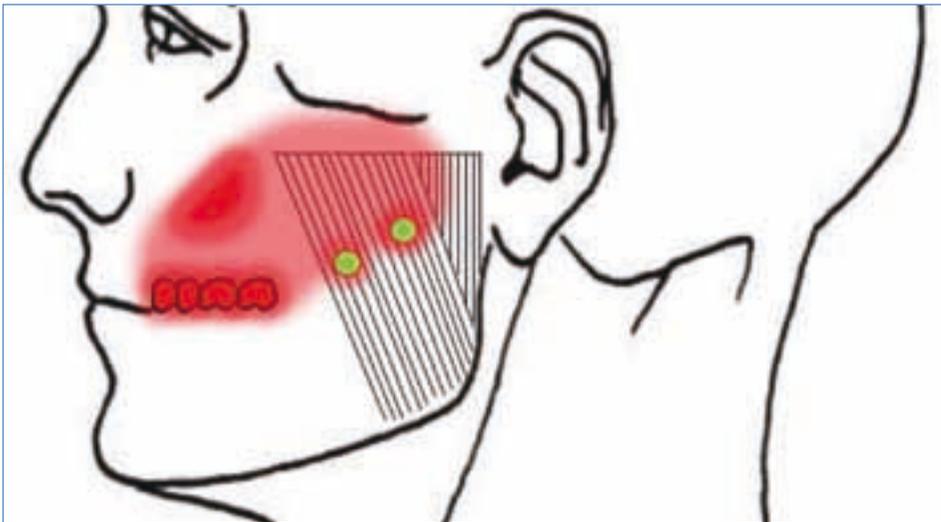


Artículos técnicos

La importancia de la clasificación ICOP de dolor orofacial como herramienta diagnóstica para el odontólogo



Dr. Camilo Chávez Farías MSc

Coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor Orofacial de la SEDCYDO.
 Especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial. UCM.
 Colaborador en el Diploma de Especialización en TTM, DOF y Medicina Oral del Sueño. UCM.
 Colaborador en el Experto en Disfunción Cráneo Cérvico
 Mandibular y Dolor Orofacial. U. Europea de Madrid.
 Faculty Member TMJ Foundation's Global Fellowship in TMJ, Dr. Darpan Bhargava, India.
 Práctica privada en TTM, DOF y Medicina Oral del Sueño en Zaragoza y Lleida.



Dra. María García González

Vocal Junta Directiva de la SEDCYDO.
 Doctora en Ciencias Odontológicas. Cum Laude. UCM.
 Especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial. UCM.
 Experta en Medicina Dental del Sueño. FESMES.
 Profesor universitario Departamento Odontología Clínica. Universidad Europea de Madrid.



Dr. Miguel de Pedro Herráez

Vicepresidente de la SEDCYDO.
 Máster Oficial en Dolor Orofacial y Disfunción Craneomandibular. Univ. San Pablo-CEU de Madrid
 Experto en Medicina Dental del Sueño. FESMES.
 Profesor de prácticas clínicas de Odontología en la Facultad de Ciencias Biomédicas.
 Universidad Europea de Madrid (UE Madrid).
 Coordinador Prácticas Clínicas de Odontología en la Fac. de Ciencias Biomédicas. UE Madrid.
 Coordinador de la asignatura Dolor Orofacial del Título Propio de Medicina Oral. UCM.



Artículos técnicos |

Introducción

La Clasificación Internacional de Dolor Orofacial (ICOP) (fig. 1) fue publicada en 2020¹ con el objetivo de unificar criterios diagnósticos, especialmente con fines investigadores, pero también para servir como guía para el manejo y diagnóstico de pacientes con dolor orofacial. El grupo de trabajo de profesionales que la ha llevado a cabo está compuesto por miembros del grupo de interés especial en dolor orofacial (OFHP SIG) de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), miembros del grupo internacional de metodología de trabajo en dolor orofacial y trastornos asociados (INFORM), la Sociedad Americana de Dolor Orofacial (AAOP) y la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS).

Esta guía consta de una estructura similar a la Clasificación Internacional de Cefaleas (ICHD-3)¹. En ella podemos encontrar distintos tipos y subtipos de dolor orofacial. Cada una de las entidades reflejadas en esta clasificación incluye una breve descripción de la misma y una serie de criterios que se deben cumplir para poder llegar a un diagnóstico; además, se añade una serie de anotaciones para guiar al profesional en la anamnesis y exploración. Esta clasificación se divide en seis apartados, con sus correspondientes subapartados, según la naturaleza del dolor descrito. Tras la descripción de todas las entidades dolorosas, se incluye un séptimo y último apartado de manejo y evaluación psicológica de pacientes con dolor orofacial. Cada tipo o subtipo patológico codificado puede diagnosticarse separadamente. Si un paciente recibe varios diagnósticos, se nombrarán en orden de importancia para el paciente, es decir, cuál de los diagnósticos le causa una mayor discapacidad y sufrimiento.

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

Esta es, sin duda, la mayor causa de dolor orofacial en la población y con la cual los odontólogos estamos más familiarizados. Se estima que más del 12% de la población ha experimentado dolor en alguna de estas estructuras². En general, se trata de un dolor de naturaleza nociceptiva y/o inflamatoria, preferentemente agudo, aunque si no se instaura el tratamiento adecuado puede volverse crónico.

1.1. Dolor dental

Dentro del dolor dental podemos encontrar los siguientes subtipos: dolor pulpar (atribuido a hipersensibilidad, a exposición pulpar por trauma, a pulpitis y por causa sistémica), dolor periodontal (atribuido a periodontitis y a causas locales no inflamatorias) y dolor gingival (atribuido a gingivitis y a una lesión maligna).

1.2. Dolores de la mucosa oral, glándulas salivales y hueso mandibular

En este subapartado encontramos dolor de la mucosa oral (atribuido a inflamación de la mucosa y a lesiones malignas), dolor de glándulas salivales (por causa obstructiva, infecciosa, parotiditis juvenil, trastorno mediado inmunológicamente y a otras causas) y dolor en el hueso mandibular (atribuido a traumatismo o daño, a infección, a lesiones benignas y malignas, a terapia y a enfermedades sistémicas).

2. Dolor orofacial miofascial

El dolor miofascial de la región orofacial es el mayor causante de odontalgias no odontogénicas (dolor referido) y uno de los más frecuentes en las consultas especializadas. Las pruebas de provocación (palpación y movimientos mandibulares) se ciñen al protocolo DC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders)³. El protocolo DC/TMD se limita a la exploración y diagnóstico de los músculos masetero y temporal, para así aumentar la sensibilidad y especificidad de la exploración, pero en la clínica diaria se pueden aplicar a cualquier otro músculo de la región orofacial (figs. 2-5) (figs. 6-9).

2.1. Dolor orofacial miofascial primario

Incluye aquel dolor de las estructuras musculares cuya etiología no puede ser determinada. Puede clasificarse en agudo o crónico en función del tiempo de evolución. Será un dolor agu-

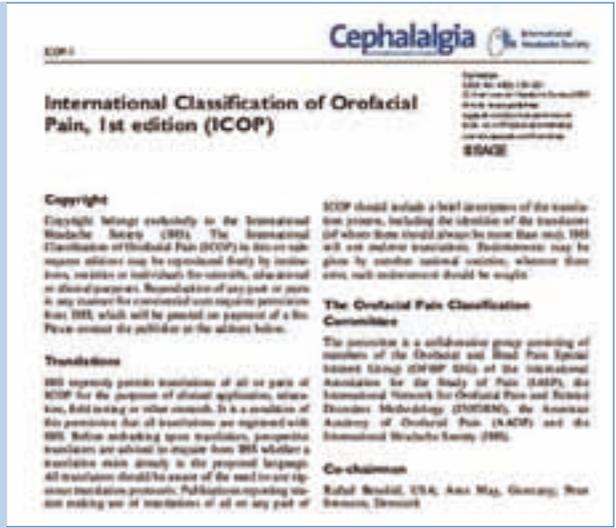
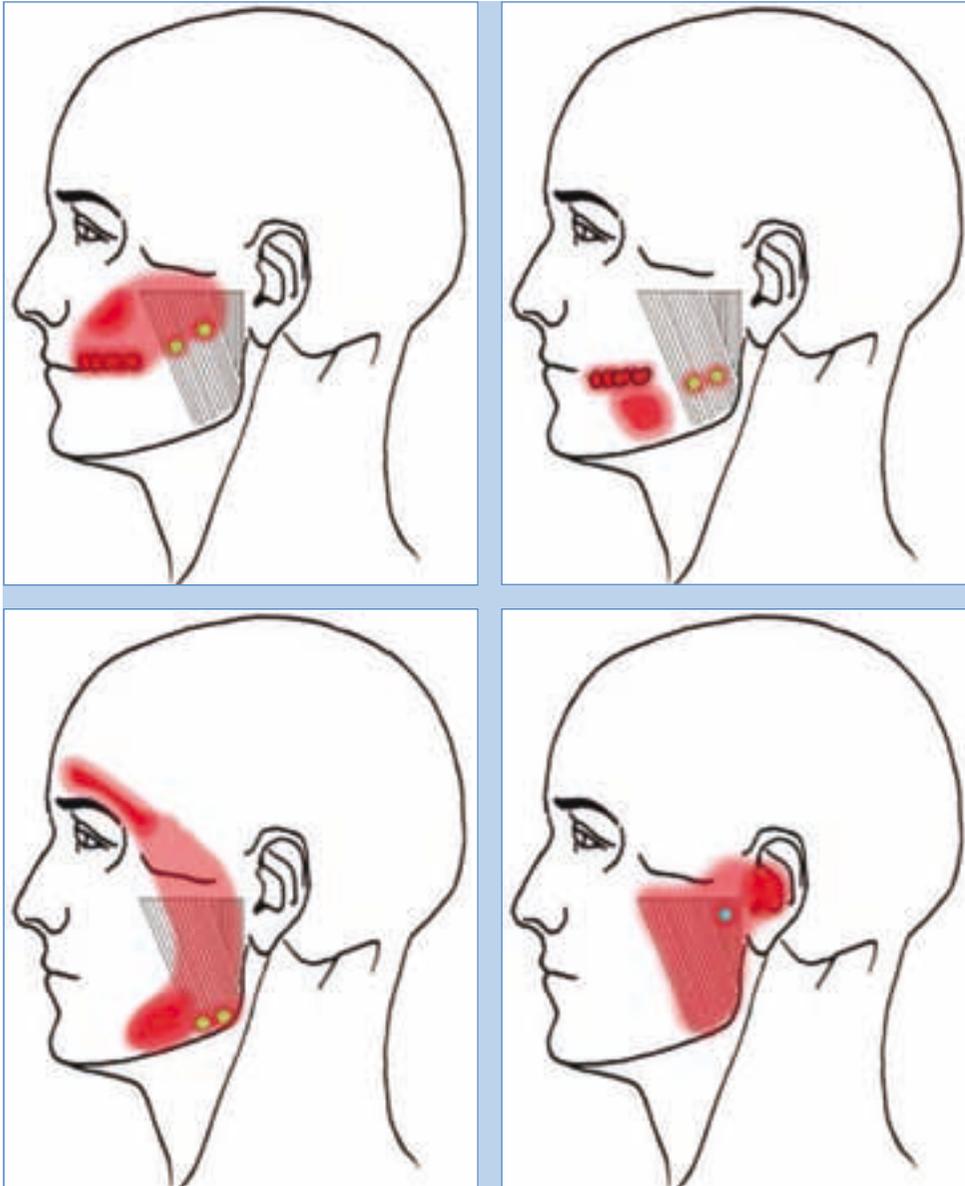


FIG. 1. Portada ICOP.



FIGS. 2-5. Patrones de dolor referido del músculo masetero.

do cuando el tiempo de evolución sea menor a 3 meses, y un dolor crónico cuando el tiempo de evolución supere los 3 meses. Si se clasifica como crónico se establecen categorizaciones por frecuencia y presencia de patrón referido, es decir, cuando el dolor se percibe en un sitio distinto al del origen del estímulo nociceptivo.

2.2. Dolor orofacial miofascial secundario

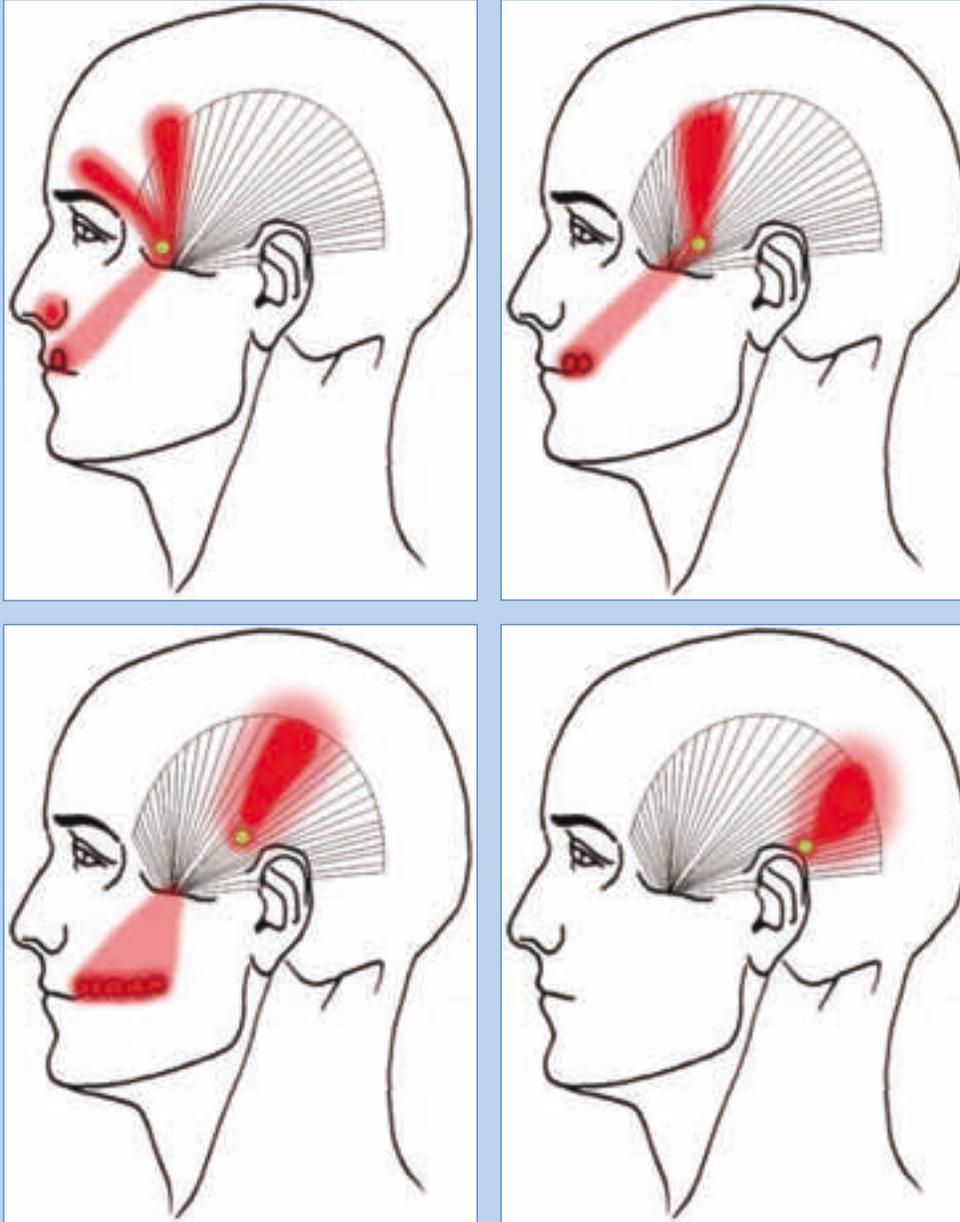
En este caso el dolor muscular está causado por un trastorno subyacente como una tendinitis (principalmente del tendón del temporal), miositis (de origen traumático, infeccioso o por una enfermedad autoinmune) o un espasmo muscular caracterizado por una contracción repentina, involuntaria y reversible.

3. Dolor en la articulación temporomandibular

La ICOP divide el dolor articular en dos subtipos, al igual que el dolor miofascial, según su etiología: primario y secundario. El dolor primario será aquel cuya etiología es desconocida, como por ejemplo el dolor de etiología idiopática. Respecto al secundario, el dolor es causado o producido por una afección o causa médica conocida.

3.1. Dolor primario temporomandibular

Se define como dolor localizado en la articulación temporomandibular (ATM) durante los movimientos, el reposo o la palpación de la misma sin trastorno causal conocido. El dolor pri-



FIGS. 6-9. Patrones de dolor referido del músculo temporal.

mario se subclasifica a su vez, según el tiempo de evolución, en agudo, cuando el tiempo de evolución es menor de 3 meses; o crónico, en cuyo caso el tiempo de evolución será superior a los 3 meses. A su vez, el dolor crónico se subclasifica en función del número de días de aparición al mes y de si se trata de un dolor con patrón referido o en cambio es un dolor localizado en la ATM exclusivamente.

3.2. Dolor secundario temporomandibular

Se trata de dolor localizado en la ATM causado por un trastorno conocido. Según esta etiología conocida, se subclasifica en dolor temporomandibular atribuido a: artritis, desplazamiento de disco con o sin reducción, enfermedades degenerativas y subluxación.

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

Este apartado se basa en gran medida en la Clasificación Internacional de Cefaleas ICHD-3¹, atendiendo exclusivamente a las entidades clínicas que se presentan en la región orofacial. Quedan excluidas condiciones idiopáticas tales como el síndrome de boca ardiente y el dolor orofacial idiopático persistente por carecer de evidencia suficiente para determinar que se traten de dolor neuropático. Estas entidades se incluirán en el apartado 6. Dolor Idiopático.

Dentro del apartado de dolor neuropático encontramos dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino y al nervio glossofaríngeo (fig. 10-11).

Artículos técnicos |

4.1. Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino

En esta categoría encontramos dos subcategorías: la neuralgia del trigémino y otros dolores neuropáticos del nervio trigémino. La neuralgia del trigémino se caracteriza por dolor recurrente, unilateral, breve, de carácter paroxístico que se asemeja a una descarga eléctrica, limitado al territorio de inervación de una o varias ramas del nervio trigémino y desencadenado por estímulos inocuos. También puede acompañarse, o no, de dolor continuo concomitante de intensidad moderada en la zona afectada.

5. Dolor orofacial con características de cefaleas primarias

Incluye exclusivamente aquellos dolores que aparecen de *novo* en la región orofacial, asemejándose a las cefaleas pero que no afectan a la cabeza; son eminentemente dolores faciales. Si estos dolores han afectado o afectan a regiones más allá de la cara y la boca, deberán considerarse cefaleas y no dolor orofacial con características de las mismas. Las entidades incluidas en este apartado tienen las mismas características de intensidad y duración que las cefaleas primarias:

5.1. Migraña orofacial

Según su frecuencia se puede clasificar en episódica o crónica. Caracterizada por una duración de 4-72 horas y un dolor pulsátil, de moderado a severo, que empeora con la actividad.

5.2. Dolor orofacial tensional

De intensidad leve a moderada, bilateral, que no empeora con la actividad. Puede diluirse y confundirse con el dolor miofasial orofacial.

5.3. Dolor orofacial trigeminoautonómico

Dentro de esta categoría encontramos las subcategorías: dolor orofacial en racimos, hemifacial paroxístico y dolor hemifacial continuo con síntomas autonómicos. De corta duración e intensidad muy alta.

5.4. Dolor orofacial neurovascular

Puede ser de corta o larga duración. Se presenta en la cavidad oral y puede acompañarse de dolor tipo odontalgia.

6. Dolor orofacial idiopático

En este apartado se incluyen aquellas patologías dolorosas que afectan a la distribución de una o más ramas trigeminales pero cuya etiología es desconocida. Suelen ser dolores persistentes, moderados, pobremente localizados y descritos como pesados o quemantes. Se subdividen en aquellos probables si no cumplen los 3 meses de evolución y se exigen pruebas somatosensoriales para afinar su diagnóstico. Todas las entidades tienen un carácter persistente y van frecuentemente asociadas a alteraciones psicosociales y altos niveles de estrés y ansiedad, por lo que su manejo resulta un auténtico reto para el odontólogo y requiere de un manejo interdisciplinar.



FIGS. 10-II. Exploración somatosensorial de paciente con Dolor Neuropático Trigeminal y miofasial.

Artículos técnicos |

6.1. Síndrome de boca ardiente

Se trata de aquella entidad caracterizada por una sensación de quemazón o disestesia oral de carácter persistente, observándose una mucosa dentro de la normalidad. Para su diagnóstico deben haberse descartado todas las posibles causas locales y sistémicas que expliquen este dolor.

6.2. Dolor facial idiopático persistente

Se trata de aquel dolor facial persistente en el que no se encuentran alteraciones neurológicas, tiene una localización pobre, que no sigue claramente la distribución nerviosa. El paciente puede reportar un tratamiento previo que no podrá confirmarse con pruebas clínicas o radiológicas.

6.3. Dolor dentoalveolar idiopático persistente

Antes conocido como odontalgia atípica. Cumple los mismos patrones clínicos que el dolor facial idiopático persistente, con una localización intraoral.

6.4. Dolor facial unilateral constante con ataques adicionales puntuales de dolor

Dolor unilateral sordo y constante de intensidad leve-moderada, con exacerbaciones de 10-30 minutos en la misma localización. Ausencia de características autonómicas y/o migrañosas.

7. Evaluación psicosocial del paciente con dolor orofacial

La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o parecida a, un daño tisular real o potencial"⁴; por tanto, podemos decir que el dolor va ligado a componentes emocionales y cognitivos, y debido a esto debe ser comprendido desde un modelo biopsicosocial. Los factores psicológicos que se han visto asociados a los trastornos dolorosos en mayor medida son: la depresión, catastrofización de dolor, ansiedad y el miedo o evitación. En cuanto a los factores sociales, influye el acceso a cuidados médicos y el soporte familiar.

La guía ICOP recomienda utilizar los instrumentos de evaluación psicosocial descritos en la guía DC/TMD. Esta evaluación se divide en dos niveles, una de cribado y otra más exhaustiva indicada especialmente para el ámbito investigador. Se encuentran cuestionarios recomendados para medir la extensión del dolor, el grado de dolor crónico, limitación funcional, hábitos orales, depresión y ansiedad, somatización, catastrofización y miedo o evitación.

La Clasificación Internacional del Dolor Orofacial es, sin duda, una herramienta de consulta básica e imprescindible en nuestras clínicas. Su utilización es sencilla y sus criterios diagnósticos fáciles de manejar para el odontólogo general.

Un correcto diagnóstico de las entidades dolorosas de nuestros pacientes repercutirá en una mayor calidad asistencial y, en muchas ocasiones, evitará la realización de tratamientos innecesarios que no solo no mejoren la calidad de vida del paciente, si no que perpetúen su dolor.

DOLOR OROFACIAL EN EL CONGRESO SEDCYDO

El dolor orofacial es uno de los temas principales que se abordarán en próximo congreso anual de SEDCYDO, que tendrá lugar los días 19 y



20 de mayo en Gijón. A lo largo de la segunda jornada, se dedicará un bloque al dolor orofacial moderado por el Dr. Juan Manuel Prieto, presidente de SEDCYDO. En esta sesión participarán los Dres. Cipriano Fernández (Tratamiento farmacológico de las algias faciales), Jordi Tomàs (Punción seca en el tratamiento del dolor orofacial), José Luis de la Hoz (Abordaje del bruxismo desde la medicina integrativa), Juan Mesa (Modulación neurovegetativa del N. Vago en el tratamiento del dolor craneofacial) y Dominik Ettlin (Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la Neuralgia del Trigémino).

Bibliografía

1. **International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP).** Cephalalgia. 2020;40(2):129-221.
2. **Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)** The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
3. **Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D.** Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc. 1993;124(10):115-121.
4. **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(1):6-27.
5. **Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al.** The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-1982.

