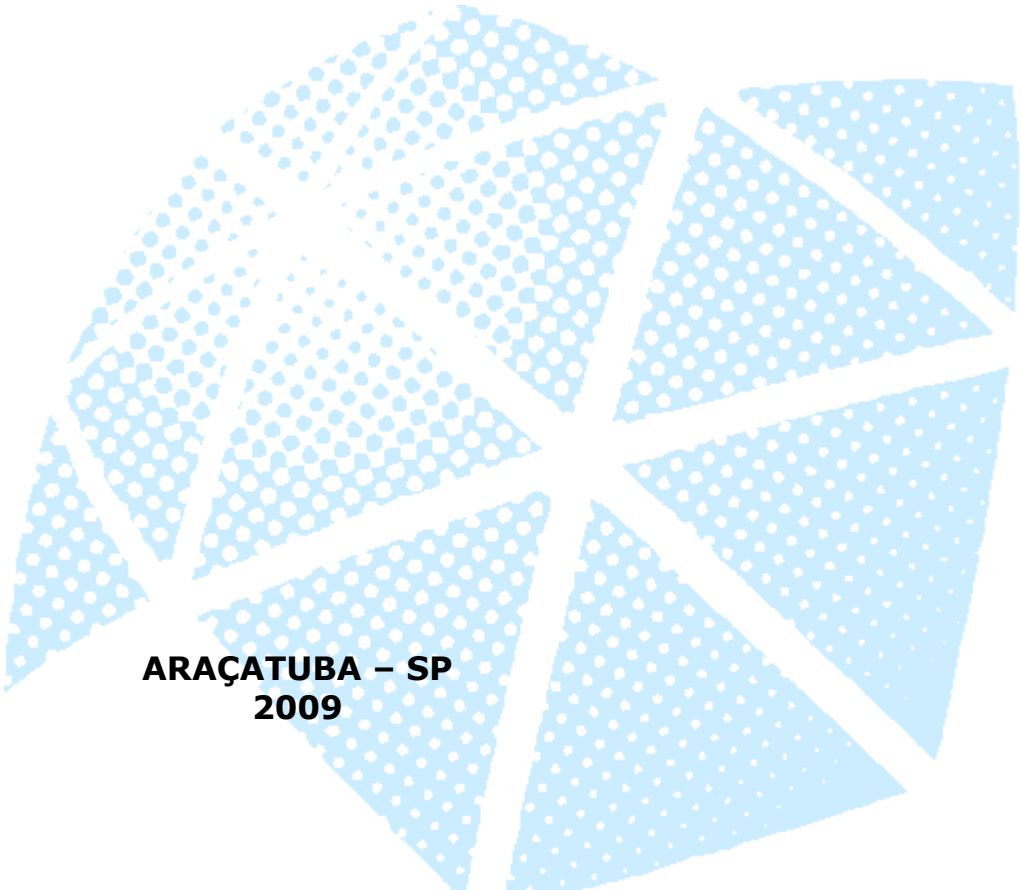
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

**Ana Carolina Marouelli dos Santos**

# Dor Neuropática Orofacial por Neuralgia Trigeminal
# Relato de Dois Casos Clínicos



**ARAÇATUBA – SP**
**2009**

**ANA CAROLINA MAROUELLI DOS SANTOS**

# Dor Neuropática Orofacial por Neuralgia Trigeminal
# Relato de Dois Casos Clínicos

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a Graduação em Odontologia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Orientador: Prof.Titular Norberto Perri Moraes

**ARAÇATUBA – SP**
**2009**

## Dedicatória

Dedico não só este trabalho, mas também minha formação e todas as demais conquistas que já obtive àqueles que dão a vida em favor de seus dois filhos, meus pais, Marcos Antônio dos Santos e Márcia Marouelli dos Santos. São eles meus grandes ídolos e exemplos para toda a vida, sempre nos ajudam e apóiam em qualquer situação, dando forças para seguir em frente seja qual for a dificuldade que estejamos enfrentando. Com eles aprendi a ter determinação, buscar meus objetivos e sempre acreditar em meu potencial. Não existem palavras que possam expressar todos os sentimentos que tenho por essas duas grandes estrelas que são meus pais. Só tenho a agradecer e dedicar toda a minha vida a esses heróis.

## Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado a oportunidade de realizar o sonho de fazer esse curso tão gratificante que é a Odontologia e principalmente por estar sempre do meu lado nos momentos mais difíceis.
Ao meu orientador Dr. Norberto Perri Moraes, por todos seus ensinamentos, pela paciência e muita dedicação durante todo o tempo. Além de professor, se mostrou um grande amigo.
Ao Dr. Rafael Akira Murayama, pela atenção, apoio e grande contribuição para a realização deste trabalho, e que mesmo estando ocupado com sua tese, sempre esteve pronto para me ajudar.
À secretária Jane Fátima Mendes Fernandes da Silva que com toda prontidão sempre me ajudou na organização dos prontuários, telefones de pacientes e agendamento dos mesmos.

SANTOS, A.C.M. **Dor Neuropática Orofacial por Neuralgia Trigeminal - Relato de Dois Casos Clínicos.** 2009. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

## Resumo

Com o propósito de melhor conhecer a Neuralgia Trigeminal (NT), o autor apresenta neste estudo dois casos clínicos. Primeiramente, pode-se constatar que a NT não é doença incomum na clínica odontológica, ocorrendo em 5,8% de 1567 casos de dor orofacial estudados (SANTOS et al, 2008). No presente, os resultados mais significantes foram: a NT acomete pessoas de ambos os sexos, da raça branca e amarela, na 7ª década de vida. A cronicidade da dor é variável de **05 a 13** anos de manifestação, sendo do tipo paroxística (início abrupto e intensidade severa), curta duração (minutos), tipo "agulhada", "faísca" ou "choque elétrico", de localização unilateral, tanto em mandíbula como em maxila e idiopática. Ao término da crise não deixa dor residual. Apresenta "ponto de gatilho" de dor na bochecha, canto do lábio superior, área dentada em maxila e rebordo alveolar desdentado. O leve toque na face, o ato de lavar o rosto, falar, escovar os dentes e mastigar alimentos desencadeiam a crise de dor. Distúrbios emocionais, provocados por ansiedade, depressão, divórcio e morte de ente familiar, pioram o quadro clínico da NT. O teste-diagnóstico da Carbamazepina (CBZ) mostrou ser positivo para o diagnóstico da NT. A CBZ, usada como primeira escolha terapêutica, mostrou-se benéfica no controle da dor neurálgica por longo período de tempo. A neurectomia periférica é boa opção terapêutica cirúrgica para controle da NT. O autor ressalta que diferentes doenças de ocorrência na região orofacial podem mimetizar a NT o que dificulta o correto diagnóstico; para amenizar esse problema, se faz necessário o melhor conhecimento das dores orofaciais em geral e em especial da NT.

**Palavras-chave:** Dor Orofacial, Neuralgia Paroxística, Neuralgia Trigeminal, Casos Clínicos.

SANTOS, A.C.M. **Neuropathic Orofacial Pain by Trigeminal Neuralgia – Study of two Clinical Cases.** 2009. 41f. Graduate Final Work – Araçatuba Dentistry School. UNESP- São Paulo State University, 2009.

## Abstract

With purpose to get better knowledge about Trigeminal Neuralgia (TN) the author presents two clinical cases. First all was observed that TN is not an uncommon pain disease, it could be noted in 5,8% of the 1567 cases of orofacial pain in the dentistry clinic (SANTOS et al, 2008). The present study showed that TN affected women and men, white and yellow race in the seventh decade. The more significant clinical characteristics of the TN in our patients were a chronic paroxysmal idiopathic condition, abrupt onset, brief electric-shocklike (lancinating or jabbing) lasting only few minutes with pain-free intervals. The pain occurs unilaterally in the maxilla or mandibula. Trigger zones were noted at cheek, canthus of the upper lip, upper tooth and edentulous alveolar ridge. The pain was evoked by trivial stimuli such as light touch on the face, washing, talking, toothbrushing and chewing. Psychological disturbance like anxiety, depression, lost of a family member and divorce can worse TN. Diagnostic-test with Carbamazepine was positive for TN. Carbamazepine used as the first choice for the treatment was effective in the control of TN. Different painful diseases in the orofacial area can simulate a TN and for this reason many erroneous diagnoses are made. Therefore clinician must know better about orofacial pain subject especially about TN.

**Keywords:** Orofacial Pain, Paroxysmal Neuralgias, Trigeminal Neuralgia, Clinical Cases.

## Lista de Figuras

Página

**- Figura 01 –** Escala Visual Analógica (EVA) com as intensidades de dor e seus respectivos números representativos..... 11

**- Figura 02** – Aspecto da face do paciente de frente ..... 22

- **Figura 03** – Aspecto da face do paciente do lado direito ..... 22

- **Figura 04** – Aspecto da face do paciente do lado esquerdo ..... 22

- **Figura 05** – Aspecto intrabucal mostrando tecidos moles ..... 23
normais

- **Figura 06** – Aspecto intrabucal com as próteses totais em posição dentro da boca em vista de frente (próteses estáveis) ..... 23

- **Figura 07** – Aspecto intrabucal com as próteses dentro da boca em vista lateral esquerda ..... 23

- **Figura 08** – Radiografia panorâmica da face mostrando significante atrofia dos ossos maxilares, paciente desdentado total, aplainamento dos côndilos mandibulares e seios maxilares com aspecto normal..... 24

- **Figura 09** – Tomografia computadorizada de crânio, cortes axiais, com aspecto de normalidade..... 24

- **Figura 10** – Região de ponto de gatilho da dor: canto esquerdo do lábio superior e região dos dentes 22 a 25 ..... 27

- **Figura 11** – Aspecto intrabucal da região de queixa da dor ..... 27

- **Figura 12** – Radiografia panorâmica com ênfase na região de dor, mostrando apicectomia e obturação retrógrada nos dentes 23 e 25, além de pulpectomia no 26 ..... 28

- **Figura 13 -** Injeção intra-articular - anestésico mais corticóide na ATM esquerda ..... 29

## Sumário


Página

1 Introdução..... 9

2 Proposição..... 20

3 Relato de Caso Clínico 01..... 21

4 Relato de Caso Clínico 02..... 26

5 Discussão..... 31

6 Conclusão..... 35

7 Referências Bibliográficas..... 36

8 Anexo A ..... 40

9 Anexo B ..... 41

# INTRODUÇÃO

O conceito clínico-científico contemporâneo de dor mais aceito é aquele proposto pela Associação Internacional para Estudos da Dor que a define como uma "experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tais danos" (MERSKEY, H. & BOGDUK, N. 1994).

Dores podem ocorrer na região orofacial e são classificadas como desordens intracraniais, extracraniais, musculoesqueléticas, neurovasculares, neuropáticas e psicogênicas (PERTES & GROSS, 1995).

A dor neuropática, também chamada de neurogênica, é definida como uma "dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção no sistema nervoso periférico ou central" (OKESON, 1998), podendo, ainda, envolver o sistema nervoso autonômico (CONTI et al, 2003).

A dor neuropática não requer a presença de estímulos nocivos em contraste com a dor somática, que os exige (PERTES & GROSS, 1995), ainda, essa dor pode ser intensa sem se relacionar com o grau da estimulação, caracteriza-se por dor forte, estimulante e em queimação, além de que, normalmente não responde a pequenas doses de analgésicos (CONTI et al, 2003).

Com base nos sinais e sintomas, a dor neuropática poderá ser classificada como *contínua* ou *paroxística* (episódica) (PERTES & GROSS, 1995; OKESON, 1998).

A *dor neuropática contínua* representa uma dor constante com variações na intensidade (de moderada a severa), porém sem períodos de remissão total. Seu caráter é queimante, sendo acompanhada por parestesia ou disestesia (sensação anormal, ex. formigamento). São exemplos mais comuns, as neurites traumáticas, neuroma de amputação, neurites tóxicas (p. ex. consequência de medicações endodônticas), bacterianas, virais (p. ex. neuralgia pós-herpética), neuralgia por

diabetes, odontalgia atípica, dor facial atípica e síndrome do ardor bucal. Ainda, a dor neuropática contínua poderá ser mantida pelo sistema nervoso simpático, por isso recebe a denominação de *dor neuropática mantida simpaticamente* (PERTES & GROSS, 1995; OKESON, 1998).

A *dor neuropática episódica* mostra-se, clinicamente, com início abrupto, curta duração (de segundos a poucos minutos) e de intensidade severa desde o início, caracterizando-a como dor paroxística, do tipo "queimante", "agulhadas", "facadas" ou "choque elétrico" e com intervalos livres de dor (PERTES & GROSS, 1995; LUND et al, 2001; DWORKIN, 2002; BENOLIEL & ELIAV, 2008). São exemplos de dor neuropática episódica as neuralgias trigeminal, glossofaríngea, do nervo intermédio e neuralgia occipital (nervo occipital maior e menor) (PERTES & GROSS, 1995; LUND et al, 2001).

Do exposto, fica claro que é no grupo das dores neuropáticas episódicas que se encaixa a Neuralgia Trigeminal, assunto do presente trabalho.

A *Neuralgia Trigeminal (NT)*, também chamada *tic douloureux*, é uma dor facial paroxística episódica, usualmente espontânea e unilateral na distribuição do nervo trigêmeo (PERTES & GROSS, 1995), podendo ser bilateral em 1% a 4% dos casos (BENOLIEL & ELIAV, 2008). Na população em geral, sua incidência é 4,5: 100.000 pessoas (KATUSIC et al, 1991; CHAVIN, 2003) e sua prevalência é de 0,1 a 0,2: 1.000 pessoas (MANZONI & TORELLI, 2005). A NT não é doença incomum na clínica odontológica, ocorrendo em 1,72% de 1567 casos de dor orofacial estudados (SANTOS et al, 2008).

A dor facial da NT tem início abrupto, curta duração (segundos ou poucos minutos) e de intensidade severa compreendendo entre 09 e 10 na escala visual analógica − EVA para dor (BENOLIEL & ELIAV, 2008; SANTOS et al, 2008) (figura 01).

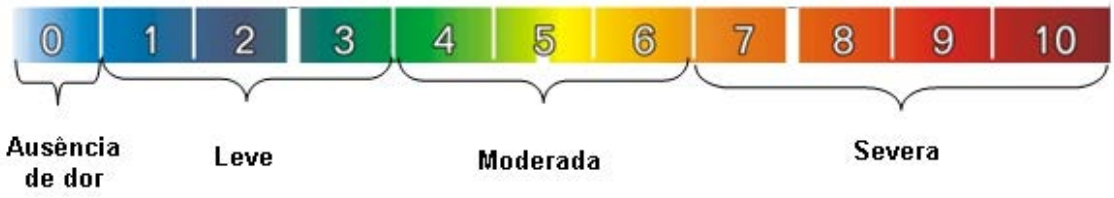



Figura 01 - Escala Visual Analógica (EVA) com as intensidades de dor e seus respectivos números representativos

As crises de dor na NT geralmente estimulam respostas, como salivação, ruborização da face, lacrimejamento, ou mesmo, rinorreia, envolvendo assim, o sistema nervoso autonômico (CONTI et al, 2003; FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004). Ao final das crises de dor não se verifica dor residual na NT (PERTES & GROSS, 1995; OKESON, 1998).

A NT acomete mais mulheres da raça branca e idade entre a 5ª e 7ª década de vida (BENOLIEL & ELIAV, 2008; SANTOS et al, 2008). Alguns estudos mostram maior acometimento da NT no ramo maxilar do nervo trigêmeo, seguido do mandibular e por fim oftálmico (SOUZA, TEXEIRA, TELLA JR., 2002; FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004; BENNETTO, PATEL, FULLER, 2007); entretanto, pode-se constatar em outros estudos que a NT foi mais prevalente no ramo mandibular do nervo trigêmeo, seguido do maxilar e oftálmico (SANTOS et al, 2008; GOES & FERNANDES, 2008).

Aproximadamente 50% dos pacientes acometidos por NT possuem *"trigger points"* ou *zonas-de-gatilho*, que são áreas situadas ipsilateralmente à dor e que, quando tocadas ou manipuladas, desencadeiam a crise dolorosa. A existência de *"trigger points"* é patognomônica da neuralgia e são comuns na asa do nariz, vermelhão dos lábios, região zigomática, à volta dos olhos, bochechas e região de distribuição do nervo mentoniano. *"Trigger points"* também podem existir na região intra-oral como p.ex. rebordo alveolar (PERTES & GROSS, 1995; CASTRO, 2000). Estímulos triviais como o ato de lavar o rosto, de se barbear, fumar, falar, e escovar os dentes desencadeiam a dor da NT; mas ainda existem casos onde a dor surge espontaneamente (BENOLIEL & ELIAV, 2008).

A etiologia da NT é bastante variável, no entanto acredita-se que 80% a 90% dos casos sejam devido à *compressão* na raiz do nervo trigêmeo próximo à zona de entrada para a ponte, por meio de uma alça aberrante de veia ou artéria (LOVE & COAKHAM, 2001; NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001; HOROWITH et al, 2004). Outras etiologias incluem a *esclerose múltipla* - que se trata de uma doença do SNC progressiva, ocasionada pela disseminação de placas de desmielinização, acomete mais mulheres jovens (20 a 40 de idade) e manifesta-se usualmente por dor bilateral; *amiloidose* – doença rara na qual ocorre o acúmulo de fragmentos de proteína ao redor dos tecidos de forma a comprometer o correto funcionamento dos mesmos; *cisticercose*; *tumores intracraniais* localizados particularmente no ângulo cerebelo pontino; *carcinomas* localizados próximo à raiz nervosa, ao gânglio de Gasser ou ao próprio nervo trigêmeo, de forma a invadir e/ou pressionar nervos, e ainda, os *aneurismas* (LOVE & COAKHAM, 2001; NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001; CAMPOS, 2005).

Ressalta-se que a NT também tem sido classificada em *sintomática* e *idiopática.* A NT *sintomática* é aquela na qual a causa é identificada, como p.ex. esclerose múltipla, tumores intracranianos, cistos, infecção viral, trauma e doenças sistêmicas; e *idiopática* seria a NT na qual não se pôde determinar uma causa (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001; BENOLIEL & ELIAV, 2008).

A maioria dos pacientes (> 85%) com NT não possuem uma causa aparente para o caso, sendo assim diagnosticados com neuralgia trigeminal idiopática (CAMPOS, 2005; BENOLIEL & ELIAV, 2008). A maioria dos casos classificados como idiopáticos (80% - 90%) são resultantes da compressão do nervo trigeminal (BENNETTO, PATEL, FULLER, 2007).

A NT deve ser diferenciada principalmente das seguintes condições: odontalgia, dor facial atípica, neuralgia pós-herpética, arterite temporal, disfunção da articulação temporomandibular (DTM por artropatia e/ou dor

miofascial em músculos mastigatórios), doenças no seio maxilar (sinusite), olhos, nariz, e tumores principalmente os intracraniais (PERTES & GROSS, 1995; NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001).

Enquanto a neuralgia trigeminal pode apresentar-se num curso inalterado, episódico e crônico, a *odontalgia* (dor dental) tem um quadro progressivo e em sua maioria de natureza agudo. A odontalgia segue um curso inflamatório, podendo ser "latejante", em "pontada" ou em "choque", provocada ou espontânea e de duração mais longa. É possível além do exame clínico, que se realize ainda, radiografia dental com o intuito de saber se o problema é ou não de origem dentária (SIQUEIRA & CHING, 2003).

A *dor facial atípica* mostra-se similar à dor da NT, contudo o fator mais significante que a diferencia da NT é o fato de não possuir *zonas-de-gatilho.* Ainda, caracteriza a dor facial atípica, dor profunda e localizada em determinada área ou nos dois lados da face, sendo mais frequente na maxila e sem anormalidades neurológicas (NÓBREGA et al, 2007).

A *neuralgia pós-herpética* do herpes-zoster é facilmente diagnosticada durante a anamnese e história relatada pelo paciente, caracterizando-se pela aparição de erupções cutâneas seguidas de uma dor que se distribui ao longo do trajeto de um nervo periférico. A dor surge de forma severa, a intervalos variáveis, tendo um caráter crônico, insistente, contínuo e espontâneo (NAYLOR, 2004).

A *arterite temporal* é caracterizada por dor moderada a severa, pulsátil e contínua na região temporal (área da artéria temporal, uni ou bilateralmente). A dor poderá ser irradiada para o pescoço, maxila, mandíbula e ATMs. A artéria temporal mostra-se edemaciada, com rubor e dolorida. Febre, mal estar e fadiga podem estar presentes. A velocidade de hemossedimentação está aumentada. O diagnóstico definitivo é por biópsia da artéria temporal com o achado de "*arterite de células gigantes*". O tratamento é médico e deve ser instituído rapidamente com corticosteróides sistêmicos (OKESON, 1998). Não sendo realizado

tratamento, ocorre cegueira em 50% dos casos. O tratamento é médico e deve ser instituído rapidamente com corticosteróides sistêmicos (OKESON, 1998). É importante ressaltar que não há nenhum alívio da dor na arterite temporal com a administração de carbamazepina (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001).

Devemos pensar em *desordem temporomandibular (DTM)*, quando a função normal mandibular ativa a dor de queixa do paciente. Além disso, a palpação dos músculos da mastigação e das ATMs são de grande valor nesse diagnóstico, pois durante o exame do paciente é possível detectar dor muscular e estalidos articulares. Outros achados são alterações radiográficas na articulação temporomandibular como p.ex. osteófitos, aplainamento e/ou rarefação na superfície do côndilo mandibular, entre outras (PERTES & GROSS, 1995; OKESON, 1998; MURAYAMA, 2003).

A *sinusite maxilar,* devido ao acúmulo e estagnação de secreções de muco dentro dos seios, provoca aí uma infecção bacteriana, apresentando-se com dor sinusal, sensação de pressão no seio infectado e periorbital, por vezes com tumefação na região do seio, dor envolvendo dentes superiores pré-molares e molares do lado afetado, sensação de fechamento da narina, rinorreia e otalgia. A radiografia dos seios maxilares através da técnica de Walters mostra opacificação ("velamento") do seio afetado. São causas de sinusite alérgica nasal não tratada: óstio estenótico do seio e doenças dentárias periapicais (OKESON, 1998).

Os *tumores intracraniais* representam 2% a 6% das causas de Neuralgia Trigeminal. Os mais freqüentes são aqueles localizados na fossa posterior (60% a 88%), geralmente meningioma ou neurofibroma, que provocam compressão vascular da raiz do nervo trigeminal e consequentemente dor trigeminal. O paciente apresenta déficit neurológico (fraqueza, perda sensorial como parestesia ou paralisia, tonturas), dor tipo queimação, cefaléia (que repentinamente muda para dor de grande intensidade), aumento de pressão intracraniana, vômitos,

náusea, e episódios de dor de longa duração (PERTES & GROSS, 1995; OKESON, 1998).

Outras neuralgias craniais, como a glossofaríngea, do nervo intermédio e occipital, também podem dificultar o diagnóstico. Essas neuralgias são mais raras e podem causar dor com características idênticas à da NT, no entanto, a localização será diferente (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001).

Para o diagnóstico definitivo de NT, muitas vezes há necessidade de exames imaginológicos, desde radiografias rotineiras para dentes e seio maxilar até ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC), para análise de diversas regiões que podem ser acometidas, já que a localização exata do local onde ocorre a injúria ao trigêmeo é muito difícil quando se consideram apenas as manifestações clínicas. É preciso que logo de início se descarte a possibilidade de ser um tumor intracranial (primário ou metastático) em algum ponto ao longo do trajeto do nervo trigêmeo (PENÃRROCHA et al, 2007).

No caso da *ressonância magnética*, é possível detectar a presença de compressão vascular na zona de entrada da raiz dos nervos sensitivos da face, placas de esclerose múltipla, acidentes vasculares. A *tomografia computadorizada*, por sua vez, é útil para demonstrar tumores, cistos ou granulomas encefálicos (QUESADA et al, 2005; BENNETTO, PATEL, FULLER, 2007; BENOLIEL & ELIAV, 2008).

O tratamento da NT pode ser dividido em farmacológico e cirúrgico.

A *terapia farmacológica* é o tratamento de primeira escolha, já que se trata de um método pouco invasivo (KITT et al, 2000; NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001; FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004), sendo realizada principalmente através de medicamentos anticonvulsivantes, cujo mecanismo sustenta-se na ação antiepiléptica, impedindo a condução de impulsos nervosos aferentes e bloqueando a deflagração do quadro doloroso (GOES & FERNANDES, 2008).

O anticonvulsivante *Carbamazepina* (Tegretol®) é sem dúvida a droga mais efetiva e de primeira escolha no tratamento da NT, com 60-80% de sucesso nos pacientes. Sua eficiência é tão grande, que muitas vezes passa a ser usada como um *teste-diagnóstico* para a neuralgia trigeminal (KITT et al, 2000; BENOLIEL & ELIAV, 2008). Dentre seus efeitos colaterais, destacam-se: tontura, cefaléia, sonolência, visão dupla, náusea, vômito, constipação, diarréia, reações alérgicas na pele, púrpura, eosinofilia, linfadenopatia, confusão mental, agitação psicomotora e psicose (FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004), leucopenia reversível, neutropenia e/ou trombocitopenia (2% dos casos) e, raramente anemia aplástica, agranulocitose e alterações hepáticas (OKESON, 1998; PERTES & GROSS, 1995; FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004). Devido à possibilidade de ocorrem alterações hematológicas e hepáticas, recomendam-se exames laboratoriais periódicos (GOES & FERNANDES, 2008).

Quando a eficácia da Carbamazepina (CBZ) é pobre ou seus efeitos colaterais são inaceitáveis, opta-se pela *Oxcarbamazepina* (Trileptal ®), cuja molécula é estruturalmente semelhante à Carbamazepina, porém causa menos efeitos adversos ao nível de SNC e menos reações alérgicas (GOES & FERNANDES, 2008).

Pacientes que não toleram a Carbamazepina (CBZ) também podem fazer uso de *Baclofen* (Liorisal®) ou *Fenitoína* (Dilantin ®). O *Baclofen*, relaxante musculoesqueletal de ação central, mostrou ser efetivo para mais de 74% dos pacientes que não foram ajudados ou que se tornaram intolerantes à CBZ (PERTES & GROSS, 1995; HOROWITZ et al, 2004). A *Fenitoína*, um anticonvulsivante, tem sido usada com bons resultados como medição de 2ª escolha no tratamento da NT. O seu uso crônico pode causar hiperplasia gengival, hisurtismo e raramente pseudolinfoma (LUND et al , 2001).

Outras opções ainda incluem *Gabapentina* (Neurontin®), *Clonazepam* (Rivotril®), *Topiramato* (Topamax®) com resultados razoáveis que

merecem ser mais estudados (KITT et al, 2000; GALVÃO, 2005; GOES & FERNANDES, 2008).

Dependendo da idade do paciente e de seu estado de saúde geral, caso a terapêutica medicamentosa falhe ou as crises álgicas estejam intensas, recomenda-se o *tratamento cirúrgico* (FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004; BENOLIEL & ELIAV, 2008), que poderá ser extra ou intracranial.

O *tratamento cirúrgico extracranial* pode ser realizado por meio de neurectomia periférica, bloqueio alcoólico periférico ou crioterapia da raiz periférica. Por sua vez, o *tratamento cirúrgico intracranial* da NT poderá ser por micro descompressão vascular, gangliólise por radiofreqüência ou gangliólise com glicerol (OKESON, 1998; PERTES & GROSS, 1995; NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001; BENOLIEL & ELIAV, 2008).

A *neurectomia periférica*, que consiste na secção da raiz sensitiva do nervo trigêmeo, interrompe a inervação das estruturas periféricas afetadas dando alívio da dor; a *crioterapia da raiz periférica* refere-se à técnica cirúrgica em que a raiz nervosa afetada do nervo é exposta e recebe aplicação de um bastão com temperatura entre -50 a -70ºC o que lesa o nervo garantindo alívio doloroso; o *bloqueio alcoólico periférico* trata-se da administração direta de injeções de álcool no ramo nervoso em questão, o que provoca a necrose do mesmo, resultando em alívio da dor durante 06 até 38 meses (PERTES & GROSS, 1995; CAMPOLONGO & NOSÉ, 2001; NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001; BENOLIEL & ELIAV, 2008).

Outros métodos de tratamento periférico controlado incluem lesões por *radiofreqüência* e *injeções de glicerol, fenol,* altas concentrações de *tetracaína* ou uma mistura de *lidocaína* e *estreptomicina*. Em todos esses casos, o alívio doloroso ocorre em média durante meses, ou seja, não é definitivo (NURMIKKO, 2001).

Já com relação ao *tratamento cirúrgico intracranial* para a NT, é possível citar a *micro descompressão vascular* que é um dos

procedimentos cirúrgicos mais aceitos para tratar a NT com 96 a 97% de eficiência. Essa técnica baseia-se na premissa de que a neuralgia trigeminal é causada pela compressão vascular da raiz nervosa, assim a separação cirúrgica por meio da interposição de um material biocompatível (p. ex. Teflon), que separe tais partes é capaz de oferecer a cura permanente. Os casos de mortalidade resultante desse procedimento estão entre 0,2 a 1% dos casos (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001; BENOLIEL & ELIAV, 2008). É mais indicada para indivíduos jovens que pretendem preservar a sensibilidade facial (QUESADA et al, 2005).

As *rizotomias trigeminais percutâneas* são procedimentos direcionados ao gânglio trigeminal e incluem a *gangliólise por radiofreqüência* com eficiência de 78 a 100%, sendo a mais usada atualmente; a *injeção de glicerol* com eficiência de 89 a 96% (PERTES & GROSS, 1995) e a *compressão por balão* com eficiência de aproximadamente 90% (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001).

A *gangliólise por radiofreqüência intracranial* garante maior alívio doloroso (até 100%), mas poderá estar associada com caso de sensibilidade facial, meningite e lesão nervosa (BENOLIEL & ELIAV, 2008). É um procedimento central que envolve a lesão parcial seletiva do gânglio ou da raiz nervosa afetada. A agulha de radiofreqüência é inserida no forame oval estimulando uma das três divisões do nervo trigêmeo, por meio de um processo de excitação elétrica suave (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001).

A *injeção de glicerol intracranial* também é feita através da introdução de uma agulha no forame oval buscando-se o ramo afetado do nervo trigêmeo. Ao encontrar a posição adequada da agulha, inicia-se a deposição do glicerol (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001).

No tratamento de *compressão por balão,* uma agulha guia é inserida no forame oval e, por meio desta, um cateter é inserido até o cavo trigeminal aonde o balão será inflado lentamente até que ocupe toda a

área, garantindo uma compressão adequada do ramo do nervo trigêmeo que está afetado (NURMIKKO & ELDRIDGE, 2001).

Ressalta-se que no planejamento terapêutico para NT deveriam ser instituídos primeiramente procedimentos conservadores, e posteriormente os mais agressivos. Assim, como primeira escolha deveríamos utilizar o tratamento medicamentoso, como segunda o cirúrgico periférico e como última escolha o cirúrgico intracranial.

Do exposto, pode-se constatar que diferentes doenças dolorosas na região orofacial podem mostrar quadro clínico semelhante à *Neuralgia Trigeminal,* o que traz dificuldade para o correto diagnóstico e, por conseguinte, o correto tratamento para o paciente. Portanto, fica claro a necessidade do melhor conhecimento das dores orofaciais em geral e da NT em particular.

# PROPOSIÇÃO

É propósito desse trabalho realizar o estudo das características clínicas da Dor Neuropática Orofacial por Neuralgia Trigeminal visando o correto diagnóstico dessa enfermidade, através da apresentação de dois casos clínicos.

RELATO DE CASO CLÍNICO 01

O paciente J.J.C. sexo masculino, 69 anos de idade, raça branca, brasileiro, casado, aposentado e residente em Andradina (SP), procurou o Serviço de Dor Orofacial do Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, em *maio de 2007* (1ª consulta), com queixa principal de dor na área desdentada de rebordo alveolar esquerdo com cronicidade de *3 anos*.

Na *história da doença* o paciente relata que a dor no seu primeiro episódio apresentou-se de maneira espontânea, tipo "agulhada", curta duração (minutos) e sendo desencadeada por água gelada – ato de beber água gelada, tomar sorvete e molhar o rosto com água durante o banho. Isso teve início há 3 anos, quando num dia de muito calor e estando ele suado, resolveu mergulhar em um rio. Em consequência da dor, passou aproximadamente 10 dias sem conseguir se alimentar normalmente. Após o que, procurou atendimento com cirurgião-dentista e médico otorrinolaringologista, sendo diagnosticado como portador de *Neuralgia Trigeminal (NT) do ramo mandibular esquerdo*. Na época foi medicado com Carbamazepina 200mg (Tegretol®) 3 vezes ao dia, Gabapentina 300mg (Neurontin®) 3 vezes ao dia e Tramadol 100mg (Tramal®) 2 vezes ao dia, sem total benefício para controle de sua dor.

A *história médica* foi significante para hipertensão arterial, cálculo renal e hérnia abdominal.

A medicação em uso são os fármacos Oxcarbamazepina 300 mg (Trileptal®), 3 vezes ao dia, com pouco benefício para controle da NT e a medicação hipotensora arterial Pindolol (2,5mg) combinado com Clopamida (1,25mg) para controle da hipertensão arterial.

A história odontológica e familial não revelou dados dignos de nota.

A *revisão dos sistemas* (olhos, nariz, seios maxilares, pilares amigdalianos e glândulas salivares) também não revelou dados de anormalidade.

O *exame neurológico superficial* mostrou resultados normais.

Com base no questionário específico para dor orofacial, o paciente relatou que nos últimos 3 meses a média de intensidade de sua dor foi 10 na *Escala Visual Analógica* (EVA) para dor de 0 a 10, com interferência significante em suas atividades diárias e piora da sua qualidade de vida.

O *exame físico extrabucal* não mostrou alterações dignas de nota (figuras 02, 03 e 04).

Figura 02 – Aspecto da face do paciente de frente
Figura 03 – Aspecto da face do paciente do lado direito
Figura 04 – Aspecto da face do paciente do lado esquerdo

O exame físico para ATMs, músculos da face e pescoço também não revelou dados de anormalidade.

O *exame físico intrabucal* revelou que se tratava de um paciente desdentado total superior e inferior, que fazia uso de próteses totais convencionais em ambos os arcos dentários, estando em bom estado de conservação e com boa estabilidade. Os tecidos moles da boca mostraram-se normais (figuras 05, 06 e 07).

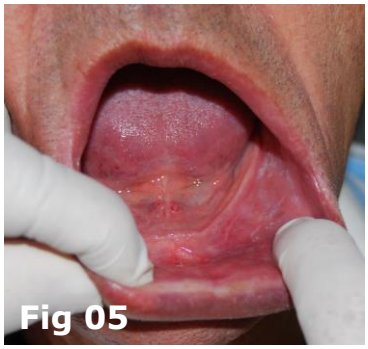


Figura 05 - Aspecto intrabucal mostrando tecidos moles normais
Figura 06 - Aspecto intrabucal com as próteses totais em posição dentro da boca em vista de frente (próteses estáveis)
Figura 07 – Aspecto intrabucal com as próteses dentro da boca em vista lateral esquerda

No que se refere à intensidade, qualidade e características da dor orofacial na 1ª consulta (maio de 2007), pode-se constatar dor de intensidade EVA=10, início abrupto, tipo "facada" e ou "choque elétrico", curta duração (poucos minutos), episódica, desencadeada pelo frio – água fria, sorvete e mudança brusca do clima, de localização unilateral no rebordo alveolar mandibular esquerdo. Relata que a "dor teve início após mergulhar no rio estando com corpo todo suado" (choque térmico).

O diagnóstico diferencial proposto foi *Neuralgia Trigeminal do Ramo Mandibular Esquerdo*, e *Neuralgia por Doença Intracranial* (neoplasia, aneurisma).

Nesta primeira consulta, adotou-se como conduta o ajuste da dose de Carbamazepina (200mg) que vinha sendo utilizada pelo paciente, passando de 3 comprimidos (600mg ao dia) para 4 comprimidos ao dia (800mg ao dia); ainda, foi solicitada realização de radiografia panorâmica da face e tomografia computadorizada (TC) do crânio visando descartar, sobretudo, lesão intracranial.

No retorno de 1 mês (junho de 2007) o paciente relatou que a dor diminuiu muito com o uso da Carbamazepina (200mg, 04 vezes ao dia), porém quando o efeito do medicamento passava, os episódios dolorosos voltavam a ocorrer.

A radiografia panorâmica da face (junho de 2007) foi significativa para atrofia dos ossos maxilares, aplainamento dos côndilos mandibulares

bilateralmente e paciente desdentado total. Os seios maxilares mostraram-se radiograficamente normais (figura 08).

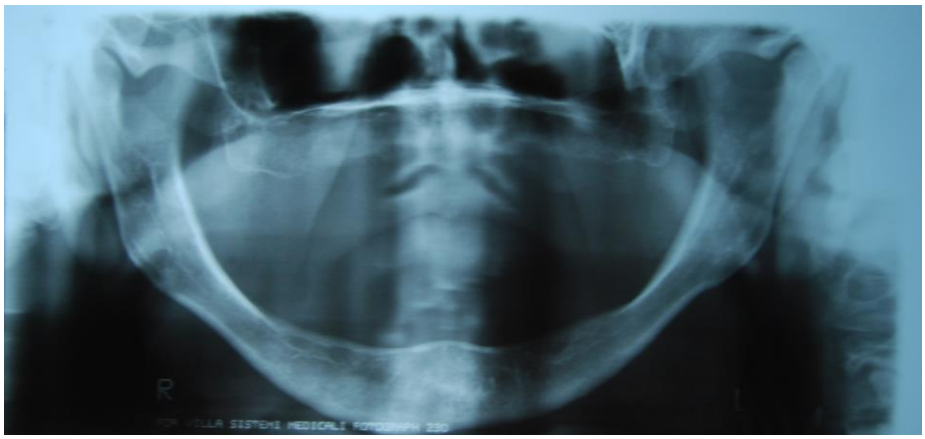


Figura 08 – Radiografia panorâmica da face mostrando significante atrofia dos ossos maxilares, paciente desdentado total, aplainamento dos côndilos mandibulares e seios maxilares com aspecto normal

A *Tomografia Computadorizada* (TC) do Crânio (abril de 2007) revelou como resultado TC do crânio normal (figura 09).

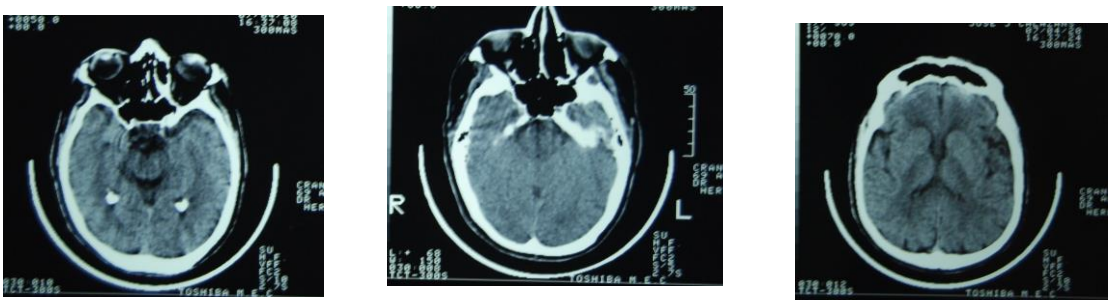


Figura 09 – Tomografia computadorizada de crânio, cortes axiais, com aspecto de normalidade

O Diagnóstico Clínico foi de *Neuralgia Trigeminal Idiopática do Ramo Mandibular Esquerdo*.

O controle da dor com CBZ na dosagem diária de o4 comprimidos perdurou por 12 meses (até maio de 2008). Contudo, o resultado do exame laboratorial hemograma completo revelou discreta leucopenia, razão pela qual foi trocada a medicação CBZ para Oxcarbamazepina (300mg) (Trileptal ®) na dose de 2 comprimidos ao dia (600mg por dia), obtendo-se bom controle da dor.

No retorno após 12 meses (maio de 2009), mesmo utilizando-se da Oxcarbamazepina (300mg) na dose de 02 comprimidos por dia, o paciente relatou retorno de dor tipo "choque elétrico" na região desdentada de rebordo alveolar esquerdo. Fez-se, então, o *teste de bloqueio anestésico* com lidocaína no forame mental esquerdo, obtendo-se o desaparecimento da dor. Daí procedeu-se o tratamento por *neurectomia periférica em forame mental esquerdo* para o caso (06/05/2009).

No último atendimento, em 01/08/2009 completando 02 anos de acompanhamento clínico e 03 meses pós neurectomia periférica, o paciente apresentou-se assintomático e sem necessidade da medicação Oxcarbamazepina. Ainda relatou: *"Estou me sentindo bem no momento".* O exame físico, a revisão dos sistemas e o exame neurológico superficial mostram resultados normais. A história de cronicidade foi de 05 anos, desde o início da doença.

RELATO DE CASO CLÍNICO 02

A paciente C.M., do sexo feminino, com 62 anos de idade, da raça amarela, desquitada, brasileira, residente na cidade de Araçatuba (SP), procurou a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, no *ano de 1996*, com *queixa principal* de dor na região do dente 26, tipo "agulhada", "faísca" ou "choque elétrico", há cerca de *1 mês*.

A dor era espontânea, de curta duração (minutos) sendo desencadeada ao falar e mastigar. Previamente ao atendimento na faculdade havia recebido diagnóstico de *Dor Dental* (1º diagnóstico – errôneo) e, por isso, relatou ter se submetido a uma apicectomia e obturação retrógrada nos dentes 23 e 25, além de pulpectomia no 26, sem, contudo, obter total benefício para cessar sua dor. Posteriormente (ainda no ano de 1996), recebeu tratamento medicamentoso com Carbamazepina 200mg (Tegretol®) 01 comprimido ao dia, com razoável melhora da sintomatologia dolorosa.

O diagnóstico foi de *Neuralgia Trigeminal de Ramo Maxilar Esquerdo* (2º diagnóstico) e o tratamento com CBZ 200mg, 01 a 02 comprimidos por dia, o qual resultou no controle de sua dor por período de 04 anos (até o ano 2000).

Em 09 de fevereiro de 2000, a paciente procurou o Serviço de Dor Orofacial do Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, com queixa principal de "agravamento da sua dor orofacial", diagnosticada em 1996 como Neuralgia Trigeminal. A intensidade da dor agora era 10 (EVA 0 – 10).

Na *história da doença* pode-se constatar dor semelhante a "trovão" e "tipo choque elétrico", severa, espontânea, de curta duração (minutos), desencadeada por toque leve ao lavar o rosto e escovar os dentes, com cronicidade de 04 anos (início em 1996). "Agora minha dor está mais

intensa e parece se iniciar na região posterior do crânio, indo depois para a região dos dentes 22 a 25". A dor vem interferindo muito na sua vida diária.

Na história psicossocial, a paciente associava a piora da sintomatologia dolorosa a problemas emocionais pela morte do irmão e divórcio recente, além disso, relatava dificuldade para dormir, o fato de ser ansiosa e ter depressão.

A *história médica* foi significante para apendicite, tonsilectomia, distúrbio emocional como ansiedade e depressão, distúrbio do sono (insônia).

A *história familial* revelou um dos irmãos com artrite, outro irmão cardiopata, o pai teve câncer de estômago, além de diabetes, e morte de outro irmão por acidente.

Na *revisão dos sistemas* não se constatou problemas dignos de nota.

O *exame neurológico superficial* não revelou achados dignos de nota.

O *exame físico* foi significativo para a presença de "*ponto gatilho para dor"* na região do canto esquerdo do lábio superior e região dos dentes 22 a 25 (figura 10 e 11).

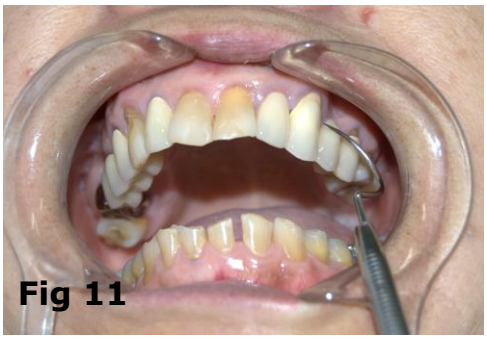



Figura 10 – Região de ponto gatilho da dor: canto esquerdo do lábio superior e região dos dentes 22 a 25

Figura 11 – Aspecto intrabucal da região de queixa de dor

O *exame radiográfico panorâmico da face* não revelou alterações dignas de nota na área da queixa do paciente (figura 12).

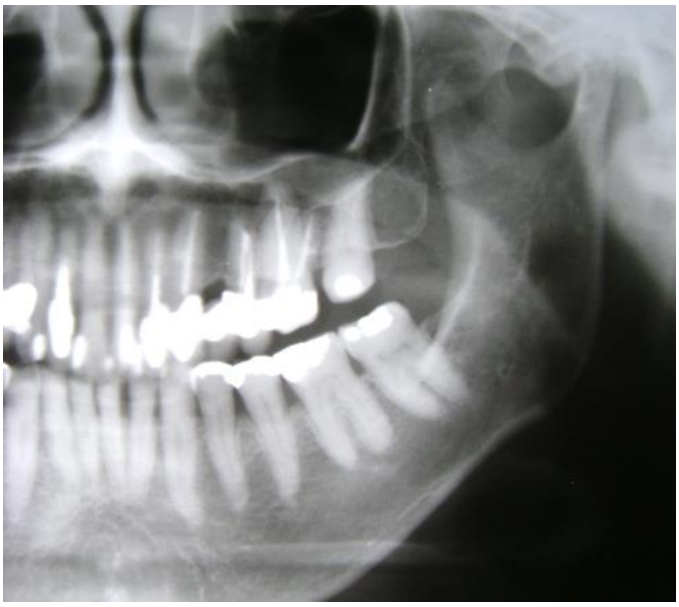


Figura 12 – Radiografia panorâmica com ênfase na região de dor, mostrando apicectomia e obturação retrógrada nos dentes 23 e 25, além de pulpectomia no 26

A medicação em uso (fevereiro de 2000) era CBZ com acréscimo de Ampicilina (Binotal®) sem boa justificativa para isso. Como o tratamento não estava sendo eficaz, foi feito o ajuste da dose de CBZ (200mg) passando de 1 comprimido para 2 comprimidos ao dia.

Em 26 de fevereiro de 2000, no retorno de 01 semana, a paciente relatou melhora substancial da dor. Fez-se o exame físico da paciente, sendo que os músculos da face e ATMs revelaram dados indicativos de Disfunção Temporomandibular (DTM), incluindo dor articular, mialgia em músculos mastigatórios, bruxismo e, ainda, muita ansiedade; então, dado o diagnóstico de *Neuralgia Trigeminal associada à DTM* (3º diagnóstico). A paciente ainda relatou dor na região dos dentes 22 a 25 (dor referida). O *tratamento proposto* foi conservador para DTM (placa interoclusal de mordida, repouso mandibular, fisioterapia caseira, AINES, etc.), medicamentoso com CBZ (200mg), 2 a 3 vezes ao dia para Neuralgia Trigeminal, além de controle da ansiedade e depressão com psicólogo, utilizando-se dessa forma de uma equipe multidisciplinar. A dor manteve-se controlada por período de 5 meses (até agosto de 2001).

Em agosto de 2001 houve recorrência da dor da NT, quando a paciente retornou queixando-se de dor severa na hemiface esquerda

podendo ser espontânea ou provocada. Devido à sobreposição de sinais e sintomas e características da dor da NT associada à DTM, optou-se pela seguinte conduta: *teste terapêutico* com infiltração de anestésico associado à corticóide na Articulação Temporomandibular do lado esquerdo (figura 13), *uso da CBZ* (200mg) 2 vezes por dia, e

Figura 13 - Injeção intra-articular: anestésico mais corticóide na ATM esquerda.

*AINES* - Vioxx (Rofecoxib®) 3 vezes ao dia e retorno para controle em 5 dias. Como resultado, pode-se constatar melhora da sua dor na face persistindo apenas uma leve dor na região do dente 22. Na atualização da história médica foi constatada hipertensão arterial.

Em março de 2002, a paciente viajou para os EUA onde realizou consulta no Instituto de Neurologia de Michigan (*Michigan Head Pain & Neurological Institute*) com médico neurologista e especialista em dor corporal e distúrbio do sono, confirmando o diagnóstico de *Neuralgia Trigeminal Idiopática envolvendo o segundo ramo do nervo trigêmeo*.

O exame neurológico da paciente revelou ausência de anormalidades. Como tratamento para NT, foi mantido o medicamentoso com Carbamazepina 200mg, agora com *Carbamazepina CR* 02 vezes ao dia, visando uma liberação controlada do medicamento.

A paciente ainda apresentava quadro depressivo associado à dor e problemas emocionais sendo realizado acompanhamento por psicólogo. A dor manteve-se controlada até outubro de 2003.

Em outubro de 2003 (07 anos de acompanhamento) a paciente retornou com dor na região de masseter e mandíbula do lado esquerdo da face, no entanto, relacionada à presença de hábitos parafuncionais por bruxismo com diagnóstico de *dor miofascial*, sendo instituído tratamento conservador para DTM. Em consequência do quadro de ansiedade e depressão, fez nova consulta com psicólogo. Na avaliação neurológica superficial não se detectou nada digno de nota.

Em abril de 2008 (12 anos de acompanhamento) houve recorrência da dor da NT sendo reajustada a dose de Carbamazepina CR 200mg de 02 para 03 vezes ao dia, obtendo-se com isso melhora da dor.

Em 17 de junho de 2009 (última consulta, completando 13 anos de cronicidade da doença e de acompanhamento clínico), a paciente apresentou-se assintomática, com sono repousante e calma. O exame físico, a revisão dos sistemas e o exame neurológico superficial não revelaram dados dignos de nota. Mantém tratamento convencional para DTM e se sente bem. A dose de CBZ CR para controle da dor foi reduzida para 02 comprimidos por dia. Por hora, as dores da NT e DTM vêm sendo controladas com o tratamento em execução.

# DISCUSSÃO

O texto do presente estudo mostra, primeiramente, que Dor Orofacial por Neuralgia Trigeminal não se trata de um achado incomum na clínica odontológica. Tem sido relatado na população em geral que a NT mostra uma incidência de 4,5: 100.000 pessoas (KATUSIC et al, 1991; CHAVIN, 2003) e uma prevalência de 0,1 a 0,2: 1.000 pessoas (MANZONI & TORELLI, 2005). Dando suporte a isso SANTOS et al (2008), em estudo clínico retrospectivo da Neuralgia Trigeminal no Serviço de Dor Orofacial do COB na Faculdade de Odontologia de Araçatuba, no período de 11 anos, puderam constatar 27 casos (1,72%) de NT em um total de 1567 pacientes com dor orofacial. Ainda, os autores puderam verificar que as características da dor na NT são, muitas vezes, similares a diversas outras dores que ocorrem na região de cabeça e pescoço, contribuindo assim, para a dificuldade do correto diagnóstico.

Nosso estudo revelou que a dor paroxística (de início abrupto e intensidade severa, com duração de poucos minutos), tipo "choque elétrico", unilateral e com a presença de "*ponto gatilho de dor*", se fez presente nos dois casos clínicos apresentados, indicando tratar-se de *dor paroxística por Neuralgia Trigeminal*. Esses mesmos resultados também foram constatados por autores como PERTES & GROSS, 1995; LUND et al, 2001; DWORKIN, 2002; BENOLIEL & ELIAV, 2008 e SANTOS et al, 2008, o que dá suporte ao diagnóstico de NT aos nossos pacientes.

Ocorrência de NT em mulher e homem, raça branca e amarela, na 7ª década de vida e de localização unilateral em ramo mandibular do trigêmeo *(caso clínico 01)* ou ramo maxilar do trigêmeo *(caso clínico 02)*, foi o que pudemos constatar com os dados dos dois casos clínicos estudados. Esses resultados foram semelhantes àqueles encontrados por SANTOS et al (2008) e BENOLIEL & ELIAV (2008). Pessoas idosas (5ª à 7ª décadas de vida) são as mais comumente afetadas por NT (BENOLIEL &

ELIAV, 2008). Ao que parece a NT poderá acometer pessoas de qualquer sexo e raça e, não há ainda uma explicação plausível para isso.

Vale lembrar que a NT usualmente é mais prevalente no ramo maxilar do trigêmeo, seguido do mandibular e por fim do oftálmico (SOUZA, TEXEIRA, TELLA JR., 2002; FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004; BENNETTO, PATEL, FULLER, 2007), entretanto o ramo mandibular do nervo trigêmeo também pode ser o mais acometido pela NT (SANTOS et al, 2008). Ainda, em 1 a 4% dos casos, a NT pode ocorrer bilateralmente (BENOLIEL & ELIAV, 2008).

*Pontos gatilho* de dor da NT também foram detectados em nossos pacientes, particularmente no *rebordo alveolar desdentado* (ativado pelo ato de beber água gelada e pela mastigação), na *face*, *bochecha* e *lábio superior* (ativados pelo toque com as mãos, ato de lavar o rosto com água gelada, falar, escovar os dentes, mastigar). Esses pontos de gatilho também foram descritos em pacientes com NT por PERTES & GROSS (1995), CASTRO (2000) e BENOLIEL & ELIAV (2008). Muito embora estímulos triviais como o ato de lavar o rosto, de se barbear, fumar, falar, e escovar os dentes possam desencadear a dor da NT, ela ainda poderá surgir espontaneamente em algumas situações (BENOLIEL & ELIAV, 2008).

Cabe ressaltar que algumas atividades cotidianas podem ser extremamente difíceis e evitadas pelo paciente com dor por NT, dando um prejuízo de tão grande proporção na sua qualidade de vida que pode levá-lo ao emagrecimento, desidratação, depressão e até mesmo ao suicídio (CAMPOS, 2005; BENNETTO, PATEL, FULLER, 2007). A piora na qualidade de vida relatada pelos nossos pacientes seria resultado de crises episódicas de dor severa, somadas a ansiedade e depressão.

Em ambos os casos clínicos, não se pode constatar uma causa bem definida para a origem da dor trigeminal, daí a razão de se dar o diagnóstico de *neuralgia trigeminal idiopática* para nossos pacientes. Para o caso clínico 02, como foi constatada também a doença disfunção

temporomandibular (DTM), o diagnóstico definitivo foi de neuralgia trigeminal associada à DTM. Odontalgia foi descartada para o caso 02.

Dando suporte ao diagnóstico de neuralgia trigeminal, em ambos os casos o *teste diagnóstico* com o medicamento CBZ foi positivo para NT, uma vez que reduziu significantemente a intensidade de dor do paciente (OKESON, 1998; KITT et al, 2000; BENOLIEL & ELIAV, 2008).

No que se refere ao tratamento usado para a NT de nossos pacientes, a 1ª escolha foi o tratamento medicamentoso com Carbamazepina o que está de acordo com o que recomenda a maioria dos autores (PERTES & GROSS, 1995; OKESON, 1998; SANTOS et al, 2008) por mostrar benefício na redução da dor por NT em 60 a 80% dos pacientes (KITT et al, 2000; BENOLIEL & ELIAV, 2008).

A troca da CBZ por *Oxcarbamazepina* se deu porque o paciente do caso clínico 01 apresentou leucopenia em seu exame hematológico. Essa situação pode ocorrer em pacientes sob a medicação de CBZ (OKESON, 1998; PERTES & GROSS, 1995; FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004). A opção pela Oxcarbamazepina se dá pelo fato da mesma possuir menos efeitos colaterais ao nível de SNC e menos reações alérgicas (GOES & FERNADES, 2008).

A *Carbamazepina CR*, dada à paciente do caso clínico 02, é uma preparação com liberação controlada de CBZ, a qual é absorvida de forma mais homogênea e apresenta meia-vida maior, de 18 a 24 horas, enquanto a CBZ convencional tem uma meia-vida da ordem de 12 horas (MORENO & MORENO, 1999; BENOLIEL & ELIAV, 2008).

O benefício na diminuição da dor por NT pode aqui ser constatado, particularmente, no caso clínico 02 onde a dor da paciente mostrou estar controlada em acompanhamento clínico de 09 anos e 04 meses. No caso 01, a CBZ também foi benéfica no controle da dor por um período de 12 meses, contudo houve recorrência importante da dor neurálgica. Por isso, procedeu-se o tratamento cirúrgico por *neurectomia periférica no forame*

*mental mandibular esquerdo*, o que cessou a dor, condição que mantém assintomático o paciente até o momento. Bons resultados com neurectomia periférica têm sido relatados por CAMPOLONGO & NOSÉ (2001); NURMIKKO & ELDRIDGE (2001) e BENOLIEL & ELIAV (2008).

Do exposto, pode-se verificar que há várias doenças dolorosas na região orofacial que simulam o quadro clínico da NT, sendo, portanto necessário o seu melhor conhecimento para que se obtenha um correto diagnóstico para essas dores.

## CONCLUSÃO

- A NT acomete pessoas de ambos os sexos, tanto da raça branca como amarela e na 7ª década da vida;
- A NT pode mostrar cronicidade variável de 05 a 13 anos de manifestação;
- A dor na NT caracteriza-se por ser paroxística, tipo "agulhada", "faísca" ou "choque elétrico", e de localização unilateral tanto em mandíbula como em maxila. Ao término da crise não deixa dor residual;
- Na NT há "*pontos de gatilho de dor*", localizados na bochecha, canto do lábio superior, área dentada em maxila e rebordo alveolar inferior desdentado, que ao serem estimulados pelo toque, ato de lavar o rosto, falar, escovar dentes e mastigar alimentos desencadeiam a crise de dor da NT;
- Distúrbios emocionais relacionados com ansiedade, depressão, morte de ente familiar e divórcio, contribuem para a recorrência e piora do quadro clínico da NT;
- A neurectomia periférica é boa opção terapêutica cirúrgica quando o tratamento medicamentoso falha no controle da dor;
- A carbamazepina mostrou ser eficaz no controle da dor por NT, e deve ser usada como medicação de primeira escolha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENNETTO, L.; PATEL, N.K.; FULLER, G. Trigeminal neuralgia and its management. **British Medical Journal**. v.334, p.201-205, Jan/2007.

- BENOLIEL, R., ELIAV, E. Neuropathic Orofacial Pain. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v.20, p.237-254, 2008.

- CAMPOLONGO, G.D.; NOSÉ, A.R. Tratamento Medicamentoso da Neuralgia do Trigêmeo. **Revista de Odontologia de Bauru**. Ano 1, n.1, Maio-Junho-Julho/2001.

- CAMPOS, W.K. **Neuralgia do Trigêmeo: Análise dos Resultados do Tratamento por Compressão Percutânea com Balão no Gânglio de Gasser.** 2005. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

- CASTRO, A.L. **Estomatologia** – 3ª edição. São Paulo: Editora Santos, 2000. 235 p.

- CHAVIN, J.M. Cranial neuralgias and headaches associated with cranial vascular disorders. **Otolaryngol Clin N Am**. v.36, p. 1079-93, 2003.

- CONTI, P.C.R. et al. Orofacial Pain: Basic Mechanisms and Implication for Successful Management. **J. Appl. Oral Science.** Bauru-SP, v.11, n.1, p.1-7, 2003.

- DWORKIN, R.H. An Overview of Neuropathic Pain: Syndromes, Symptoms, Signs, and Several Mechanisms. **The Clinical Journal of Pain.** Philadelphia, v.18, p.343-349, 2002.

- FRIZZO, H.M.; HASSE, P.N.; VERONESE, R.M. Neuralgia do Trigêmeo: Revisão Bibliográfica Analítica. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** v.4, n.4, p.212-217, Out-Dez/2004.

- GALVÃO, A.C.R. **Dor Neuropática: tratamento com anticonvulsivantes.** São Paulo: Ed. Segmento Farma. p. 1-40, 2005.

- GÓES, T.M.P.L.; FERNANDES, R.S.M. Neuralgia do Trigêmeo: diagnóstico e tratamento. **Int. J. Dent.** Recife. v.7, n.2, p.104-115, Jan-Mar/2008.

- HOROWITZ, M. et al. Trigeminal Neuralgia and glossopharyngeal neuralgia − Two orofacial pain syndromes encountered by dentists. **J.A.D.A**. v.135, p.1427-1433, Oct/2004.

- KATUSIC, S. et al. Epidemiology and clinical features of idiopathic trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: similarities and differences. **Neuroepidemiology.** v.10, p. 276-281, 1991.

- KITT, C.A. et al. Trigeminal neuralgia: opportunities for research and treatment. **PAIN.** v.85, p.3-7, 2000.

- LOVE, S.; COAKHAM, H.B. Trigeminal neuralgia − pathology and pathogenesis. **Brain.** Oxford University Press. v.124, p.2347-2360, 2001.

- LUND, J.P. et al. - **Orofacial Pain: From Basic Science to Clinical Management**. Chicago: Quintessence Publ. Co, Inc. 2001, 300p.

- MANZONI, G.C.; TORELLI, P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. **Neurol Sci.** v.26, supl. 2, p.65-67, Maio/2005.

- MERSKEY, H. & BOGDUK, N. **Classification of chronic pain**. Seattle: IASP Press. p.59-76, 1994.

- MORENO, R.A.; MORENO, D.H. Novos anticonvulsivantes no tratamento do transtorno do humor bipolar: manejo clínico, eficácia e tolerância. **Revista de Psiquiatria Clínica.** São Paulo. v.26, n.6, Nov-dez/1999.

- MURAYAMA, R.A. **Contribuição ao estudo da osteoartrite secundária da articulação temporomandibular: estudo clínico-radiográfico retrospectivo em pacientes e modelo experimental em suínos.** 2009. 166 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2003.

- NAYLOR, R.M. **Neuralgia Pós-Herpética – Aspectos Gerais**. São Paulo: Ed. Segmento Farma. p.11-22. 2004.

- NÓBREGA, J.C.M. et al. Differencial Diagnosis in Atypical Facial Pain. **Arq. Neuropsiquiatria.** v.65 (2-A), p.256-261, 2007.

- NURMIKKO, T. J.; ELDRIDGE, P.R. Trigeminal Neuralgia – pathophysiology, diagnosis and current treatment. **British Journal of**

**Anaesthesia.** v.87, n.1, p. 117-132, 2001.

- OKESON, J. P. **Dor Orofacial**. São Paulo: Quintessence, 1998, 287p.

- PEÑARROCHA, M. et al. Trigeminal Neuropathy. **Oral Diseases**. v.13, n.4, p. 141-150, 2007.

- PERTES, R.A. & GROSS, S.G. **Clinical Management of Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain.** Chicago: Quintessence Publ. Co., Inc, 1995, 368p.

- SANTOS, A.C.S. et al. Perfil do Paciente com Neuralgia Trigeminal: Estudo Clínico e Retrospectivo. In: VII ENCONTRO DE ESTOMATOLOGIA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA - UNESP. Out/2008. Araçatuba. **Anais: Revista Odontológica de Araçatuba.** ISSN 1677-6704 v.28, supl.2, 2008, p.62.

- SIQUEIRA, J.T.T.; CHING, L.H. Neuralgia Idiopática do Trigêmeo: Diagnóstico Diferencial com Dor de Origem Dentária. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**. Curitiba, v.3, n.10, p.131-139, 2003.

- SOUZA, H.L., TEXEIRA, M.J., TELLA JR., O.I. Compressão do gânglio de Gasser e da raiz trigeminal com balão no tratamento da neuralgia do nervo trigêmeo: Estudo Retrospectivo de 40 doentes. **Arq. Brasileiro de Neurocirurgia.** v.21, n.3-4, p.68-90, 2002.

**ANEXO A – Autorização do paciente para divulgação do caso no trabalho apresentado**

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Centro de Oncologia Bucal

*AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO*

Nome: José Juracy Calazans Idade: 71 anos

Data/Nasc: 04/05/1936 Estado Civil: CASADO Naturalidade BEBEDOURO Estado SP

Nacionalidade Brasileiro Sexo: Masculino Cor: Branca R.G.nº 5.337.376

Filiação: Pai: João Calazans Nacionalidade: Brasileiro

Mãe: Felomena Matias Nacionalidade Brasileira

Endereço: Rua Aguidauana, nº 1064 Bairro Vila Mineira

Cidade: Andradina (SP) Fone: (18) 3722 6248 e-mail: —

Por meio deste instrumento de AUTORIZAÇÃO, assinado por mim, dou pleno consentimento à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, por intermédio de seus Professores, Médicos, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, a realizar diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo desta especialidade.

Tenho pleno conhecimento que a clínica à que me submeto para fins de diagnóstico e tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudantes e profissionais da Odontologia, havendo portanto, concordância de minha parte com toda orientação que deverá ser seguida .

Concordo plenamente além da programação do tratamento pela entidade, que todas as radiografias, modelos, desenhos, históricos de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, diagnóstico e/ ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, dando plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas durante a entrevista e contidos nesta ficha.

Araçatuba, 01 de julho de 2005.

x _____ — _____

Assinatura do Paciente Assinatura do pai ou responsável*

R.G. _____

Ana Carolina Manuelli dos Santos _____

Nome do Aluno Assinatura do Docente ou Responsável

*NOTA: Para pacientes menores é exigida a assinatura de uma pessoa responsável, Maior de idade.

scc./

**ANEXO B – Autorização do paciente para divulgação do caso no trabalho apresentado**

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Centro de Oncologia Bucal

*AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO*

Nome: Clarice Massako Miyahara Idade: 71

Data/Nasc: 07/01/38 Estado Civil: divorciada Naturalidade Valparaíso Estado SP

Nacionalidade brasileira Sexo: F Cor: R.G.nº 2309147

Filiação: Pai: Niyemon Miyahara Nacionalidade: japonesa

Mãe: Fudeyo Ifuko Miyahara Nacionalidade japonesa

Endereço: R. Siqueira Campos, 279 Bairro São João

Cidade: Araçatuba Fone: 36 e-mail:

Por meio deste instrumento de AUTORIZAÇÃO, assinado por mim, dou pleno consentimento à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, por intermédio de seus Professores, Médicos, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, a realizar diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo desta especialidade.

Tenho pleno conhecimento que a clínica à que me submeto para fins de diagnóstico e tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudantes e profissionais da Odontologia, havendo portanto, concordância de minha parte com toda orientação que deverá ser seguida.

Concordo plenamente além da programação do tratamento pela entidade, que todas as radiografias, modelos, desenhos, históricos de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, diagnóstico e/ ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, dando plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas durante a entrevista e contidos nesta ficha.

Araçatuba, 07 de Julho de 2009.

Assinatura do Paciente

Assinatura do pai ou responsável*

R.G.

Ana Carolina Morandi dos Santos

Nome do Aluno

Assinatura do Docente ou Responsável

*NOTA: Para pacientes menores é exigida a assinatura de uma pessoa responsável, Maior de idade.

scc./

Rua José Bonifácio, 1193 - Caixa Postal 341 - Fone (018) 3636 -3200 - CEP 16015-050 - Araçatuba - São Paulo
e.mail: ucarb@foa.unesp.br