desarrollado tras la aparición del trastorno, o ha conducido a su descubrimiento
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. Las causas reconocidas son la deformidad ósea de la base del cráneo, la enfermedad del tejido conjuntivo, la malformación arteriovenosa, la fístula arteriovenosa dural y las causas genéticas de neuropatía o hiperexcitabilidad nerviosa.

4.1.1.3 Neuralgia idiopática del trigémino

Descripción:

Neuralgia del trigémino sin anomalías significativas que se demuestren en las pruebas electrofisiológicas ni la resonancia magnética.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor unilateral que cumplan los criterios de 4.1.1 Neuralgia del trigémino, ya sea puramente paroxística o asociada a dolor concomitante continuo o casi continuo.
- B. Ni 4.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino ni 4.1.1.2 Neuralgia del trigémino secundaria ha sido confirmada por investigaciones adecuadas^{1,2}
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICHD-3 o ICOP.

Notas:

1. Incluyendo pruebas electrofisiológicas o resonancia magnética.
2. Un contacto entre un vaso sanguíneo y el nervio trigémino y/o la raíz nerviosa es un hallazgo común en la neuroimagen en sujetos sanos. Cuando se encuentra un contacto de este tipo en presencia de 4.1.1 Neuralgia del trigémino, pero sin evidencia de cambios morfológicos (por ejemplo, atrofia o desplazamiento) en la raíz nerviosa, los criterios de la 4.1.1.1. neuralgia clásica del trigémino no se cumplen y la patología se considera idiopática.

4.1.1.3.1 Neuralgia idiopática del trigémino, estrictamente paroxística

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que cumplen los criterios de 4.1.1.3 Neuralgia idiopática del trigémino
- B. Sin dolor entre los ataques en la distribución trigeminal afectada.

4.1.1.3.2 Neuralgia idiopática del trigémino con dolor continuo concomitante

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que cumplen los criterios de 4.1.1.3 Neuralgia idiopática del trigémino
- B. Dolor concomitante continuo o casi continuo entre los ataques en la distribución trigeminal afectada.

4.1.2 Otras neuropatías dolorosas del trigémino

Descripción:

Dolor facial en la distribución de una o más ramas del nervio trigémino causado por otro trastorno, indicativo de daño neural. El dolor primario suele ser continuo o casi continuo, y suele describirse como ardiente, opresivo, dolor similar a alfileres y agujas. Pueden producirse breves paroxismos de dolor superpuestos, pero no son el tipo de dolor predominante. Esta combinación es distinta de la de 4.1.1 Neuralgia del trigémino. Hay cambios somatosensoriales clínicamente detectables en la distribución del trigémino, y son frecuentes la alodinia mecánica y la hiperalgesia/alodinia por frío, que cumplen los criterios de IASP para el dolor neuropático. Las áreas de alodinia pueden ser mucho mayores que las zonas gatillo puntiformes presentes en la 4.1.1 Neuralgia del trigémino.

4.1.2.1 Neuropatía dolorosa del trigémino atribuida al herpes zóster

Descripción:

Dolor facial unilateral de menos de 3 meses de duración en la distribución de una o más ramas del nervio trigémino, causado por, y asociado a otros síntomas y/o signos clínicos de herpes zóster agudo.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor facial unilateral en la(s) distribución(es) de una rama o ramas del nervio trigémino, de <3 meses de duración.
- B. Uno o más de los siguientes:
 - 1. se ha producido un brote herpético en la misma distribución trigeminal (como el dolor)
 - 2. Se ha detectado el virus de la varicela-zóster (VVZ) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)
 - 3. La técnica de inmunofluorescencia directa para el antígeno del VVZ o el ensayo de PCR para el ADN del VVZ es positivo en las células obtenidas de la base de las lesiones.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Comentarios:

El herpes zóster afecta al ganglio del trigémino en un 10-15% de los casos, destacando la división oftálmica en un 80% de los pacientes.

En contadas ocasiones, el dolor no va seguido de erupción o sarpullido (*zoster sine herpette*). El diagnóstico en estos casos se confirma mediante la detección por PCR del ADN del VVZ en el líquido cefalorraquídeo.

4.1.2.1 La neuropatía dolorosa del trigémino atribuida al herpes zóster suele ser quemante, punzante/fulgurante, hormigueante o sordo, y se acompaña de alodinia cutánea. Los herpes oculares pueden asociarse a parálisis del tercer, cuarto y sexto nervios craneales. El herpes zóster es habitual en pacientes inmunodeprimidos, se da en aproximadamente el 10% de los que padecen linfoma y en el 25% de los pacientes con enfermedad de Hodgkin.

4.1.2.2 Neuralgia del trigémino postherpética

Término utilizado anteriormente:

Neuropatía postherpética del trigémino

Descripción:

Dolor facial unilateral que persiste o recurre durante al menos 3 meses en la(s) distribución(es) de una o más ramas del nervio trigémino, con cambios sensoriales variables, causado por herpes zóster.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor facial unilateral en la(s) distribución(es) de una o más ramas nerviosas del trigémino, que persiste o recurra durante >3 meses y cumple el criterio C
- B. El herpes zóster ha afectado a la misma rama o ramas del nervio trigémino
- C. Dolor desarrollado en relación temporal con la infección aguda por herpes zóster¹
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. Por lo general, el dolor se desarrolla mientras la erupción aún está activa, pero en ocasiones puede aparecer más tarde, después de que la erupción se haya curado. En esos casos, pueden aparecer cicatrices pálidas o violáceas como secuelas de la erupción herpética.

Comentarios:

A pesar de su nombre, la neuralgia postherpética es en realidad una neuropatía o neuronopatía: se han descrito cambios patoanatómicos significativos en el nervio, el ganglio y la raíz nerviosa. En 4.1.2.2 Neuralgia postherpética del trigémino, también hay pruebas de inflamación que se extiende al complejo troncoencefálico del trigémino.

Tras el herpes zóster agudo, la neuralgia postherpética es más frecuente en los ancianos.

La primera división del nervio trigémino es la más comúnmente afectada en la 4.1.2.2 Neuralgia postherpética del trigémino, pero la segunda y tercera divisiones también pueden estar implicadas.

Típicamente, el dolor de la neuralgia postherpética es ardiente y prurito, este último a veces muy prominente y extremadamente molesto. También es típico que los pacientes con neuralgia postherpética muestren un claro déficit sensitivo y alodinia mecánica evocada por el cepillo en el territorio afectado. Sin embargo, muchos pacientes muestran poca pérdida sensorial y, en cambio, muestran respuestas aumentadas a estímulos térmicos y/o puntiformes.

4.1.2.3 Dolor neuropático trigeminal postraumático

Términos utilizados anteriormente:

Anestesia dolorosa; neuropatía del trigémino postraumática dolorosa.

Descripción:

Dolor facial u oral unilateral o bilateral consecutivo y causado por un traumatismo en uno o más nervios trigéminos, con otros síntomas y/o signos clínicos de disfunción del nervio trigémino, y persistente o recurrente durante más de 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor, en una zona neuroanatómicamente plausible dentro de la distribución o distribuciones de uno o ambos nervios trigéminos, persistente o recurrente durante >3 meses y que cumpla los criterios C y D.
- B. Ambos de los siguientes:
1. Antecedentes de una lesión mecánica, térmica, por radiación o química del nervio o nervios trigéminos periféricos.
 2. confirmación de la prueba diagnóstica¹ de una lesión del nervio o nervios trigéminos periféricos que expliquen el dolor²
- C. Aparición dentro de los 6 meses siguientes a la lesión³
- D. Asociado a síntomas y/o signos somatosensoriales⁴ en la misma distribución neuroanatómicamente plausible
- E. No atribuible otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Notas:

1. Las pruebas que confirman una lesión o enfermedad relevante que afecta al nervio trigémino pueden ser, por ejemplo, la confirmación quirúrgica o radiológica de la compresión o lesión del nervio, el estudio de conducción nerviosa, los potenciales evocados por láser, el reflejo de parpadeo o la confirmación por biopsia cutánea de la reducción de los terminales de las fibras nerviosas. Los hallazgos positivos en estas investigaciones pueden proporcionar pistas diagnósticas importantes sobre el origen del dolor. No obstante, deben tenerse en cuenta todos los aspectos clínicos y diagnósticos del dolor.
2. La gravedad de las lesiones nerviosas puede variar de leve a grave. Incluyen traumatismos externos y lesiones iatrogénicas derivadas de tratamientos dentales como inyecciones de anestesia local, endodoncias, extracciones, cirugía oral, implantes dentales, cirugía ortognática y otros procedimientos invasivos.
3. Específicamente tras una lesión posganglionar inducida por radiación, el dolor neuropático puede aparecer después de 3 meses.
4. Los síntomas o signos somatosensoriales pueden ser negativos (por ejemplo, hipoestesia y/o hipalgesia) y/o positivos (por ejemplo, hiperalgesia y/o alodinia). Tenga en

cuenta que los signos somatosensoriales positivos no son específicos de la neuropatía. Los signos somatosensoriales negativos o positivos coherentes con la distribución del dolor pueden ser suficientes para indicar la presencia de una lesión del nervio trigémino. El examen clínico se complementa con pruebas de laboratorio como las pruebas sensoriales cuantitativas.

Comentarios:

La estructura y el contenido de los criterios diagnósticos para 4.1.2.3 *Dolor neuropático trigeminal postraumático* se desviaron algo de los de 13.1.2.3 *Neuralgia del trigémino postraumática dolorosa* de ICHD-3 para ajustarse a los criterios de IASP.

La duración del dolor varía ampliamente, desde paroxístico a constante, y puede ser mixto.

Puede parecer que existe un solapamiento parcial con el 6.3.2 Dolor dentoalveolar idiopático persistente con cambios somatosensoriales, pero en esta afección puede no haber una relación temporal clara y los cambios somatosensoriales pueden no estar limitados a una zona neuroanatómicamente delimitada, a diferencia de los criterios del 4.1.2.3 Dolor neuropático trigeminal postraumático.

Los procedimientos neuroablativos para la neuralgia del trigémino, dirigidos al ganglio del trigémino o a la raíz nerviosa, pueden dar lugar a dolor neuropático que afecte a una o más divisiones trigeminales y deben codificarse como 4.1.2.3 Dolor neuropático trigeminal postraumático. Dicho dolor puede, en algunos casos, coexistir con la 4.1.1 Neuralgia del trigémino; por ejemplo, cuando esta última reaparece tras una remisión.

4.1.2.3 El dolor neuropático trigeminal postraumático rara vez, o nunca, cruza la línea media pero, con el tiempo, en algunos casos puede distribuirse de forma más difusa.

4.1.2.3.1 Dolor neuropático trigeminal postraumático probable

Criterio diagnóstico:

A. Dolor que cumple todos los criterios excepto el B2 para 4.1.2.3 *Dolor neuropático trigeminal postraumático*.

4.1.2.4 Dolor neuropático trigeminal atribuido a otros trastornos

Descripción:

Dolor facial u oral unilateral o bilateral en la(s) distribución(es) de una o más ramas del nervio trigémino, causado por un trastorno distinto de los descritos anteriormente, persistente o recurrente durante más de 3 meses y acompañado de otros síntomas y/o signos clínicos de disfunción nerviosa.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor, en un area neuroanatómicamente plausible dentro de la distribución(es) de uno o ambos nervios trigéminos, persistiendo o recurriendo durante >3 meses y que cumpla los criterios C y D.
- B. Se ha diagnosticado un trastorno distinto de los identificados en 4.1.2.1 a 4.1.2.3, pero del que se sabe que puede causar y explicar el dolor neuropático del trigémino.
- C. El dolor se ha desarrollado tras la aparición del presunto trastorno causante, o ha conducido a su descubrimiento
- D. El dolor se asocia a síntomas y/o signos somatosensoriales¹ en la misma distribución neuroanatómicamente plausible
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

- 1. Los síntomas o signos somatosensoriales pueden ser negativos (por ejemplo, hipoestesia y/o hipoalgesia) y/o positivos (por ejemplo, hiperalgesia y/o alodinia).

Comentarios:

El dolor neuropático del trigémino puede desarrollarse de forma secundaria a una esclerosis múltiple, una lesión ocupante de espacio o una enfermedad sistémica, y sólo las características clínicas (calidad del dolor espontáneo, dolor evocado y presencia de déficits sensitivos) permiten distinguir entre 4.1.1.2 *Neuralgia del trigémino secundaria* y 4.1.2 *Otros dolores neuropáticos del trigémino*.

4.1.2 *Otros dolores neuropáticos del trigémino* causados por una enfermedad del tejido conjuntivo o un trastorno hereditario suelen ser bilaterales, pero pueden comenzar de forma

asimétrica y, en ocasiones, presentarse con dolor paroxístico superpuesto al dolor de fondo. Los pacientes podrán eventualmente desarrollar déficits sensoriales bilaterales y dolor continuo, lo que aclara el diagnóstico. La resonancia magnética es normal, pero los reflejos del trigémino están invariablemente retrasados o ausentes.

4.1.2.4.1 Dolor neuropático trigeminal probable atribuido a otros trastornos

Criterios diagnósticos:

A. Dolor que cumple todos los criterios excepto el criterio C para 4.1.2.4 *Dolor neuropático trigeminal atribuido a otro trastorno.*

4.1.2.5 Dolor neuropático trigeminal idiopático

Descripción:

Dolor facial unilateral o bilateral en la(s) distribución(es) de una o más ramas del nervio trigémino, indicativo de daño neural y persistente o recurrente durante más de 3 meses, pero de etiología desconocida.

Criterios diagnósticos:

A. Dolor, en una zona neuroanatómicamente plausible dentro de la distribución o distribuciones de uno o ambos nervios trigéminos, persistente o recurrente durante >3 meses y que cumpla el criterio C.

B. Ambos de los siguientes:

1. se ha diagnosticado una lesión del nervio o nervios trigéminos periféricos que explican el dolor
2. sin antecedentes de traumatismos o trastornos con posible afectación del nervio trigémino periférico

C. El dolor se asocia a síntomas y/o signos somatosensoriales¹ en la misma distribución neuroanatómicamente plausible

D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. Los síntomas o signos somatosensoriales pueden ser negativos (por ejemplo, hipoestesia y/o hipoalgesia) y/o positivos (por ejemplo, hiperalgesia y/o alodinia).

4.2 Dolor atribuido a una lesión o enfermedad del nervio glossofaríngeo

4.2.1 Neuralgia del glossofaríngeo

Término utilizado anteriormente:

Neuralgia vagoglossofaríngea.

Descripción:

Trastorno caracterizado por un dolor punzante y breve unilateral, de inicio y fin bruscos, en las distribuciones no sólo del nervio glossofaríngeo sino también de las ramas auricular y faríngea del nervio vago. El dolor se experimenta en el oído, la base de la lengua, la fosa amigdalina y/o bajo el ángulo de la mandíbula. Suele provocarse al tragar, hablar o toser y puede remitir y recaer en forma de 4.1.1 Neuralgia del trigémino.

Criterios diagnósticos:

A. Ataques paroxísticos recurrentes de dolor unilateral en la distribución del nervio glossofaríngeo¹ y que cumplan el criterio B

B. El dolor tiene todas las características siguientes:

1. Duración de entre unos segundos hasta 2 minutos
2. Intensidad severa

3. Sensación de descarga eléctrica, o dolor fulgurante, punzante o agudo
 4. Se desencadena con la deglución, la tos, el habla o los bostezos.
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. En la parte posterior de la lengua, la fosa amigdalina, la faringe o el ángulo de la mandíbula y/o en el oído.

Comentarios:

4.2.1 La neuralgia del glossofaríngeo puede aparecer junto con 4.1.1 Neuralgia del trigémino

El nervio laríngeo superior es una rama del vago. La neuralgia del nervio laríngeo superior se presenta de forma similar a la 4.2.1 Neuralgia del glossofaríngeo en su localización y clínicamente puede ser difícil de distinguir

El diagnóstico por imagen puede revelar una compresión neurovascular del nervio glossofaríngeo.

Antes del desarrollo de 4.2.1 Neuralgia del glossofaríngeo, pueden sentirse sensaciones desagradables en las zonas afectadas durante semanas o varios meses.

El dolor de 4.2.1 Neuralgia glossofaríngea puede irradiarse e involucrar al ojo, la nariz, la barbilla o el hombro. Puede ser tan grave que los pacientes pierdan peso. En raras ocasiones, los ataques de dolor se asocian a síntomas vagales como tos, ronquera, síncope y/o bradicardia. Algunos autores proponen distinguir entre las subformas faríngea, otálgica y vagal de la neuralgia, y han sugerido utilizar el término neuralgia vagoglossofaríngea cuando el dolor se acompaña de asistolia, convulsiones y síncope.

La exploración clínica no suele mostrar cambios sensoriales en la distribución nerviosa, sin embargo, si se encuentran déficits sensoriales leves, estos no invalidan el diagnóstico. Los cambios importantes o un reflejo nauseoso reducido o ausente deben dar lugar a investigaciones etiológicas.

4.2.1 Neuralgia del glossofaríngeo suele responder, al menos inicialmente, a la farmacoterapia (especialmente carbamazepina u oxcarbazepina). Se ha sugerido que la aplicación de anestésico local en la pared faríngea y amigdalina puede prevenir los ataques durante unas horas.

4.2.1.1 Neuralgia clásica del glossofaríngeo

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor unilateral que cumplen los criterios de 4.2.1 Neuralgia glossofaríngea
- B. Demostración en la resonancia magnética (RM) o durante la cirugía de compresión neurovascular de la raíz del nervio glossofaríngeo.

4.2.1.2 Neuralgia del glossofaríngeo secundaria

Descripción:

Neuralgia del glossofaríngeo causada por una enfermedad subyacente.

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor unilateral que cumplen los criterios de 4.2.1 Neuralgia del glossofaríngeo.
- B. Se ha demostrado la existencia de una enfermedad subyacente documentada como causante y que explica la neuralgia.¹

Nota:

1. Existen informes aislados de 4.2.1.2 Neuralgia glossofaríngea secundaria causada por traumatismo cervical, esclerosis múltiple, tumores amigdalinos o regionales, tumores del ángulo pontocerebeloso y malformación de Arnold- Chiari.

4.2.1.3 Neuralgia idiopática del glossofaríngeo

Criterios diagnósticos:

- A. Paroxismos recurrentes de dolor unilateral que cumplen los criterios de 4.2.1 *Neuralgia del glossofaríngeo*.
- B. Las investigaciones no han encontrado ni compresión neurovascular ni una enfermedad subyacente que se sepa que pueda causar 4.2.1.2 *Neuralgia glossofaríngea secundaria*
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

4.2.2 Dolor neuropático del glossofaríngeo

Descripción:

Dolor en la distribución del nervio glossofaríngeo (parte posterior de la lengua, fosa amigdalina, faringe o bajo el ángulo de la mandíbula inferior). Además, suele percibirse dolor en el oído ipsilateral. El dolor primario suele ser continuo o casi continuo, y suele describirse como urente o constrictivo, o compararse a alfileres y agujas. Pueden superponerse breves paroxismos, pero no son el tipo de dolor predominante. Esta combinación distingue 4.2.2 Dolor neuropático del glossofaríngeo de 4.2.1 Dolor neuropático del Glossofaríngeo. Puede haber déficits sensoriales en la parte posterior ipsilateral de la lengua y la fosa amigdalina, y el reflejo nauseoso puede ser débil o inexistente.

4.2.2.1 Dolor neuropático del glossofaríngeo atribuido a una causa conocida

Descripción:

Dolor unilateral continuo o casi continuo, con o sin paroxismos breves superpuestos, en la distribución del nervio glossofaríngeo y causado por otro trastorno identificado.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor unilateral continuo o casi continuo¹ en la distribución del nervio glossofaríngeo y que cumpla el criterio C
- B. Se ha diagnosticado un trastorno que puede causar dolor neuropático del glossofaríngeo²
- C. Pruebas de causalidad demostradas por los dos elementos siguientes:
 - 1. el dolor es ipsilateral al nervio glossofaríngeo afectado por el trastorno
 - 2. el dolor se ha desarrollado tras la aparición del trastorno, o ha conducido a su descubrimiento
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Notas:

- 1. Los paroxismos breves se pueden superponer, pero no son el tipo de dolor predominante.
- 4.2.2.1 Se ha informado de tumores del ángulo pontocerebeloso y de lesiones iatrogénicas durante procedimientos intervencionistas como causas de 4.2.2. *Dolor neuropático del glossofaríngeo atribuido a una causa conocida.*

4.2.2.2 Dolor neuropático del glossofaríngeo idiopático

Descripción:

Dolor unilateral continuo o casi continuo, con o sin paroxismos breves superpuestos, en la(s) distribución(es) del nervio glossofaríngeo y de etiología desconocida.

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor unilateral continuo o casi continuo¹ en la distribución del nervio glossofaríngeo
- B. No se ha identificado ninguna causa
- C. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. Los paroxismos breves se pueden superponer, pero no son el tipo de dolor predominante.

Referencias

4.1 Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino

Benoliel R, Svensson P, Evers S, et al.; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary headache or orofacial pain. *Pain* 2019; 160: 60–68.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.

Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al.; Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* 2019; 160: 53–59.

4.1.1 Neuralgia del trigémino

Benoliel R, Eliav E and Sharav Y. Self-reports of pain-related awakenings in persistent orofacial pain patients. *J Orofac Pain* 2009; 23: 330–338.

Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Trigeminal neuralgia: new classification and diagnostic grading for clinical practice and research. *Neurology* 2016; 87: 220–228.

Drangsholt M and Truelove E. Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder. *J Evid Base Dent Pract* 2001; 1: 41–50.

Fromm GH, Graff-Radford SB, Terrence CF, et al. Pre-trigeminal neuralgia. *Neurology* 1990; 40: 1493–1495.

Haviv Y, Khan J, Zini A, et al. Trigeminal neuralgia (part I). Revisiting the clinical phenotype. *Cephalalgia* 2016; 36: 730–746.

Koopman JSHA, Dieleman JP, Huygen FJ, et al. Incidence of facial pain in the general population. *Pain* 2009; 147: 122–127.

Mueller D, Obermann M, Yoon MS, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. *Cephalalgia* 2011; 31: 1542–1548.

Obermann M, Yoon MS, Eise D, et al. Impaired trigeminal nociceptive processing in patients with trigeminal neuralgia. *Neurology* 2007; 69: 835–841.

Pareja JA, Cuadrado ML, Caminero AB, et al. Duration of attacks of first division trigeminal neuralgia. *Cephalalgia* 2005; 25: 305–308.

Rasmussen P. Facial pain. II. A prospective survey of 1052 patients with a view of: character of the attacks, onset, course, and character of pain. *Acta Neurochir (Wien)* 1990; 107: 121–128.

Rasmussen P. Facial pain. III. A prospective study of the localization of facial pain in 1052 patients. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 53–63.

Rasmussen P. Facial pain. IV. A prospective study of 1052 patients with a view of: precipitating factors, associated symptoms, objective psychiatric and neurological symptoms. *Acta Neurochir (Wien)* 1991; 108: 100–109.

4.1.1.1 Neuralgia clásica del trigémino

Antonini G, Di Pasquale A, Cruccu G, et al. Magnetic resonance imaging contribution for diagnosing symptomatic neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia: a blinded case-control study and meta-analysis. *Pain* 2014; 155: 1464–1471.

Bowsher D, Miles JB, Haggett CE, et al. Trigeminal neuralgia: a quantitative sensory perception threshold study in patients who had not undergone previous invasive procedures. *J Neurosurg* 1997; 86: 190–192.

Leal PR, Barbier C, Hermier M, et al. Atrophic changes in the trigeminal nerves of patients with trigeminal neuralgia due to neurovascular compression and their association with the severity of compression and clinical outcomes. *J Neurosurg* 2014; 120: 1484–1495.

Maarbjerg S, Wolfram F, Gozalov A, et al. Significance of neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia. *Brain* 2015; 48: 311–319.

4.1.1.2.1 Neuralgia del trigémino atribuida a esclerosis múltiple

Cruccu G, Biasiotta A, Di RS, et al. Trigeminal neuralgia and pain related to multiple sclerosis. *Pain* 2009; 143: 186–191.

O'Connor AB, Schwid SR, Herrmann DN, et al. Pain associated with multiple sclerosis: systematic review and proposed classification. *Pain* 2008; 137: 96–111.

Truini A, Prosperini L, Calistri V, et al. A dual concurrent mechanism explains trigeminal neuralgia in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2016; 86: 2094–2099.

4.1.1.2.2 Trigeminal neuralgia attributed to space-occupying lesion

Cheng TM, Cascino TL and Onofrio BM. Comprehensive study of diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia secondary to tumors. *Neurology* 1993; 43: 2298–2302.

Wei Y, Zhao W, Pu C, et al. Clinical features and long-term surgical outcomes in 39 patients with tumor-related trigeminal neuralgia compared with 360 patients with idiopathic trigeminal neuralgia. *Br J Neurosurg* 2017; 31: 101–106.

4.1.1.2.3 Neuralgia del trigémino atribuida a otra causa

Coffey RJ and Fromm GH. Familial trigeminal neuralgia and Charcot-Marie-Tooth neuropathy. Report of two families and review. *Surg Neurol* 1991; 35: 49–53.

De Paula Lucas C and Zabramski JM. Dural arteriovenous fistula of the transverse-sigmoid sinus causing trigeminal neuralgia. *Acta Neurochir* 2007; 149: 1249–1253.

Tanaka BS, Zhao P, Dib-Hajj FB, et al. A gain-of-function mutation in Nav1.6 in a case of trigeminal neuralgia. *Mol Med* 2016; 22: 338–348.

Yip V, Michael BD, Nahser HC, et al. Arteriovenous malformation: a rare cause of trigeminal neuralgia identified by magnetic resonance imaging with constructive interference in steady state sequences. *QJM* 2012; 105: 895–898.

4.1.1.3 Neuralgia idiopática del trigémino

Lee A, McCartney S, Burbidge C, et al. Trigeminal neuralgia occurs and recurs in the absence of neurovascular compression. *J Neurosurg* 2014; 120: 1048–1054.

4.1.2.1 Neuropatía dolorosa del trigémino atribuida al herpes zóster

Dworkin RH and Portenoy RK. Pain and its persistence in herpes zoster. *Pain* 1996; 67: 241–252.

Haanpää M, Dastidar P, Weinberg A, et al. Characteristics of cerebrospinal fluid and magnetic resonance imaging findings in patients with acute herpes zoster. *Neurology* 1998; 51: 1405–1411.

Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus. Natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophthalmology* 2008; 115(2 suppl): S3–S12.

4.1.2.2 Neuralgia del trigémino postherpética

Alvarez FK, de Siqueira SR, Okada M, et al. Evaluation of the sensation in patients with trigeminal post-herpetic neuralgia. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 347–350.

Truini A, Galeotti F, Haanpaa M, et al. Pathophysiology of pain in postherpetic neuralgia: a clinical and neurophysiological study. *Pain* 2008; 140: 405–410.

Truini A, Haanpaa M, Provitera V, et al. Differential myelinated and unmyelinated sensory and autonomic skin nerve fiber involvement in patients with ophthalmic postherpetic neuralgia. *Front Neuroanat* 2015; 9: 105.

4.1.2.3. Dolor neuropático trigeminal postraumático

Benoliel R, Birenboim R, Regev E, et al. Neurosensory changes in the infraorbital nerve following zygomatic fractures. *Oral Surg* 2005; 99: 657–665.

Benoliel R, Zadik Y, Eliav E, et al. Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathy: Clinical features in 91 cases and proposal of novel diagnostic criteria. *J Orofac Pain* 2012; 26: 49–58.

Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016; 157: 1599–1606.

Jääskeläinen SK, Teerijoki-Oksa T and Forssell H. Neurophysiologic and quantitative sensory testing in the diagnosis of trigeminal neuropathy and neuropathic pain. *Pain* 2005; 117: 349–357.

Polycarpou N, Ng YL, Canavan D, et al. Prevalence of persistent pain after endodontic treatment and factors affecting its occurrence in cases with complete radiographic healing. *Int Endod J* 2005; 38: 169–178.

Queral-Godoy E, Figueiredo R, Valmaseda-Castellon E, et al. Frequency and evolution of lingual nerve lesions following lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 402–407.

Renton T and Yilmaz Z. Profiling of patients presenting with posttraumatic neuropathy of the trigeminal nerve. *J Orofac Pain* 2011; 25: 333–344.

4.1.2.4 Dolor neuropático trigeminal atribuido a otros trastornos

Cruccu G, Penisi EM, Antonini G, et al. Trigeminal isolated sensory neuropathy (TISN) and FOSMN syndrome: despite a dissimilar disease course do they share common pathophysiological mechanisms? *BMC Neurol* 2014; 14: 248.

Klasser GD, Balasubramaniam R, Epstein J. Topical review—connective tissue diseases: orofacial manifestations including pain. *J Orofac Pain* 2007; 21: 171–184.

4.2.1 Neuralgia del glossofaríngeo

Blumenfeld A, Nikolskaya G. Glossopharyngeal neuralgia. *Curr Pain and Headache Rep* 2013; 17: 343.

Huynh-Le P, Matsushima T, Hisada K, et al. Glossopharyngeal neuralgia due to an epidermoid tumour in the cerebellopontine angle. *J Clin Neurosci* 2004; 11: 758–760.

Kandan SR, Khan S, Jeyaretna DS, et al. Neuralgia of the glossopharyngeal and vagal nerves: long-term outcome following surgical treatment and literature review. *Br J Neurosurg* 2010; 24: 441–446.

Minagar A and Sheremata WA. Glossopharyngeal neuralgia and MS. *Neurology* 2000; 54: 1368–1370.

Patel A, Kassam A, Horowitz M, et al. Microvascular decompression in the management of glossopharyngeal neuralgia: analysis of 217 cases. *Neurosurgery* 2002; 50: 705–710.

Peet MM. Glossopharyngeal neuralgia. *Ann Surg* 1935; 101: 256–258.

Saman Y, Whitehead D, Gleeson M. Jugular foramen schwannoma presenting with glossopharyngeal neuralgia syncope syndrome. *J Laryngol Otol* 2010; 124: 1305–1308.

Tanrikulu L, Hastreiter P, Dorfler A, et al. Classification of neurovascular compression in glossopharyngeal neuralgia: three-dimensional visualization of the glossopharyngeal nerve. *Surg Neurol Int* 2015; 6: 189.

4.2.2 Dolor Neuropático del glosofaríngeo

Bakar B. The jugular foramen schwannomas: review of the large surgical series. *J Korean Neurosurg Soc* 2008; 44: 285–294.

Kalladka M, Nasri-Heir C, Eliav E, et al. Continuous neuropathic pain secondary to endoscopic procedures: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016; 122: e55–e59.

Shin HY, Park HJ, Choi YC, et al. Clinical and electromyographic features of radiation-induced lower cranial neuropathy. *Clin Neurophysiol* 2013; 124: 598–602

5. Dolores orofaciales que se asemejan a presentaciones de cefaleas primarias

Comentarios generales:

En la práctica clínica, a menudo vemos tres tipos de pacientes que parecen tipificar la intersección entre cefaleas y dolor orofacial (DOF).

Tipo 1: Pacientes con cefalea que describen dolor facial adicional durante, y generalmente ipsilateral a los ataques de cefalea.

Tipo 2: Pacientes con cefalea cuyos ataques de cefalea han cesado y han sido reemplazados por ataques de dolor facial de la misma cualidad, duración e intensidad, incluyendo la presencia de los síntomas asociados de la cefalea anterior.

Tipo 3: Pacientes sin antecedentes de cefalea que desarrollan nuevos ataques de DOF que se asemejan a uno de los tipos de cefalea primaria en cualidad, duración e intensidad del dolor, con o sin los síntomas asociados de estos tipos de cefalea.

Esta sección en ICOP es para pacientes de la tercera categoría, que tienen dolor exclusivamente en la región facial que se asemeja a cefaleas primarias, pero *sin* dolor de cabeza. Todos los demás deben ser codificados según ICHD-3.

5.1 Migraña orofacial

Descripción:

Dolor episódico o crónico exclusivamente en la región orofacial, sin dolor de cabeza, con las características y rasgos asociados de la 1. *Migraña* descrita en ICHD-3.

Clasificado en otros lugares:

Dolor orofacial que de otro modo cumple con los criterios de cualquiera de los subtipos o subformas descritas a continuación, pero acompañado de dolor de cabeza, debe clasificarse según ICHD-3 descrita bajo la sección 1. *Migraña*.

5.1.1 Migraña orofacial episódica

Descripción:

Ataques recurrentes de dolor orofacial (DOF), sin dolor de cabeza, que duran entre 4-72 horas. Las características típicas del dolor son ubicación unilateral, calidad pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con actividad física rutinaria y asociación con náuseas y/o fotofobia y fonofobia.

Criterios diagnósticos:

A. Al menos cinco ataques que cumplan con los criterios B–D

B. Dolor facial y/u oral, sin dolor de cabeza, que dura entre 4-72 horas (sin tratamiento o tratado sin éxito)

C. El dolor tiene al menos dos de las siguientes cuatro características:

1. Ubicación unilateral
2. Cualidad pulsátil
3. Intensidad moderada o severa
4. Empeoramiento con, o que provoca evitación de, actividad física rutinaria (p. ej., caminar o subir escaleras).

D. El dolor va acompañado de uno o ambos de los siguientes:

1. Náuseas y/o vómitos
2. Fotofobia y fonofobia

E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Comentarios:

5.1.1 *La migraña orofacial episódica*, según lo definido (sin dolor de cabeza), suele ser muy infrecuente. Hasta ahora no ha sido descrita la migraña orofacial bilateral.

La migraña orofacial con aura, que sepamos, no ha sido descrita, y está excluida de ICOP hasta que se obtenga mayor evidencia de la misma.

Se ha descrito un grupo de pacientes con ataques de dolor intraoral de duración variable, con características atípicas similares a las de la migraña. Estos pueden no estar relacionados con la migraña y se describen más adelante en el apartado 5.4 *Dolor orofacial neurovascular*.

5.1.2 Migraña orofacial crónica

Descripción:

Dolor facial y/u oral que ocurre durante 15 o más días al mes durante más de 3 meses, con los rasgos característicos de la migraña en al menos 8 días al mes.

Criterios diagnósticos:

A. Dolor facial y/u oral, sin dolor de cabeza, que ocurre ≥ 15 días/mes durante >3 meses y que cumpla con los criterios B y C siguientes

B. Que ocurra en un paciente que haya tenido al menos cinco ataques que cumplan con los criterios B–D de la 5.1 *Migraña orofacial episódica*

C. En ≥ 8 días/mes durante >3 meses, que cumpla con uno de los siguientes:

1. criterios C y D de la 5.1.1 *Migraña orofacial episódica*
2. el paciente piensa que es migraña orofacial al inicio y es aliviado por un triptán o un derivado de la ergotamina.

D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Comentario:

La caracterización del DOF frecuentemente recurrente generalmente requiere de un diario de dolor para registrar información sobre el dolor y síntomas asociados durante todos los días durante al menos un mes.

5.2 Dolor orofacial tipo cefalea tensional

Descripción:

Dolor episódico o crónico exclusivamente en la región orofacial, sin dolor de cabeza, con las características y rasgos asociados de la 2. *Cefalea tensional* descrita en ICHD-3.

Comentarios:

Existen muchas similitudes en los síntomas, signos, epidemiología y respuesta al tratamiento entre los trastornos descritos bajo la 2. *Cefalea tensional* en ICHD-3 y los descritos en la 2. *Dolor orofacial miofascial* en ICOP. En la actualidad, no hay suficiente evidencia para establecer algún tipo de relación entre ellos.

Puede existir un dolor facial no relacionado con trastornos temporomandibulares, descrito como ‘tensión facial muscular’, que ocurre solo durante el reposo, resolviéndose con la actividad muscular voluntaria, como la masticación. En la actualidad, no hay suficiente evidencia de que esto sea una entidad separada.

5.3 Dolor orofacial trigémino-autonómico

Descripción:

Ataques de dolor exclusivamente en la región orofacial, sin dolor de cabeza, con las características y rasgos asociados de un trastorno descrito bajo la sección 3. *Cefaleas trigémino-autonómicas* en ICHD-3.

Clasificado en otros lugares:

Dolor orofacial que de otro modo cumple con los criterios de cualquiera de los subtipos u otras formas descritas a continuación, pero acompañado de dolor de cabeza, debe clasificarse según ICHD-3 bajo 3. *Cefaleas trigémino- autonómicas*.

5.3.1 Ataques orofaciales en racimo

Descripción:

Ataques de dolor facial y/u oral severo, estrictamente unilateral, sin dolor de cabeza, que duran de 15-180 minutos y ocurren entre una vez cada dos días u hasta ocho veces al día. El dolor se asocia con inyección conjuntival ipsilateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal y facial, miosis, ptosis y/o edema palpebral, y/o con inquietud o agitación.

Criterios diagnósticos:

- A. Al menos cinco ataques que cumplan con los criterios B–D
- B. Dolor facial y/o oral unilateral severo o muy severo que dura de 15-180 minutos (cuando no se trata)¹
- C. Una o ambas de las siguientes:
 - 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, ipsilaterales al dolor:
 - a) inyección conjuntival y/o lagrimeo
 - b) congestión nasal y/o rinorrea
 - c) edema palpebral
 - d) sudoración en la frente y la cara
 - e) miosis y/o ptosis
 - 2. Una sensación de inquietud o agitación
- D. Con una frecuencia entre una vez cada dos días y ocho veces al día²
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Notas:

- 1. Durante parte, pero menos de la mitad, del curso activo de los ataques orofaciales en racimo 5.3.1, estos pueden ser menos severos y/o de duración más corta o más larga.
- 2. Durante parte, pero menos de la mitad, del curso temporal activo de los ataques en racimo orofaciales 5.3.1, los ataques pueden ser menos frecuentes.

Comentario:

Los síntomas autonómicos en los ataques orofaciales en racimo 5.3.1 pueden ser menos prominentes o diferentes de los que ocurren como características de la 3.1 Cefalea en racimo descrita en ICHD-3. Se han descrito pacientes con dolor facial y/u oral acompañado de características autonómicas similares a las de racimo, pero no hay suficiente evidencia de que formen una entidad separada. Se necesita más investigación para proporcionar evidencia que responda a estas preguntas.

5.3.1.1 Ataques orofaciales en racimo episódicos

Descripción:

Ataques orofaciales en racimo que ocurren en períodos que duran entre 7 días y 1 año, separados por períodos sin dolor que duran al menos 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Ataques que cumplan con los criterios para 5.3.1 *ataques orofaciales en racimo* y que ocurran en brotes (períodos en racimo)
- B. Al menos dos períodos en racimo que duren entre 7 días y 1 año (cuando no se traten) y separados por períodos de remisión sin dolor de al menos 3 meses.

5.3.1.2 Ataques orofaciales en racimo crónicos

Descripción:

Ataques orofaciales en racimo que ocurren durante más de 1 año sin remisión, o con períodos de remisión que duran menos de 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Ataques que cumplan con los criterios de 5.3.1 *ataques orofaciales en racimo*, y el criterio B siguiente:
- B. Ocurren sin un período de remisión, o con remisiones que duran <1 mes, durante al menos 1 año.

Comentario:

5.3.1.2 Los *Ataques en racimo orofacial crónicos* pueden evolucionar a partir de 5.3.1.1 *Ataques orofaciales en racimo episódicos* o aparecer por primera vez. En algunos pacientes, puede haber un cambio de 5.3.1.2 *Ataques orofaciales en racimo crónicos* a 5.3.1.1. *Ataques en racimo orofacial episódicos*.

5.3.2 Dolor hemifacial paroxístico

Descripción:

Ataques de dolor severo, estrictamente hemifacial, sin dolor de cabeza, que duran entre 2 y 30 minutos y ocurren varias o muchas veces al día. Los ataques pueden estar asociados con inyección conjuntival ipsilateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal y facial, miosis, ptosis y/o edema palpebral.

Criterios diagnósticos:

- A. Al menos 20 ataques que cumplan con los criterios B-D
- B. Dolor facial y/o oral unilateral severo, sin dolor de cabeza, que dura entre 2-30 minutos
- C. Una o ambas de las siguientes:
 - 1. al menos uno de los siguientes síntomas o signos, ipsilaterales al dolor:
 - a) inyección conjuntival y/o lagrimeo

- b) congestión nasal y/o rinorrea
 - c) edema palpebral
 - d) sudoración en la frente y la cara
 - e) miosis y/o ptosis
2. prevenido absolutamente por dosis terapéuticas de indometacina
- D. Ocurre con una frecuencia >5 veces por día¹
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. Durante parte, pero menos de la mitad, del curso activo del 5.3.2 *Dolor hemifacial paroxístico*, los ataques pueden ser menos frecuentes.

Comentarios:

Existen reportes de dolor hemifacial paroxístico sin signos autonómicos prominentes. Algunas evidencias sugieren que la cantidad y la cualidad de los síntomas autonómicos difieren cuando el dolor se encuentra en las distribuciones de las divisiones segunda y/o tercera del trigémino (como en el 5.3.2. Dolor hemifacial paroxístico) en lugar de la primera división (como en la 3.2 Hemicránea paroxística, descrita en ICHD-3). Además, la respuesta absoluta a la indometacina en el 5.3.2 *Dolor hemifacial paroxístico* aún no está establecida. Se necesita más evidencia para determinar si esta es una entidad separada.

5.3.2.1 Dolor hemifacial paroxístico episódico

Descripción:

Ataques de dolor hemifacial paroxístico que ocurren en períodos que duran entre 7 días y 1 año, separados por períodos sin dolor de al menos 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Ataques que cumplen con los criterios para 5.3.2 *Dolor hemifacial paroxístico* y que ocurren en brotes
- B. Al menos dos brotes que duran entre 7 días y 1 año (cuando no se trata) y separados por períodos de remisión sin dolor de ≥ 3 meses.

5.3.2.2 Dolor hemifacial paroxístico crónico

Descripción:

Ataques de dolor hemifacial paroxístico que ocurren durante más de 1 año sin remisión, o con períodos de remisión que duran menos de 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Ataques que cumplen con los criterios para 5.3.2 *Dolor hemifacial paroxístico* y el criterio B a continuación
- B. Ocurren sin un período de remisión, o con remisiones que duran <3 meses, durante al menos 1 año.

5.3.3 Ataques de dolor facial neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales (SUNFA)

Descripción:

Ataques de dolor oral y/o facial moderado o severo, estrictamente unilateral, sin dolor de cabeza, que duran de segundos a minutos, ocurriendo al menos una vez al día y usualmente asociados con lagrimeo prominente y enrojecimiento del ojo ipsilateral y/u otros síntomas y signos autonómicos locales.

Criterios diagnósticos:

Al menos 20 ataques que cumplan con los criterios B-D

Criterios diagnósticos:

- A. Dolor facial y/u oral unilateral moderado o severo, sin dolor de cabeza, que dura entre 1-600 segundos y ocurre en punzadas individuales, en series de punzadas o en un patrón en forma de diente sierra
- B. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos autonómicos craneales, ipsilaterales al dolor:
 1. Inyección conjuntival y/o lagrimeo
 2. Congestión nasal y/o rinorrea
 3. Edema palpebral
 4. Sudoración en la frente y la cara
 5. Miosis y/o ptosis
- C. Ocurre con una frecuencia de al menos una vez al día¹
- D. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

1. Durante parte, pero menos de la mitad, del curso activo de los ataques de 5.3.3 *Dolor facial neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales*, los ataques pueden ser menos frecuentes.

Comentario:

La ocurrencia y distribución de los síntomas y signos autonómicos en los ataques de 5.3.3 *Dolor facial neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales* están poco esclarecidos y necesitan ser estudiadas. En los ataques de 3.3.1 *Dolor de cabeza neuralgiforme unilateral de corta duración con inyección conjuntival y lagrimeo*

(SUNCT), descritos en ICHD-3, el dolor y los signos autonómicos que lo acompañan pueden ocurrir en toda la distribución del trigémino; la ubicación y calidad de las características autonómicas pueden estar relacionadas con la localización del dolor.

5.3.3.1 SUNFA episódico

Descripción:

Ataques de SUNFA que ocurren en períodos de 7 días a 1 año, separados por períodos sin dolor de al menos 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Ataques que cumplen con los criterios de los ataques de 5.3.3 *Dolor facial neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales* y ocurren en brotes
- B. Al menos dos brotes que duran entre 7 días y 1 año y están separados por períodos de remisión sin dolor de ≥ 3 meses.

5.3.3.2 SUNFA crónico

Descripción:

Ataques de SUNFA que ocurren durante más de 1 año sin remisión, o con períodos de remisión que duran menos de 3 meses.

Criterios diagnósticos:

- A. Ataques que cumplen con los criterios para ataques de 5.3.3 *Dolor facial neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales* y el criterio B siguiente:
- B. Ocurriendo sin un período de remisión, o con remisiones que duran < 3 meses, durante al menos 1 año.

5.3.4 Dolor hemifacial continuo con síntomas autonómicos

Aunque aún no se ha establecido claramente un equivalente facial aislado de la 3.4 *Hemicránea continua*, descrita en ICHD-3, la extensión del dolor hacia la cara en la hemicránea continua si se ha descrito. Por lo tanto, la referencia y/o irradiación del dolor a estructuras orales y/o faciales puede causar dificultades diagnósticas.

La hemicránea continua ha sido descrita con pocos síntomas autonómicos y puede estar representada dentro del grupo de síndromes de dolor facial idiopático crónico.

5.4 Dolor orofacial neurovascular

Descripción:

Ataques de duración variable de dolor intraoral moderado o severo, sin dolor de cabeza, a menudo acompañados de síntomas similares a un dolor dental, con síntomas autonómicos y/o migrañosos leves. Dos subtipos están representados por pacientes con ataques relativamente cortos (1-4 horas) y aquellos con ataques más largos (>4 horas).

Criterios diagnósticos

- A. Al menos cinco ataques de dolor intraoral unilateral¹ de duración variable, sin dolor de cabeza, que cumplen con los criterios B-D
- B. El dolor tiene ambas de las siguientes características:
 - 1. Intensidad moderada o severa
 - 2. Uno o ambos de los siguientes:
 - a) similar a un dolor dental
 - b) pulsátil
- C. El dolor está acompañado de al menos uno de los siguientes:
 - 1. Lagrimeo ipsilateral y/o inyección conjuntival
 - 2. Rinorrea ipsilateral y/o congestión nasal
 - 3. Hinchazón de la mejilla ipsilateral
 - 4. Fotofobia y/o fonofobia
 - 5. Náuseas y/o vómitos
- D. El dolor no se explica por ninguna causa local, y los exámenes clínicos y radiográficos son normales
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.

Nota:

- 1. Aunque esencialmente es un dolor intraoral, puede estar referido y/o irradiado a sitios adyacentes, especialmente cuando el dolor es severo. Este fenómeno debe ser cuidadosamente seguido y documentado.

Comentarios:

Varios estudios han sugerido un trastorno reconocible que, aunque similar en fenotipo a la 5.1 *Migraña orofacial* o al 5.3 *Dolor orofacial autonómico trigeminal*, parece ser una entidad específica y distinta. Aunque esta entidad ha estado presente en la literatura desde 1997, necesita un examen exhaustivo y prospectivo.

Se han reportado casos de sensibilidad anormal al frío, tanto en los periodos entre los ataques como durante los ataques. Este hallazgo necesita ser investigado exhaustivamente, ya que sería una prueba útil y podría vincular esta entidad con la migraña, en la cual ocurre alodinia mecánica durante los ataques.

Para registrar todas las características necesarias para el diagnóstico, es esencial el uso de diarios de dolor.

5.4.1 Dolor orofacial neurovascular de corta duración

Criterios diagnósticos:

A. Ataques de dolor intraoral que cumplen con los criterios del 5.4 *Dolor orofacial neurovascular* y con el criterio B listado a continuación

B. Duración entre 1-4 horas (sin tratamiento, o con tratamiento infructuoso).

5.4.2 Dolor orofacial neurovascular de larga duración

Criterios diagnósticos:

A. Ataques de dolor intraoral que cumplen con los criterios del 5.4 Dolor neurovascular orofacial y con el criterio B siguiente

B. Duración de más de 4 horas.

5.1 Migraña orofacial

Alvarez M, Montojo T, de la Casa B, et al. Unilateral nasal pain with migraine features. *Cephalalgia* 2013; 33: 1055–1058.

Daudia AT and Jones NS. Facial migraine in a rhinological setting. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2002; 27: 521–525.

Debruyne F and Herroelen L. Migraine presenting as chronic facial pain. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 235–237.

Dodick DW. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1199–1200.

Eross E, Dodick D and Eross M. The Sinus, Allergy and Migraine Study (SAMS). *Headache* 2007; 47: 213–224.

Gaul C, Sandor PS, Galli U, et al. Orofacial migraine. *Cephalalgia* 2007; 27: 950–952.

Hussain A, Stiles MA and Oshinsky ML. Pain remapping in migraine: a novel characteristic following trigeminal nerve injury. *Headache* 2010; 50: 669–671.

Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 638–645.

Obermann M, Mueller D, Yoon MS, et al. Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 27: 1278–1282.

Penarrocha M, Bandres A, Penarrocha M, et al. Lower-half facial migraine: a report of 11 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 1453–1456.

Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ, et al. Prevalence of migraine in patients with a history of self-reported or physician-diagnosed ‘sinus’ headache. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1769–1772.

Yoon MS, Mueller D, Hansen N, et al. Prevalence of facial pain in migraine: a population-based study. *Cephalalgia* 2010; 30: 92–96.

5.3.1 Ataques orofaciales en racimo

Bahra A and Goadsby PJ. Diagnostic delays and mis-management in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 175–179.

Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354–361.

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Bittar G and Graff-Radford SB. A retrospective study of patients with cluster headaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 519–525.

Cademartiri C, Torelli P, Cologno D, et al. Upper and lower cluster headache: clinical and pathogenetic observations in 608 patients. *Headache* 2002; 42: 630–637.

Gaul C, Gantenbein AR, Buettner UW, et al. Orofacial cluster headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 903–905.

Gross SG. Dental presentations of cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 126–129.

Larner AJ. Unnecessary extractions. *Br Dent J* 2007; 203: 442.

Sanchez Del Rio M, Leira R, Pozo-Rosich P, et al. Errors in recognition and management are still frequent in patients with cluster headache. *Eur Neurol* 2014; 72: 209–212.

Van Alboom E, Louis P, Van Zandijcke M, et al. Diagnostic and therapeutic trajectory of cluster headache patients in Flanders. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 10–17.

Van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, et al. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1123–1125.

5.3.2 Dolor hemifacial paroxístico

Bahra A and Goadsby PJ. Diagnostic delays and mis-management in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 175–179.

Bahra A, May A and Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology* 2002; 58: 354–361.

Bartsch T, Knight YE and Goadsby PJ. Activation of 5-HT_{1B/1D} receptor in the periaqueductal gray inhibits nociception. *Ann Neurol* 2004; 56: 371–381.

Benoliel R and Sharav Y. Paroxysmal hemicrania. Case studies and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 285–292.

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Cademartiri C, Torelli P, Cologno D, et al. Upper and lower cluster headache: clinical and pathogenetic observations in 608 patients. *Headache* 2002; 42: 630–637.

Cittadini E, Matharu MS and Goadsby PJ. Paroxysmal hemicrania: a prospective clinical study of 31 cases. *Brain* 2008; 131: 1142–1155.

Delcanho RE and Graff-Radford SB. Chronic paroxysmal hemicrania presenting as toothache. *J Orofac Pain* 1993; 7: 300–306.

Gaul C, Gantenbein AR, Buettner UW, et al. Orofacial cluster headache. *Cephalalgia* 2008; 28: 903–905.

Graff-Radford SB. Paroxysmal hemicrania. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 138.

Gross SG. Dental presentations of cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 126–129.

Larner AJ. Unnecessary extractions. *Br Dent J* 2007; 203: 442.

May A. The exceptional role of the 1st division of the trigeminal nerve. *Pain* 2018; 159: S81–S84.

Moncada E and Graff-Radford SB. Benign indomethacin-responsive headaches presenting in the orofacial region: eight case reports. *J Orofac Pain* 1995; 9: 276–284.

Sanchez Del Rio M, Leira R, Pozo-Rosich P, et al. Errors in recognition and management are still frequent in patients with cluster headache. *Eur Neurol* 2014; 72: 209–212.

Van Alboom E, Louis P, Van Zandijcke M, et al. Diagnostic and therapeutic trajectory of cluster headache patients in Flanders. *Acta Neurol Belg* 2009; 109: 10–17.

Van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, et al. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1123–1125.

5.3.3 Ataques de dolor facial neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales (SUNFA)

Benoliel R and Sharav Y. SUNCT syndrome: case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 158–161.

Brown RS and Pass B. Orofacial pain due to trigeminal autonomic cephalgia with features of short-lasting neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 114: e13–e19.

Goadsby PJ, Cittadini E and Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania continua. *Semin Neurol* 2010; 30: 186–191.

5.3.4 Dolor hemifacial continuo con síntomas autonómicos

Benoliel R, Robinson S, Eliav E, et al. Hemicrania continua. *J Orofac Pain* 2002; 16: 317–325.

Goadsby PJ, Cittadini E and Cohen AS. Trigeminal autonomic cephalalgias: paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania continua. *Semin Neurol* 2010; 30: 186–191.

Hryvenko I, Cervantes-Chavarría AR, Law AS, et al. Hemicrania continua: Case series presenting in an orofacial pain clinic. *Cephalalgia* 2018; 38: 1950–1959.

Prakash S, Shah ND and Chavda BV. Unnecessary extractions in patients with hemicrania continua: case reports and implication for dentistry. *J Orofac Pain* 2010; 24: 408–411.

Rossi P, Faroni J, Tassorelli C, et al. Diagnostic delay and suboptimal management in a referral population with hemicrania continua. *Headache* 2009; 49: 227–234.

Viana M, Tassorelli C, Allena M, et al. Diagnostic and therapeutic errors in trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua: a systematic review. *J Headache Pain* 2013; 14: 14.

Ziegeler C and May A. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. *Neurology* 2019; 93: e1138–e1147.

5.4 Dolor orofacial neurovascular

Benoliel R, Birman N, Eliav E, et al. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008; 28: 752–762.

Benoliel R, Elishoov H and Sharav Y. Orofacial pain with vascular-type features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 506–512.

Czerninsky R, Benoliel R and Sharav Y. Odontalgia in vascular orofacial pain. *J Orofac Pain* 1999; 13: 196–200.

6. Dolor Orofacial Idiopático

Descripción:

Dolor facial o intraoral unilateral o bilateral en la distribución (es) de una o más ramas del nervio Trigémino de etiología desconocida. El dolor es usualmente persistente, de intensidad moderada, pobremente localizado y es descrito como sordo, opresivo, o de carácter quemante.

Clasificado en otra parte:

4.1.1.3 *Neuralgia del trigémino idiopática*, 4.1.2.5 *Dolor neuropático del trigémino idiopático*, 4.2.1.3 *Neuralgia del glossofaríngeo idiopática*, 4.2.2.2 *Dolor neuropático glossofaríngeo idiopático*.

6.1 Síndrome de boca ardiente (SBA)

Términos utilizados anteriormente:

Estomatodinia; glosodinia (cuando se limita a la lengua); síndrome de boca ardiente primario.

Descripción:

Sensación de ardor o disestesia intraoral que se repite diariamente durante más de 2 horas al día durante más de 3 meses, sin lesiones causales evidentes en el examen clínico y la investigación.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor bucal que cumple los criterios B y C.
- B. Recurre diariamente durante >2 horas por día durante >3 meses¹
- C. El dolor tiene las dos características siguientes:
 - 1. Cualidad quemante
 - 2. Se siente superficialmente en la mucosa oral
- D. La mucosa oral tiene aspecto normal, y se han descartado causas locales o sistémicas
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.²

Notas:

- 1. Antes de los 3 meses, si se cumplen todos los demás criterios, codifique como 6.1.3 *Probable Síndrome de boca ardiente*.

2. Un diagnóstico de 6.1 *Síndrome de boca ardiente* implica que no se han realizado pruebas sensoriales cuantitativas. Una vez realizadas, se debe diagnosticar cualquiera de los dos subtipos 6.1.1 *Síndrome de boca ardiente sin cambios somatosensoriales* o 6.1.2 *Síndrome de boca ardiente con cambios somatosensoriales*.

Comentarios:

Las pruebas sensoriales cuantitativas suelen ser anormales (lo que permite diferenciar los dos subtipos), mientras que el examen sensorial clínico muy rara vez revela déficits sensoriales leves.

El dolor del 6.1 *Síndrome de boca ardiente* suele ser bilateral, pero en raras ocasiones es unilateral. Su intensidad fluctúa. El sitio más común es la punta de la lengua. La xerostomía subjetiva, la disestesia y la alteración del gusto están presentes en dos tercios de los casos reportados.

Hay una alta preponderancia en mujeres menopáusicas. Algunos estudios muestran comorbilidades psicosociales similares a las de otras afecciones de dolor persistente. Datos recientes apuntan a diferentes niveles de cambios en la función somatosensorial en pacientes con 6.1 *Síndrome de boca ardiente*. Estos hallazgos alientan a realizar más investigaciones sobre el trastorno como una posible afección de dolor neuropático.

Los síntomas de ardor en la boca pueden ocurrir como fenómenos secundarios debido a una afección local o sistémica, como en las subformas de 1.1.3 *Dolor gingival* o 1.2.1 *Dolor de la mucosa oral*. Anteriormente se conocían como "síndrome de boca ardiente secundario", pero deben codificarse como estos trastornos. El 6.1 *Síndrome de boca ardiente* se diagnostica solo cuando se han excluido todas las causas locales y sistémicas (de ahí que anteriormente se denominara "síndrome de boca ardiente primario").

6.1.1 Síndrome de boca ardiente sin cambios somatosensoriales

Descripción:

Sensación de ardor o disestesia intraoral que se repite diariamente durante más de 2 horas al día por más de 3 meses, no acompañada de cambios somatosensoriales y sin lesiones causales evidentes en el examen clínico y la investigación.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor bucal que cumple los criterios del 6.1 *Síndrome de boca ardiente*
- B. Cambios somatosensoriales no están presentes en las pruebas somatosensoriales cualitativas o cuantitativas.

6.1.2 Síndrome de boca ardiente con cambios somatosensoriales

Descripción:

Sensación de ardor o disestesia intraoral, recurrente diariamente durante más de 2 horas por día por más de 3 meses y es acompañada de cambios somatosensoriales negativos y/o positivos, sin lesiones causales evidentes en el examen clínico y la investigación.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor bucal que cumple los criterios del 6.1 *Síndrome de boca ardiente*
- B. Presencia de cambios somatosensoriales en pruebas somatosensoriales cualitativas y/o cuantitativas.¹

Nota:

1. Síntomas y/o signos sensoriales negativos (p. ej., hipoestesia y/o hipoalgesia) y/o positivos (p. ej., hiperalgesia y/o alodinia).

6.1.3 Síndrome de boca ardiente probable

Descripción:

Sensación de ardor o disestesia intraoral que se repite diariamente durante más de 2 horas al día, pero por menos de 3 meses, sin lesiones causales evidentes en el examen clínico y la investigación.

Criterio de diagnóstico:

- A. Dolor bucal que cumple los criterios del 6.1 *Síndrome de boca ardiente*, excepto que ha estado presente durante <3 meses.¹

Nota:

1. Una vez transcurridos 3 meses, el diagnóstico pasa a ser 6.1 *Síndrome de boca ardiente* (o alguno de sus subtipos).

Comentario:

Las subformas no están clasificadas formalmente, pero pueden codificarse como 6.1.3.1 *Síndrome de boca ardiente probable sin cambios somatosensoriales* o 6.1.3.2 *Síndrome de boca ardiente probable con cambios somatosensoriales*, según los criterios anteriores.

6.2 Dolor facial idiopático persistente (DFIP)

Término utilizado anteriormente:

Dolor facial atípico.

Descripción:

Dolor facial persistente, con características variables, que se repite diariamente durante más de 2 horas por día por más de 3 meses, en ausencia de déficit neurológico clínico o de un evento causal previo.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor facial que cumple los criterios B y C
- B. Recurrente diariamente durante >2 horas/día por >3 meses¹
- C. El dolor tiene las siguientes dos características:
 - 1. Mal localizado, y no sigue la distribución de un nervio periférico²
 - 2. Calidad sorda, molesta o persistente³
- D. Los exámenes clínicos y radiográficos son normales⁴ habiéndose excluido las causas locales⁵
- E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.⁶

Notas:

- 1. Antes de los 3 meses, si se cumplen todos los demás criterios, codificar como 6.2.3 *Probable dolor facial idiopático persistente*.
- 2. El dolor puede describirse como profundo o superficial y puede irradiarse de la cara a la boca o viceversa. Con el tiempo, puede extenderse a un área más amplia de la región craneocervical.
- 3. Se utiliza una amplia variedad de palabras para describir el cuadro, y el dolor puede exacerbarse y agravarse con el estrés.
- 4. La evaluación somatosensorial clínica con percepción de pinchazo o tacto ligero puede muy raramente revelar cambios somatosensoriales leves. Puede haber dolor nociplástico que refleja una alteración del procesamiento en el sistema somatosensorial y está relacionado con una alteración en el sistema inhibitor modulator del dolor.
- 5. Los pacientes pueden informar una operación o lesión menor en la cara, maxilar(es), dientes o encía(s), pero en los exámenes clínicos y radiográficos no hay una causa local demostrable.

6. Las pruebas sensoriales cuantitativas diferencian los dos subtipos. Un diagnóstico de 6.2 *Dolor facial idiopático persistente* implica que no se han realizado pruebas sensoriales cuantitativas. Una vez realizada, se debe diagnosticar cualquiera de los dos subtipos, 6.2.1 *Dolor facial idiopático persistente sin cambios somatosensoriales* o 6.2.2 *Dolor facial idiopático persistente con cambios somatosensoriales*.

Comentarios:

En ICHD-3, dos trastornos se tratan como una sola entidad: el 13.12 *Dolor facial idiopático persistente*, con la *odontalgia atípica* como un posible subtipo. Los criterios ICOP distinguen y definen dos entidades: 6.2 *Dolor facial idiopático persistente* y 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente*. Estas afecciones causan dolor facial o dentoalveolar, respectivamente, en ambos casos de naturaleza constante pero propenso a exacerbaciones.

El 6.2 *Dolor facial idiopático persistente* puede ser comórbido con otras afecciones dolorosas, como el dolor crónico generalizado y el síndrome del intestino irritable. Además, puede presentar comorbilidades psicosociales similares a las de otras afecciones dolorosas persistentes.

6.2.1 Dolor facial idiopático persistente sin cambios somatosensoriales

Descripción:

Dolor facial persistente, con características variables, que recurre diariamente durante más de 2 horas por día durante más de 3 meses, no acompañado de cambios somatosensoriales y en ausencia de déficit neurológico clínico o evento causal precedente

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor facial que cumple los criterios de 6.2 *Dolor facial idiopático persistente*
- B. Cambios somatosensoriales no están presentes en las pruebas somatosensoriales cualitativas o cuantitativas.

6.2.2 Dolor facial idiopático persistente con cambios somatosensoriales

Descripción:

Dolor facial persistente, de características variables, que recurre diariamente durante más de 2 horas por día por más de 3 meses, y acompañado de cambios somatosensoriales negativos y/o positivos, en ausencia de déficit neurológico clínico o de un evento causal previo.

Criterios de diagnóstico:

1. Dolor facial que cumple los criterios de 6.2 *Dolor facial idiopático persistente*
2. Cambios somatosensoriales están presentes en pruebas somatosensoriales cualitativas y/o cuantitativas.¹

Nota:

1. Síntomas y/o signos sensoriales negativos (por ejemplo, hipoestesia y/o hipoalgesia) y/o positivos (por ejemplo, hiperalgesia y/o alodinia).

6.2.3 Probable dolor facial idiopático persistente

Descripción:

Dolor facial, con características variables, que se repite diariamente durante más de 2 horas por día, pero durante menos de 3 meses, en ausencia de déficit neurológico clínico o evento causal previo.

Criterio de diagnóstico:

A. Dolor facial que cumple los criterios de 6.2 *Dolor facial idiopático persistente*, excepto que haya estado presente durante <3 meses.¹

Nota:

1. Una vez transcurridos los 3 meses, el diagnóstico pasa a ser 6.2 *Dolor facial idiopático persistente* (o uno de sus subtipos).

Comentario:

Las subformas no están clasificadas formalmente, pero pueden codificarse como 6.2.3.1 *Probable dolor facial idiopático persistente sin cambios somatosensoriales* o 6.2.3.2 *Probable dolor facial idiopático persistente con cambios somatosensoriales* según los criterios anteriores.

6.3 Dolor dentoalveolar idiopático persistente

Términos utilizados anteriormente:

Odontalgia atípica; trastorno doloroso dentoalveolar persistente primario (TDDPP); dolor de diente fantasma

Descripción:

Dolor dentoalveolar intraoral unilateral persistente, que rara vez se presenta en varios sitios, con características variables pero que recurre diariamente durante más de 2 horas por día por más de 3 meses, en ausencia de un evento causal previo.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor dentoalveolar intraoral que cumple criterios B y C
- B. Recurre diariamente durante >2 horas/día durante >3 meses¹
- C. El dolor tiene las siguientes dos características:
 - 1. localizado en un sitio dentoalveolar (diente o hueso alveolar)²
 - 2. profundo, sordo, de cualidad opresiva³
- D. Los exámenes clínicos y radiográficos son normales⁴ y se han excluido las causas locales.
- E. No contabilizado mejor por otro ICOP o Diagnóstico ICHD-3.⁵

Notas:

- 1. Antes de los 3 meses, si se cumplen todos los demás criterios, codificar como 6.3.3 *Probable dolor dentoalveolar idiopático persistente*.
- 2. El dolor rara vez se presenta en múltiples sitios. Con el tiempo, puede extenderse a un área más amplia de la región craneocervical.
- 3. Se utiliza una amplia variedad de palabras para describir el carácter y la cualidad del dolor. Puede describirse como profundo o superficial, y se puede emplear una descripción adicional de los síntomas para explicar la complejidad de sensaciones asociadas con este trastorno. Además, el dolor puede tener exacerbaciones y agravarse con el estrés.
- 4. La evaluación somatosensorial clínica con percepción de pinchazos o tacto suave, solo muy raramente revela anomalías sensoriales. Puede haber dolor nociplástico que refleje un procesamiento alterado en el sistema somatosensorial y estar relacionado con una alteración en el sistema inhibitorio modulador del dolor.
- 5. Las pruebas sensoriales cuantitativas diferencian los dos subtipos. El diagnóstico de 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente* implica que no se ha realizado una prueba sensorial cuantitativa. Una vez realizada, se debe diagnosticar cualquiera de los dos subtipos, 6.3.1 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente sin cambios somatosensoriales* o 6.3.2 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente con cambios somatosensoriales*.

Comentario:

En ICHD-3, se tratan dos trastornos como una sola entidad: 13.12 *Dolor facial idiopático persistente*, con la *odontalgia atípica* como un posible subtipo. Los criterios ICOP distinguen y definen dos entidades: el 6.2 *Dolor facial idiopático persistente* y el 6.3 *Dolor*

dentoalveolar idiopático persistente. Estas afecciones causan dolor facial o dentoalveolar, respectivamente, en ambos casos de naturaleza constante, pero propenso a exacerbaciones.

6.3.1 Dolor dentoalveolar idiopático persistente sin cambios somatosensoriales

Descripción:

Dolor dentoalveolar intraoral unilateral persistente, que rara vez se presenta en múltiples sitios, con características variables, que se repite diariamente durante más de 2 horas por día por más de 3 meses, sin acompañarse de cambios somatosensoriales y en ausencia de un evento causal previo.

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor intraoral que cumple los criterios para 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente*
- B. Cambios somatosensoriales no están presentes en pruebas somatosensoriales cualitativas y/o cuantitativas.

6.3.2 Dolor dentoalveolar idiopático persistente con cambios somatosensoriales

Descripción:

Dolor dentoalveolar intraoral unilateral persistente, que rara vez se presenta en múltiples sitios, con características variables, que se repite diariamente por más de 2 horas por día durante más de 3 meses y se acompaña de cambios somatosensoriales negativos y/o positivos, en ausencia de cualquier evento causal previo

Criterios de diagnóstico:

- A. Dolor intraoral que cumple los criterios de 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente*
- B. Se observan cambios somatosensoriales en pruebas somatosensoriales cualitativas y/o cuantitativas.

Nota:

1. Síntomas y/o signos sensoriales negativos (p. ej., hipoestesia y/o hipoalgesia) y/o positivos (p. ej., hiperalgesia y/o alodinia), presentes, pero no confinados espacialmente a un área neuro anatómicamente relevante, a diferencia de 4.1.2.3 *Dolor neuropático postraumático del trigémino*.

6.3.3 Probable dolor dentoalveolar idiopático persistente

Descripción:

Dolor dentoalveolar intraoral unilateral, que rara vez ocurre en múltiples sitios, con características variables, que se repite diariamente durante más de 2 horas por día, pero durante menos de 3 meses, en ausencia de cualquier evento causal previo.

Criterio de diagnóstico:

A. Dolor bucal que cumple los criterios de 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente*, excepto que haya estado presente durante <3 meses.¹

Nota:

1. Una vez transcurridos 3 meses, el diagnóstico pasa a ser 6.3 *Dolor dentoalveolar idiopático persistente* (o uno de sus subtipos).

Comentario:

Las subformas no están clasificadas formalmente, pero pueden codificarse como 6.3.3.1 *Probable dolor dentoalveolar idiopático persistente sin cambios somatosensoriales* o 6.3.3.2 *Probable dolor dentoalveolar idiopático persistente con cambios somatosensoriales* según los criterios anteriores.

6.4 Dolor facial unilateral constante con ataques adicionales (DFUCA)

Descripción:

Dolor facial unilateral constante (incesante) sordo de intensidad leve a moderada, acompañado de ataques diferenciados de dolor moderado a intenso en la misma localización que duran entre 10 y 30 minutos. No hay características autonómicas o migrañosas típicas que acompañen ni al dolor constante ni a los ataques de dolor adicionales

Criterios de diagnóstico:

A. Dolor facial constante estrictamente unilateral, que cumple el criterio B, con exacerbaciones que cumplen el criterio C

B. Dolor basal, con las siguientes dos características:

1. Intensidad leve a moderada
2. Presente constantemente durante >3 meses

C. Exacerbaciones que se presentan como ataques diferenciados, hasta 6 veces al día, con las tres características siguientes:

1. En la misma ubicación que el dolor basal

2. Intensidad moderada a severa

3. Duración de 10 a 30 minutos

D. Los exámenes clínicos y radiográficos son normales y se han excluido causas locales

E. No atribuible a otro diagnóstico ICOP o ICHD-3.¹

Nota:

1. Las exacerbaciones deben presentarse como ataques claramente diferenciados del dolor basal, y los pacientes deben describir el dolor como si tuviera estos dos conjuntos de características; de lo contrario, se deben considerar los diagnósticos de 5.3.2 *Dolor hemifacial paroxístico* o 6.2 *Dolor facial idiopático persistente*. Una respuesta a la indometacina debería conducir al diagnóstico de 5.3.2 *Dolor hemifacial paroxístico*.

Comentarios:

Los síntomas autonómicos deben estar ausentes, pero no excluyen 6.4 *Dolor facial unilateral constante con ataques adicionales*. En la actualidad no hay datos suficientes para proponer subformas episódicas y crónicas de 6.4 *Dolor facial unilateral constante con ataques adicionales*.

Referencias

Baad-Hansen L. Atypical odontalgia – pathophysiology and clinical management. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 1–11.

Baad-Hansen L, Leijon G, Svensson P, et al. Comparison of clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia and temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2008; 22: 7–14.

Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, et al. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia – a controlled multicenter quantitative sensory testing study. *Pain* 2013; 154: 1287–1294.

Benoliel R and Gaul C. Persistent idiopathic facial pain. *Cephalalgia* 2017; 37: 680–691.

Durham J, Exley C, John MT, et al. Persistent dentofacial pain: the patient's experience. *J Orofac Pain* 2013; 27: 6–13.

Forssell H, Jääskeläinen S, List T, et al. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 300–322. Forssell H, Tenovuo O, Silvonien P, et al. Differences and similarities between atypical facial pain and trigeminal neuropathic pain. *Neurology* 2007; 69:1451–1459.

Grémeau-Richard C, Dubray C, Aublet-Cuvelier B, et al. Effect of lingual nerve block on burning mouth syndrome (stomatodynia): a randomized crossover trial. *Pain* 2010; 149: 27–32.

Hagelberg N, Jaakkola SK, Martikainen IK, et al. Striatal dopamine D2 receptors in modulation of pain in humans: a review. *Eur J Pharmacol* 2004; 500: 187–192.

Haggman-Henrikson B, Alstergren P, Davidson T, et al. Pharmacological treatment of orofacial pain – health technology assessment including a systematic review with network meta-analysis. *J Oral Rehabil* 2017; 44: 800–826.

Jääskeläinen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clin Neurophysiol* 2012; 123: 71–77.

Jääskeläinen SK and Woda A. Burning mouth syndrome. *Cephalalgia* 2017; 37: 627–647. Kolkka-Palomaa M, Jääskeläinen SK, Laine MA, et al. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome with special focus on taste dysfunction: a review. *Oral Dis* 2015; 21: 937–948.

Lang E, Kaltenhauser M, Seidler S, et al. Persistent idiopathic facial pain exists independent of somatosensory input from the painful region: findings from quantitative sensory functions and somatotopy of the primary somatosensory cortex. *Pain* 2005; 118: 80–91.

List T, Leijon G and Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia: A case-control study. *Pain* 2008; 139: 333–341.

McMillan R, Forssell H, Buchanan JA, et al. Interventions for treating burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD002779.

Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettlin DA, et al. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil* 2012; 39: 161–169.

Puhakka A, Forssell H, Soinila S, et al. Peripheral nervous system involvement in primary burning mouth syndrome – results of a pilot study. *Oral Dis* 2016; 22: 338–344.

Scala A, Checchi L, Montevercchi M, et al. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 275–291.

Ziegeler C and May A. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. *Neurology* 2019; 93: e1138–e1147.

7. Evaluación psicosocial de pacientes con dolor orofacial

Introducción

El modelo biopsicosocial incorpora factores psicológicos y sociales para comprender y manejar de manera más integral tanto la enfermedad (en relación con los factores médicos tradicionales) como la dolencia, a través del tiempo y las circunstancias. Los principales factores psicológicos asociados con los trastornos dolorosos incluyen ansiedad, catastrofización, depresión, reporte de síntomas físicos y el miedo-evitación; los principales factores sociales incluyen el acceso a la atención médica, el estigma y el apoyo de familiares y amigos. Cada uno de estos factores tiene un amplio respaldo empírico para su asociación con los trastornos dolorosos, y la evidencia respalda claramente la importancia del modelo biopsicosocial como crucial para comprender la complejidad del procesamiento del dolor en general (1), así como en relación al dolor orofacial (DOF) (2–6). Es importante señalar que la implementación del modelo biopsicosocial, tanto en la investigación como en la medicina clínica del dolor, sigue siendo variable; a pesar de disponer de más detalles (7–9), y las nuevas taxonomías para el dolor crónico de todo tipo destacan claramente la importancia central tanto de los criterios físicos para los trastornos como de la evaluación de los factores psicosociales (10).

Para efectos del presente documento, se presentan recomendaciones para las mejores prácticas de investigación que respaldan la intención de la taxonomía ICOP en el campo del DOF en general, y siguen las recomendaciones establecidas previamente para los Criterios Diagnósticos de Investigación para los Trastornos Temporomandibulares (CDI/TTM) (11) y los Criterios Diagnósticos para los TTM (DC/TMD por sus siglas en inglés) (12,13), que especifican los constructos e instrumentos apropiados para la evaluación del dolor musculoesquelético (por ejemplo, los trastornos temporomandibulares dolorosos (TTMd). Aunque estas recomendaciones se basan en una investigación sustancial sobre los TTM, un subconjunto de los dolores orofaciales (DOFs), actualmente no hay evidencia que sugiera que los DOFs no relacionados con TTM, sean diferentes del dolor vinculado a los TTM en lo que respecta a los modelos de procesamiento del dolor. En consecuencia, la investigación en esta fase de desarrollo de ICOP debería prestar una atención equivalente al modelo biopsicosocial completo y, por tanto, incluir la evaluación de los constructos psicosociales recomendados. La evidencia estructurada y sistemática posterior permitirá un modelo de evaluación con mayor apoyo empírico para los DOFs no relacionados con los TTM y conducirán a la revisión de estas recomendaciones iniciales.

Niveles de evaluación psicosocial

Los DC/TMD (13) definen dos niveles de evaluación psicosocial, y se desarrolló uno más en respuesta a una solicitud clínica específica (véase el resumen en la Tabla 1). La versión de evaluación breve está destinada a entornos de investigación (y clínicos) en los que sólo se puede incorporar la evaluación biopsicosocial más breve utilizando el menor número de

preguntas (14). Curiosamente, otros profesionales han descrito informalmente los mismos componentes de esta evaluación breve, lo que sugiere una convergencia hacia un conjunto mínimo central de dominios de evaluación psicosocial. La versión de tamizaje estándar incorpora dos instrumentos más. Ambas formas de detección deben reconocerse como muy limitadas.

Tabla 1. Diferentes niveles de evaluación psicosocial (ver detalles en el texto).

Instrumento	Nº de ítems	Versión integral	Versión estándar	Versión breve
Diagrama del dolor	1	4	4	4
GCPS v2.0	8	4	4	4
JFLS (forma larga)	20	4		
JFLS (forma corta)	8		4	
PHQ-4	5 ^a		4	4
PHQ-9	10 ^a	4		
GAD-7	8 ^a	4		
PHQ-15	15	4		
OBC	20	4	4	

^a El recuento de ítems incluye una pregunta reflexiva sobre el impacto funcional de cualquier síntoma reportado.

GAD: trastorno de ansiedad generalizada; GCPS: Escala de Grado de Dolor Crónico; JFLS: Escala de Limitación de la Función Mandibular; PHQ: Cuestionario de Salud del Paciente; OBC: Lista de Preguntas de Hábitos Orales

La evaluación integral está pensada específicamente para que los investigadores clínicos puedan medir con mayor fiabilidad todos los constructos de interés, permitiendo así una estratificación completa de sus muestras basada en un perfil psicosocial. Todos estos instrumentos están disponibles gratuitamente con guías de interpretación para la puntuación en el siguiente sitio web: www.rdc-tmdinternational.org. Además, a continuación, se recomiendan algunos otros instrumentos para su consideración.

Constructos e instrumentos relacionados con el dolor y la función para los DOFs

Extensión del dolor. El diagrama del dolor (también conocido como «maniquí corporal») permite identificar fácilmente todas las localizaciones del dolor, que se sabe que es uno de los principales determinantes del riesgo de cronicidad del dolor (15). Todos los trastornos dolorosos, independientemente del mecanismo nociceptivo putativo, parecen estar afectados de forma similar en cuanto a la extensión del dolor.

Intensidad del dolor y discapacidad relacionada con el dolor. La Escala del Grado de Dolor Crónico (GCPS, v2.0) es un instrumento ampliamente utilizado y validado que examina la persistencia del dolor, la intensidad del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor, también llamado grado de dolor crónico, que tiene utilidad para estratificar a los pacientes según los niveles de atención (16–18). El grado de dolor crónico también es un indicador de pronóstico en el sentido de que un mayor grado de dolor crónico predice una mayor probabilidad de cronicidad del dolor (19).

Limitación funcional. La experiencia de deterioro de la capacidad funcional de la persona se conoce como limitación funcional (20). La escala de limitación funcional de la mandíbula (JFLS) tiene dos versiones: una de 8 ítems, que da una puntuación global, y otra de 20 ítems, que mide tres dominios (limitación en la masticación, apertura mandibular y expresión verbal y emocional) (21,22). Ambas versiones son igualmente fiables, válidas y sensibles al cambio. Mientras la limitación funcional es fundamental para el dolor musculoesquelético (y, por tanto, es evidente su relevancia para los TTM), se asume que las consecuencias funcionales se producen en respuesta a los DOFs no relacionados con los TTM; se sospecha la naturaleza de esas consecuencias (22) y se requiere una mayor investigación para comprender toda la dimensionalidad del dolor en la región orofacial.

Comportamientos de uso excesivo. La Lista de Chequeo de Hábitos Orales (OBC) contiene una lista de 21 actividades de la región oral que pueden realizar los individuos, como apretar los dientes, mover y tensionar la mandíbula sin efecto funcional o hablar. Las propiedades psicométricas son altas (23-25) y los valores de la OBC se asocian con los TTM (15,26-30). Se desconoce si estas conductas están específicamente asociadas con los DOFs; sin embargo, se sabe que los mecanismos de alerta afectan al dolor de espalda no musculoesquelético (31), lo que sugiere su aplicabilidad a los DOFs no relacionados con los TTM.

Constructos e instrumentos psicosociales para los DOFs

Depresión y ansiedad. El proyecto PRIME-MD (Evaluación de trastornos mentales en la atención primaria) (32) se centró inicialmente en los trastornos psiquiátricos y tuvo como objetivo desarrollar instrumentos psicosociales para la evaluación de cinco de los problemas de salud mental más comunes que se presentan en la atención primaria: ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos, del alcohol y de la alimentación (33). Particularmente relevantes para los trastornos dolorosos son el Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9) para la depresión y la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7) para

la ansiedad; cada uno de estos instrumentos permite una medición confiable y válida de los respectivos constructos centrales. Cada instrumento contribuye con dos preguntas para crear el instrumento breve de tamizaje de depresión y ansiedad PHQ-4, que a menudo se considera para evaluar el 'estrés tóxico o crónico', ampliamente utilizado en América del Norte y Europa. La depresión (medida con PHQ-9, PHQ-4) es un estado de ánimo que se sabe que se ve afectado por la presencia de dolor persistente y se conoce que afecta el procesamiento del dolor, y parece ser altamente relevante para los DOFs (34). La ansiedad (medida con GAD-7, PHQ-4) en un contexto médico a menudo se manifiesta como preocupación y activación general del sistema nervioso simpático, y está asociada con la percepción del dolor (35) y la hipervigilancia (36). La ansiedad está presente en todos los entornos médicos y parece ser muy relevante en los DOFs (37).

Trastornos somatomorfos. El proyecto PRIME-MD también produjo el Cuestionario de Salud del Paciente-15 (PHQ-15) para la gravedad de los síntomas somáticos. Los síntomas físicos que no van acompañados de signos apropiados que respalden el diagnóstico de una enfermedad, siguen siendo un reto considerable en todos los ámbitos médicos; estos hallazgos se denominan adecuadamente *trastorno de síntomas somáticos, trastornos funcionales, síntomas médicamente inexplicables y síntomas sin utilidad médica* (38,39), aunque ninguno de estos términos es plenamente satisfactorio para lo que parece ser un constructo más complejo de lo que se suponía anteriormente. Aunque se han propuesto varios mecanismos subyacentes al reporte de síntomas físicos (39-41), todos son coherentes con los diversos síntomas que acompañan a los DOFs persistentes (37,42). Una extensión de este fenómeno implica la disestesia oclusal (43), que tiene potencial relevancia para al menos algunos de los DOFs dentro de ICOP.

Catastrofización. La catastrofización del dolor se "caracteriza por la tendencia a magnificar el valor de amenaza del estímulo doloroso y a sentirse indefensa en el contexto del dolor, y por una relativa incapacidad para inhibir los pensamientos relacionados con el dolor en anticipación, durante o después de una experiencia dolorosa" (44). Los niveles más altos de catastrofización están relacionados con una mayor utilización de la atención médica, una mayor expresión del dolor y peores resultados del tratamiento (45-47). La catastrofización no se incluye como medida estándar dentro del marco de los DC/TMD porque la evidencia sobre la relevancia de la catastrofización para los TTM no era lo suficientemente sólida cuando se formularon las recomendaciones del Eje II de los DC/TMD. Desde entonces, la situación ha cambiado y, además, su relevancia para cualquier trastorno del dolor ahora es apropiada para que este constructo se incluya como un dominio recomendado dentro de ICOP. Las medidas validadas apropiadas incluyen la Escala de Catastrofización ante el Dolor (48) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (49).

Miedo-Evitación. El modelo de miedo-evitación surgió a partir de modelos operantes relacionados con el dolor lumbar (50), concretamente, observaciones del comportamiento en

las que los individuos informaban de un dolor incongruente con los hallazgos físicos. Desde entonces, el modelo miedo-evitación ha sido ampliamente respaldado por la investigación (51). Según este modelo, no tener miedo al dolor de nueva aparición relacionado con una lesión lleva a adoptar los comportamientos adecuados para recuperarse de la lesión. Por el contrario, tener miedo a ese dolor conduce a la catastrofización del mismo, a evitar las circunstancias que pueden causarlo y, en consecuencia, al desuso, la depresión y la discapacidad. Como tal, este modelo es claramente relevante para el comportamiento motor, y el apoyo a este constructo para los TTM está surgiendo lentamente. Sin embargo, se trata de un modelo a nivel de la persona que tiene en cuenta los efectos del comportamiento y las creencias en el sistema nervioso central y, por tanto, se supone que está relacionado con el procesamiento del dolor. En consecuencia, las hipótesis claramente plausibles que relacionan el miedo al movimiento con la recuperación entre las personas con lesiones en el sistema masticatorio y la probable aparición de dolor crónico entre algunos de esos individuos justifican la investigación (52), y los datos actuales sugieren que esta perspectiva también es aplicable a los DOFs.

El miedo al dolor se mide a través de varios instrumentos, de los cuales la Escala de Tampa para la Kinesiofobia (TSK) (53) es el más conocido y tiene una gran utilidad para el dolor de espalda (54). La TSK se adaptó para el sistema masticatorio, la TSK-TMD (55), y parece captar tanto la experiencia somática como las conductas evitativas que pueden precipitar los DOFs.

Conclusiones y orientaciones futuras

Está claro que es necesario seguir investigando el modelo biopsicosocial y su relevancia clínica y para la investigación de los DOFs. A medida que se desarrollen y perfeccionen los criterios para los trastornos dentro de ICOP, debería producirse una progresión similar en cuanto a nuestra comprensión de las personas con estos trastornos dolorosos. En consecuencia, a medida que mejoren la taxonomía y el diagnóstico, debería surgir una mejor comprensión de los mecanismos del dolor, así como recomendaciones de tratamiento sólidas. Los enfoques multimodales son claramente necesarios para aumentar el rendimiento terapéutico potencial de las terapias biomédicas estándar, como los enfoques farmacológicos o quirúrgicos (56). Por el momento, se recomienda encarecidamente el uso coherente de un formato estandarizado para la evaluación psicosocial del individuo con DOF, en paralelo con el uso de los criterios establecidos (y sus ampliaciones con fines de investigación) de los trastornos dentro de ICOP.

Reconocimiento:

Este capítulo es una adaptación de Ohrbach y Durham (8).

Referencias

Campbell CM and Edwards RR. Mind–body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. *Transl Res* 2009; 153: 97–101.

Ceusters W, Michelotti A, Raphael KG, et al. Perspectives on next steps in classification of oro-facial pain – part 1: role of ontology. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 926–941.

Greene CS, Mohl ND, McNeill C, et al. Temporomandibular disorders and science: a response to the critics. *J Prosthet Dent* 1998; 80: 214–215.

Greene CS and Obrez A. Treating temporomandibular disorders with permanent mandibular repositioning: is it medically necessary? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119: 489–498.

Michelotti A, Alstergren P, Goulet JP, et al. Next steps in development of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD): Recommendations from the International RDC/TMD Consortium Network workshop. *J Oral Rehabil* 2016; 43: 453–467.

Ohrbach R and Greene C. Temporomandibular joint diagnosis: striking a balance between the sufficiency of clinical assessment and the need for imaging. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 116: 124–125.

Durham J and Ohrbach R. Commentary on disability and dental education. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 490–494.

Ohrbach R and Durham J. Biopsychosocial aspects of orofacial pain. In: CS Farah, R Balasubramaniam and MJ McCullough (eds) *Contemporary oral medicine*. Heidelberg: Springer Meteor, 2018, pp.1–21.

Ohrbach R and Dworkin SF. The evolution of TMD diagnosis: past, present, future. *J Dent Res* 2016; 95: 1093–1101.

Fillingim RB, Bruehl S, Dworkin RH, et al. The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): an evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *J Pain* 2014; 15: 241–249.

Dworkin SF and LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992; 6: 301–355.

Schiffman E and Ohrbach R. Executive summary of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for clinical and research applications. *J Am Dent Assoc* 2016; 147: 438–445.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the

International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28: 6–27.

Ohrbach R and Michelotti A. Psychological considerations. In: S Kandasamy, CS Greene, DJ Rinchuse, et al. (eds) *TMD and orthodontics: A clinical guide for the orthodontist*. Cham, Switzerland: Springer, 2015, pp.49–61.

Ohrbach R, Fillingim RB, Mulkey F, et al. Clinical findings and pain symptoms as potential risk factors for chronic TMD: descriptive data and empirically identified domains from the OPPERA case-control study. *J Pain* 2011; 12(11, Suppl 3): T27–T45.

Durham J, Shen J, Breckons M, et al. Healthcare cost and impact of persistent orofacial pain: The DEEP Study Cohort. *J Dent Res* 2016; 95: 1147–1154.

Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L, et al. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. *J Orofac Pain* 2002; 16: 48–63.

Dworkin SF, Turner JA, Mancl L, et al. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2002; 16: 259–276.

Von Korff M and Dunn KM. Chronic pain reconsidered. *Pain* 2008; 138: 267–276.

Ohrbach R. Disability assessment in temporomandibular disorders and masticatory system rehabilitation. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 452–480.

Ohrbach R, Granger CV, List T, et al. Pain-related functional limitation of the jaw: preliminary development and validation of the Jaw Functional Limitation Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 228–236.

Ohrbach R, Larsson P and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. *J Orofac Pain* 2008; 22: 219–230.

Kaplan SEF and Ohrbach R. Self-report of waking-state oral parafunctional behaviors in the natural environment. *J Oral Facial Pain Headache* 2016; 30: 107–119.

Markiewicz MR, Ohrbach R and McCall WD Jr. Oral Behaviors Checklist: reliability of performance in targeted waking-state behaviors. *J Orofac Pain* 2006; 20: 306–316.

Ohrbach R, Markiewicz MR and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 438–444.

Carlsson GE, Egermark I and Magnusson T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. *J Orofac Pain* 2003; 17: 50–57.

Glaros AG and Burton E. Parafunctional clenching, pain, and effort in temporomandibular disorders. *J Behav Med* 2004; 27: 91–100.

Glaros AG, Marszalek JM and Williams KB. Longitudinal multilevel modeling of facial pain, muscle tension, and stress. *J Dent Res* 2016; 95: 416–422.

Glaros AG and Williams K. Tooth contact versus clenching: oral parafunctions and facial pain. *J Orofac Pain* 2012; 26: 176–180.

Ohrbach R, Bair E, Fillingim RB, et al. Clinical orofacial characteristics associated with risk of first-onset TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain* 2013; 14(12, Suppl 2): T33–T50.

O’Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther* 2005; 10: 242–255.

Spitzer RL, Kroenke K and Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282: 1737–1744.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 345–359.

Durham J, Raphael KG, Benoliel R, et al. Perspectives on next steps in classification of orofacial pain – part 2: role of psychosocial factors. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 942–955.

Robinson ME, Wise EA, Gagnon C, et al. Influences of gender role and anxiety on sex differences in temporal summation of pain. *J Pain* 2004; 5: 77–82.

Cioffi I, Michelotti A, Perrotta S, et al. Effect of somatosensory amplification and trait anxiety on experimentally induced orthodontic pain. *Eur J Oral Sci* 2016; 124: 127–134.

Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, et al. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol* 2006; 35: 468–476.

Kirmayer LJ and Robbins JM. Functional somatic syndromes. In: LJ Kirmayer and JM Robbins (eds) *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991, pp.79–106.

Rief W and Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 821–841.

Craig AD. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci* 2002; 3: 655–666.

Craig AD. A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends Neurosci* 2003; 26: 303–307.

Peters S, Goldthorpe J, McElroy C, et al. Managing chronic orofacial pain: a qualitative study of patients', doctors', and dentists' experiences. *Br J Health Psychol* 2015; 20: 777–791.

Melis M and Zawawi KH. Occlusal dysesthesia: a topical narrative review. *J Oral Rehabil* 2015; 42: 779–785.

Quartana PJ, Campbell CM and Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother* 2009; 9: 745–758.

Brister H, Turner JA, Aaron LA, et al. Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *J Orofac Pain* 2006; 20: 115–124.

Litt MD and Porto FB. Determinants of pain treatment response and nonresponse: identification of TMD patient subgroups. *J Pain* 2013; 14: 1502–1513.

Turner JA, Brister H, Huggins KH, et al. Catastrophizing is associated with clinical examination findings, activity interference, and health care use among patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2005; 19: 291–300.

Sullivan MJL, Bishop SR and Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524–532.

Harland NJ and Georgieff K. Development of the Coping Strategies Questionnaire 24, a clinically utilitarian version of the coping strategies questionnaire. *Rehabil Psychol* 2003; 48: 296–300.

Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St Louis, MO: CV Mosby, 1976.

Vlaeyen JW and Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85: 317–332.

Wall PD. On the relation of injury to pain. *Pain* 1979; 6: 253–264.

Kori SH, Miller RP and Todd DD. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag* 1990; 3: 35–43.

Boersma K and Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. *Eur J Pain* 2006; 10: 551–557.

Visscher CM, Ohrbach R, van Wijk AJ, et al. The Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK-TMD). *Pain* 2010; 150: 492–500.

Spencer CJ, Neubert JK, Gremillion H, et al. Case reviews in pain: toothache or trigeminal neuralgia: treatment dilemmas. *J Pain* 2008; 9: 767–770.

Definiciones de términos en ICOP (1)

Referencias

International Association for the Study of Pain. IASP Terminology, <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698> (2017, accessed January 2020).

Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.

Benoliel R, Eliav E and Sharav Y. Classification of chronic orofacial pain: applicability of chronic headache criteria. *Oral Surg* 2010; 110: 729–737.