



Guía terapéutica del dolor orofacial

Dr. Alejandro Oviedo Montes,*
Dra. María Paulina Ramblas
Ángeles**

- * Académico Numerario de la Academia Mexicana de Cirugía
- ** Médico de Base. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

Resumen

El dolor orofacial generalmente tiene su origen en lesiones endoperiodónticas, sin embargo, otras causas deben considerarse para establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo.

En el año de 1994, publicamos una guía diagnóstica (1) basada en la información clínica referida en la literatura con la cual pretendíamos definir los padecimientos dolorosos orofaciales que podrían presentarse en un consultorio dental. Se presenta ahora esta guía actualizada, y se describe el tratamiento indicado que dicta la literatura internacional.

Palabras clave: Dolor orofacial, lesiones endoperiodónticas, diagnóstico, tratamiento.

Abstract

The orofacial pain generally has its origin in endoperiodontic lesions, however, other causes should be considered to establish a precise diagnosis and effective treatment.

In the year 1994, we published a diagnostic guide (1) based in the clinic information referred in the literature in which we pretend to define the orofacial sufferings that could show at the dental office. It is presented now this guide that has been actualized, and is described the recommended treatment dictated by the international literature.

Key words: Orofacial pain, endoperiodontic lesions, diagnosis, treatment.

Introducción

El dolor es la sintomatología más dramática de la consulta diaria y a su vez la fuerza que impulsa al paciente a buscar un tratamiento.

Con frecuencia, el enfermo elige al especialista de acuerdo al área anatómica donde ubica el dolor; si bien en muchos casos esta conducta es adecuada, en muchos otros retrasa su atención, ya que, el médico consultado puede no poseer la capacidad clínica, ni la experiencia para reconocer el padecimiento que aqueja al enfermo, pero en el afán de aliviarlo y a veces hasta por el reto que esto representa, es frecuente le indique una terapia analgésica inespecífica por largo tiempo, con la intención de recolectar más información, comentar el caso con otros colegas, y obtener los resultados de múltiples pruebas de gabinete en la esperanza de que aparezca alguna causa que expli-

que la sintomatología, lo que provoca que muchos de estos pacientes que sufren dolor crónico, peregrinen durante cinco a siete años antes de recibir un diagnóstico acertado y un tratamiento efectivo.¹⁻⁴

El control del dolor orofacial es una de las actividades más honrosas y gratificantes para el cirujano dentista y la forma más digna como, poco a poco la estomatología moderna ha eliminado el temor tradicional hacia la especialidad, en la cual son bien conocidos los cuadros de agudización dolorosa de lesiones endoperiodónticas evidentes cuyo tratamiento expedito proporciona al paciente un alivio inmediato, pero, si estas lesiones permanecen encubiertas, ya sea por una rehabilitación protésica amplia o cuando la línea de fractura coronal que involucra a la pulpa es tan tenue que puede pasar inadvertida, o cuando el dolor temporomandibular se manifiesta como otalgia crónica, etc., no es raro que el paciente sea refe-

rido por el estomatólogo a otro especialista en la creencia de que se trata de un dolor de origen extrabucal.

Las lesiones en la boca y cara generalmente transmiten su impulso doloroso al cerebro, principalmente a través de una vía común que es el nervio trigémino, es indispensable siempre organizar y analizar todos los datos que pueda ofrecer el paciente para definir un diagnóstico preciso y brindarle una atención efectiva, muchas lesiones dolorosas en estas áreas pueden manifestarse con síntomas muy similares y confundirse con facilidad.⁵⁻⁹ En el año de 1994, los autores realizamos una revisión bibliográfica para establecer cuáles eran los padecimientos dolorosos orofaciales que se podrían presentar en un consultorio dental; en ésta, se definió la edad aproximada en que los pacientes sufrían estos trastornos, la localización habitual, las características subjetivas, objetivas y relevantes para cada uno de estos padecimientos, con lo que se configuró una guía diagnóstica que pretendía ofrecer al clínico un instrumento de fácil consulta para reconocer rápidamente los distintos cuadros dolorosos relacionados con la boca y la cara.¹

En base a esta guía deseamos ahora proponer el tratamiento actual para cada uno de estos padecimientos.

Material y métodos

Se analizaron textos y artículos de patología oral y cirugía maxilofacial correspondientes a padecimientos dolorosos relacionados con diversas áreas orofaciales, excluyéndose de entre éstos los considerados por sus autores como raros o poco frecuentes. Con la información así obtenida, se actualizó la guía diagnóstica del dolor orofacial que se había publicado en 1994 y de acuerdo a ésta clasificamos a cada padecimiento según el tipo de lesión dolorosa, los grupos de edad prevalente, el sitio afectado, las características subjetivas y objetivas del padecimiento, sus características relevantes y su tratamiento.

Resultados

Encontramos nuevamente dieciséis padecimientos dolorosos que afectan diferentes áreas de la boca y cara, cuyas características clínicas y tratamiento actual se exponen a continuación.

Lesión	Edad	Sitio	Características subjetivas	Características objetivas	Características relevantes	Tratamiento
1. Absceso periapical agudo ¹⁰⁻¹²	Cualquier edad	Proceso dentoalveolar	Dolor unilateral moderado hasta intenso Espontáneo y provocado Localizado No permite dormir Responde a analgésicos	Destrucción coronal Obturación próxima a pulpa Radiolucencia periapical	Réplica dolorosa al percutir el diente afectado	Terapia endodóntica o exodóntica
2. Absceso periodontal agudo ¹³⁻¹⁷	Cualquier edad	Proceso dentoalveolar	Dolor unilateral moderado hasta intenso, espontáneo y/o provocado, localizado, permite dormir, responde a analgésicos	Tumefacción gingival Lesión dental y/o periodontal Hiper movilidad dental Irritantes periodontales	Cambios inflamatorios en la encía Réplica dolorosa al presionar la tumefacción	Terapia periodontal o exodóntica
3. Arteritis de células gigantes ¹⁸⁻²⁰	Mayores de 50 años	Trayecto de la arteria temporal	Dolor unilateral, pulsátil, reflejado a la órbita, oído, cigoma y occipital Malestar general Trastornos o pérdida de la visión	Arteria temporal con trayecto tortuoso y eritematoso	Malestar general, polimialgia Semeja trastornos temporomandibulares Eritrosedimentación aumentada y leucocitosis La palpación de la arteria temporal desencadena el dolor	Responde a esteroides

Lesión	Edad	Sitio	Características subjetivas	Características objetivas	Características relevantes	Tratamiento
4. Artritis alvéolo-dentaria ²¹⁻²³	Cualquier edad	Diente y perio-donto	Dolor unilateral sordo o moderado provocado Permite dormir Se alivia con reposo masticatorio y analgésicos Se replica durante masticación	Mal posición e hipermovilidad dental	Antecedentes de trauma local (extracción dental proximal reciente, atrición de cuerpos extraños, etc.) Oclusión traumática	Aliviar trauma masticatorio Astringentes locales
5. Cefalalgias primarias ²⁴⁻²⁸						
a) Histamínica	a) Generalmente 3ª y 4ª década de la vida	a) Tercio superior y medio de la cara	a) Dolor unilateral, incapacitante, paroxístico, sin puntos gatillo, presenta remisiones y recurrencias	a) Enrojecimiento facial y ocular unilateral, rinorrea, epifora	a) Dolor generalmente se presenta a la misma hora, no se alivia con reposo	a) Resultados variables con sumatriptan, inhalación de oxígeno, ergotamina, nifedipina
b) Migraña	b) Generalmente 3ª y 5ª década de la vida	b) Tercio superior de la cara	b) Dolor bilateral, incapacitante, fotofobia y fonofobia	b) No hay enrojecimiento facial, ni ocular ni rinorrea o epifora	b) Se alivia con reposo Existen pródromos ("aura", afasia, escotomas, tinnitus)	b) Resultados variables con ergotamina, AINES, nifedipina, betabloqueadores
c) Tensional	c) Jóvenes y adultos	c) Tercio superior de la cara	c) Dolor bilateral moderado hasta severo No incapacitante De predominio frontal	c) No hay tendencia familiar No hay pródromos Cede al reposo	c) Se alivia con reposo y relajación	c) Responde a AINES Control de factores de ansiedad Terapia de relajación
6. Diente fracturado ²⁹⁻³²	Cualquier edad	Dentadura adulta o infantil	Dolor leve hasta intenso, lancinante, provocado o espontáneo, difuso y localizable, exacerbado con nocioestimulación Puede despertar al paciente Responde a analgésicos Sigue trayectos trigeminales	Pérdida de sustancia de la corona dental o solución de continuidad coronal Obturaciones amplias Tratamientos endodónticos amplios	Antecedentes de trauma local Cede a la aplicación tópica de eugenol Semeja dolor de neuralgia mayor o pulpitis	Protección pulpar por reconstrucción u obturación coronal Pulpectomía total Extracción

Lesión	Edad	Sitio	Características subjetivas	Características objetivas	Características relevantes	Tratamiento
7. Glosodinia ¹⁻³⁷	Generalmente adultos y ancianos	Lengua	Dolor uni o bilateral, crónico, urente, leve hasta intenso Localizado Espontáneo y provocado Aumenta con irritantes Se alivia o disminuye si se evita irritación Generalmente permite dormir	Lengua lisa y/o enrojecida Hiposialia Fisuras profundas o úlceras linguales	Alteraciones metabólicas Desnutrición Pacientes bajo control con múltiples medicamentos Fricción lingual contra los dientes Ansiedad crónica Identación lingual	Control metabólico, Nutrición adecuada Analgésia tópica Evitar irritantes Control del foco de ansiedad Regular medicamentos antisialagogos Estimular secreción salival o aplicar saliva artificial En caso de ulceración con tiempo de evolución no menor a dos semanas sin evidencia de cicatrización practicar biopsia en caso positivo terapia oncológica.
8. Infección facial aguda ³⁸⁻⁴¹	Cualquier edad	Cara	Predominio unilateral Dolor localizable moderado hasta intenso Espontáneo o provocado a palpación Responde a analgésicos Puede haber malestar general Generalmente permite dormir Puede existir disfagia y disnea	Tumefacción de predominio unilateral Cambios inflamatorios Trismus Antecedentes de lesiones endoperiodónticas Linfadenopatía cervicofacial	Ataque al estado general Cambios inflamatorios Trismus Disfagia y disnea Antecedente de foco séptico endoperiodóntico	Permeabilidad de vía aérea Antimicrobianos Nutrición adecuada Terapia física intensa con calor Aseo estricto En caso necesario aspiración o desbridación y/o lavado quirúrgico Exodoncia o endoperiodoncia
9. Neuralgia trigeminal* y glosofaríngea ⁴²⁻⁴⁵	Mayores de 40 años	Trayectos nerviosos trigeminales	Unilateral espontáneo y provocado Intenso Lancinante Se exacerba con movimiento No cede con analgésicos Sigue trayectos trigeminales o glosofaríngeos Responde a anticonvulsivos Permite dormir	No se asocia a fenómenos vagales Se manifiesta con ferulización refleja	Puntos gatillo Semeja pulpitis aguda y o fractura dental sin pérdida de sustancia Trastornos temporomandibulares, cefalalgia, migraña y arteritis de células gigantes	Generalmente responde a: Carbamazepina y gabapentina Bloqueo periférico. Descompresión neurovascular * La forma atípica no tiene tratamiento definido

Lesión	Edad	Sitio	Características subjetivas	Características objetivas	Características relevantes	Tratamiento
10. Osteítis alveolar ⁴⁶⁻⁵⁰	Mayores de 20 años	Alvéolo remanente a extracción dental	Unilateral Dolor localizable Intenso o moderado Espontáneo Responde a analgésicos Permite dormir	Alvéolo dental con exposición ósea	El dolor cede a la aplicación de eugenol Exodoncia reciente	Apósito sedante
11. Pericoronitis aguda ⁵¹⁻⁵³	Niños y adultos	Tejidos blandos pericoronales de un diente parcial o totalmente retenido	Unilateral Moderado o intenso Espontáneo y provocado Localizable Malestar Permite dormir	Inflamación de los tejidos proximales al diente retenido Trismus Irritantes periodontales	Retención dental La presión del tejido inflamado replica el dolor	Irrigación antiséptica abundante Alivio masticatorio Analgésia local Exodoncia en dientes no útiles
12. Pulpitis ⁵⁴⁻⁵⁶	Niños y adultos	Tejido pulpar	Unilateral Espontáneo y provocado Intenso Lancinante Aumenta a cambios locales de temperatura Sigue trayectos trigeminales Responde a analgésicos No responde a anticonvulsivos No permite dormir	Irritantes próximos a pulpa dental	Semeja el dolor de la neuralgia trigeminal y del diente fracturado	Tratamiento Endodóntico o exodoncia
13. Sialoadenitis ⁵⁷⁻⁵⁹	Niños y adultos	Glándulas salivales mayores	Leve hasta intenso Predominio unilateral Localizado Aumenta con ingesta alimentaria Cede al disminuir la tumefacción Permite dormir Responde a analgésicos	Tumefacción uni o bilateral de la cara y/o cuello Cambios inflamatorios	Cólico y tumefacción local espontánea y/o asociados a la ingesta	Estimular drenaje salival Eliminar obstrucciones ductales Si hay evidencia de infección manejo antimicrobiano hasta desbridación Sialoadenectomía
14. Sinusitis maxilar ⁶⁰⁻⁶³	Predominio adultos	Seno maxilar	Predominio unilateral Localizable a hemiarcada dental, al ojo, la nariz u órbita Gravativo Se modifica a cambios posturales Permite dormir Cede a analgésicos	Radio opacidad intrasinusal Puede asociarse rinorrea purulenta o cuadro congestivo nasal y sinusal	Antecedentes de infección nasal frecuente o recurrente Focos sépticos dentoalveolares en proximidad al seno maxilar Exodoncia proximal	Descongestión intrasinusal Terapia antimicrobiana Favorecer permeabilidad intrasinusal

Lesión	Edad	Sitio	Características subjetivas	Características objetivas	Características relevantes	Tratamiento
15. Trastornos temporomandibulares dolorosos ⁶⁴⁻⁶⁷	Mayores de 20 años	Articulación temporomandibular y músculos relacionados	Dolor craneofacial uni o bilateral Cede al reposo Referido Leve hasta intenso Generalmente permite dormir Artritis alveolodentales Fatigabilidad Cervicalgia Parestesias de miembros torácicos Hipoacusia Vértigo y mareo	Bruxofacetas Identaciones y/o ulceración lingual y yugal Trismus mandibular Fasciculación lingual y palpebral	Ruidos articulares "Puntos gatillo" que replican el dolor Stress	Identificación y control de factores de ansiedad Terapia física de relajación muscular Ejercicio aeróbico regular Reposo masticatorio Cirugía articular
16. Úlcera bucal ⁶⁸⁻⁷⁰	Cualquier edad	Tejidos blandos bucales	Uni o bilateral Urente Leve hasta intenso Espontáneo y provocado Permite dormir	Ulceración única o múltiple	Se asocia a déficit nutricional, estrés, alteraciones metabólicas, trauma	Analgesia local Evitar irritantes durante cicatrización Nutrición adecuada Control metabólico Control de estrés En caso de ulceración con tiempo de evolución no menor a dos semanas sin evidencia de cicatrización practicar biopsia y de resultar una neoplasia maligna iniciar tratamiento oncológico

Conclusiones

Ya que la precisión diagnóstica es indispensable en el manejo del dolor orofacial, actualizamos ahora la guía diagnóstica que publicamos en 1994¹ encontrando el mismo número y tipo de padecimientos que los reportados originalmente; sin embargo, añadimos otras características clínicas reportadas en la bibliografía que creemos permitirán orientar el diagnóstico y determinar el tratamiento más efectivo.

En ocho de los dieciséis padecimientos reportados, se puede actuar directamente sobre la causa del dolor, como sería en los abscesos periapicales y periodontales, la artritis alveolodentaria, el diente fracturado, la osteítis alveolar, la pericoronitis aguda, la pulpitis y la úlcera bucal, y en los padecimientos endodónticos y periodontales. En todos ellos es posible eliminar el proceso inflamatorio o infeccioso.

La úlcera bucal no neoplásica única o múltiple puede cicatrizar si existen las condiciones locales y generales para reparar el tejido dañado. No existe evidencia de un tratamiento realmente efectivo para estas lesiones, por lo que la analgesia local con ungüento anestésico hasta hoy, ha sido la forma más efectiva para que el paciente pueda alimentarse y descansar mientras cicatriza.

La glosodinia de origen traumático, carencial o por trastorno metabólico, la infección facial aguda, la sinusitis maxilar y la sialoadenitis, responden a tratamiento local combinado con un tratamiento sistémico.

En la glosodinia, es altamente efectiva la analgesia tópica continua, la protección que ejerce la saliva sobre las mucosas y el aislamiento de la lengua a los irritantes locales, así como un apoyo nutricional adecuado.

Cuando la hiposialia está condicionada por medicamentos para control de hipertensión, diuréticos, sedan-

tes, etc., las medidas locales competirán con el efecto secundario ejercido por estas drogas, y el fenómeno tenderá a perpetuarse mientras no se descontinúe o modifique su uso.

Todas las formas de infección facial aguda requieren tratarse, pues son un riesgo potencial de diseminación séptica que puede incluso poner en riesgo la vida del paciente. De acuerdo a la gravedad del proceso, esto se logra con medidas sistémicas y locales.

A nivel general con apoyo nutricional, hidratación, antimicrobianos y analgésicos enterales o parenterales, vigilancia estricta de la vía aérea y alerta continua a cualquier evidencia de deterioro orgánico o diseminación séptica. A nivel local, drenando el material purulento o hemolizado, amplificando la defensa inflamatoria con terapia física por calor, impregnando con antimicrobianos o antisépticos el sitio de la infección, eliminando restos dentarios, hueso necrótico, etc.

La sinusitis maxilar aguda originada en infección endoperiodontica responde a antimicrobianos, analgésicos y descongestionantes, aunque en ocasiones se practica drenaje y lavado intrasinal para favorecer la salida de secreciones, muchas veces las deformidades anatómicas nasales o sinusales deben de corregirse quirúrgicamente para aliviar con seguridad el proceso.

La inflamación de glándulas salivales mayores generalmente se presenta con dolor a la ingesta o a la estimulación. El tratamiento indicado en caso de no existir una obstrucción por cálculos salivales, consiste en aplicar terapia física con calor, autopresionar constantemente la glándula para expulsar la saliva, siempre y cuando se haya descartado clínica y radiográficamente la presencia de sialolitiasis ductal (en caso de existir cálculos habrá que eliminar la obstrucción mecánica). Así también, se indican analgésicos vía enteral. Ocasionalmente si existiera infección se prescriben antimicrobianos y si hay formación de absceso se procede a su drenaje. Tratándose de un compromiso total de la glándula sin posibilidad de regeneración será necesario extirparla.

La arteritis de células gigantes si bien es tratada por reumatología, principalmente con corticoesteroides, es incluida en el dolor orofacial dado que simula en gran manera un problema de dolor miofacial o fibromialgia y el cirujano dentista puede ser la única oportunidad del paciente para ser diagnosticado evitando el riesgo de ceguera, deterioro orgánico y hasta muerte asociados a esta enfermedad.

Las cefalalgias pueden responder a la ergotamina y a la nifedipina, sin embargo, la cefalalgia histamínica no se alivia con el reposo y de más difícil control que la migraña, y en ésta, el ambiente fresco, la aplicación de oxígeno y el reposo pueden coadyuvar al alivio. Por otra parte, recientemente se han logrado buenos resultados

con el uso de sumatriptan en cefalalgia histamínica, aunque por desgracia existen casos de difícil control que no responden adecuadamente a los medicamentos.

La neuralgia trigeminal y glossofaríngea es controlada con carbamazepina o gabapentina. La administración de complejo B no controla el dolor. En caso de obtener poco alivio con carbamazepina o gabapentina a dosis terapéuticas, o cuando existan reacciones indeseables a los medicamentos, hipersensibilidad, agranulocitosis, mareo intenso, etc. es aceptable realizar bloqueos periféricos aunque esto conlleve el efecto de parestesia facial y su efecto sea limitado; sin embargo, en caso de neuralgia glossofaríngea, no es posible infiltrar estas soluciones irritantes, por lo que la infiltración sólo se hace con soluciones analgésicas que tienen un efecto temporal sobre el nervio y se hace meramente con fines diagnósticos. Solamente en caso de fracasar estas terapias se pueden considerar tratamientos más invasivos como la descompresión neurovascular, la termocoagulación, intervenciones intracraneales, etc.

Los trastornos temporomandibulares dolorosos presentan un reto para el clínico pues no se ha dilucidado con claridad su origen y su manejo aunque efectivo, aun es controversial. Actualmente se considera efectuar preferentemente un tratamiento conservador no quirúrgico que proteja la articulación temporomandibular y actúe sobre el compartimento muscular, pues se ha evidenciado el efecto nocivo que ejerce el trauma parafuncional sobre los músculos.

En muchos pacientes se aplican tranquilizantes, antidepresivos, relajantes musculares y hasta guardas oclusales en el intento de aliviar el trauma interdental.

Aunque un número reducido de pacientes con trastornos intraarticulares dolorosos podrían requerir cirugía, siempre deben tomarse en cuenta otras opciones de tratamiento no invasivo, particularmente dirigido al control de los factores que provocan ansiedad o angustia al paciente, de tal manera que debe considerarse siempre antes de operar la articulación temporomandibular el valor terapéutico, (demostrado en la literatura) de instituir un programa de relajación muscular, ejercicio aeróbico y control de factores de ansiedad para romper el círculo vicioso de tensión-espasmo-dolor, particularmente cuando el paciente reporte sueño no reparador, fatigabilidad, y/o parestesias en miembros torácicos o pélvicos, evitando con ello tratamientos innecesarios.

Bibliografía

1. Oviedo MA, Ramblas AP. Guía diagnóstica del dolor orofacial. *Revista ADM* 1994; LI(6): 333-338.
2. Crook RE, Browne G. The prevalence of pain complaints in the general population. *Pain* 1984; 299-314.

3. Eddy D, Clanton Ch. The art of diagnosis. *N Engl J Med* 1982; 306: 1263-1268.
4. Sternbachs RA. Survey of pain in the United States. *Clin J Pain* 1986; 2: 49-53.
5. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1975; 1: 275.
6. Wall PD. On the relation of injury to pain. Pain. Mc Carthy FM. *Emergencies in Dental Practice*. WB Saunders Company, Philadelphia. 1979; 6: 253-264.
7. Bell WE. *Orofacial Pains*. Fourth edition. Chicago. Year Book Medical Publishers 1989: 10-25.
8. Bonica JJ. *The management of pain*, ed 2. Philadelphia, Lea & Febiger 1990.
9. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson A. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 115.
10. Gorlin RJ, Goldman HM. *Patología oral*. 5a. Ed. Salvat editores, Barcelona, 1979; 1201-1223.
11. Brooke RI. Atypical odontalgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 43: 196-199.
12. Topazian RG, Goldberg MH. *Oral and maxillofacial infections*. 3a ed. WB Saunders, Philadelphia, 1994.
13. Flynn TR. Odontogenic infections. Oral Maxillofac. *Clin North Am* 1991; 3: 311-329.
14. Marciani RD. Clinical considerations in head and neck infections. In Peterson LJ, Indresano AT, Marciani RD, Roser SM. (eds): *Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. Philadelphia, JB Lippincott, 1992, 163-200.
15. Grant DA, Stern IB, Evrett FG. *Abscesses and cysts*. In: Grant DA, Stern IB, Evrett FG (eds) *Periodontics*. St. Louis, CV Mosby, 1979; 360-371.
16. Wine FS. *Endodontic periodontal problems*. In: Wine FS (eds): *Endodontic Therapy*. St. Louis, CV Mosby, 1982; 503-529.
17. Woods R. Diagnosis and antibiotic treatment of alveolar infections in dentistry. *Int Dent J* 1981; 31: 145-150.
18. Shafer WG, Levy BM. *Textbook of Oral Pathology*. 4 ed. WB Saunders Company. Philadelphia. 1986; 347-702.
19. Koorey DJ. Cranial arteritis: a twenty year review of cases. *NZ J Med* 1984; 14(2): 143-147.
20. Allen NB, Farmer JC. Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987; 96: 373-379.
21. Krauser JT. Hipersensitive teeth. Part I. Etiology. *J Prosthet Dent* 1986; 153-156.
22. Andreasen JO, Andreasen FM. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*. 3 ed. Copenhagen, Munksgaard, 1994.
23. Forsberg CM, Tedestam G. Etiological and predisposing factors related to traumatic injuries to permanent teeth. *Swed Dent J* 1993; 17: 183-190.
24. Raskin NH. *Headache*. 2nd ed. New York, Churchill Livingstone, 1988.
25. Campbell JK. Cluster headache. *J Pain Symptom Manage* 1993; 8: 155-164.
26. Yamaguchi M. Incidence of headache and severity of head injury. *Headache* 1992; 32: 427.
27. Walling AD. Cluster headache. *Am Fam Physician* 1993; 47: 1457-1465.
28. Gregg MJ. Chronic Head and Neck Pain. In: Fonseca RJ (ed): *Oral and Maxillofacial Surgery*. vol 1. Philadelphia .WB. Saunders Company, 2000, pp 184-187.6dfx Wall PD. On the relation of injury to pain. Pain. Mc Cartht FM. *Emergencies in Dental Practice*. WB Saunders Company, Philadelphia 1979; 6: 253-264.
29. Cameron CE. The cracked tooth syndrome: Additional findings. *J Am Dent Assoc* 1976; 93: 971-975.
30. Friction J, Kroening R. Practical differential diagnosis of chronic craniofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 54: 628-634.
31. Andreasen JO. Etiology and parthenogenesis of traumatic dental injuries: A clinical study of 1,298 cases. *Scand J Dent Res* 1970; 78: 329-342.
32. Forsberg CM, Tedestam G. Etiological and predisposing factors related to traumatic injuries to permanent teeth. *Swed Dent J* 1993; 17: 183-190.
33. Bell WE. *Orofacial Pains*, 4d ed., Chicago. Year Book Medical Publishers 1989.
34. Merskey H, Bogduk N. (eds): *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain-Syndromes and Definition of Pain Terms*. ed 2. Seattle. *IASP Press* 1994.
35. Gorsky M, Silverman SJr, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1991; 72: 192-195.
36. Maresky LS, Vander Bijl P, Gird I. Burning mouth syndrome: Evaluation of multiple variables among 85 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 303-307.
37. Tourne LP, Friction JR. Burning mouth syndrome: Critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 158-167.
38. Zide MF, Limchayseng LRG. Complications of head and neck infections. *Oral Maxillofac Clin North Am* 1991; 3: 355.
39. Horswell BB, Topazian RG. Infections. In: Kwon PH, Laskin DM (eds): *Clinician's Manual of Oral and Maxillofacial Surgery*. Chicago, *Quintessence* 1991; 299-312.
40. Helfrick JF. Early and late complications of odontogenic infections. In: Topazian RG, Goldberg MH (eds): *Oral and Maxillofacial Infections*. ed 3. Philadelphia, WB Saunders, 1994; 485-490.
41. Jones JL, Candelaria LM. Head and Neck infections. In: Fonseca RJ (ed): *Oral and Maxillofacial Surgery* vol 1. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 2000; 77-114.
42. Brisman R. Trigeminal neuralgia and multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1987; 44: 379-381.
43. Katsucic S, Beard CM, Bergstrain E, Kurtland LT. Incidence and clinical features of trigeminal neuralgia. Rochester, Minnesota, 1945-1984. *Ann Neurol* 1990; 27: 89.
44. Mc Quay H, Carroll D, Jadad AR et al. Anticonvulsant drugs for management of pain: A systematic review. *Br Med J* 1995; 311: 1047.
45. Oturai AB, Jensen K, Eriksen J, Madsen F. Neurosurgery for trigeminal neuralgia: Comparison of alcohol block, neurectomy and radiofrequency coagulation. *Clin J Pain* 1996; 12: 311.
46. Goldberg MH, Nemarich AN, Marco WP. Complications after mandibular third molar surgery: A statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. *J Am Dent Assoc* 1985; 111: 277.
47. Awang MN. The etiology of dry socket: A review *Int Dent J* 1989; 39: 236.
48. Peterson LJ. Prevention and management of surgical complications. In: Peterson LJ (ed): *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery* ed 3. St. Louis, Mosby, 1997; 257-275.

49. NIH Consensus Development Conference for Removal of Third Molars. *J Oral Surg* 1980; 38: 235-236.
50. Andreasen JO, Petersen JK, Svendsen H et al. The impacted mandibular third molar. In: Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM (eds): *Textbook and Color Atlas of Tooth Impactions Diagnosis, Treatment and Prevention*. St Louis, Mosby, 1997; 56.
51. Nitzan DW, Tal O, Sela MN, Shteyer A. Pericoronitis: a reappraisal of its clinical and microbiologic aspects. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43: 510-516.
52. Rajasuo A, Meurman JH, Murtomaa H, Torkko H. Effect of extraction of partly erupted third molar on salivary microbial counts in conscripts. *Caries Res* 1990; 24: 273-278.
53. Giglio J, Gunsolley JC, Laskin DM, Short KJ. Effect of removing third molars on plaque and gingival indices. *J Dent Res* 1993; 72: 290.
54. Buxbaum JD, Myslinski NR, Myers D. Dental management of orofacial pain. In: Tollison CD. ed. *Handbook of chronic pain management*. Baltimore. Williams & Wilkins, 1989 297-316.
55. Levine N. *Current Treatment in Dental Practice*. Philadelphia, WB Saunders, 1986.
56. Frickle JR, Anfelocci D, Fox K et al. Comparison of the efficacy and safety of ketorolac and meperidine in the relief of dental pain. *J Clin Pharmacol* 1992; 32: 376-384.
57. Ellis GL, Auclair PL, Douglas RG. Obstructive disorders. In: Ellis GL, Auclair PL, Douglas RG: *Surgical Pathology of the Salivary Glands*. Philadelphia. W. B. Saunders. 1991; 26-37.
58. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Salivary Gland Pathology. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia. W.B. Saunders. 1995; 326-329.
59. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Salivary gland disorders. In: Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. St Louis, Mosby, 1997; 319-356.
60. Gluckman JL, Righi PD, Rice DH. Sinusitis. In: Donald PJ, Gluckman JL, Rice DH. *The Sinuses*. New York. Raven Press 1994; 161-170.
61. Ryan RE, Kern EB. Rhinologic causes of facial pain and headache. *Headache* 1978; 18: 44-50.
62. Rassmussen P, Laursen J, Simonsen P, Pederson CB, Thomsen KA. Chronic facial pain following diseases of the maxillary antrum. *Acta Neurochir* 1986; 82: 39-42.
63. Peterson LJ. Prevention and management of surgical complications. In: Peterson LJ. (ed): *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. ed 3. St Louis, Mosby, 1997; 257-275.
64. Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1934; 43: 1-15.
65. Kaplan AS, Assael LA. Temporomandibular disorders: *Diagnosis and treatment*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1991.
66. Abubaker AO, Laskin DM. Nonsurgical management of arthritis of the temporomandibular joint. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1995; 7: 1-21.
67. Laskin DM. Temporomandibular disorders: diagnosis and treatment. In: Kelley W, Harris ED, Ruddy S, Sledge C. (eds): *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia. WB Saunders 1995; 1-13.
68. Laskaris G. Diseases with possible immunopathogenesis. In: Laskaris G. *Color Atlas of Oral Diseases*. Stuttgart. 1988; 149-151.
69. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Physical and Chemical Injuries. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia. W.B. Saunders. 1995; 213-239.
70. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Immune-mediated disorders. In: Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. St Louis, Mosby, 1997; 244-249.

Reimpresos:

Dr. Alejandro Oviedo Montes
Tlacotalpan 37-401.

Col. Roma Sur. C.P. 06760

Tel. 55 74 64 00, 55 74 54 99

Este artículo puede ser visto en:

www.medigraphic.com/adm.

