



PUESTA
AL DÍA

SÍNDROME DEL HAMULUS PTERIGOIDEO

Álvarez Quesada, C., García Vázquez, M.T., García Vázquez, E., Grille Álvarez C. Síndrome del Hamulus Pterigoideo. *Cient. Dent.* 2013; 10; 2: 147-150.



Álvarez Quesada, C.

Doctora en Medicina y Cirugía.
Especialista en Estomatología.
Prof. Titular del Departamento de
Odontología. Facultad de
Ciencias Biomédicas.
Universidad Europea de Madrid.

García Vázquez, M.T.

Doctora en Odontología.
Especialista en Medicina Oral
UCM. Prof. Ayudante UEM.

García Vázquez, E.

Odontólogo. Máster en
Periodoncia U.E.M. Especialista
Universitario en Medicina Oral
UCM. Prof. Ayudante UEM.

Grille Álvarez, C.

Médico-Residente de Medicina
Familiar y Comunitaria. Hospital
Universitario La Paz.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Dra. Carmen Álvarez Quesada
Departamento de Odontología.
Facultad de Ciencias Biomédicas .
Universidad Europea de Madrid.
Urbanización el Bosque.
Calle del Tajo S/N. Villaviciosa de
Odón. 28670 Madrid .
Teléfono 912 115 053 - 902 377 773.
carmen.alvarez@uem.es

Fecha de recepción: 17 de abril de 2013.
Fecha de aceptación para su publicación:
17 de mayo de 2013.

RESUMEN

El síndrome del Hamulus Pterigoideo se produce por una bursitis en el tendón del músculo tensor del velo del paladar. Presenta una patología dolorosa y muy variada dada la complejidad de la región y muchas veces este dolor puede enmascarar diferentes patologías que hay que diagnosticar y diferenciar. El tratamiento es multidisciplinario en muchos de los casos.

PALABRAS CLAVE

Hamulus Pterigoideo.

PTERYGOID HAMULUS SYNDROME

ABSTRACT

The Pterygoid Hamulus Syndrome is produced by bursitis in the tendon of the tensor muscle of the soft palate. It presents a painful and varied pathology given the complexity of the region and many times this pain can mask different pathologies that must be diagnosed and differentiated. The treatment is multidisciplinary in many of the cases.

KEY WORDS

Pterygoid Hamulus.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Hamulus Pterigoideo es una bursitis que acontece en el tendón del músculo tensor del velo del paladar o periestafilino externo o esfeno – salpingoestafilino. Este músculo presenta una forma triangular cuyos orígenes están en ala mayor de esfenoides por dentro del agujero oval, en la fosita escafoidea o navicular y en el borde lateral de la trompa auditiva, posteriormente se reúnen las fibras en un tendón común pasando por el hamulus pterigoideo y se expanden formando la aponeurosis palatina (zona anterior del paladar blando) insertándose también en otros músculos del paladar^{1,2}.

Esta bursitis se produce por una inflamación, debido al rozamiento de la vaina sinovial y la bolsa serosa que está presente en el tendón del músculo tensor del velo del paladar (la cual facilita su movimiento) a su paso por el hamulus pterigoideo es decir en su paso por la apófisis pterigoides. La función de este tendón es tirar de la aponeurosis palatina y ensanchar el velo del paladar impidiendo el paso de alimentos de la cavidad bucal a la nasofaringe (Figuras 1 y 2).

ETIOLOGÍA

Su etiología es muy variada y entre las causas más frecuentes suele haber antecedentes en la historia clínica de:

- Traumatismos o accidentes de cabeza o cuello.
- Prótesis mal adaptadas o sobreextendidas.
- Intubaciones para anestesia general en cirugías.
- Trauma o roce de un bolo alimenticio demasiado grande.
- Traumatismo de un cepillado agresivo.
- Bulimia.
- Maltrato y abuso sexual en menores.



Fig. 1. Detalle anatómico del paso del tendón del músculo tensor del velo del paladar por el Hamulus Pterigoideo.



Fig. 1. Detalle anatómico del paso del tendón del músculo tensor del velo del paladar por el Hamulus Pterigoideo.

Otras veces su etiología muchas veces es desconocida, es un síndrome raro y presenta una compleja gama de sintomatología en la región palatina, auditiva, maxilar y faríngea por lo que es necesario un buen diagnóstico diferencial³⁻⁶.

La frecuencia de aparición es mayor en mujeres que en hombres.

SINTOMATOLOGÍA

El paciente suele presentar una sintomatología dolorosa muy variada por lo compleja que es esta región, y muchas veces este dolor puede enmascarar diferentes patologías que hay que diagnosticar y diferenciar.

Este síndrome puede cursar frecuentemente con⁷⁻¹⁰:

- Sensación de cuerpo extraño.
- Sensación urente en la zona.
- Neuralgias (diagnóstico diferencial necesario).
- Afectaciones miofasciales musculares, pudiendo llegar a parálisis (desviación del velo del paladar hacia el lado sano).
- Afectaciones orofaciales.
- Alteraciones de la ATM.
- Dolores auditivos (otitis media).
- Dolores dentarios.
- Dolores de garganta, amígdalas.
- Dolor óseo.
- Dolor retroorbital.
- Parestesias de la zona.
- Eritema localizado.
- Cefaleas.

- Alteraciones en la deglución (fundamentalmente para tragar sólidos).
- Alteraciones en la fonación.
- Algias ipsilaterales o bilaterales.
- Intensificación de la sensación gustativa.
- Irradiación al cuello.

DIAGNÓSTICO

Se debe realizar una buena historia clínica, con una anamnesis detallada (para descartar historia de trauma o accidente, maltrato, hábitos perniciosos, etc).

Examen físico realizando una exploración minuciosa (el paciente refiere muchas veces dolor a la presión ejercida con la lengua en la zona), palpando la zona oral del hamulus, de forma manual con ligera presión ya que es muy doloroso o también se puede realizar con la parte posterior roma de un instrumento dental, con cuidado de no ser demasiado brusco y poderlo fracturar^{11,12}.

Se realizaran pruebas diagnósticas radiológicas con el fin de descartar osteofitos, demostración de elongación anatómica del hamulus, una fractura del mismo o agrandamientos de la bolsa (bursitis).

Se realizaran pruebas complementarias y diagnóstico diferencial adecuado fundamentalmente con neuralgias del glosofaríngeo o esfenopalatinas y con cefaleas en racimo o la hemicránea paroxística¹³⁻¹⁴ (Tabla 1).

TABLA 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Neuralgia glosofaríngeo	Neuralgia esfenopalatina	Neuralgia trigemino	Cefalea en racimos	Hemicránea paroxística	Síndrome del hamulus pterigoideo
Etiología	Idiopática o esencial	Idiopática o esencial	Idiopática o esencial	Idiopática o esencial	Idiopática o esencial	Idiopática o esencial
Localización	Unilat/ bilat	unilateral		Unilateral	unilateral	Unilateral/ bilateral
Sintomatología	Dolor en la amígdala, base de la lengua, oído, pared lateral de la faringe. Se desencadenan al habla, tragar, toser, bostezar, masticar, beber líquidos fríos o, ácidos. A veces tosen repetidamente, se quedan roncros o emiten sonidos agudos	Dolor parte medial nariz, canto interno del ojo, techo de la boca, zona retroorbital más raro cuello y extremidad superior. Presenta actividad vasomotora, rinores, lagrimeo, irritación ocular	Dolor D lacerante facial, urente de gran intensidad lacrimoso. Enrojecimiento conjuntival, puede asociarse rinores, edema palpebral, irradiaciones dependiendo de la	Dolor orbital, periorbital o temporal. Presenta lagrimeo, congestión nasal, rinores, edema palpebral, traspiración de la cara, miosis, ptosis palpebral, sensación de cansancio o agitación rama afectada, infraorbitaria, maxilar infraorbitaria, maxilar superior o mandibular, pudiéndose afectar varias ramas	Cefalea intensa, en frente, ojo, sien, zonas periorbitarias, a veces occipucio. Presenta obstrucción nasal, lagrimeo e inyección conjuntival, edema palpebral, a veces	Dolor opresivo y quemazón en el paladar blando, dolor de garganta, dolor al tragar y hablar, sensación de cuerpo extraño. Dolor de oído, y al masticar miosis, ptosis
Frecuencia	Un 25 % son bilaterales		Más en mujeres	Más en hombres 2,5 – 3,5 / 1 mujer (otros 90/10 m)	Mujeres edad media 1,6 – 2,3 / 1 hombres	Más en mujeres que hombres
Diagnóstico	Si puntos gatillo. Diagnóstico por bloqueo de dichos puntos Duración de segundos a minutos Diagnóstico clínico Ataques diferentes en cada sujeto	No puntos gatillo Diagnóstico clínico Ataques diferentes en cada sujeto	Si puntos gatillo Diagnóstico clínico bloqueo puntos gatillo, duración de segundos a 2 minutos, ataques paroxísticos estereotipados en cada individuo	Duración de 15 – 180 minutos, más o menos a igual hora del día, o en fase REM. Alrededor de 1 – 3 ataques por día ⁸ Inicio de 20 a 50 años, desencadena alcohol	Duración de 2- 30 minutos, de 1 a 40 veces al día. Diurna y también en fase REM Diagnóstico clínico	Dolor aumenta al tacto digital lo presión con la lengua Bursitis del tendón del tensor del velo del paladar Diagnóstico clínico y radiológico Diagnóstico clínico, RM cerebral
Tratamiento	Carbamacepina, ¿gabapentina quirúrgico?	Carbamacepina ¿gabapentina quirúrgico?	Antiepilépticos carbamacepina, gabapentina y sí cirugía	Triptanes, ergóticos, oxígeno, predmisona, litio, verapramilo descompresión microvascular Ablación por radiofrecuencia	Indometacina celecoxib	Dexametazona Tratamiento quirúrgico

Pero una forma de diagnóstico certero es la infiltración de un agente anestésico local en la zona hamular, con lo que la sintomatología desaparece o queda bloqueada (Figura 3).

El diagnóstico debe de ser exhaustivo ya que un olvido o un error podrían implicar que no se realizara bien el tratamiento o que este no se realizara y el paciente con sintomatología continuará durante más tiempo.

TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos el tratamiento es conservador, mediante la eliminación del trauma (eliminación de la prótesis mal ajustada o sobreextendida, disminución del cepillado violento, etc.). Se indica un periodo de dieta blanda para



Fig. 3. Infiltración de un agente anestésico local en el velo del paladar blando, con lo que la sintomatología desaparece o queda bloqueada.

disminuir la inflamación local de la zona, y tratamiento con 1 mg de cortisona sintética inyectable en la zona (previa infiltración anestésica), adicionalmente se pueden dar antiinflamatorios del tipo AINES de forma complementaria, o miorelajantes musculares, y revisiones periódicas por si hay una necesidad posterior de más infiltraciones, generalmente estos casos se suelen resolver solo con una infiltración^{15,16}.

En algunos de los casos hay necesidad de intervención quirúrgica; mediante anestesia local de la zona se realiza una exposición del área, para remover osteofitos, fracturas o la elongación de la bolsa, siempre sin alterar el músculo tensor del velo del paladar, para no afectar a la zona tubárica, y sobre todo al sellado palatofaríngeo y que esta no se realice de una forma incompleta a la hora de la deglución o de la fonación.

Muchas veces se requieren tratamientos multidisciplinarios en los cuales intervienen tratamientos psicobiológicos de afrontamiento del estrés o alteraciones con componente maniaco – depresivos.

CONCLUSIONES

Reconocer el síndrome y realizar previamente un buen diagnóstico diferencial, ya que el abanico de opciones es muy amplio con algias que pueden ser confundidas en muy diversas patologías craneofaciales, patologías combinadas, etc. Al ser un síndrome complejo a veces se requieren tratamiento combinados, médico, quirúrgicos y psicobiológicos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Velayos Santana JL. Anatomía de la cabeza para odontólogos. 4º ed. Ed Médica Panamericana S.A. Madrid. 2007.
2. Prometeus. Atlas de anatomía de la cabeza y el cuello para odontología. Ed Médica Panamericana S.A. Madrid. 2012.
3. Hjoting – Hansen E, Lous I. Hamulus pterygoid syndrome. Tandlaegebladet 1987; 91 (20): 833-837.
4. Hjorting – Hansen E, Lous I. The pterygoid hamulus syndrome. Ugeskr Laeger 1987; 149 (15): 979-989.
5. Berke WP, Fischer E. The hamulus syndrome. Stomatol DDR 1986; 36 (1): 24-28.
6. Panzoni E, Clauser C. The pain syndrome of the pterygoid hamulus. Clinical contribution. Riv Ital Stomatol 1987; 47 (6): 12-7.
7. Fu Y, Peng J, Chen W. The pterygoid hamulus syndrome with the main discomfort of pharynx. Lin Chuang Er Yan Hou Ke Za Zhi 2004 ;18 (3): 134-135.
8. Sasaki T, Imai Y, Fujibayashi T. A case of elongated pterygoid hamulus syndrome. Oral Dis 2001; 7 (2): 131-133.
9. Ramirez LM, Ballesteros LE, Sandoval GP. Síntomas óticos referidos en desordenes temporomandibulares en relación con los músculos masticatorios. Rev Med Chile 2007, 135: 1582-1590.
10. Sandoval GP, Ramirez LM, Villamizar JR. Bursitis hamular . Sintomatología ótica y craneofacial referida. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11(4): 1-5.
11. Shankland WE 2nd. Pterygoid hamulus bursitis: one case of craniofacial pain. J Prosthet Dent 1996; 75 (2): 205-210.
12. Kronman JH, Padamsee M, Norris LH. Bursitis of the tensor veli palatine muscle with an osteophyte on the pterygoid hamulus. Oral Surg Oral Med Oral Path 1991; 71 (4): 420-422.
13. Salins PC, Bloxham GP. Bursitis: a factor in the differential diagnosis of orofacial neuralgias and myofascial pain dysfunction syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Path 1989; 68 (2): 154-157.
14. Esperche MF, De la Cruz S, De la Cruz J. Dolor orofacial. Importancia de la localización en el diagnóstico diferencial. RCOE 2012; 17 (3): 175-182.
15. Montavani M, Minetti A, Torretta S, Pinnerle A, Tassone G, Pignataro L. The velo – uvulo – pharyngeal lift or roman blinds technique for treatment of snoring. A preliminary report. Acta Otorrinolaryngol Ital 2012 ; 32 (1): 48-53.
16. Ramirez LM, Ballesteros LE, Sandoval GP. Bursitis hamular y su posible sintomatología craneofacial referida: reporte de dos casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11 (4): 221-225.