

¿Conoces la “enfermedad del suicidio”?

Melany Suri Escorcía León
Eliana Raquel Rameño Cabrales
Guillermina Muñoz Ríos



Se le conoce como neuralgia al dolor ocasionado por algún nervio que se encuentre afectado. La neuralgia del nervio trigémino, también llamada “la enfermedad del suicidio”, se caracteriza por síntomas intensos, especialmente por la persistencia del dolor que provoca; así, impacta de manera profunda por su severidad. Este dolor aparece en la cara, desde un extremo del cráneo hasta los nervios encargados de dar la sensibilidad de cada lado del rostro, donde al haber alguna implicación anormal, como la presión nerviosa, puede desencadenar dolores que se sienten como pulsaciones y son intensos a la realización de actividades cotidianas como hablar, comer o sentir el mínimo roce. Con este artículo se pretende destacar la importancia de esta enfermedad para visibilizar el sufrimiento de quienes la padecen y aumentar su aún deficiente conocimiento dentro de la sociedad.

Siglos de dolor insoportable

La neuralgia del trigémino se remonta a escritos de antes del siglo XVIII. No obstante, se tuvo una descripción oficialmente documentada por primera vez en 1756, cuando Nicholas André denominó a la afección como *tic douloureux* o tic doloroso, caracterizado por dolores brus-

cos e intensos en la cara, semejantes a los de un choque eléctrico. André lo terminó describiendo como un comportamiento convulsivo, debido a las muecas de dolor que hacían los pacientes. Fue hasta 1773 cuando John Fothergill la describió como una “afección dolorosa del rostro”: explicaba la presencia de episodios de dolor insoportable que aparecían de manera repentina, pero que, a su vez, duraban poco tiempo en intervalos irregulares. También mencionó cómo la realización de ciertas actividades desencadenaba estos episodios, como el hablar, comer, o tener mínimo contacto con otras superficies. En 1779, John Hunter la describió con mayor claridad como una enfermedad de origen nervioso. Pero no fue hasta 1932 que el neurocirujano Walter Dandy expuso su teoría al respecto: la compresión de un vaso sanguíneo que se dirige al nervio trigémino daba como consecuencia una irritación o daño del mismo nervio. Con la invención del microscopio quirúrgico en 1967, Peter Janneta confirmó esta hipótesis [1].

Detrás del dolor: nervio trigémino (quinto par craneal)

Se describe al nervio trigémino como el par craneal más grande de todos, siendo este el quinto de ellos y proporcionando la inervación sensiti-

va de la mayor parte de la cara, incluso lengua, y el nervio motor. Mueve varios músculos de la cabeza, incluidos los de la masticación.

Su conformación e inervación tan extensa está relacionada a las divisiones que se producen en él. Encontramos a sus tres ramas principales: la rama oftálmica (V1) que abarca ojos, cejas, frente y parte anterior del cuero cabelludo; la maxilar (V2) comprende labio superior, encías superiores, párpado inferior y ala nasal; y la mandibular (V3) que inerva labio inferior, encías inferiores y borde de la lengua). Cada una de ellas permite la transmisión sensorial del tacto, el dolor y la temperatura [2].

En un nervio de tal magnitud, es indispensable conocer su conformación. Se origina en la parte trasera de la cabeza, debajo del cerebro y arriba de la médula espinal, en una estructura que se llama tallo cerebral, específicamente en el puente. Aquí encontramos sus raíces sensitivas y motoras, cada una dedicada a una función en especial, como dolor o temperatura, sensaciones de tacto en el rostro o control del reflejo de la mordida [2].

Neuralgia del trigémino

Esta neuralgia es un trastorno crónico del nervio trigémino que provoca dolor facial, intenso, súbito y prolongado, generalmente en un solo lado de la cara. Este dolor puede afectar diversas zonas del rostro, incluyendo la frente, ojos, boca y mandíbula. La condición suele originarse por alteraciones en la función del nervio, que pueden deberse a compresión vascular, daño nervioso o causas idiopáticas, es decir, no hay un origen conocido. Los ataques dolorosos se presentan de manera espontánea y pueden desencadenarse con acciones cotidianas como tocarse la cara, masticar o hablar. Esto hace de la vida del paciente un desafío constante [3].

Mil caras, un nervio

El dolor facial de la neuralgia del trigémino no siempre se presenta de la misma forma. A veces es considerado súbito y punzante, otras veces

constante o con distintos matices. Estas diversas caras del dolor revelan que la neuralgia tiene diferentes maneras para manifestarse, de modo que conocerlas es esencial para comprender mejor la enfermedad [3]. A continuación se muestran algunos de los distintos tipos de neuralgia:

- ▶ Neuralgia del trigémino clásica: esta forma es la más común y suele estar asociada a una compresión neurovascular significativa, generalmente provocada por la arteria cerebelosa superior. Puede manifestarse de dos maneras: exclusivamente con crisis súbitas y breves, o acompañada de un dolor persistente entre los episodios [3].
- ▶ Neuralgia del trigémino idiopática: en este tipo, las manifestaciones clínicas son similares a las de la forma clásica, pero sin evidenciar alteraciones en pruebas de imagen ni en estudios neurofisiológicos. Su origen es incierto [3].
- ▶ Neuralgia del trigémino secundaria: en esta variante, el dolor es consecuencia de una causa subyacente claramente identificable, como esclerosis múltiple, tumores intracraneales, lesiones óseas, malformaciones vasculares, infecciones o enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus [3].



Fisiopatología de la neuralgia del trigémino

En la neuralgia del trigémino, el dolor aparece, aunque la causa pueda variar. Esto hace pensar que el problema ocurre siempre en el mismo sitio: la parte donde el nervio trigémino entra al cerebro. Allí, un vaso sanguíneo o alguna otra estructura puede comprimir al nervio y dañarlo. El daño típico es la pérdida de la “capa aislante” que recubre al nervio (algo así como el plástico que reviste un cable eléctrico). Esta pérdida deja partes del nervio al descubierto. La zona más vulnerable es una franja de apenas 2 a 2.5 milímetros llamada zona de transición, donde cambia el tipo de “aislante” que protege al nervio. Por eso, cualquier presión en esa parte puede hacer que el recubrimiento se pierda más fácilmente [2].

Entonces, ¿qué es lo que pasa? A continuación, te lo explicamos brevemente:

1. El nervio al tacto queda en contacto directo con fibras que llevan señales de dolor [2].
2. Cuando alguien toca la cara, ese estímulo normal puede “saltar” hacia las fibras del dolor, como si se hiciera un cortocircuito [2].
3. Ese salto anormal provoca las crisis de dolor intensas y repentinas [2].

Otra explicación es que la pérdida del recubrimiento también afecta el “equilibrio eléctrico” de las células del nervio. Esto las hace estar constantemente activadas y disparando señales dolorosas incluso sin un estímulo claro [2].

Epidemiología de la neuralgia del trigémino

La neuralgia del trigémino no es muy común. Se calcula que la tienen unas 3 de cada 1 000 personas, y cada año aparecen alrededor de 12 casos nuevos por cada 100 000 habitantes. La enfermedad suele manifestarse en adultos. La mayoría de los pacientes comienzan con síntomas alrededor de los 54 años, y el riesgo aumenta con la edad:

- Entre los 60 y 69 años se presentan unos 18 casos nuevos por cada 100 000 personas.
- Después de los 70 años, la cifra sube a 26 por cada 100 000 [3].

Las mujeres la padecen más que los hombres (aproximadamente 6 de cada 10 pacientes son mujeres). No parece haber diferencias importantes entre países o razas. Sin embargo, sí se ha visto que hay más riesgo de neuralgia del trigémino en personas con ciertas enfermedades, como la esclerosis múltiple. Los casos que se heredan dentro de la familia son poco comunes (alrededor del 1-2%). Cuando ocurre, suele transmitirse de padres a hijos siguiendo un patrón genético claro, y a veces los síntomas aparecen cada vez más temprano en las siguientes generaciones [3].

El impacto en la vida de quienes la padecen es muy fuerte. El dolor intenso y repentino, junto con la dificultad para recibir un diagnóstico rápido, generan ansiedad, miedo a los ataques y problemas emocionales. Se han documentado

casos en los que el dolor crónico e incapacitante de este padecimiento se asocia con el desarrollo de síntomas depresivos severos. Pacientes sin antecedentes psiquiátricos pueden presentar anhedonia, insomnio, desesperanza y pensamientos suicidas tras el inicio de los episodios dolorosos. Este fenómeno parece estar relacionado con el impacto psicológico y social [4].

Las personas con neuralgia del trigémino tienen casi tres veces más riesgo de depresión y ansiedad que la población general. Esto se suma a problemas cotidianos como [5]:

- ▶ Aislamiento social
- ▶ Problemas para dormir
- ▶ Cansancio y falta de apetito
- ▶ Menor capacidad para realizar actividades diarias

Por ello, el tratamiento no solo debe enfocarse en controlar el dolor, sino también en brindar apoyo psicológico para un manejo integral de la salud.

Conclusiones

Este artículo demuestra la importancia básica y clínica de esta afección, incluyendo las consideraciones e implicaciones psicológicas que puede traer consigo en los pacientes que la padecen. La historia de esta enfermedad nos demuestra su complejidad y refuerza la necesidad de la contención de los síntomas para una mejor calidad de vida en la persona afectada, pues más allá del dolor, la vida y la dignidad de las personas están en juego.

Referencias

1. History of trigeminal neuralgia [Internet]. Uthscsa.edu. [citado el 15 Sep 2025]. Disponible en: <https://uthscsa.edu/physicians/services/trigeminal-neuralgia/history-trigeminal-neuralgia>
2. Shankar Kikkeri N, Nagalli S. Trigeminal Neuralgia [Internet]. *PubMed*. Treasure Island (FL):

StatPearls Publishing;2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554486/>

3. Latorre G, González-García N, García-Ull J, González-Oria C, Porta-Etessam J, Molina FJ, et al. Diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia: Consensus statement from the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. *Neurología (Engl Ed)*. 2023;38(Suppl 1):S37-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.09.015>
4. Neto R, Fonseca Silva B, Remelhe M, Araujo R. Trigeminal neuralgia – rethinking the “suicide disease” label (EPV1344). *European Psychiatry*; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1896>
5. Alejos M, Vázquez-Bourgon J, Santurtún M, Riancho J, Santurtún A. ¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? *Neurología*. 2020;38(1):42-48. doi:10.1016/j.nrl.2020.03.003. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320301298>

Melany Suri Escorcía León Estudiante de la Licenciatura Médico Cirujano y Partero, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara (UdeG).

Eliana Raquel Rameño Cabrales Estudiante de la Licenciatura Médico Cirujano y Partero, CUCS, UdeG.

Guillermina Muñoz Ríos Laboratorio de Histología y Embriología, Departamento de Morfología, CUCS, UdeG.

Contacto: guillermina@academicos.udg.mx