



# MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR OROFACIAL ASOCIADO A NEURALGIA DEL TRIGÉMINO: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

## Orofacial pain associated with trigeminal neuralgia pharmacological management: report of two clinical cases

Rojas Carrera Cristina <sup>\*1</sup> - <https://orcid.org/0009-0005-2205-2578>  
Parise Vasco Juan Marcos <sup>2</sup> - <https://orcid.org/0000-0002-5223-3370>  
Masson Palacios María José <sup>2</sup> - <https://orcid.org/0000-0001-7690-4733>  
Agurto Castro Jorge <sup>1</sup> - <https://orcid.org/0000-0002-7899-2260>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo, Universidad Tecnológica Equinoccial, 170129 Quito, Ecuador

<sup>2</sup> Centro de Investigación en Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC), Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo, Universidad Tecnológica Equinoccial, 170129 Quito, Ecuador

\* [cris-rojas@hotmail.com](mailto:cris-rojas@hotmail.com)

### RESUMEN

La neuralgia del trigémino es una afección descrita como un dolor neuropático repentino, punzante, momentáneo, paroxístico, unilateral y crónico en la región craneofacial. Se caracteriza por ser un síndrome de dolor facial debilitante que presenta episodios de choques eléctricos dolorosos limitado a las ramificaciones afectadas del nervio trigémino. El objetivo fue exponer el manejo farmacológico que recibieron dos pacientes con dolor orofacial asociado a neuralgia del trigémino. Reportes de casos: el primero fue un paciente que se encontraba dentro del quinto decenio de vida que acudió por molestias a nivel facial del lado derecho, con diagnóstico confirmado de neuralgia del trigémino tipo I. Se realizó terapia infiltrativa-farmacológica del nervio trigémino, asociado con controles periódicos en los que se evaluó la mitigación del dolor como resultado favorable. El segundo caso fue un paciente que se encontraba también dentro del quinto decenio de vida y acudió por presentar dolor crónico, exacerbado de forma súbita hace 1 mes y medio, refiere haber recibido terapia farmacológica infiltrativa del nervio trigémino hace 3 años, al examen clínico se determinó una neuralgia del trigémino tipo 2. Se realizó terapia infiltrativa-farmacológica del nervio trigémino con controles periódicos para evaluar el alivio del padecimiento. Como conclusión fue importante desarrollar un protocolo personalizado en el tratamiento para cada paciente con neuralgia del trigémino, tomando en cuenta las manifestaciones clínicas con el fin de tratar los episodios de dolor mediante terapia farmacológica.

**Palabras clave:** Dolor orofacial, Neuralgia del trigémino, Dolor crónico, Tratamiento farmacológico.

### ABSTRACT

Trigeminal neuralgia is a condition described as sudden, stabbing, momentary, paroxysmal, unilateral, and chronic neuropathic pain in the craniofacial region. It is characterized as a debilitating facial pain syndrome presenting with episodes of painful electric shocks limited to the affected branches of the trigeminal nerve. The objective was to expose the pharmacological management received by two patients with orofacial pain associated with trigeminal neuralgia. Case reports: the first was a patient in the fifth decade of life who presented with right-sided facial discomfort, with a confirmed diagnosis of type I trigeminal neuralgia. Infiltrative-pharmacological therapy of the trigeminal nerve was performed, associated with periodic controls in which pain mitigation was evaluated as a favorable result. The second case was a patient who was also in his fifth decade of life and presented with chronic pain, suddenly exacerbated 1 month and a half ago, he refers to having received pharmacological infiltrative therapy of the trigeminal nerve 3 years ago, the clinical examination determined a trigeminal neuralgia type 2. Trigeminal nerve infiltrative-pharmacological therapy was performed with periodic controls to evaluate the relief of the condition. In conclusion, it was important to develop a personalized treatment protocol for each patient with trigeminal neuralgia, considering the clinical manifestations to treat the episodes of pain using pharmacological therapy.

**Key words:** Orofacial pain, Trigeminal neuralgia, Chronic pain, Pharmacological treatment.

## INTRODUCCIÓN

La neuralgia del trigémino es una afección de una o más ramificaciones del quinto par craneal<sup>1,2</sup>, se caracteriza por ser un dolor repentino, punzante, instantáneo, paroxístico, crónico, en la mayoría de los casos unilateral.<sup>3</sup> También es catalogada como un síndrome de dolor facial debilitante, que con mayor frecuencia afecta a las mujeres en edades entre los 40 y 50 años, con una incidencia de 2 a 1 en relación con los hombres.<sup>4</sup>

Según la *International Headache Society*, la neuralgia del trigémino se divide en dos categorías: tipo 1 o clásico, asociado a ataques recurrentes sin presentar dolor persistente, los mismos que responden positivamente a fármacos antiepilépticos/antineuralgia tales como carbamazepina, oxcarbamazepina, gabapentina y pregabalina<sup>5</sup>, el tipo 2 o atípico, caracterizado por ataques recurrentes con variables como sensación de quemazón, dolor punzante y refractario, con intensidad variable.<sup>6</sup>

Epidemiológicamente, en Estados Unidos se presentan una incidencia de 5,7 por 100.000 mujeres y 2,5 por 1000.00 hombres entre las edades de 40 a 60 años<sup>7</sup>, en España se observó una incidencia de 4 a 15 personas por 100 000 habitantes, predominando en mujeres con edades mayores a los 45 años, en el 90% afectó a la segunda rama del trigémino.<sup>8</sup> En Holanda e Inglaterra, el 57,3% de pacientes diagnosticados con neuralgia del trigémino acudió a consulta odontológica sugiriendo que su afección dependía de alguna pieza dental<sup>9</sup>, esto debido a que es considerada rara y de diagnóstico complejo.<sup>10</sup>

El diagnóstico diferencial de una neuralgia del trigémino incluirá afecciones como dolor posherpético, cefalea, odontalgia y cualquier tipo de dolor facial.<sup>11</sup> Cuando el paciente refiera dolor dental, el odontólogo tratante tendrá el reto de determinar si realmente este presenta esta etiología u orofacial; si se trata de un padecimiento a nivel del nervio trigémino, lo esencial será indagar los signos y síntomas, así como también su origen para establecer un adecuado plan de tratamiento que mitigue esta afección.<sup>12</sup>

Frente a lo expuesto, el objetivo de este reporte es exponer el manejo farmacológico que recibieron dos pacientes con dolor orofacial asociado a neuralgia del trigémino.

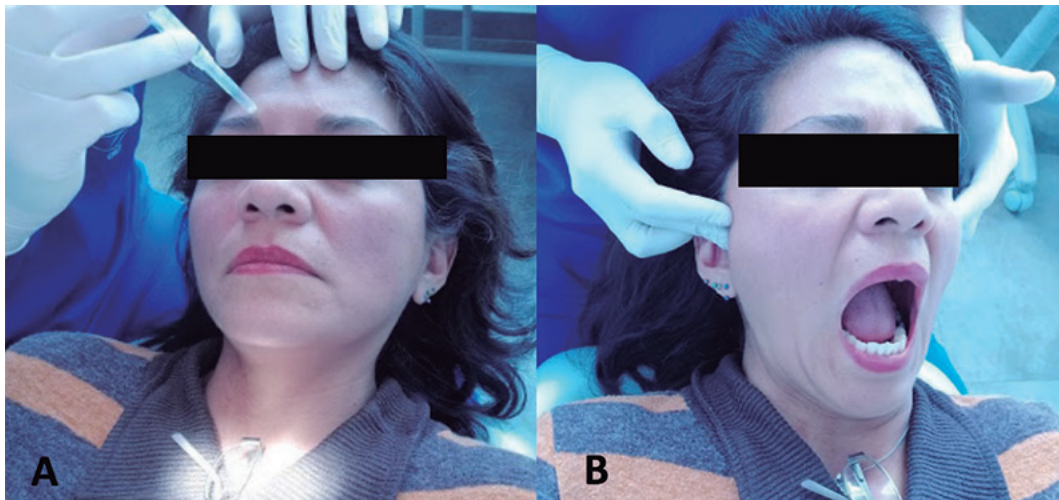
## CASO CLÍNICO

### Caso clínico 1

Paciente que cursaba cerca del quinto decenio de vida, acude a la clínica de Servicios Universitarios de la ciudad de Quito, Ecuador; refiriendo molestias a nivel facial lado derecho, narró haber sido diagnosticada de neuralgia del trigémino, hace 4 años, y ser tratada con ácido valproico de 500 mg, 1 hora después de la cena, y 250mg 1 hora después del desayuno; media tableta de amitriptilina de 25mg, 1 hora antes de dormir; media tableta de carbamazepina de 200mg por la noche; actualmente cuando percibe dolor se administra dosis única de diclofenaco 50mg y si el dolor persiste repite la dosis cada 8 horas por 3 días. La paciente refiere no ingerir alcohol, no fumar, realizar actividad física 2 veces por semana, procurando dormir al menos entre 5 y 6 horas diarias. Como antecedente personal refiere padecer de bruxismo.

En el examen radiográfico y clínico intraoral inicial se observa que los dientes 1.6, 2.6, 3.6 se encuentran con tratamiento endodóntico previo; el diente 1.6 con perno y corona; el diente 2.6 con incrustación. En una primera etapa del tratamiento se cubrió el área de operatoria dental mediante la realización de incrustaciones de cerámico en dientes 3.7, 4.6, 4.7. Además, se efectuó pruebas de vitalidad pulpar y diagnóstico endodóntico en dientes de las hemiarquadas derechas, descartando que la etiología del dolor facial sea odontogénica.

Posteriormente, se realizó examen extraoral mediante palpaciones a nivel de las terminaciones nerviosas del nervio trigémino. (Figura 1) Se observó sensaciones de dolor a nivel de la rama suborbitaria e infraorbitaria, las cuales corresponden a la desembocadura de las ramas V1 (oftálmica) y V2 (maxilar). Durante el examen clínico, la paciente comentó que existen ocasiones en las que es imposible colocarse protector solar por estas zonas debido a que el dolor se torna intenso; se efectúan palpaciones a nivel muscular para identificar puntos gatillo y mediante el método diagnóstico de infiltración anestésica. (Figura 1) Además, para valorar la intensidad se utilizó la escala visual analógica (EVA), se indicó a la paciente que seleccione un número de referencia entre 0 a 10, siendo cero, ausencia de dolor, y diez, dolor insostenible; la paciente calificó con un puntaje de 8. Estos hallazgos clínicos fueron compatibles con neuralgia del trigémino tipo 1 según la clasificación de la *International Headache Society*<sup>3</sup>, se expuso el plan de tratamiento a ejecutarse, mismo que fue aprobado tras la firma de consentimiento informado.



**Figura 1.** Examen extraoral. A: Palpaciones a nivel de las terminaciones nerviosas del nervio trigémino, B: Método diagnóstico de infiltración anestésica

El tratamiento consistió en terapia infiltrativa en los puntos de desembocadura de las ramas del nervio trigémino, con el uso de dexametasona 8mg/2ml más lidocaína 1,8ml, previa asepsia del campo a intervenir. (Figura 2). Para la rama v1, se administró la solución antiinflamatoria y anestésica en el agujero supraorbitario según la dosis recomendada de 0.1ml (dos gotas), se colocó con jeringa carpule y la aguja perpendicular al punto anatómico señalado. Para la rama v2, el procedimiento ejecutado fue similar, se infiltró la solución en el agujero infraorbitario con la jeringa carpule en dirección perpendicular a este. Se decidió no realizar la terapia infiltrativa para la rama

V3 hasta controlar el dolor ocasionado por bruxismo, se descomprime puntos gatillo de los músculos faciales hipertróficos. Para la terapia farmacológica se prescribe ácido valpróico, recomendando tomar 500mg, 1 hora después de la merienda, y 250mg, 1 hora después del desayuno; amitriptilina de 25mg tomar ½ tableta 1 hora antes de dormir, asociado a dorixina 125/5mg 1 vez al día y complejo B + diclofenaco (dolo-neurobión) 3ml por 5 días. Tras el procedimiento se recomendó a la paciente regresar en un mes para la cita de control, en la que se ajustarían las dosis farmacológicas según el resultado percibido.

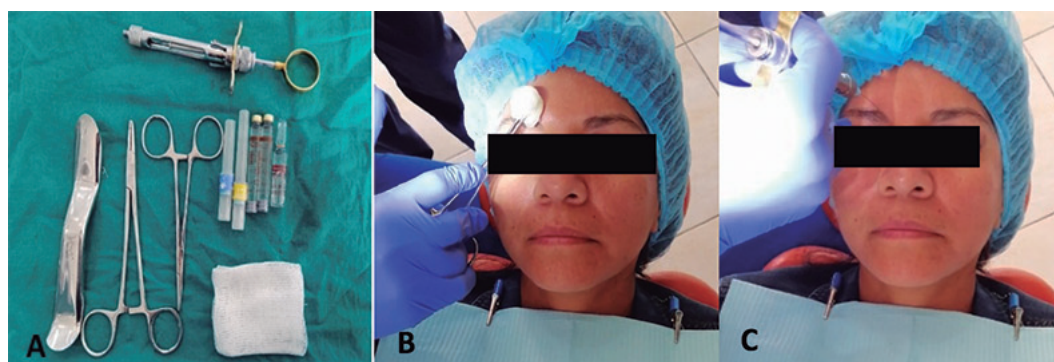


**Figura 2.** Terapia infiltrativa en los puntos de desembocadura de las ramas del nervio trigémino

Después de un mes, la paciente acude a su primera cita de control; se realiza entrevista en relación con cambios percibidos; la paciente refiere que se ha sentido con mejor estado anímico, el dolor ha disminuido significativamente e inclusive ha notado que el apretamiento dental ocasionado por bruxismo ha disminuido puesto que al despertar ya no presenta agotamiento en los músculos faciales.

A la palpación de los puntos sensibles, se verifica que el dolor ha disminuido de manera considerable, utilizando una escala visual análoga de intensidad para valoración del dolor (0 a 10 siendo 0 con ausencia de dolor y 10 dolor insoportable) a la que refiere sentir un 4 por lo que, por tal motivo se mantienen las dosis farmacológicas prescritas al momento de la intervención inicial, y se recomendó un segundo control dentro de 60 días para controlar la evolución.

Después del tercer mes de ejecutada la intervención, se realizó un nuevo control con un protocolo similar a la primera cita; paciente refiere que tiene sensación de dolor a nivel frontal y de las piezas posteriores tanto superiores como inferiores al momento de afrontar situaciones de ira, malestar, o estrés. Se realizó la palpación en los puntos donde las ramas del nervio trigémino se exteriorizan para identificar sensaciones doloras, teniendo una respuesta positiva pero tolerable. Utilizando la escala visual análoga, la paciente refiere 6, por tal motivo se decide realizar una nueva terapia infiltrativa con el uso de dexametasona 8mg/2ml más lidocaína 1.8ml. para las ramas v1, v2 y v3. (Figura 3) Se prescribe ácido valproico 250mg cada 12 horas y pregabalina 75mg cada 12 horas. (Tabla 1) Se sugiere a la paciente que acuda a controles periódicos trimestrales para observar la evolución de la patología.



**Figura 3.** Segunda terapia infiltrativa. A: Preparación de mesa quirúrgica, B: Asepsia del campo a intervenir, C: Terapia infiltrativa del nervio trigémino.

**Tabla 1.** Tabla descriptiva comparativa de la medicación que tomaba la paciente caso 1 previo al tratamiento.

<b>Medicación previo al tratamiento</b>			
<b>Tipo de medicación</b>	<b>Dosificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Momento de la toma</b>
Ácido valproico	500 mg	Diaria	1 hora después de la cena
Ácido valproico	250 mg	Diaria	1 hora después del desayuno
Amitriptilina	12,5 mg	Diaria	1 hora antes de dormir
Carbamazepina	100 mg	Diaria	Por la noche
Diclofenaco	50 mg	Cada 8 horas por 3 días ante episodios de dolor	Después de las comidas
<b>Medicación prescrita posterior al segundo control</b>			
Ácido valproico	250 mg	Cada 12 horas	Después del desayuno y cena
Pregabalina	75mg	Cada 12 horas	Después del desayuno y cena

## Caso Clínico 2

Paciente que se encontraba cerca del quinto decenio de vida que acude a Clínica de Servicios Universitarios de la ciudad de Quito, Ecuador; refiriendo presentar dolor crónico pulsátil progresivo que aparece de forma súbita, que le imposibilitan peinarse, colocarse maquillaje o inclusive lavarse el rostro, debido a que el dolor se torna intenso con sensación de quemazón. Asociado a otros síntomas como fotosensibilidad, pérdida de sueño e irritabilidad emocional desde hace 1 mes y medio, narró haber recibido terapia farmacológica-infiltrativa del nervio trigémino en su país hace 3 años, indica que actualmente toma pregabalina, 150mg 1 diaria, y ácido valproico, 500mg 1 diaria. Además, refiere que desde los 18 años ha presentado este dolor, y ha sido tratada por varios profesionales odontólogos que han confundido el origen del dolor.

En el examen radiográfico y clínico intraoral se observa que varios dientes se encuentran con tratamiento endodóntico y la paciente es parcialmente edéntula. Se descartó que la etiología del dolor sea de origen odontogénico. Se realizó el examen extraoral mediante palpación en zonas a nivel de las terminaciones nerviosas del nervio trigémino. (Figura 4)

Se observó sensaciones de dolor a nivel de la rama suborbitaria, infraorbitaria y mentoniana. Para valorar la intensidad del dolor se utilizó como instrumento una escala visual análoga, la paciente calificó a su dolor con un puntaje 9. Estos hallazgos clínicos fueron compatibles con neuralgia del trigémino tipo 2 según la clasificación la de la *International Headache Society*<sup>3</sup>, se expuso el plan de tratamiento a ejecutarse, el mismo que fue aprobado tras la firma del consentimiento informado.



Figura 4. Palpación en zonas a nivel de las terminaciones nerviosas del nervio trigémino.

Se ejecutó el tratamiento mediante terapia infiltrativa en cada punto de desembocadura de las ramas del nervio trigémino, se utilizó dexametasona 8mg/2ml más lidocaína 1,8ml. (Figura 5) Para la rama V1, se administró 0,1ml (dos gotas) de solución en el agujero supraorbitario. Para la rama v2 se realizó el procedimiento en el agujero infraorbitario, mediante técnica intraoral, ingresando la jeringa carpule a través de la mucosa gingival a nivel de la pieza 1.3; además se realizó bloqueo del nervio palatino mayor debido a que la paciente presenta dolor intenso en la zona del primer premolar. Para la rama V3, se colocó la jeringa

carpule paralelo al agujero mentoniano, administrando 0,1ml de la solución. Se realizó también la terapia infiltrativa para el nervio alveolar inferior y sus ramas terminales, nervio milohioideo y nervio lingual, se realizó bloqueo con la técnica de Akinosi. La terapia farmacológica prescrita consistió en oxycarbamazepina, recomendando tomar 300mg, 1 vez al día; y pregabalina, 150mg cada 12 horas. Tras el procedimiento se recomendó a la paciente que regrese en un mes a su cita de control para ajustar las dosis farmacológicas según el resultado percibido.



Figura 5. Terapia infiltrativa.

Después de un mes, se realizó el diagnóstico de la intervención; posterior a la entrevista en relación con los cambios percibidos; la paciente refiere un mejor estado anímico, disminución significativa del dolor pero que es difícil conciliar el sueño, indicando que usualmente presenta pequeños dolores a nivel de la rama V2 exactamente a nivel del paladar. Se realizó palpación de los puntos sensibles, la paciente valoró su dolor con un puntaje de 6 según la escala visual análoga; motivo por el que se decide realizar un ajuste de dosis farmacológicas, se recomendó tomar oxycarbamazepina 300mg 1 vez al día, y pregabalina 300mg cada 12 horas. Se sugiere un segundo control dentro de 60 días para controlar la evolución de la patología y en caso de ser necesario realizar una nueva terapia infiltrativa.

Después de sesenta días se realizó un nuevo control, siguiendo el mismo protocolo del primer control; paciente refiere que tiene sensación de dolor a nivel frontal al pasar por situaciones de estrés. Se realizó examen extraoral mediante palpación en los puntos donde las ramas del nervio trigémino se exteriorizan para identificar sensaciones doloras, el paciente valoró su dolor con un puntaje de 7, por tal motivo se realiza una nueva terapia infiltrativa con dexametasona 8mg/2ml más lidocaína 1,8ml en cada punto de desembocadura de las ramas del nervio trigémino siguiendo el protocolo narrado anteriormente. Se mantuvo la prescripción de oxycarbamazepina 300mg 1 vez al día, pregabalina 300mg cada 12 horas. (Tabla 2) Se sugiere a la paciente que acuda a controles periódicos trimestrales para observar la evolución de la patología.

Tabla 2. Tabla descriptiva comparativa de la medicación que tomaba la paciente caso 2 previo al tratamiento.

Tipo de medicación	Dosificación	Frecuencia
Pregabalina	150 mg	Diaria
Ácido valproico	500 mg	Diaria
<b>Medicación prescrita posterior al control a los 60 días</b>		
Oxycarbamazepina	300 mg	Diaria
Pregabalina	300 mg	Cada 12 horas

## DISCUSIÓN

Según Alcántara Montero et al.<sup>13</sup>, la neuralgia del trigémino es uno de los síndromes de dolor facial más graves. La incidencia anual varía entre el 4-13% y altera de forma significativa la calidad de vida de los afectados. El tratamiento inicial es el farmacológico, y la carbamacepina es el único fármaco con suficiente nivel de evidencia, si bien otros fármacos han demostrado eficacia, aunque de forma más limitada y se puede optar por técnicas percutáneas mínimamente invasivas.

Las manifestaciones que presentaron los pacientes fueron unilaterales y con predominio de la región derecha facial, antes de ser diagnosticada la neuralgia del trigémino, en ambos casos fue confundido su diagnóstico con odontalgia ocasionada por pulpitis irreversible o caries profundas que fueron tratadas con endodoncia, restauraciones e inclusive con extracciones sin éxito alguno en eliminar los episodios dolorosos debido a que la etiología del dolor era otra.

En el presente reporte se identificó que las pacientes atendidas presentaron predominio de dolor en la rama V2 asociado a sensaciones dolorosas a nivel del párpado inferior, dientes, encía y paladar, coincidiendo con investigaciones que indican que el nervio maxilar presenta mayor incidencia de afectación debido a que usualmente se asocia a dolor dental por factores como caries, pulpitis, abscesos o inclusive sensaciones dolorosas del seno maxilar.<sup>14</sup> Al analizar los elementos desencadenantes de la patología se registró que la influencia de estados emocionales fuertes, estrés, depresión, ira, impacto fueron factores determinantes en el tratamiento de neuralgia del trigémino.<sup>6,15</sup>

Respecto a los tratamientos para la neuralgia del trigémino, existen varios métodos de intervención como la aplicación de compresión con balón, rizotomía con glicerol y termo coagulación con radiofrecuencia<sup>16</sup>, otro método intervencionista no quirúrgico es la terapia infiltrativa del nervio trigémino mediante el uso de corticoides y anestésicos locales como son la dexametasona 8mg/2ml y lidocaína 1,8ml, en conjuntos estos dos fármacos generan un efecto de alivio prolongado de algunos meses para la NT con una sola aplicación debido a las propiedades que presentan<sup>17</sup>, por tal motivo esta técnica fue escogida en el tratamiento de los presentes casos; con esta técnica se obtuvo resultados favorables en cada una de las pacientes, mitigando sus episodios de dolor que

comenzaron con un puntaje según la escala visual analógica de 8 y 9 a 4 y 5 respectivamente. Resultado que se obtuvo juntamente con el manejo de fármacos anticonvulsivantes como carbamazepina, oxycarbamazepina y pregabalina, fármacos utilizados para mitigar el dolor neuropático.<sup>9</sup>

Una limitación que se presentó en el desarrollo del presente reporte de casos clínicos fue la limitada cantidad de artículos científicos registrados acerca del tema manteniendo un enfoque odontológico. Literatura necesaria para que el odontólogo clínico aprenda a reconocer los signos y síntomas con que un paciente acude y realice un diagnóstico adecuado entre dolor neuropático y/o odontalgia, con el propósito de evitar la realización de tratamientos dentales innecesarios.

## RECOMENDACIONES

La terapia infiltrativa y farmacológica dan favorables resultados en el manejo de la neuralgia del trigémino con incidencia en las ramas V1 y V2. Es primordial establecer un protocolo personalizado para el manejo farmacológico, es importante además recomendar al paciente la disminución de situaciones que conlleven estrés, ira, o emociones fuertes, para de esta manera poder estabilizar en lo posible los signos y síntomas del dolor crónico intenso de tipo neuropático producido por la neuralgia del trigémino brindando una calidad de vida óptima tanto física, psicológica y emocionalmente.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

**Financiamiento:** autofinanciado por los autores.

**Contribuciones de los autores:** Rojas-Carrera y Agurto-Castro manejo clínico, revisión bibliográfica, redacción inicial del reporte, Parise-Vasco y Masson-Palacios aportaron en la asesoría metodológica, edición de la versión final.

## Referencias Bibliográficas

1. Ballantyne J. El viaje del paciente por la neuralgia

- trigémica. Pain clinical updates. [Internet] 2014 [Consultado Nov 2021]; XXII(1): 1-8. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7590850/el-viaje-del-paciente-por-la-neuralgia-trig%C3%A9mica>
2. Vázquez A, Pérez T. Neuralgia del trigémino. Revista Elsevier Medicina Integral. [Internet] 2014 [Consultado Nov 2021]; 35(9):393-97 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-a-medicina-integral-63-articulo-neuralgia-del-trigemino-11675>
  3. Zakrzewska J. Trigeminal neuralgia. British Medical Journal. [Internet] 2014 [Consultado Nov 2021]; 348. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g474>
  4. Santos-Velázquez T. Idiopathic trigeminal neuralgia Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet] 2019 [Consultado Nov 2021]. 44(1). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1668>.
  5. Marín R. The use of botulinum toxin in the treatment of trigeminal Neuralgia (Fifth Cranial Nerve). Odovtos-Int J Dent Sc. [Internet] 2018 [Consultado Nov 2021]; 20(3): 43-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=82175>
  6. Lezcano H, Barrios L, Campos R, Rodriguez T, Alamel-Din M. Factors associated to development of trigeminal neuralgia due to vascular compression. Neurol Arg [Internet] 2015 [Consultado Nov 2021]; 7(2): 95-99. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-factores-asociados-al-desarrollo-neuralgia-S1853002814001128>
  7. Alonso P, Salgado D, Fernandez E, Friguglietti M, Olivera M, Rimoldi J. Neuralgia del trigémino: estudio funcional mediante tensor de difusión de alta densidad como herramienta diagnóstica. Rev Argent Radiol. [Internet] 2015 [Consultado Nov 2021]; 79(2): 65-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048761915000654>
  8. Kumar A, Kumar V, Goel M. Trigeminal Neuralgia: The New Medicinal Treatment Modalities. J Oral Health Comm Dent. [internet] 2015 [consultado Oct 2021]; 9(3): 149-152. Doi: 10.5005/johcd-9-3-149
  9. Gornitsky M, Sherif M, Canie O, Shrishya M, Velly A, Schipper H. Greater palatine block for V2 trigeminal neuralgia: Case report. Spec Care Dentist. [Internet] 2019 [Consultado Oct 2021] 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scd.12365>
  10. Hyung-Ok P, JungHong H, Myoung-Uk J, Young-Kyung K, Sung-Kyo K. Diagnostic challenges of nonodontogenic toothache. Restor Dent Endod. [Internet] 2012 [Consultado Oct 2021]; 37(3): 170-174. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5395/rde.2012.37.3.170>
  11. Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica y Funcional. Tomo I. cabeza y cuello. 11va edición. Barcelona: España. Masson, S.A. 2005.
  12. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Madrid: España. Ediciones Ergón, S.A. 2004
  13. Alcántara-Montero A, Carnero-Sánchez C. Actualización en el manejo de la neuralgia del trigémino. Medicina de Familia SEMERGEN. [Internet] 2016 [Consultado Ene 2022] 42(2); 244-253. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.007>
  14. Boto G. Neuralgia del trigémino. Neurocirugía. [Internet] 2010 [Consultado Ene 2022]. 21(5): 361-372. Doi: 10.1016/S1130-1473(10)70086-5
  15. Teruel A., Ram S, Kumar S, Hariri S, Clark G. Prevalence of hypertension in patients with trigeminal neuralgia. J Headache Pain [Internet] 2009 [Consultado Ene 2022] 10(3); 199-201. Doi: 10.1007/s10194-009-0107-5.
  16. Bescós A., Pascual V, Escosa-Bagó M, Málaga X. Tratamiento de la neuralgia del trigémino: actualización y perspectivas futuras de las técnicas percutáneas. Rev Neurol. [Internet] 2015 [Consultado Ene 2022]. 61(3); 114-124. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6103.2015098>
  17. Pehora C, Pearson A, Kaushal A, Crawford M, Johnson B. Dexamethasone as an adjuvant to peripheral nerve block. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2017 [Consultado Ene 2022] Nov 9;11(11):CD011770. Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD011770.pub2

**Recibido:** 28 marzo 2022

**Aceptado:** 13 enero 2023