

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Semiología del dolor orofacial: claves para el diagnóstico diferencial. Revisión de la literatura

Semiology of orofacial pain: keys to differential diagnosis.
Literature review

Lenin Nicolas Anchali Lomas

lnanchalil@estudiantes.uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-8986-847X>
Universidad Hemisferios
Quito, Pichincha – Ecuador

Juan Diego Miranda Velastegui

jdmirandav@estudiantes.uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0006-4957-0591>
Universidad Hemisferios
Quito, Pichincha – Ecuador

Laura Dayanna Rey Gonzalez

ldreyg@estudiantes.uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0006-3177-3593>
Universidad Hemisferios
Quito, Pichincha – Ecuador

Luis Alberto Vallejo Izquierdo

luis-v@uhemisferios.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-0220-394X>
Universidad Hemisferios. Sociedad
Ecuatoriana de Salud Pública
Quito, Pichincha – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4101>

Artículo recibido: 04 de junio de 2025

Aceptado para publicación: 28 de junio de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4101>

Semiología del dolor orofacial: claves para el diagnóstico diferencial. Revisión de la literatura

Semiology of orofacial pain: keys to differential diagnosis. Literature review

Lenin Nicolas Anchali Lomas

lnanchalil@estudiantes.uhemisferios.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-8986-847X>

Universidad Hemisferios

Quito, Pichincha – Ecuador

Juan Diego Miranda Velastegui

jdmirandav@estudiantes.uhemisferios.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0006-4957-0591>

Universidad Hemisferios

Quito, Pichincha – Ecuador

Laura Dayanna Rey Gonzalez

ldreyg@estudiantes.uhemisferios.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0006-3177-3593>

Universidad Hemisferios

Quito, Pichincha – Ecuador

Luis Alberto Vallejo Izquierdo

luis-v@uhemisferios.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-0220-394X>

Universidad Hemisferios. Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública

Quito, Pichincha – Ecuador

Artículo recibido: 04 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 28 de junio de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen


Este estudio analiza la semiología del dolor orofacial como herramienta fundamental para el diagnóstico diferencial mediante una revisión bibliográfica de publicaciones científicas recientes. Los resultados destacan cinco aspectos clave: 1) los patrones temporales del dolor muestran características distintivas según su etiología, siendo el dolor paroxístico típico de neuralgias y el persistente de procesos inflamatorios; 2) la localización anatómica presenta limitaciones diagnósticas significativas debido al dolor referido, con un 23% de tratamientos incorrectos por esta causa; 3) los factores desencadenantes, especialmente el estrés psicoemocional, modulan significativamente el dolor miofascial en un 72% de casos; 4) manifestaciones clínicas asociadas como la limitación de apertura bucal y puntos gatillo presentan alta sensibilidad diagnóstica (83%); y 5) pruebas semiológicas específicas como los bloqueos anestésicos demuestran una especificidad del 89% para distinguir dolor neuropático y nociceptivo. Estos hallazgos proporcionan herramientas clínicas accesibles para optimizar el diagnóstico diferencial del dolor orofacial en la práctica odontológica.

Palabras clave: dolor orofacial, diagnóstico diferencial, neuralgia trigeminal, trastornos temporomandibulares

Abstract

This study analyzes the semiology of orofacial pain as a fundamental tool for differential diagnosis through a bibliographic review of recent scientific publications. The results highlight five key aspects: 1) temporal patterns of pain show distinctive characteristics according to their etiology, with paroxysmal pain being typical of neuralgia and persistent pain being typical of inflammatory processes; 2) anatomical location presents significant diagnostic limitations due to referred pain, with 23% of incorrect treatments for this cause; 3) triggering factors, especially psychoemotional stress, significantly modulate myofascial pain in 72% of cases; 4) associated clinical manifestations such as limited mouth opening and trigger points have high diagnostic sensitivity (83%); and 5) specific semiological tests such as anesthetic blocks demonstrate an 89% specificity in distinguishing neuropathic and nociceptive pain. These findings provide accessible clinical tools to optimize the differential diagnosis of orofacial pain in dental practice.

Keywords: orofacial pain, differential diagnosis, trigeminal neuralgia, temporomandibular disorders

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Anchali Lomas, L. N., Miranda Velastegui, J. D., Rey Gonzalez, L. D., & Vallejo Izquierdo, L. A. (2025). Semiología del dolor orofacial: claves para el diagnóstico diferencial. Revisión de la literatura. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (3), 2155 – 2165. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4101>

INTRODUCCIÓN

El dolor orofacial es como ese profesor que te hace la vida imposible en la facultad: complejo, exigente y a veces incomprensible. Como estudiantes de odontología, nos enfrentamos constantemente al desafío de interpretar correctamente los signos y síntomas que nuestros pacientes nos describen con expresiones tan variadas como "me late la muela", "siento como si me clavaran agujas" o el clásico "me duele todo y no sé dónde".

La región orofacial representa un verdadero rompecabezas anatómico donde convergen estructuras nerviosas, vasculares, musculares y óseas en un espacio relativamente pequeño. Esta complejidad hace que el diagnóstico diferencial del dolor en esta zona sea particularmente complicado, más aún cuando tenemos que distinguir entre dolor odontogénico y no odontogénico durante nuestras prácticas clínicas con el profesor respirándonos en la nuca.

Las patologías que pueden manifestarse como dolor orofacial abarcan desde las obvias caries profundas hasta condiciones tan complejas como la neuralgia del trigémino o trastornos temporomandibulares que, seamos sinceros, nos cuestan identificar incluso después de trasnochar estudiando para los parciales. Además, factores psicosociales como el estrés (que conocemos bien en época de exámenes) pueden amplificar la percepción del dolor, complicando aún más el panorama diagnóstico.

En nuestra experiencia clínica inicial, frecuentemente caemos en la trampa de atribuir cualquier dolor facial a problemas dentales, cuando la realidad es que aproximadamente el 50% de los casos de dolor orofacial tienen un origen no odontogénico, según lo que nos machacó el Dr. García en fisiopatología el semestre pasado.

Para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios (como esas endodoncias que tanto tememos realizar en las prácticas), resulta fundamental desarrollar un enfoque sistemático basado en una anamnesis detallada y un examen clínico minucioso. La caracterización precisa del dolor en términos de localización, irradiación, intensidad, factores desencadenantes y mitigantes nos proporciona pistas valiosas para orientar nuestro diagnóstico.

Este artículo pretende ofrecer herramientas prácticas para interpretar correctamente la semiología del dolor orofacial, facilitando el diagnóstico diferencial entre las principales entidades clínicas que lo ocasionan. Porque, admitámoslo, nada genera más satisfacción que acertar con el diagnóstico antes que el resto de compañeros de la clínica y ganarse la aprobación del profesor.

A lo largo de este texto, explicaremos los patrones de dolor característicos de las patologías más prevalentes, estrategias de exploración clínica específicas y criterios de derivación cuando el caso supera nuestras competencias como estudiantes. Todo esto con el objetivo de transformar el desafío del diagnóstico diferencial en una oportunidad para demostrar nuestro crecimiento profesional, incluso cuando estamos a punto de colapsar por la cantidad de trabajos pendientes y el próximo examen de patología oral.

METODOLOGÍA

La metodología de investigación para este artículo sobre semiología del dolor orofacial se basará en una revisión bibliográfica descriptiva de la literatura científica publicada entre 2015 y 2025. Se realizará una búsqueda sistemática en bases de datos especializadas como PubMed, Scopus, SciELO y LILACS utilizando combinaciones de palabras clave como "dolor orofacial", "diagnóstico diferencial", "semiología", "neuralgia del trigémino" y "trastornos temporomandibulares". La selección de artículos seguirá criterios de inclusión específicos: publicaciones en revistas indexadas con factor de impacto superior a 1.5, estudios observacionales o experimentales con muestras superiores a 50 pacientes, y

revisiones sistemáticas o metaanálisis. Se prestará especial atención a estudios que utilicen escalas validadas para la caracterización del dolor. Los datos extraídos serán categorizados según patrones semiológicos específicos, facilitando la identificación de señales clínicas distintivas para cada condición dolorosa. Este enfoque metodológico nos permitirá establecer correlaciones entre manifestaciones clínicas y diagnósticos definitivos, proporcionando una herramienta práctica para nuestra futura práctica profesional, aunque seguramente tengamos que simplificar algunos conceptos complejos para que encajen en el límite de páginas que nos ha impuesto el profesor.

RESULTADOS

Patrones temporales y características del dolor según etiología

A la hora de enfrentarnos al paciente con dolor orofacial, la caracterización temporal del dolor resulta clave para no meter la pata con el diagnóstico. Según nuestros hallazgos, el dolor de origen pulpar tiende a presentarse inicialmente como intermitente y provocado (ese que aparece cuando el paciente toma algo frío y casi salta del sillón), evolucionando hacia un dolor continuo y espontáneo cuando la pulpitis se vuelve irreversible. En cambio, el dolor neuropático como la neuralgia del trigémino presenta un patrón totalmente distinto: ataques paroxísticos de dolor eléctrico, intensísimo, que duran segundos, pero dejan al paciente hecho polvo, con periodos completamente asintomáticos entre crisis (Adamo, 2022).

Es importante destacar que el dolor muscular masticatorio, que nos vuelve locos en las prácticas de la clínica, típicamente empeora por la tarde-noche y mejora con el descanso. Los pacientes suelen describirlo como "una presión constante", "como si hubiera hecho mil repeticiones en el gimnasio, pero en la mandíbula". Este patrón contrasta brutalmente con el dolor articular de la ATM, que empeora con los movimientos mandibulares y suele acompañarse de ruidos articulares (Calabria, 2023).

Nuestros resultados también muestran que la intensidad no es tan útil para diferenciar patologías como pensábamos al principio de la carrera, ya que la percepción del dolor varía enormemente entre pacientes. Lo que sí resulta diagnóstico es la cualidad: el dolor lancinante tipo "rayo" es característico de neuralgias, mientras que el pulsátil sincrónico con el pulso aparece en procesos inflamatorios agudos (Diaz, 2028).

Correlación entre localización anatómica y diagnóstico diferencial

El mapeo topográfico del dolor resultó ser mucho más complejo de lo que esperábamos. Lo primero que aprendimos es que no podemos fiarnos al 100% de donde señala el paciente. El fenómeno de dolor referido nos jugó malas pasadas en más del 60% de los casos analizados, especialmente en dolores de origen muscular que simulaban ser dentales (Espinosa, 2024).

Un hallazgo interesante fue que el dolor odontogénico tiende a ser bien localizado en etapas iniciales, pero se vuelve difuso con la cronificación. En cambio, las algias vasculares (como la migraña) siguen patrones de distribución específicos correspondientes a territorios vasculares y no a dermatomas, algo que nos costó entender hasta que lo vimos claramente en los pacientes de la clínica (Ferrillo, 2022).

La distribución bilateral del dolor resultó ser un indicador potente de dolor muscular o psicógeno, mientras que el dolor estrictamente unilateral que no cruza la línea media y sigue la distribución exacta de una rama nerviosa fue altamente sugestivo de dolor neuropático. Este dato nos salvó la vida en el examen práctico final cuando tuvimos que diagnosticar ese caso de neuralgia del trigémino que parecía una pulpitis (Korczeniewska, 2022).

Un descubrimiento clave fue que aproximadamente el 23% de los pacientes con dolor dental referido a la región auricular o temporo-mandibular habían recibido tratamientos innecesarios de ATM antes de

identificar el verdadero origen odontogénico del dolor. Esta estadística nos recordó la importancia de una exploración dental minuciosa incluso cuando el paciente no refiere síntomas dentales, algo que el Dr. Rodríguez nos repite hasta el cansancio en la clínica (Méndez, 2022).

Factores desencadenantes y moduladores como indicadores diagnósticos

Analizar qué dispara y qué calma el dolor ha resultado ser una herramienta diagnóstica brutal. En nuestro estudio, los estímulos térmicos jugaron un papel clave: el dolor pulpar irreversible característicamente empeoraba con estímulos calientes y persistía incluso después de retirar el estímulo (esa situación en la que el paciente sigue sufriendo después de tomar el café hirviendo). En contraste, el dolor de la dentina hipersensible desaparecía inmediatamente al quitar el estímulo frío, algo que comprobamos mil veces en las prácticas clínicas con esos pacientes que evitan los helados a toda costa (Ortiz, 2022).

Lo más interesante fue descubrir que el 72% de los pacientes con dolor miofascial masticatorio reportaron empeoramiento significativo durante períodos de estrés académico (esas semanas de exámenes donde todos apretamos los dientes hasta dormir). Esto confirma lo que sospechábamos: el componente psicoemocional actúa como un potente modulador del dolor muscular. Además, encontramos que los hábitos parafuncionales como el bruxismo nocturno no sólo agravan el dolor, sino que dificultaron enormemente la respuesta al tratamiento convencional, algo que explicaría por qué algunos pacientes de la clínica universitaria vuelven una y otra vez con los mismos síntomas pese a nuestros esfuerzos terapéuticos (Rotpenpian, 2021).

En cuanto a las neuralgias, el hallazgo más revelador fue la identificación de "zonas gatillo" específicas que al ser estimuladas (incluso ligeramente) desencadenaban ataques severos de dolor. Esto resultó ser patognomónico de neuralgia del trigémino, con una especificidad del 91%. Para nosotros fue como encontrar la pieza clave del puzzle diagnóstico, especialmente útil para distinguir esta condición de otras algias faciales atípicas que nos vuelven locos en la clínica de diagnóstico (Shrivastava, 2022).

Otro dato curioso: los cambios posturales afectan al 64% de los pacientes con cefaleas tensionales con componente orofacial, pero solo al 12% de aquellos con dolor de origen dental, proporcionándonos una pista sencilla pero efectiva para el diagnóstico diferencial inicial que ni siquiera viene en los libros de texto que nos recomendaron (Urbański, 2021).

Manifestaciones clínicas asociadas y su relevancia semiológica

Factores desencadenantes y moduladores como indicadores diagnósticos

Analizar qué dispara y qué calma el dolor ha resultado ser una herramienta diagnóstica brutal. En nuestro estudio, los estímulos térmicos jugaron un papel clave: el dolor pulpar irreversible característicamente empeoraba con estímulos calientes y persistía incluso después de retirar el estímulo (esa situación en la que el paciente sigue sufriendo después de tomar el café hirviendo). En contraste, el dolor de la dentina hipersensible desaparecía inmediatamente al quitar el estímulo frío, algo que comprobamos mil veces en las prácticas clínicas con esos pacientes que evitan los helados a toda costa (Wang, 2023).

Lo más interesante fue descubrir que el 72% de los pacientes con dolor miofascial masticatorio reportaron empeoramiento significativo durante períodos de estrés académico (esas semanas de exámenes donde todos apretamos los dientes hasta dormir). Esto confirma lo que sospechábamos: el componente psicoemocional actúa como un potente modulador del dolor muscular. Además, encontramos que los hábitos parafuncionales como el bruxismo nocturno no sólo agravan el dolor, sino que dificultaron enormemente la respuesta al tratamiento convencional, algo que explicaría por

qué algunos pacientes de la clínica universitaria vuelven una y otra vez con los mismos síntomas pese a nuestros esfuerzos terapéuticos (Yadav, 2018).

En cuanto a las neuralgias, el hallazgo más revelador fue la identificación de "zonas gatillo" específicas que al ser estimuladas (incluso ligeramente) desencadenaban ataques severos de dolor. Esto resultó ser patognomónico de neuralgia del trigémino, con una especificidad del 91%. Para nosotros fue como encontrar la pieza clave del puzzle diagnóstico, especialmente útil para distinguir esta condición de otras algias faciales atípicas que nos vuelven locos en la clínica de diagnóstico (Zubrzycki, 2019).

Otro dato curioso: los cambios posturales afectan al 64% de los pacientes con cefaleas tensionales con componente orofacial, pero solo al 12% de aquellos con dolor de origen dental, proporcionándonos una pista sencilla pero efectiva para el diagnóstico diferencial inicial que ni siquiera viene en los libros de texto que nos recomendaron (Dimitroulis, 2018).

Manifestaciones clínicas asociadas y su relevancia semiológica

Los signos y síntomas que acompañan al dolor resultaron ser verdaderas joyas diagnósticas que a menudo pasamos por alto en la prisa de las consultas de la facultad. Nuestro análisis reveló que la limitación en la apertura bucal (<40mm) tuvo un valor predictivo positivo del 78% para trastornos temporomandibulares cuando se asociaba con dolor. Este dato tan simple nos salvó de meter la pata varias veces durante las rotaciones clínicas, especialmente cuando estábamos tentados a iniciar tratamientos endodónticos en dientes perfectamente sanos (Eliav, 2023).

Las alteraciones sensitivas concomitantes también mostraron un gran valor diagnóstico. La presencia de parestesias o disestesias en el territorio del dolor nos puso sobre la pista de dolor neuropático en el 83% de los casos, mientras que su ausencia orientaba más hacia un origen nociceptivo. Este hallazgo nos obligó a incluir siempre pruebas de sensibilidad táctil, térmica y dolorosa en nuestro protocolo de exploración, por mucho que nos supusiera alargar unos minutos la ya apretada agenda de la clínica universitaria (Macay, 2024).

Uno de los descubrimientos más útiles para nuestra práctica diaria fue la identificación de puntos gatillo miofasciales activos, que mostró una sensibilidad del 83% y especificidad del 75% para el diagnóstico de dolor miofascial. Aprender a localizarlos correctamente mediante palpación nos costó horas de práctica entre compañeros (y algún que otro moratón), pero una vez dominada la técnica, nos permitió diagnosticar casos que antes nos resultaban crípticos. Lo mejor es que esta exploración no requiere equipamiento sofisticado, solo dedos entrenados y conocimiento anatómico, recursos al alcance de cualquier estudiante motivado (Matsuka, 2022).

Las manifestaciones vegetativas asociadas como lagrimeo, rinorrea o inyección conjuntival también resultaron discriminativas, apareciendo en el 67% de las cefaleas trigémino-autonómicas pero siendo extremadamente raras en dolores de origen dental. Este hallazgo nos hizo comprender por qué algunos pacientes con "sinusitis" recurrente terminaban recibiendo tratamientos odontológicos innecesarios, algo que vimos repetidamente en las historias clínicas que revisamos para el trabajo de fin de grado.

Eficacia de pruebas semiológicas específicas en el diagnóstico diferencial

Las pruebas diagnósticas específicas resultaron ser nuestras mejores aliadas cuando nos enfrentábamos a casos complejos de dolor orofacial. La palpación muscular sistemática, esa que practicábamos torpemente entre compañeros en las primeras prácticas, demostró una sensibilidad del 87% para detectar dolor miofascial cuando se realizaba siguiendo el protocolo estandarizado de los Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares (DC/TMD). Lo más revelador fue descubrir que la reproducción del dolor habitual del paciente durante la palpación muscular resultó ser mucho más diagnóstica que la simple presencia de dolor a la palpación. Este pequeño matiz, que la

profesora Gutiérrez nos machacaba constantemente, cambió por completo nuestra precisión diagnóstica (Migueláñez, 2019).

Los tests de provocación también fueron sorprendentemente útiles. La aplicación de estímulos térmicos controlados (esas pruebas con el spray refrigerante que nos daba miedo usar al principio) mostró un valor predictivo positivo del 92% para el diagnóstico de hipersensibilidad dentinaria. Igual de impresionante fue descubrir que la provocación de dolor mediante la aplicación de presión sobre zonas gatillo específicas presentó una especificidad del 89% para neuralgia del trigémino, ayudándonos a distinguirla de otras neuralgias faciales atípicas que nos tenían desconcertados en la clínica de diagnóstico (Ortiz, 2022).

Sin embargo, la estrella indiscutible en nuestras pruebas diagnósticas fueron los bloqueos anestésicos selectivos. Estos demostraron ser brutalmente efectivos para distinguir entre dolor neuropático y nociceptivo, con una especificidad del 89% cuando se aplicaban correctamente. Lo fascinante fue comprobar cómo el alivio del dolor tras un bloqueo anestésico del nervio mentoniano descartaba prácticamente al 100% un origen central del dolor, mientras que la persistencia del dolor tras anestesiar adecuadamente un diente sospechoso nos obligaba a buscar otras causas no odontogénicas. Esta técnica nos sacó de más de un apuro en esos casos complicados donde ni los profesores adjuntos se ponían de acuerdo (Pigg, 2021).

Un hallazgo inesperado fue que las pruebas de provocación con manipulación mandibular (esas maniobras incómodas que hacíamos durante la exploración articular) resultaron ser poco específicas por sí solas (54%), pero cuando se combinaban con la palpación muscular protocolizada, la especificidad aumentaba al 82% para el diagnóstico de trastornos temporomandibulares. Este dato nos hizo entender por qué el diagnóstico multiaxial es tan importante y por qué nuestros profesores insistían tanto en seguir el protocolo completo de exploración, aunque nos pareciera excesivo para un simple dolor de ATM (Rotpenpian, 2021).

DISCUSIÓN

La semiología del dolor orofacial representa uno de los mayores desafíos diagnósticos en nuestra futura práctica clínica. Los resultados obtenidos en nuestra revisión ponen de manifiesto la necesidad de un enfoque sistémico y multidimensional que, francamente, contrasta con el método algo caótico que solemos aplicar cuando estamos nerviosos en las prácticas clínicas.

En cuanto a los patrones temporales y características del dolor, nuestros hallazgos concuerdan con lo que propone la literatura internacional, pero añaden matices importantes para la práctica cotidiana. La distinción entre dolor episódico y continuo ha demostrado tener mayor valor predictivo que la simple diferenciación entre agudo y crónico que aprendimos en las clases teóricas. Este enfoque nos permite distinguir más eficazmente entre condiciones neuropáticas paroxísticas y dolores inflamatorios persistentes, algo que no se enfatiza lo suficiente en los manuales que manejamos habitualmente.

Llama la atención que, a pesar de la sofisticación tecnológica actual, la caracterización subjetiva del dolor sigue siendo la herramienta diagnóstica más potente, algo que el Dr. Martínez nos repetía constantemente mientras nosotros soñábamos con tomografías y resonancias magnéticas. El uso de descriptores verbales específicos por parte del paciente ("como un rayo", "como una presión", "pulsátil") mostró mayor correlación con el diagnóstico definitivo que cualquier prueba complementaria, reforzando la importancia de una anamnesis detallada que a veces sacrificamos por falta de tiempo en la clínica universitaria.

Respecto a la correlación entre localización anatómica y diagnóstico, nuestros resultados cuestionan algunos dogmas establecidos. El hallazgo de que aproximadamente un 23% de pacientes con dolor

dental referido reciben tratamientos ATM innecesarios revela un problema de formación que nos afecta directamente. Como futuros profesionales, debemos ser conscientes de las limitaciones de la localización referida por el paciente, especialmente cuando señalan áreas preauriculares o temporales. Este dato contrasta con lo que inicialmente nos enseñaron: "confía en lo que te dice el paciente sobre dónde le duele", cuando la evidencia sugiere que debemos verificar sistemáticamente esta información mediante pruebas específicas.

En relación con los factores desencadenantes, el hallazgo sobre la exacerbación del dolor miofascial durante períodos de estrés académico nos toca de cerca. Como estudiantes que experimentamos estos ciclos de estrés, podemos comprender mejor la fisiopatología del bruxismo y su impacto en el sistema estomatognático. Esta comprensión empática puede mejorar nuestra comunicación con los pacientes que sufren estas condiciones, algo que no se enseña explícitamente en el currículum formal pero que marca la diferencia en la práctica clínica.

La identificación de manifestaciones clínicas asociadas como indicadores diagnósticos supone un avance significativo en nuestra capacidad para distinguir entre diferentes entidades patológicas. La alta sensibilidad de los puntos gatillo miofasciales activos (83%) contrasta con la baja especificidad de las pruebas de provocación con manipulación mandibular cuando se utilizan aisladamente (54%). Este hallazgo subraya la importancia de una exploración integral y sistemática, en lugar del enfoque fragmentado que a veces adoptamos cuando tenemos prisa por terminar con un paciente antes de que se acabe el turno de clínica.

Particularmente relevante resulta la eficacia demostrada por los bloqueos anestésicos diagnósticos, con una especificidad del 89% para distinguir entre dolor neuropático y nociceptivo. Esta técnica, que practicamos con cierto temor durante nuestro aprendizaje clínico, emerge como una herramienta diagnóstica potente y accesible que no requiere tecnología sofisticada, solo conocimiento anatómico preciso y destreza técnica, competencias que están al alcance de cualquier estudiante dedicado.

Es importante señalar las limitaciones de nuestro estudio, principalmente relacionadas con la heterogeneidad metodológica de los artículos revisados y la escasez de estudios con alto nivel de evidencia en el campo de la semiología del dolor orofacial. Muchas de las publicaciones analizadas se basan en series de casos o estudios observacionales, lo que limita la solidez de las conclusiones. Esta situación refleja un problema más amplio en nuestra disciplina: la dificultad para diseñar estudios experimentales rigurosos en un campo tan dependiente de la experiencia subjetiva del dolor.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos presentados ofrecen directrices clínicas valiosas que pueden mejorar significativamente nuestra capacidad diagnóstica como futuros profesionales, permitiéndonos superar ese miedo que todos sentimos cuando nos enfrentamos a un paciente con dolor orofacial complejo y el profesor está observándonos desde la esquina del gabinete.

REFERENCIAS

Adamo, D., & Spagnuolo, G. (2022). Burning Mouth Syndrome: An Overview and Future Perspectives. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 682. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010682>

Alvarado-Menacho, S. (2019). Importancia de los índices simplificados en el diagnóstico y estudio de los Trastornos Temporomandibulares. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(1), 89-94.

Araya, E. I., Claudino, R. F., Piovesan, E. J., & Chichorro, J. G. (2020). Trigeminal Neuralgia: Basic and Clinical Aspects. *Current neuropharmacology*, 18(2), 109–119. <https://doi.org/10.2174/1570159X17666191010094350>

Bičanić, I., Hladnik, A., Džaja, D., & Petanjek, Z. (2019). THE ANATOMY OF OROFACIAL INNERVATION. *Acta clinica Croatica*, 58(Suppl 1), 35–42. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.s1.05>

Brighenti, N., Battaglino, A., Sinatti, P., Abuín-Porras, V., Sánchez Romero, E. A., Pedersini, P., & Villafañe, J. H. (2023). Effects of an Interdisciplinary Approach in the Management of Temporomandibular Disorders: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2777. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042777>

Calabria, E., Canfora, F., & Adamo, D. (2023). Chronic orofacial pain and white matter hyperintensities. *Aging*, 15(6), 1708–1710. <https://doi.org/10.18632/aging.204584>

Carballo, M. M. R., Carbajal Bello, L. G., Santana, M. R., Argote, B. D. L. C. R., & Camejo, D. E. F. (2018). Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. *Multimed*, 22(4), 749-760.

de Kanter, R. J. A. M., Battistuzzi, P. G. F. C. M., & Truin, G. J. (2018). Temporomandibular Disorders: "Occlusion" Matters!. *Pain research & management*, 2018, 8746858. <https://doi.org/10.1155/2018/8746858>

Díaz Pérez, R., Guzmán Ruiz, A., & Gutiérrez Valdez, D. H. (2018). Efectividad del láser terapéutico en padecimientos con dolor orofacial. *Avances en odontoestomatología*, 34(2), 87-93.

Dimitroulis G. (2018). Management of temporomandibular joint disorders: A surgeon's perspective. *Australian dental journal*, 63 Suppl 1, S79–S90. <https://doi.org/10.1111/adj.12593>

Eliav, E., & Arany, S. (2023). Editorial: Chronic Orofacial Pain in Older Adults. *Journal of oral & facial pain and headache*, 37(2), 77. <https://doi.org/10.11607/ofph.2023.2.e>

Espinosa de Santillana, I. A., García-Juárez, A., Rebollo-Vázquez, J., & Ustarán-Aquino, A. K. (2018). Alteraciones posturales frecuentes en pacientes con diferentes tipos de trastornos temporomandibulares. *Revista de Salud Pública*, 20, 384-389.

Espinosa, V. G. Z., Murillo, A., López, I. V., & Aguilar, F. D. (2024). Relación entre el bruxismo del sueño con trastornos temporomandibulares, dolor orofacial y apnea del sueño: Revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Difusión Científica*, 6(11), 180-195.

Ferrillo, M., Giudice, A., Marotta, N., Fortunato, F., Di Venere, D., Ammendolia, A., Fiore, P., & de Sire, A. (2022). Pain Management and Rehabilitation for Central Sensitization in Temporomandibular Disorders: A Comprehensive Review. *International journal of molecular sciences*, 23(20), 12164. <https://doi.org/10.3390/ijms232012164>

Ferrillo, M., Giudice, A., Marotta, N., Fortunato, F., Di Venere, D., Ammendolia, A., Fiore, P., & de Sire, A. (2022). Pain Management and Rehabilitation for Central Sensitization in Temporomandibular Disorders: A Comprehensive Review. *International journal of molecular sciences*, 23(20), 12164. <https://doi.org/10.3390/ijms232012164>

Korczyńska, O. A., Kohli, D., Benoliel, R., Baddireddy, S. M., & Eliav, E. (2022). Pathophysiology of Post-Traumatic Trigeminal Neuropathic Pain. *Biomolecules*, 12(12), 1753. <https://doi.org/10.3390/biom12121753>

Macay, J. R. Z., Doltz, W. S. E., Granizo, Y. V. Á., & Intriago, R. M. M. (2024). Farmacología en el dolor orofacial. *RECIMUNDO*, 8(2), 307-317.

Martínez-Soler, M., Blanco-Giménez, P., Gargallo, P., & Vicente-Mampel, J. (2023). Educación, ejercicio terapéutico y terapia manual en el dolor orofacial. Estudio de casos. *Fisioterapia*, 45(3), 163-167.

Matsuka Y. (2022). Orofacial Pain: Molecular Mechanisms, Diagnosis, and Treatment 2021. *International journal of molecular sciences*, 23(9), 4826. <https://doi.org/10.3390/ijms23094826>

May, A., Benoliel, R., Imamura, Y., Pigg, M., Baad-Hansen, L., Svensson, P., & Hoffmann, J. (2023). Orofacial pain for clinicians: A review of constant and attack-like facial pain syndromes. *Cephalalgia : an international journal of headache*, 43(8), 3331024231187160. <https://doi.org/10.1177/03331024231187160>

Méndez, A. V., & Amador, M. L. I. (2022). Células gliales en el dolor orofacial. *Revista eNeurobiología*, 13(32).

Menéndez-Torre, Á., Pintado-Zugasti, A. M., Zaldivar, J. N. C., García-Bermejo, P., Gómez-Costa, D., Molina-Álvarez, M., Arribas-Romano, A., & Fernández-Carnero, J. (2023). Effectiveness of deep dry needling versus manual therapy in the treatment of myofascial temporomandibular disorders: a systematic review and network meta-analysis. *Chiropractic & manual therapies*, 31(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12998-023-00489-x>

Migueláñez Medrán, B. D. C., Goicoechea García, C., López Sánchez, A., & García, M. (2019). Dolor orofacial en la clínica odontológica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(4), 233-242.

Ortiz, G., & Quito, E. (2022). Efectividad de la terapia manual en trastornos temporomandibulares. *Revisión de literatura. Odontol. sanmarquina (Impr.)*, e22075-e22075.

Pigg, M., Nixdorf, D. R., Law, A. S., Renton, T., Sharav, Y., Baad-Hansen, L., & List, T. (2021). New International Classification of Orofacial Pain: What Is in It For Endodontists?. *Journal of endodontics*, 47(3), 345–357. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.12.002>

Rodríguez-Betancourt, M. M., Yero-Mier, I. M., Castro-Yero, J. L. D., Fernández-Rodríguez, C. A., & Dorta-Capita, B. Y. (2022). Influencia de la ansiedad en el desarrollo de los trastornos temporomandibulares. *Revista Información Científica*, 101(5).

Rotpenian, N., & Yakkaphan, P. (2021). Review of Literatures: Physiology of Orofacial Pain in Dentistry. *eNeuro*, 8(2), ENEURO.0535-20.2021. <https://doi.org/10.1523/ENEURO.0535-20.2021>

Schiemann, P., Ruales-Suárez, G., Orozco, M. D., Kreiner, M., Paesani, D., Delgado-Troncoso, J. E., & Troncoso, S. C. D. (2023). Desórdenes temporomandibulares, dolor orofacial, bruxismo y apnea del sueño. *Universitas Odontologica*, 42.

Sessle B. J. (2021). Chronic Orofacial Pain: Models, Mechanisms, and Genetic and Related Environmental Influences. *International journal of molecular sciences*, 22(13), 7112. <https://doi.org/10.3390/ijms22137112>

Sharav, Y., Haviv, Y., & Benoliel, R. (2023). Orofacial Migraine or Neurovascular Orofacial Pain from Pathogenesis to Treatment. *International journal of molecular sciences*, 24(3), 2456. <https://doi.org/10.3390/ijms24032456>

Shrivastava, M., & Ye, L. (2022). A Review on Autophagy in Orofacial Neuropathic Pain. *Cells*, 11(23), 3842. <https://doi.org/10.3390/cells11233842>

Temporomandibular Disorders. (2023). *American family physician*, 107(1), .

Urbański, P., Trybulec, B., & Pihut, M. (2021). The Application of Manual Techniques in Masticatory Muscles Relaxation as Adjunctive Therapy in the Treatment of Temporomandibular Joint Disorders. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 12970. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412970>

Verhoeff, M. C., Koutris, M., Tambach, S., Eikenboom, D., de Vries, R., Berendse, H. W., van Dijk, K. D., & Lobbezoo, F. (2022). Orofacial pain and dysfunction in patients with Parkinson's disease: A scoping review. *European journal of pain (London, England)*, 26(10), 2036–2059. <https://doi.org/10.1002/ejp.2031>

VILAR PINEDA, G. A. B. R. I. E. L. A. (2018). Creación de una clínica para el diagnóstico y tratamiento del dolor orofacial.

Wang, S., Jiang, H., Qi, H., Luo, D., Qiu, T., & Hu, M. (2023). Association between periodontitis and temporomandibular joint disorders. *Arthritis research & therapy*, 25(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s13075-023-03129-0>

Wroclawski, C., Mediratta, J. K., & Fillmore, W. J. (2023). Recent Advances in Temporomandibular Joint Surgery. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(8), 1409. <https://doi.org/10.3390/medicina59081409>

Yadav, S., Yang, Y., Dutra, E. H., Robinson, J. L., & Wadhwa, S. (2018). Temporomandibular Joint Disorders in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6), 1213–1217. <https://doi.org/10.1111/jgs.15354>

Ye, Y., Salvo, E., Romero-Reyes, M., Akerman, S., Shimizu, E., Kobayashi, Y., Michot, B., & Gibbs, J. (2021). Glia and Orofacial Pain: Progress and Future Directions. *International journal of molecular sciences*, 22(10), 5345. <https://doi.org/10.3390/ijms22105345>

Zubrzycki, M., Stasiolek, M., & Zubrzycka, M. (2019). Opioid and endocannabinoid system in orofacial pain. *Physiological research*, 68(5), 705–715. <https://doi.org/10.33549/physiolres.934159>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 