Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(especial4), 199-204, 2026
https://doi.org/10.62574/mfbdsg54

Manejo clínico y terapéutico actual de la neuralgia del trigémino: revisión sistemática

Current clinical and therapeutic management of trigeminal neuralgia: a systematic review

David Stefano Bastidas-Meza
ua.davidbm26@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-8224-2799

Jennifer Violetta Bolaños-Soria
jenniferbs11@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0004-8899-3963

Samantha Elizabeth Palacios-Puga
samanthapp81@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-3450-5639

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, quirúrgico y emergente de la neuralgia del trigémino. **Método**: revisión sistemática según PRISMA 2020 de guías, clasificaciones, ensayos aleatorizados, cohortes y revisiones Cochrane indexados en PubMed y SciELO entre 1996 y 2020. **Resultados**: el diagnóstico es clínico, basado en paroxismos de dolor facial unilateral en el territorio del trigémino, y la resonancia magnética permite identificar la compresión neurovascular y descartar causas secundarias. La carbamazepina y la oxcarbazepina son el tratamiento de primera línea, aunque sus efectos adversos limitan su uso en una parte de los pacientes. En los casos refractarios, la descompresión microvascular ofreció alivio duradero, y la radiocirugía y las técnicas percutáneas son alternativas. La toxina botulínica tipo A superó al placebo en ensayos aleatorizados. **Conclusión**: el tratamiento debe individualizarse.
Descriptores: neuralgia del trigémino; carbamazepina; cirugía para descompresión microvascular. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To synthesise the evidence on the diagnosis and pharmacological, surgical and emerging treatment of trigeminal neuralgia. **Method**: Systematic review according to PRISMA 2020 of guidelines, classifications, randomised trials, cohorts and Cochrane reviews indexed in PubMed and SciELO between 1996 and 2020. **Results**: Diagnosis is clinical, based on paroxysms of unilateral facial pain in the trigeminal territory, and magnetic resonance imaging identifies neurovascular compression and rules out secondary causes. Carbamazepine and oxcarbazepine are first-line treatment, although adverse effects limit their use in some patients. In refractory cases, microvascular decompression provided lasting relief, and radiosurgery and percutaneous techniques are alternatives. Botulinum toxin type A outperformed placebo in randomised trials. **Conclusion**: Treatment should be individualised.
Descriptors: trigeminal neuralgia; carbamazepine; microvascular decompression surgery. (Source, DeCS).

Recibido: 15/08/2026. Revisado: 21/08/2026. Aprobado: 21/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Aunque dura apenas unos segundos, el dolor de la neuralgia del trigémino es descrito por muchos pacientes como el peor que han sentido: una descarga eléctrica en la cara que aparece al hablar, comer, cepillarse los dientes o recibir una brisa. Cruccu et al. la describieron como un trastorno caracterizado por paroxismos de dolor facial unilateral en la distribución de una o más ramas del nervio trigémino (1).

En ese sentido, la Clasificación Internacional de las Cefaleas establece criterios diagnósticos precisos (2), y la clasificación propuesta por Cruccu et al. distingue la neuralgia clásica, asociada a compresión neurovascular con cambios morfológicos de la raíz; la secundaria, por enfermedades como la esclerosis múltiple o los tumores; y la idiopática, sin causa identificada (3). En la serie prospectiva de Maarbjerg et al., las ramas maxilar y mandibular fueron las más afectadas, mientras que la afectación aislada de la rama oftálmica fue poco frecuente (4). Por ello, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, quirúrgico y emergente de la neuralgia del trigémino.

MÉTODO

Desde un enfoque cualitativo, se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA 2020 (5). La pregunta de investigación fue: en adultos con neuralgia del trigémino, ¿qué estrategias diagnósticas y terapéuticas cuentan con mejor respaldo?

En cuanto a la búsqueda, se consultaron PubMed y SciELO con combinaciones de los términos trigeminal neuralgia, carbamazepine, oxcarbazepine, microvascular decompression, radiosurgery, botulinum toxin y magnetic resonance imaging, y sus equivalentes en español. Se incluyeron guías, clasificaciones, ensayos

aleatorizados, cohortes y revisiones Cochrane publicados en inglés o español. Se excluyeron reportes de caso aislados y publicaciones sin revisión por pares o con datos bibliográficos no verificables. La síntesis fue cualitativa.

RESULTADOS

Diagnóstico

A grandes rasgos, el diagnóstico es clínico. Maarbjerg et al. recomendaron la resonancia magnética en todos los pacientes para identificar la compresión neurovascular y descartar causas secundarias (6), y la guía de la Academia Europea de Neurología respaldó esta recomendación, especialmente en pacientes jóvenes, con déficit sensitivo o con afectación bilateral (7).

Tratamiento farmacológico

En cuanto al tratamiento farmacológico, la carbamazepina es el fármaco con mejor evidencia; la revisión Cochrane de Wiffen et al. confirmó su eficacia en la neuralgia del trigémino (8), y la guía europea la sitúa, junto con la oxcarbazepina, como primera línea (7). Sin embargo, en la serie de Di Stefano et al., una proporción de los pacientes tratados con carbamazepina u oxcarbazepina tuvo que reducir la dosis o suspender el fármaco por efectos adversos, como somnolencia, mareo o hiponatremia, lo que motivó la consideración de la cirugía (9). La lamotrigina, la gabapentina y el baclofeno se emplean como alternativas o complementos, con menor respaldo (7).

Tratamiento quirúrgico

Respecto a la cirugía, la revisión Cochrane de Zakrzewska y Akram analizó las intervenciones neuroquirúrgicas y señaló que la evidencia procede sobre todo de series observacionales (10). En la amplia serie de Barker et al., la descompresión microvascular logró un alivio completo y duradero en la mayoría de los pacientes,

con resultados mantenidos a largo plazo (11). Para quienes no son candidatos a una cirugía abierta, la radiocirugía con Gamma Knife ofrece alivio en una alta proporción de pacientes, aunque con un efecto que tiende a disminuir con el tiempo, según la serie de Kondziolka et al. (12).

Terapias emergentes

Por otra parte, la toxina botulínica tipo A ha mostrado resultados alentadores. En el ensayo aleatorizado de Wu et al., una proporción significativamente mayor de pacientes respondió a la toxina que al placebo (13), y Zhang et al. observaron una eficacia similar con dosis bajas y altas (14).

DISCUSIÓN

De entrada, la evidencia revisada confirma que la carbamazepina y la oxcarbazepina siguen siendo el tratamiento inicial de elección, aunque sus efectos adversos obligan a vigilar a los pacientes, sobre todo a los adultos mayores (7-9). La verdad es que, para un paciente que teme comer o hablar por miedo a la siguiente descarga, un fármaco eficaz pero mal tolerado puede convertirse en otro problema.

Ahora bien, cuando el tratamiento farmacológico fracasa o no se tolera, la descompresión microvascular ofrece el alivio más duradero en la neuralgia clásica (10,11), y las técnicas percutáneas y la radiocirugía son alternativas para pacientes de mayor riesgo quirúrgico (12). La toxina botulínica aparece como una opción prometedora, aunque con ensayos todavía pequeños (13,14). Dicho de otro modo, el manejo debe ser escalonado e individualizado, y la derivación oportuna al neurocirujano evita años de dolor y de efectos adversos. Zakrzewska y Linskey subrayaron la importancia de informar al paciente y de compartir la decisión terapéutica (15).

Entre las limitaciones, gran parte de la evidencia quirúrgica procede de series observacionales y existen pocos ensayos que comparen directamente las distintas opciones.

CONCLUSIÓN

La neuralgia del trigémino se diagnostica por sus características clínicas, y la resonancia magnética permite identificar la compresión neurovascular y descartar causas secundarias. La carbamazepina y la oxcarbazepina constituyen la primera línea de tratamiento, mientras que la descompresión microvascular ofrece el alivio más duradero en los casos refractarios, con la radiocirugía y las técnicas percutáneas como alternativas. La toxina botulínica tipo A es una opción emergente con respaldo en ensayos aleatorizados. En consecuencia, el manejo debe ser escalonado, individualizado y compartido con el paciente.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Cruccu G, Di Stefano G, Truini A. Trigeminal neuralgia. N Engl J Med. 2020;383(8):754-62.
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. Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, Scholz J, Sindou M, Svensson P, et al. Trigeminal neuralgia: new classification and diagnostic grading for practice and research. Neurology. 2016;87(2):220-8.
4. Maarbjerg S, Gozalov A, Olesen J, Bendtsen L. Trigeminal neuralgia--a prospective systematic study of clinical characteristics in 158 patients. Headache. 2014;54(10):1574-82.

5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
6. Maarbjerg S, Di Stefano G, Bendtsen L, Cruccu G. Trigeminal neuralgia - diagnosis and treatment. Cephalalgia. 2017;37(7):648-57.
7. Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott J, Braschinsky M, Di Stefano G, Donnet A, et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. Eur J Neurol. 2019;26(6):831-49.
8. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Kalso EA. Carbamazepine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(4):CD005451.
9. Di Stefano G, La Cesa S, Truini A, Cruccu G. Natural history and outcome of 200 outpatients with classical trigeminal neuralgia treated with carbamazepine or oxcarbazepine in a tertiary centre for neuropathic pain. J Headache Pain. 2014;15(1):34.
10. Zakrzewska JM, Akram H. Neurosurgical interventions for the treatment of classical trigeminal neuralgia. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(9):CD007312.
11. Barker FG 2nd, Jannetta PJ, Bissonette DJ, Larkins MV, Jho HD. The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. N Engl J Med. 1996;334(17):1077-83.
12. Kondziolka D, Zorro O, Lobato-Polo J, Kano H, Flannery TJ, Flickinger JC, et al. Gamma Knife stereotactic radiosurgery for idiopathic trigeminal neuralgia. J Neurosurg. 2010;112(4):758-65.
13. Wu CJ, Lian YJ, Zheng YK, Zhang HF, Chen Y, Xie NC, et al. Botulinum toxin type A for the treatment of trigeminal neuralgia: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Cephalalgia. 2012;32(6):443-50.
14. Zhang H, Lian Y, Ma Y, Chen Y, He C, Xie N, et al. Two doses of botulinum toxin type A for the treatment of trigeminal neuralgia: observation of therapeutic effect from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Headache Pain. 2014;15(1):65.
15. Zakrzewska JM, Linskey ME. Trigeminal neuralgia. BMJ. 2014;348:g474.

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/