



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

**RENATO GUIMARÃES TORRES**

**Neuralgia do trigêmeo**

**Araçatuba – SP**

**2022**



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

## **RENATO GUIMARÃES TORRES**

### **Neuralgia do trigêmeo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Paulo Roberto Botacin.

**Araçatuba – SP**

**2022**

*Desde quando ingressei na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP sonho com o dia de obter formação em uma instituição de nível superior exemplar como a FOA. Nada disso seria possível sem o apoio da minha família, em especial dos meus pais **Luciane Guimarães** e **Renato José Torres** que desde o dia em que eu nasci cuidam de mim de maneira única como um filho. Meus avós **Eliana Aparecida Costa, Eduardo Torres e Ana Maria Torres** que sempre estiveram ao meu lado me motivando independente da situação adversa. Também dedico a minha tia **Gracielle Guimarães** que sempre motivou meu interesse pela profissão de cirurgião dentista e me fez acreditar que era possível exercer-la e a minha tia **Giselle Guimarães** que quando mais precisei cuidou, educou e me orientou de uma maneira exemplar para que no futuro eu obtivesse êxitos.*

*Aos meus amigos, de Piracicaba e de Araçatuba, que considero minha família, e que me ajudam a perseverar na vida acadêmica.*

*Aos meus professores que ao longo de todos esses anos de Faculdade de Odontologia de Araçatuba, me transmitiram todos os conhecimentos necessários para me tornar um profissional exemplar.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por até aqui ter me sustentado e guardado. Por sempre me acompanhar e amparar. Nada disso teria acontecido se não fosse da vontade dele.

Agradeço ao meu Orientador, Prof. Dr. **Paulo Roberto Botacin**, por todo o ensinamento transmitido em Anatomia e ao longo destes anos.

Aos professores Prof. Dr. **Marcos Rogério de Mendonça**, Profa. Dra. **Maria Cristina Rosifini Alves Rezende** e as doutorandas – Me. **Naara Gabriela Monteiro** e Me. **Letícia Pitol Palin**, que aceitaram fazer parte da banca examinadora do meu trabalho de conclusão de curso.

Aos professores da FOA – UNESP que foram muito positivos e fizeram a diferença na minha vida acadêmica.

Agradeço aos meus amigos **Nicholas Zerbinati, Antônio Hajzok, Rodolfo Reis, Diego Sakaguchi, Marcelly Braga, Paula Pierrotti** e **Edu Marafon** por sempre estarem vibrando energias positivas ao meu redor.

*“Só é digno da liberdade, como da vida, aquele  
que se empenha em conquista-la”.*

**Johan Goethe**

Torres, R.G. **Neuralgia do trigêmeo**. 2022. 28p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

## **RESUMO**

As neuralgias são síndromes dolorosas restritas à área de inervação de um determinado nervo sensitivo craniano. O nervo trigêmeo, anatomicamente o quinto nervo craniano está ligado de forma direta ao tronco cerebral, sendo um nervo misto, com funções motoras e sensoriais que veiculam toda a sensibilidade desde o topo da cabeça, toda a face e maior parte da boca e língua, sendo responsável também por uma doença neural conhecida como a neuralgia do trigêmeo. A neuralgia do trigêmeo é um tipo de dor orofacial caracterizada por episódios dolorosos paroxísticos do tipo “choque elétrico”, com início e término abruptos que duram de poucos segundos até dois minutos. A dor é desencadeada a partir de pontos-gatilho, que podem estar presentes na face ou na mucosa bucal e podem ser estimulados por atividades do cotidiano, como falar, mastigar, fazer a barba, escovar os dentes, tocar levemente no rosto e por brisa, pode ocorrer repetidamente ao longo do dia, sintomas que geralmente podem ser confundidos com dores de origem odontogênica. O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão bibliográfica sobre a neuralgia do trigêmeo, apresentando seus sinais, sintomas, etiologia, fisiopatologia e aspectos relevantes para o diagnóstico e opções de tratamento.

**Palavras-chave:** Neuralgia do nervo Trigêmeo; Dor; Nervo Trigêmeo.

Torres, R.G. **Trigeminal neuralgia**. 2022. 28p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

## **ABSTRACT**

Neuralgia are painful syndromes restricted to the innervation area of a particular cranial sensory nerve. The trigeminal nerve, anatomically the fifth cranial nerve, is directly connected to the brainstem, being a mixed nerve that has motor and sensory functions conveying all sensitivity from the top of the head, the entire face and most of the mouth and tongue, and is also responsible for a neural disease known as trigeminal neuralgia. Trigeminal neuralgia is a type of orofacial pain characterized by paroxysmal painful episodes of the "electric shock" type, with abrupt onset and end that last from a few seconds to two minutes. Pain is triggered from trigger points, which can be present on the face or oral mucosa and can be stimulated by everyday activities, such as talking, chewing, shaving or even brushing your teeth, symptoms that can usually be confused with pain of odontogenic origin. The objective of this study was to make a literature review on trigeminal neuralgia, presenting its signs, symptoms, etiology, pathophysiology and aspects relevant to the diagnosis and treatment options.

**Keywords:** Trigeminal Neuralgia; Pain; Trigeminal Nerve.

Torres, R.G. **Neuralgia del trigémino**. 2022. 28p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

## **RESUMEN**

Las neuralgias son síndromes de dolor restringidos a la zona de inervación de un nervio sensorial craneal concreto. El nervio trigémino, anatómicamente el quinto nervio craneal está conectado directamente al tronco cerebral, siendo un nervio mixto, que tiene funciones motoras y sensoriales transmitiendo toda la sensibilidad de la parte superior de la cabeza, toda la cara y la mayor parte de la boca y la lengua, siendo también responsable de una enfermedad neural conocida como neuralgia del trigémino. La neuralgia del trigémino es un tipo de dolor orofacial que se caracteriza por episodios dolorosos paroxísticos del tipo "descarga eléctrica", con inicio y finalización bruscos que duran entre unos segundos y dos minutos. El dolor se desencadena a partir de puntos gatillo, que pueden estar presentes en la cara o en la mucosa oral y pueden ser estimulados por actividades cotidianas, como hablar, masticar, afeitarse, cepillarse los dientes, tocarse ligeramente la cara y por la brisa, y pueden ocurrir repetidamente a lo largo del día, síntomas que suelen confundirse con el dolor de origen odontogénico. El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión bibliográfica sobre la neuralgia del trigémino, presentando sus signos, síntomas, etiología, fisiopatología y aspectos relevantes para el diagnóstico y las opciones de tratamiento.

**Palabras clave:** Neuralgia del Trigémino; Dolor; Nervio Trigémino.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**NT** Neuralgia do trigêmeo.

**GT** Gânglio trigeminal.

## SUMÁRIO

1	Introdução	11
2	Objetivo	13
3	Materiais e Métodos	14
4	Revisão da Literatura	15
	4.1 Características anatômicas e aspectos fisiológicos	15
	4.2 Definição	15
	4.3 Etiologia e fisiopatologia	16
	4.4 Epidemiologia	18
	4.5 Diagnóstico	19
	4.6 Diagnósticos diferenciais	20
	4.7 Tratamento	21
5	Conclusão	24
6	Referências	25

## 1. INTRODUÇÃO

O nervo trigêmeo é o quinto par dos doze nervos cranianos, sendo ele o grande nervo sensitivo da cabeça e o nervo motor dos músculos da mastigação conforme GÓES, FERNANDES (2008). É formado pelos núcleos: a. núcleo mesencefálico (propriocepção), b. núcleo principal (sensação tátil), c. núcleo espinhal (sensação de dor e temperatura).

É um nervo misto que contém fibras sensitivas (aférentes) e motoras (eferentes), sendo as primeiras de interesse ao quadro nevrálgico, responsável pela sensibilidade proprioceptiva (pressão profunda e cinestesia) além de exteroceptiva (tato, dor e temperatura) da face e parte do crânio segundo PETERSON *et al.* (2007).

Uma das dores mais severas de que se tem conhecimento, a neuralgia do trigêmeo é o protótipo da dor neuropática, é uma síndrome de dor facial rara caracterizada por dor tipo choque-elétrico, lancinante, paroxística, e pode ser sentida dentro da distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo, responsável pela sensibilidade da face. A dor ainda é descrita como se fosse a sensação de um fio elétrico desencapado encostado à face de acordo com JACOB *et al.* (1996).

A neuralgia ocorre com maior frequência na segunda e terceira divisões do nervo trigêmeo, profunda e limitada ao território de distribuição trigeminal. As crises podem ser acompanhadas de salivação, lacrimejamento, rinorreia, congestão da mucosa nasal, vermelhidão da pele, edema facial ou contração crônica da face (músculos mímicos), espasmo hemifacial ipsilateral e/ou contração dos músculos da mastigação.

Também é caracterizada por regiões que apresentam maior excitação, chamadas zonas de gatilho, que em muitos casos são desencadeadas quando o indivíduo toca ou manipula determinadas áreas da face, situadas ipsilaterais à dor, em geral ao redor do nariz, próximas aos lábios, gengiva e até mucosa adjacente e pode-se assemelhar a uma dor de origem odontogênica segundo GALASSI *et al.* (1985) e BARROS, (1995).

A neuralgia do trigêmeo manifesta-se de forma unilateral e entre 3 a 10% dos casos é bilateral, conforme cita GALE *et al.* (1995).

Embora 1% dos pacientes eventualmente apresente distúrbio bilateral, a dor não cruza a linha média durante um único episódio e é caracterizado por exacerbações e

remissões, mas à medida que o distúrbio progride, as remissões tornam-se mais curtas e as exacerbações mais graves como citado por SIEGFRIED (1997).

Em geral o início ocorre na meia-idade ou na velhice, mas adolescentes e crianças também podem ser afetados segundo MASON *et al.* (1991) , RESNICK *et al.* (1998) e CHILDS *et al.* (2000).

Segundo GOTO, ISHIZAKI, YOSHIKAWA *et al.* (1999), costuma acometer mais mulheres, entre a sexta e a oitava década de vida, e pode persistir por dias, semanas ou até meses. Apresenta etiologia bastante variável, e pode estar em geral associada a quadros escleróticos degenerativos do organismo, o tratamento da neuralgia pode ser clínico ou cirúrgico conforme BARROS (1995) e QUESADA *et al.* (2005).

De acordo com BUENO E MATTOS (2005), a terapia médica é a primeira escolha, recorrendo à neurocirurgia funcional somente nos casos em que a terapia clínica se mostra ineficaz.

Para o cirurgião dentista é indispensável o conhecimento dos critérios de diagnóstico diferencial entre odontalgias, neuralgias, disfunções temporomandibulares e cefaleias primárias, para um diagnóstico correto e uma terapêutica adequada. IASP (1986).

## **2. OBJETIVO**

O objetivo do trabalho foi analisar, por meio de artigos científicos da literatura, a anatomia, os sinais, sintomas, etiologia, fisiopatologia e aspectos relevantes para o diagnóstico e opções de tratamento da neuralgia do nervo trigêmeo.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados: PubMed, Scielo, Google Acadêmico e Lilacs, utilizando as palavras-chave: neuralgia do trigêmeo, anatomia, dor e nervo trigêmeo . Os manuscritos e livros avaliados foram publicados entre 1963 a 2022.

## 4. REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS E ASPECTOS FISIOLÓGICOS

O nervo trigêmeo corresponde ao quinto (V) par dos nervos cranianos, e é um dos pares que mais possuem ramificações durante todo o seu trajeto desde sua origem no encéfalo até às suas ramificações finais.

Surge na superfície do tronco encefálico como um robusto tronco de fibras nervosas, o tronco trigeminal. Assim, surge na parte lateral da ponte bem próxima ao pedúnculo cerebelar médio, na fossa posterior do crânio.

Nesse viés, o nervo segue para a borda superior da parte petrosa do osso temporal, penetra em um pequeno forame da dura-máter, se apoia na impressão trigeminal, alcança a fossa média do crânio e chega ao gânglio trigeminal conforme RIZZOLO E MADEIRA (2012). Após o GT, o nervo trigêmeo apresenta os seus principais ramos, sendo eles: o nervo oftálmico, que se distribui no terço superior da face, o nervo maxilar com seus ramos, localizado no terço médio, e o nervo mandibular com seus ramos, que se situa no terço inferior da face.

É um nervo misto, apresentando duas raízes: uma sensitiva, volumosa, e uma motora, bem menor. Estas fibras se dirigem até o gânglio trigeminal, de onde partem os prolongamentos periféricos de células sensitivas que irão formar os nervos oftálmico e maxilar, essencialmente sensitivos, e ainda, o componente sensitivo do nervo mandibular como cita MENESES (1995).

Sendo tais fibras sensitivas as de interesse do quadro nevrálgico que ocasionam a NT, responsáveis não somente pela sensibilidade proprioceptiva (pressão profunda e cinestesia), mas também a exteroceptiva (tato, dor e temperatura) da face e parte do crânio conforme PETERSON *et al.* (2007).

### 4.2 DEFINIÇÃO

A neuralgia do Trigêmeo (NT) é a forma de dor facial mais conhecida e grave que existe, sendo também chamada de: a. doença de *Fortherghill*, b. prosopalgia dolorosa, c. NT idiopática, d. NT primária e tique doloroso. É caracterizada por uma

dor paroxística facial de um ou mais ramos do nervo, limitada à distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. Caracterizada por um intenso desconforto, do tipo choque de pequena duração, lancinante e em ataques, e é sentido na região de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo.

A dor ainda é descrita por JACOB *et al.* (1996) como se fosse a sensação de um fio elétrico desencapado encostando à face, mais frequente no ramo maxilar.

Em geral é unilateral, acomete em ordem de frequência, o ramo maxilar (35%), o mandibular (30%), os ramos maxilar e mandibular (20%), os ramos oftálmico e maxilar (10%), o ramo oftálmico (4%) e todos os ramos do trigêmeo (1%). Segundo BENNETTO, PATEL, FULLER (2007) e KRAFFT (2008) a incidência de casos é de 4,3 em 100.000 ao ano, sendo 3% dos casos bilateral, e o lado direito em geral o mais acometido, autores indicam como provável motivo o estreitamento dos forames redondo e oval deste lado.

O quadro algico é desencadeado devido ao estímulo sensorial em determinadas áreas específicas do rosto, na qual um tipo específico de estimulação desencadeia um tipo específico de resposta, estas são as zona de gatilho. O termo zonas-gatilho foi usado pela primeira vez neste contexto, perto de 1914, tais zonas caracterizam a neuralgia do trigêmeo a diferenciando de outras neuralgias.

Após a crise, pode ocorrer período refratário, com a duração de vários segundos ou minutos, em que a estimulação não desencadeia a dor; o período refratário também é característico dessa síndrome dolorosa e não ocorre em outras neuropatias periféricas sintomáticas.

Os ataques têm uma frequência que variam de diversas vezes ao dia a algumas vezes por mês e em geral com o passar do tempo tornam-se mais frequentes e a dor mais sustentada conforme TEIXEIRA, SIQUEIRA (2003).

#### **4.3 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA**

A fisiopatologia da Neuralgia do trigêmeo é controversa, ainda não definido um único fator etiológico responsável pelo surgimento da neuralgia, acredita que seja uma doença multifatorial, sendo umas das formas de se classificar a doença, segundo a Classificação de Cefaleias revisada (ICHD-3) é através de três variantes: a. Neuralgia do trigêmeo clássica, geralmente causada por compressão microvascular na entrada da raiz trigeminal no tronco cerebral; b. Neuralgia do

trigêmeo com dor facial persistente concomitante c. Neuralgia do trigêmeo sintomática, causada por lesão estrutural diferente de compressão vascular.

A Neuralgia do trigêmeo clássica ou idiopática (sem causa estrutural definida) parece estar relacionada à distorção da “zona de entrada da raiz trigeminal” por artérias ou veias, uma vez que a neurovascularização e a descompressão da região em muitos casos resulta na melhoria da dor segundo JANNETA (1963).

A Neuralgia do trigêmeo secundária pode ser causada por: neoplasias, alterações vasculares, esclerose múltipla, aneurismas, infecções virais e história familiar para POLLACK, JANNETTA e BISSONNETTE (1988).

Na maioria das vezes são causadas pela compressão da raiz do nervo trigêmeo, geralmente dentro de alguns milímetros de entrada na ponte, ou seja, na zona de entrada da raiz. Em alguns casos, a neuralgia do trigêmeo é causada devido a um distúrbio desmielinizante primário, outras causas raras incluem infiltração da raiz nervosa, gânglio ou nervo de Gasser por um tumor ou amiloide e pequenos infartos ou angiomas na ponte ou medula.

Uma vez excluídas todas essas possibilidades, resta uma pequena proporção de pacientes em que a etiologia é imprecisa.

Aproximadamente 15% dos casos é possível identificar uma causa. A NT primária não teria causa específica, mas descobriu-se que a causa principal é um conflito neurovascular, causado por pequenos ramos das artérias, alterações nos níveis axonais, criando “curto-circuito” que funcionariam alterando os impulsos originais para que um estímulo tátil não atingisse a medula e o bulbo-núcleo e fosse interpretado como dor e não como toque, causando neuralgia do trigêmeo conforme cita BROW (2009).

Variações anatômicas nos ossos do crânio também têm sido propostas para explicar a neuralgia do trigêmeo. Em 100 crânios humanos estudados, desarticulados ou não, foi observada a lâmina lateral do processo pterigóide extremamente alargada, tanto quanto raros casos de calcificação do ligamento pterigoespinal e canal oval. Essas variações constituem fatores predisponentes a injúrias no nervo mandibular, resultantes de trauma crônico, durante movimentos da cabeça segundo KRMPOTIÉNEMNIÉ *et al.* (1999).

As doenças desmielinizantes do sistema nervoso central (SNC) proporcionam uma alteração do tipo inflamação na bainha de mielina do nervo; compressivas e isquêmicas estão envolvidas na fisiopatologia da neuralgia do trigêmeo. A esclerose múltipla é a doença mais frequentemente associada à neuralgia do trigêmeo, surgindo em 1 a 5% dos casos. Tem sido proposto que a neuralgia do trigêmeo origina-se da desmielinização do nervo, levando à transmissão enfática de impulsos. Krafft (2008), Osterberg (2005).

A neuralgia do trigêmeo familiar é uma condição rara, compreendendo cerca de 1 a 2% de todos os casos, a avaliação de pacientes portadores da neuralgia revelou um histórico crescente de casos em outros membros familiares com diagnóstico de neuralgia familiar, sugerindo uma possível transmissão familiar autossômica para OTMANI *et al.* (2008). Como o conhecimento sobre a etiologia e patofisiologia da doença ainda é pequeno, o seu tratamento continua sendo um grande desafio para os clínicos DAS, SAHA (2001) QIN, CAI, YANG (2008).

#### **4.4 EPIDEMIOLOGIA**

A neuralgia do trigêmeo é uma afecção comum dentre as patologias neurológicas, com incidência anual estimada de 4,5 por 100.000 indivíduos, que ocorre em surtos durante um período de semanas ou meses, com posterior remissão espontânea que podem durar meses ou anos.

Com o tempo, no entanto, os ataques geralmente se tornam mais frequentes e a dor mais sustentada segundo FROMM (1989).

Além disso, há uma predominância em indivíduos de meia-idade e idosos (6ª e 7ª décadas de vida), e 60% dos pacientes são mulheres (3:2), sendo mais raro o surgimento antes dos 40 anos, a Neuralgia do trigêmeo é rara abaixo dos 40 anos, mas pode afetar a população pediátrica, como em casos relatados em que até mesmo pacientes a partir de um ano de idade foram acometidos conforme dito por WIFFEN, MCQUAY, MOORE (2005) CANAVERO e BONICALZI (2006).

Já a neuralgia do trigêmeo típica, raramente ocorre antes dos 35 anos, em 90% dos casos os sintomas começam após os 40 anos e a incidência aumenta progressivamente com a idade, de 17,5/100.000 por ano entre 60 e 69 anos até 25,6/100.000 por ano após os 70 anos.

Hipertensos apresentam maior chance de desenvolver neuralgia do trigêmeo do que a população geral, pelos processos degenerativos serem maiores, dos vasos sanguíneos, que evolui com a idade, tornando as artérias e veias mais tortuosas, endurecidas, calcificadas e espessas segundo NURMIKKO, ELDRIDGE (2001).

#### 4.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é puramente clínico, baseado nas características da dor, com história de paroxismos de dor aguda, lancinante e intensa que duram poucos minutos conforme KRAFFT (2008). Pacientes com NT grave estremecem ou interrompem sua fala como resultado de um tique, muitos mostram grande aversão a qualquer coisa que toque o rosto, influenciando o exame clínico em acordo com NURMIKKO e ELDRIDGE (2001).

No entanto, a investigação inicial deve sempre necessitar de algumas avaliações de imagem ou exames especializados em como incluir exame de ressonância magnética, pois apresenta uma reconstrução tridimensional revelando detalhadamente a topografia do nervo e promovendo informações úteis para uma possível intervenção neurocirúrgica, com objetivo de se afastar causas secundárias e pacientes com características incomuns da NT como sintomas bilaterais, tonturas ou vertigens, idade inferior de 40 anos, perda ou distúrbio auditivo, episódios de dor com mais de dois minutos, distúrbios visuais e dor sem ser na distribuição trigeminal segundo YOSHINO *et al.* (2003)

A Neuralgia do trigêmeo tem um quadro clínico típico e característico, como principal característica clínica paroxismos de dor neuropática, aguda, intensa, súbita, lancinante, ocasionalmente bilateral (5%) e predominantemente unilateral (90%), predominando na segunda (nervo maxilar) e terceira (nervo mandibular) divisões do nervo trigêmeo, podendo se limitar a uma ou mais divisões do nervo.

As características clínicas das neuralgias faciais não se diferem muito entre si, porém na neuralgia do trigêmeo, que é o tipo mais comum das neuralgias, se caracteriza por extrema dor, descrita como “latejante”, “queimação” ou “choque”, que dura em média segundos ou minutos, capaz de ser provocada por estímulos táteis ou térmicos. As crises geralmente ocorrem quando as zonas de gatilho são tocadas, as quais seguem o trajeto do nervo acometido WILKINS (1995).

OLESEN (1997) estabeleceu os seguintes critérios para diagnóstico da Neuralgia do trigêmeo: crises paroxísticas, dor facial ou frontal, que dura de segundos a dois minutos, e que apresenta distribuição em um ou mais ramos do trigêmeo nervo, sendo uma dor súbita, intensa, aguda, superficial, lancinante ou com caráter ardente, de grande intensidade.

Sempre que possível deve ser feito um exame de neuroimagem no crânio, com enfoque específico na região da base do crânio, para observar se há alguma compressão do ramo do trigêmeo, quer seja por tumores, ou, mais comumente, por algum vaso, ou artéria, pulsando em cima do nervo. A dor neurogênica na região orofacial pode ser confundida com dor mastigatória, na maioria dos casos sendo derivada de um hábito parafuncional, portanto, devemos considerar as características de cada uma para fazer uma classificação e futuro diagnóstico definitivo segundo FARDY e PATTON (1994).

O diagnóstico dependerá da história clínica do paciente, o médico ou o cirurgião dentista irá avaliar com cautela a sua queixa e todos os aspectos que a envolvem. Além disso, fará um exame neurológico clássico, que ajudará a confirmar a suspeita.

#### **4.6 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

O diagnóstico diferencial é fundamental para o tratamento e o controle da dor orofacial. A lista de diagnósticos diferenciais é longa e inclui uma série de condições patológicas que afetam os seios da face, dentes, articulações temporomandibulares, olhos, nariz e pescoço, como: cefaleia em salvas, dor de origem dentária, arterite de células gigantes, neuralgia do glossofaríngeo, enxaqueca/migrânea, distúrbios da articulação temporomandibular, cefaleia tipo SUNCT. A maioria destes é facilmente descartada após a entrevista e breve exame clínico. No entanto, algumas condições permanecem que possuem semelhança considerável com a NT.

Outras neuralgias cranianas (neuralgia do glossofaríngeo, neuralgia do nervo intermédio, neuralgia do nervo laríngeo superior e neuralgia occipital) podem causar dificuldade na obtenção do diagnóstico. Porém essas neuralgias são raras, mas podem produzir dor idêntica à Neuralgia do trigêmeo (NT). No entanto, a localização é diferente conforme NURMIKKO, ELDRIDGED (2001).

Portanto é importante o diagnóstico apurado em dor orofacial, seja de causa neurovascular, dentária ou muscular segundo AUSTIN, CUBILLOS (1991) e SIQUEIRA *et al.*(1995).

Algumas vezes a neuralgia do trigêmeo se assemelha com uma odontalgia em casos quando a zona de disparo é na gengiva ou próxima ao dente, de tal forma que os pacientes achem ser dor de dente, com muitos doentes relatando a perda parcial ou totalmente seus dentes na tentativa de curar a dor.

É necessário o conhecimento dos critérios de diagnóstico diferencial em dor, para se estabelecer uma “estratégia terapêutica” de controle da dor e melhora emocional do paciente, o aumento da confiança na conduta profissional evita que seu sofrimento e desespero influenciem negativamente o tratamento e induzam procedimentos inúteis, nocivos e iatrogênicos.

#### **4.7 TRATAMENTO**

O tratamento da Neuralgia do trigêmeo é complexo devido à dificuldade de se diagnosticar os mecanismos desencadeantes, podendo ser clínico e/ou cirúrgico, sendo o clínico de primeira escolha, para o qual a maioria dos pacientes apresentando uma melhora significativa, porém parcial e com recidivas.

A cirurgia é a opção de tratamento reservada em casos refratários, para pacientes que não respondem de forma satisfatória ao tratamento medicamentoso ou quando os efeitos colaterais dos medicamentos não são tolerados.

É de extrema importância a realização da anamnese, levando em consideração os sintomas relatados pelo paciente e exames por imagem complementares ao histórico do paciente para o estudo da anatomia do nervo trigêmeo e estruturas adjacentes segundo BARROS (1979).

Também é relevante considerar hipótese de neuralgia trigeminal, em casos de dor atípica na região oral, para prevenir procedimentos odontológicos desnecessários conforme NASCIMENTO (1989).

O tratamento da Neuralgia do trigêmeo tem sido amplamente discutido, cuja terapêutica clínica tem apresentado boa resposta na maioria dos casos para BARROS (1979) e NASCIMENTO (1989).

LOESER (1985) sugere que sempre deve optar por métodos não invasivos e a utilização de medicamentos anticonvulsivantes capazes de inibir estímulos nervosos, à base de carbamazepina, gabapentina, lamotrigine e fenitoina.

A terapia de primeira linha deve ser carbamazepina (200-1200 mg/dia) e oxcarbazepina (60-1800 mg/dia) de acordo com as diretrizes de tratamento baseado em evidências. O tratamento de segunda linha é baseado em poucas evidências e inclui terapia adicional com lamotrigina (400 mg ao dia) ou troca pelo baclofeno (40-80 mg ao dia). Outros medicamentos antiepilépticos têm sido estudados em estudos que utilizaram um número pequeno de indivíduos segundo GRONSETH (2008).

O tratamento com fentoína, gabapentina, pregabalina e valproato também tem sido sugerido com bons benefícios. Nas emergências, a infusão intravenosa de fosfentoína pode ajudar, além de injeções locais de lidocaína nos pontos-gatilho para ZAKRZEWSKA e AKRAM (2011).

A posologia é bastante variável, devendo ser adaptada caso a caso. Com relação à carbamazepina, deve-se iniciar com doses de (100 mg ao dia) com aumento gradual das doses a cada dois ou três dias, podendo chegar a (1.600 mg ao dia), observados os efeitos clínicos e a tolerabilidade. O intervalo entre as dosagens deve ser de oito em oito horas conforme LUCENA (1985). Seu mecanismo de ação ainda não é conhecido, sendo sustentada sua ação antiepiléptica, impedindo a condução de impulsos nervosos aferentes e assim bloqueia a deflagração do quadro doloroso. Dentre os efeitos colaterais com relação à carbamazepina, destacam-se: sonolência, perda de equilíbrio e diplopia.

Para DOALESSIO (1977), é um medicamento eficiente, que auxilia por um período de tempo, e com frequentes sintomas de intolerância, com o distúrbio doloroso resolvido em cerca de 90% dos casos.

A escolha tanto da estratégia medicamentosa quanto da cirúrgica deve ser discutida de forma individual, pois cada caso tem suas peculiaridades e cada paciente tem seus anseios. Quando bem acompanhados, a grande maioria dos pacientes consegue obter melhora significativa na qualidade de vida e no bem estar.

Entretanto, alguns pacientes apresentam taquifilaxia (capacidade de reação reduzida) ou não toleram doses efetivas desses medicamentos segundo ZAKRZEWSKA e AKRAM (2011).

Se o tratamento médico falhar ou resultar em deterioração acentuada das atividades diárias do paciente, os procedimentos cirúrgicos deverão ser

considerados. As opções cirúrgicas incluem a alcoolização de ramos periféricos, descompressão microvascular, compressão por balão, termocoagulação por radiofrequência ou rizotomias, estimulação do córtex motor e estimulação magnética transcraniana.

Nos últimos anos, alguns procedimentos têm sido apontados como os mais utilizados: a eletrocoagulação percutânea, a microdescompressão vascular do trigêmeo e a termocoagulação por radiofrequência segundo FRIZZO, HASSE, VERONESE (2004). As novas técnicas de exames complementares, imagens e angiografias de ressonância magnética tridimensional, são indispensáveis para a identificação de compressão neurovascular e planejamento cirúrgico conforme YAMAKAMI *et al.* (2000) e MILLER *et al.* (2008).

A cirurgia é indicada em casos de crises algícas intensas e na falência do tratamento farmacológico, a escolha da terapêutica medicamentosa e a necessidade ou não de cirurgia devem ser individualizadas para as particularidades e condições gerais do paciente em conformidade com CHESHIRE (2007).

## 5. CONCLUSÃO

É fundamental, em vista dessas considerações, que o clínico se mantenha bem informado com os conhecimentos anatômicos e funcionais do nervo trigêmeo, bem como os sinais e sintomas característicos da neuralgia do trigêmeo, sendo tais fatos indispensáveis para o diagnóstico correto e tratamento adequado; assim como estar atualizado com os estudos desenvolvidos para que possibilite o profissional da saúde diagnosticar de maneira correta a queixa do paciente, estabelecer procedimentos terapêuticos ou até mesmo encaminhar o paciente a outro profissional.

O diagnóstico é de modo eminente clínico, com base em uma anamnese minuciosa e exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais. O tratamento varia entre clínico e cirúrgico, sendo o clínico o de primeira escolha. A terapia inicial deve ser a medicamentosa por ser menos invasiva e de menor risco de morbidade, com o uso da carbamazepina em baixa dose, com titulação ascendente da dose para alívio da dor, para uma terapia de segunda linha, o baclofeno é uma boa escolha.

A maioria dos pacientes responderá à terapia anticonvulsivante, mas sua eficácia diminuirá com o tempo, há sérios riscos associados aos procedimentos cirúrgicos, que os fazem ser reservados para os casos mais resistentes da neuralgia do trigêmeo.

Opções cirúrgicas como a alcoolização de ramos periféricos, a descompressão microvascular, a compressão por balão, a termocoagulação por radiofrequência, as rizotomias, a estimulação do córtex motor e a estimulação magnética transcraniana, em muitos casos, podem ser eficazes e estão disponíveis quando não há resposta ao tratamento medicamentoso.

Assim, ressalta-se a importância da sensibilidade e experiência do profissional de saúde no atendimento dessa afecção, pois a imprecisão diagnóstica ou erro de diagnóstico implica em um tratamento ineficaz com prognóstico desfavorável.

## REFERÊNCIAS

AUSTIN, D.G.; CUBILLOS, L. Considerações especiais em dor orofacial. *Clínicas de Odontologia da América do Norte*, v.1, p.231-255, 1991.

BARROS JJ. Princípios de cirurgia odontológica e bucomaxilo-facial, propedêutica clínica, p.145-146, 1979.

BARROS JJ. Tratamento de disfunções craniomandibulares. *ATM*. 1995. p.107.

BENNETTO L, Patel NK, FULLER G - Trigeminal neuralgia and its management.

BROW, JA. Percutaneous balloon compression for trigeminal Neuralgia. *Clinical Neurosurgery*, vol. 56, p. 73-76. PMID:20214036. 2009.

CANAVERO S, BONICALZI V. Drug therapy of trigeminal neuralgia. *Expert Rev Neurotherap*. vol6, p.429-440, 2006.

CHESHIRE, W. P. Trigeminal neuralgia: for one nerve a multitude of treatments. *Expert. Rev. Neurother.*, London, v. 7, n. 11, p. 1565-1579, 2007.

CHILDS AM, MEANEY JF, FERRIE CD, HOLLAND PC. Neurovascular compression of the trigeminal and glossopharyngeal nerve: three case reports. *Arch Dis Child* vol 82, p.311–15, 2000.

CRUZ RIZZOLO, R.J.; MADEIRA, M.C. *Anatomia facial com fundamentos de anatomia sistêmica geral*. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2012.

DALESSIO, D. J. Medical treatment of trigeminal neuralgia. *Clinical Neuro-surgery*, v.24, p. 579-584, 1977.

DAS, B.; SAHA, S. P. Trigeminal neuralgia: current concepts and management. *J. Indian Med. Assoc.* , Calcutta, v. 99, n. 12, p. 704-709, 2001.

EL OTMANI, H.; MOUTAOUAKIL, F.; FADEL, H.; SLASSI, I. Familial trigeminal neuralgia. *Rev. Neurol.*, Santiago, v. 164, n. 4, p. 384-387, 2008.

FARDY MJ, PATTON DW. Complications associated with peripheral alcohol injections in the management of trigeminal neuralgia. *Br J Oral Maxillofac Surg* v.32, p.387, 1994.

FRIZZO, HELITANA MARA; HASSE, PAULO NORBERTO; VERONESE, RODRIGO MARCELO. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac* ; 4(4): 212-217, out.-dez. 2004.

FROMM, GERHARD H. The Pharmacology of Trigeminal Neuralgia, Clinical Neuropharmacology: Volume 12 - Issue 3 - p 185-194 June 1989.

FUMIO GOTO, KEIJI ISHIZAKI, DAISUKE YOSHIKAWA, HIDEAKI OBATA, HIDEHIRO ARII, MASAMITSU TERADA ,The long lasting effects of peripheral nerve blocks for trigeminal neuralgia using a high concentration of tetracaine dissolved in bupivacaine, Pain, Volume 79, Issue 1, Pages 101-103,ISSN 0304-3959 ,1999.

GALASSI, C.; BLASI, G.; GALASSI, G.; SERRA, M. & FAVERIO, A. Nevralgie trigeminali ed altre algie del capo. Parodont. e Stomatol. (Nuova), v.2, p. 45-160, 1985.

GALE, D. Trigeminal neuralgia and multiple sclerosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, v.79, n.3, p.398-401, Mar.1995.

GANDHI, D., WEE, R., GOYAL, M. CT and MRI imaging of intracerebral amyloidoma: case report and review of the literature. Am J Neuroradiol, v.24, p. 519-522, 2003.

GÓES TMPLE, FERNANDES RMS. Neuralgia do trigêmeo: diagnóstico e tratamento. International Journal of Dentistry; 7(2): 102-106, 2008.

IASP - Internatinal Association for the Study of Pain. Pain, v.3, 1986

JACOB, RP. and RHOTON, JAL. Diagnosis and Nonoperative Management of Trigeminal Neuralgia. In: YOUMANS, JR. Neurological Surgery. 4th Ed. W. B. Saunders Company, vol. 5, p. 3376-3385 , 1996.

JANNETA, PG. Gross (Mesoscopic) description of the human trigeminal nerve and ganglion. Journal of Neurosurgery, vol. 20, p. 109-111, 1963.

Krafft RM - Trigeminal neuralgia. Am Fam Physician 2008;77:1291-1296.

KRMPOTIÉ-NEMNIÉ, J.; VINTER, I.; HAT, J.; JALSOVEC, D. Mandibular Neuralgia due to Anatomical Variations. Eur. Arch. Oto-rhino-laryngol., Heidelberg, v. 256, p. 205-208, 1999.

LOESER, J. D. Tic douloureux and atypical facial pain. J. Canad. Dent. Assoc., v.12, p.917-923, 1985.

LUCENA, Z. T. Revisão sobre o uso da carbamazepina no tratamento de algias. F Med, v.90, p.63-70, 1985.

MASON WE, KOLLROS P, JANNETTA PJ. Trigeminal neuralgia and its treatment in a 13-month-old child: a review and case report. J Craniomandib Disord; 5: 213–16, 1991.

MATTOS, JMB., BUENO, FV. and MATTOS, LR. Neuralgia do Trigêmeo: Um novo protocolo de tratamento clínico. Revista Dor, vol. 6, n. 4, p. 652-656. 2005.

MENESES, M.S. et al. Traitement microchirurgical de la névralgie du trijumeau. Neurochirurgie, v.41, n.5, p.349-352, Juin 1995.

MILLER, J; ACAR, F.; HAMILTON, B.; BURCHIEL, K. Preoperative visualization of neurovascular anatomy in trigeminal neuralgia. J. Neurosurg., Charlottesville, v. 108, n. 3, p. 477-482, 2008.

NASCIMENTO, O. J. M. Neuralgia essencial do trigêmio: considerações sobre o tratamento e nota preliminar sobre o uso do propanolol. Rev. Bras. Nerol, v.25, n.3, 87-89, maio/jun. 1989.

NURMIKKO TJ, ELDRIDGH PR. Trigeminal neuralgia: pathophysiology, diagnosis and current treatment. Br J Anaesth.v.87 p.117-132, 2001.

PETERSON, L. J. et al. Cirurgia oral e maxilo facial contemporânea. 4. ed. São Paulo, SP: Elsevier, 2007.

POLLACK IF, JANNETTA PJ, BISSONETTE DJ. Bilateral trigeminal neuralgia: a 14-year experience with microvascular decompression. Journal of neurosurgery.1988;68(4):559–565.

POLLACK, I. F.; JANNETTA, P. J.; BISSONNETE, D. J. Bilateral trigeminal neuralgia: a 14-year experience with microvascular decompression. J. Neurosurg., Charlottesville, v. 68, n. 4, p. 559-565, 1988.

QIN, H.; CAI J., YANG, F. S. Could calcitonin be a useful therapeutic agent for trigeminal neuralgia? Med. Hypotheses, Edinburgh, v. 71, n. 1, p. 114-116, 2008.

QUESADA, GAT, BAPTISTA, CE, DAIANA, SP. and DOUGLAS, LF. Neuralgia Trigeminal – do diagnóstico ao tratamento. Revista Dentística, n. 11, 2005.

RESNICK DK, LEVY EI, JANNETTA PJ. Microvascular decompression for pediatric onset trigeminal neuralgia. Neurosurgery. 43: 804–7, 1998.

SIEGFRIED J. [Trigeminal neuralgia and other facial pain--diagnosis and therapy]. Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique; 54(2):83-86. PMID: 9139410, Feb 1997.

SIQUEIRA, J.T.T. Dor facial: aspectos clínicos, diagnóstico diferencial e orientação terapêutica. In: SIMBIDOR, 2, 1995, São Paulo. Anuário. São Paulo: SIMBIDOR, p.42, 1995.

STINE MAARBJERG MD, AYDIN GOZALOV MD, PhD, JES OLESEN D, PhD, ScD,LARS BENDTSEN MD, PhD, ScD, 18 September 2014.

TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, S.R.D.T. de. Facial Neuralgia. JBA, Curitiba, v.3, n.10, p.101-110, abr./jun. 2003.

VAN DER BIJL P. Psychogenic pain in dentistry. *Compendium* (Newtown, Pa.). 1995 Jan;16(1):46, 48, 50-3; quiz 54. PMID: 7758040.

WIFFEN PJ, MCQUAY HJ, MOORE RA. Carbamazepine for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev*.CD005451, 2005.

WILKINS RH. A problem of cervical pain. *Neuro surgery*, 36(1), Jan1995.

YAMAKAMI, I.; KOBAYASHI, E.; HIRAI, S.; YAMAURA, A. Preoperative assessment of trigeminal neuralgia and hemifacial spasms using constructive interference in steady state-three-dimensional fourier transformation magnetic resonance imaging. *Neurol. Med. Chir., Tokyo*, v. 40, p. 545-556, 2000.

YOSHINO, N.; AKIMOTO, H.; YAMADA, I.; NAGAOKA, T.; TETSUMARA, A.; KURABAYASHI, T.; HONDA, E.; NAKAMURA, S.; SASAKI, T. Trigeminal neuralgia: evaluation of neuralgic manifestation and sit of neurovascular compression with 3D CISS MR imaging and MR angiography. *Radiol., Madri*, v. 228, n. 2, p. 539-545, 2003.