

NEURALGIA DO TRIGÊMEO – V3: RELATO DE CASO

TRIGEMINAL NEURALGIA - V3: CASE REPORT

RODRIGO LORENZI POLUHA^{1*}, RAFAEL DOS SANTOS SILVA^{2*}

1. Cirurgião Dentista; Residente em Prótese Dentária da Universidade Estadual de Maringá; 2. Professor Adjunto – Departamento de Odontologia – Universidade Estadual de Maringá.

* Departamento de Odontologia - Universidade Estadual de Maringá. Avenida Mandacaru, nº 1.550. Vila Santa Izabel. Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87080-000. rodrigopoluha@gmail.com

Recebido em 28/07/2015. Aceito para publicação em 13/08/2015

RESUMO

A neuralgia do trigêmeo é uma desordem neuropática que deflagra episódios algícos extremamente dolorosos com início e término abrupto e se limitam a uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. O presente trabalho objetiva descrever um relato de caso de um paciente acometido por neuralgia do trigêmeo, com dores súbitas, intensas, em choque na região do elemento 35. Após o correto diagnóstico, foi empregada terapêutica medicamentosa a base de Carbamazepina, com sucesso no controle da dor. Uma vez que as estruturas orais são áreas frequentes da dor reflexa da condição, o conhecimento de suas características pelo cirurgião-dentista é imprescindível para evitar tratamentos errôneos e desnecessários e promover ao paciente uma abordagem correta que alivie o sofrimento e melhore a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Neuralgia do trigêmeo, dor orofacial, carbamazepina.

ABSTRACT

Trigeminal neuralgia is a neuropathic disorder characterized by abrupt extremely painful episodes and is limited to one or more divisions of the trigeminal nerve. The present article aims to describe a case report of a patient diagnosed with trigeminal neuralgia with sudden and severe electric-like pain referred to tooth 35. After the correct diagnosis, drug therapy was started with the prescription of Carbamazepine which eliminated the neuropathic symptoms. Considering that the Orofacial structures are commonly affected by the symptoms of this condition, it is mandatory that the dentist makes the precise diagnosis in order to avoid unnecessary and equivocal treatment and to start as soon as possible the correct approach, alleviating suffering and improving life quality.

KEYWORDS Trigeminal neuralgia, orofacial pain, carbamazepine.

1. INTRODUÇÃO

As neuralgias são síndromes algícas restritas a á-

rea de inervação de um determinado nervo. A mais comum na face é a neuralgia do trigêmeo (NT), sendo também um das condições dolorosas mais conhecidas pelohumanos (Siqueira *et al.*, 2006; Okeson, 2006).

A Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS) descreve a neuralgia do trigêmeo (IHS 13.1.1) como um transtorno unilateral caracterizado por dores de curta duração, assemelhando-se a choques elétricos, que têm início e término abrupto e limitam-se a uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. Comumente, a dor é desencadeada por estímulos triviais como lavar-se, barbear-se, fumar, falar e/ou escovar os dentes e frequentemente ocorre de forma espontânea (Classification Subcommittee of the International Headache, 2004). Estima-se que a NT acometa cerca de 4 pessoas a cada 100.000 habitantes, com predominância no sexo feminino; apresenta pico de aparecimento nas idades entre 60 a 70 anos, sendo incomum antes dos 40 anos (Bennetto *et al.*, 2007; Lemos-Góes & Fernandes, 2008; Oliveira *et al.*, 2009).

Uma vez que as estruturas orais são também inervadas pelo nervo trigêmeo e possíveis alvos dessa sensibilização algíca, o presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de neuralgia do trigêmeo, discutindo suas características e a importância do conhecimento dessa condição pelo cirurgião dentista.

2. RELATO DE CASO

A Paciente A.J.P. gênero masculino, 52 anos, comerciante, caucasiano, procurou a clínica odontológica da Universidade Estadual de Maringá, queixando-se de dor súbita, intensidade forte, em choque na mandíbula do lado esquerdo, iniciando-se com uma fígada no segundo pré-molar inferior e difundindo-se de forma ascendente para o ramo da mandíbula do mesmo lado. O quadro iniciou havia seis meses, sem associação ou relato direto de qualquer fator ou evento que pudesse contribuir para a origem da condição.

Os eventos algícos ocorriam por qualquer toque no local ou mesmo de forma espontânea, algumas vezes despertando o paciente, segundo ele próprio. A duração

média de cada episódio era de 4 minutos, na forma de múltiplas fsgadas/choques, com frequência e intensidade crescentes ao longo do tempo. Após cada episódio, foi verificado um período refratário no qual a dor não era provocada com nenhum estímulo, e que variava em torno de 5 a 10 minutos. Por medo de deflagrar o processo doloroso, o paciente se alimentava pouco e falava pausadamente, o que já influenciava negativamente sua rotina de trabalho e pessoal.

Não foi encontrada nenhuma condição relevante na história médica. Na história dentária, foi relatada a busca por um clínico geral, logo no início dos eventos, que perante o quadro conduziu a endodontia no dente 35, não resultando em melhora, sendo então sugerido ao paciente a extração do elemento, momento no qual ele procurou a clínica da universidade. Na inspeção clínica e radiográfica odontológica não se constatou qualquer alteração patológica de cunho endodôntico ou periodontal no elemento em questão e seus adjacentes, bem como nos outros componentes orais passíveis de incitar uma dor referida. O bloqueio anestésico do nervo alveolar inferior esquerdo cessou completamente o quadro doloroso.

Em virtude da história relatada e das características clínicas, o diagnóstico atribuído ao quadro foi de Neuralgia do trigêmeo (IHS 13.1.1), com acometimento do ramo mandibular (V3), do lado esquerdo. Como primeira opção de tratamento, a terapêutica medicamentosa instituída fez uso de um anticonvulsivante, Carbamazepina 200mg, com um comprimido do dia. Após uma semana de uso, o paciente relatou ausência total da dor e, por isso, a dose não precisou ser aumentada. O controle da dor mateve-se por 3 meses, quando se iniciou a retirada gradual da medicação, sem o retorno dos sintomas algícos, inicialmente administrando 1 comprimido a cada 48 horas no quarto mês seguida da retirada total da droga a partir do seguinte, sem recidiva dos sintomas. A sonolência excessiva foi o principal efeito colateral manifestado.

As funções hepáticas e renais foram acompanhadas por meio de exames laboratoriais prévios e durante o tratamento, não sendo constatada nenhuma alteração significativa. Concomitante a terapêutica, o paciente foi encaminhado a um neurologista a fim de descartar patologias secundárias intracranianas, que, por sua vez, também não encontrou alterações. Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento regular, sem medicação, com quadro estável e com ausência de qualquer manifestação da neuralgia.

3. DISCUSSÃO

A neuralgia do trigêmeo é responsável por uma das dores mais severas e intensas que uma pessoa pode vir a experimentar em sua vida (Domingues et al., 2007; Borbolato & Ambiel, 2009). Apresenta um quadro clínico típico e característico, praticamente patognômico

(Mattos et al., 2005). É uma algia da face severa, de início agudo, onde as áreas de dor intensa são aquelas de distribuição das divisões do nervo trigêmeo (Siqueira & Siqueira, 2003).

No caso apresentado, a neuralgia acometia um paciente do gênero masculino, contrariando a maior prevalência do feminino (Santos et al., 2004; Gusmão et al., 2012). A ocorrência nas divisões maxilar e mandibular são mais comuns, sendo o lado direito (Oliveira et al., 2006; Araujo, 1982; Araujo, 1983) o mais afetado (60%), embora no caso a queixa algica era na região do elemento 35. Na caracterização clássica da dor, um único episódio algico costuma ter duração de segundos até dois minutos³, porém, no caso deste trabalho, o paciente relatava episódios de até quatro minutos. Isso talvez possa ser explicado pela intensidade do quadro, a qual acaba produzindo paroxismos prolongados (Neale et al., 1998). O diagnóstico dessa condição é essencialmente clínico, sendo os exames complementares necessários para o descarte de patologias secundárias como tumores ou outras patologias que possam causar a neuralgia (Bertoli et al., 2003).

A neuralgia do trigêmeo apresenta uma fisiopatologia controversa. A literatura descreve que fenômenos ligados à senilidade podem estar relacionados à doença. Herança autossômica dominante, autossômica recessiva e, possivelmente, ligada ao cromossomo X, estão envolvidas na ocorrência de casos hereditários (Teixeira & Siqueira, 2003). A eficácia da terapêutica medicamentosa baseia-se na inferência de que esta condição é originária de uma alteração do funcionamento dos núcleos trigeminais, envolvendo principalmente a desmielinização das fibras nervosas (Okeson, 2006). Entre as hipóteses, sugere-se que a irritação crônica ou o estiramento das fibras aferentes, muitas vezes originadas através do contato de uma artéria com o nervo trigêmeo em nível central, seriam os fatores responsáveis pelos sintomas de característica elétrica e ectópica (Maestri & Holzer, 1993).

A primeira opção terapêutica deve ser não invasiva, através de fármacos anticonvulsivantes e/ou antidepressivos, entre os principais a carbamazepina (Frizzo et al., 2004; Alves et al., 2004; Felix et al., 2003) que atua bloqueando canais de sódio voltagem-dependentes pela redução dos disparos repetitivos de alta frequência do potencial de ação (Okeson, 2006), impedindo a condução de impulsos nervosos aferentes e bloqueando a deflagração do quadro doloroso (Frizzo et al., 2004). É importante que se monitore, em intervalos regulares, por meio de exames laboratoriais, os mecanismos envolvidos na metabolização e excreção, principalmente devido à potencial hepatotoxicidade da droga (Okeson, 2006; Frizzo et al., 2004). Os efeitos colaterais relacionados à carbamazepina são tremores, vertigens, sonolência, confusão mental, hiper ou hipotensão, bradicardia, erupções eritematosas, esfoliati-

vas ou obstrutivas, diarreia, epigastralgia, anormalidades na acomodação visual, alterações das funções hepáticas e medulares (Christensen et al., 2001).

O tratamento cirúrgico é indicado quando a terapia farmacológica falha, o paciente não consegue adaptar-se aos efeitos colaterais ou se alguma lesão central é encontrada (Maestri & Holzer, 1993).

4. CONCLUSÃO

Em virtude do local onde comumente os eventos alérgicos se manifestam, o cirurgião-dentista, muitas vezes acaba sendo o profissional que realiza a atenção primária, o que torna fundamental o conhecimento desta patologia a fim de se evitar procedimentos invasivos, muitas vezes mutiladores, e desnecessários decorrentes de um diagnóstico incorreto, além de atrasar a melhora do quadro que aliviaria o sofrimento e melhoraria a qualidade de vida de quem sofre com este problema.

REFERÊNCIAS

- [01] Siqueira SRDT, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Neuralgia do trigêmeo: protocolo de tratamento atual. *Rev Dor* 2006; 7(2):765-773.
- [02] Okeson JP. *Dores bucofaciais de Bell: tratamento clínico da dor bucofacial*. 6. Ed. São Paulo: Quintessence, 2006.
- [03] Headache classification subcommittee of the international headache, S. *The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition*. Cephalalgia, 24 Suppl. 2004; 1(9): 234
- [04] Bennetto, L.; Patel, N. K.; Fuller, G. Trigeminal neuralgia and its management. *British Medical Journal*, Reino Unido. 2007; 334 (27): 201-205.
- [05] Lemos-Góes, T. M. P.; Fernandes, R. S. M.. Neuralgia do Trigêmeo: diagnóstico e tratamento. *International Dental Journal*. 2008; 7(2): 104-115.
- [06] Oliveira, C. M. B. et al. Neuralgia do Trigêmeo Bilateral. Relato de Caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2009; 59 (4): 476-480.
- [07] Domingues, R. B.; Kuster, G. W.; Aquino, C. C. H. Treatment of trigeminal neuralgia with low doses of topiramate. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2007; 65(3b): 792-794.
- [08] Borbolato, R. M.; Ambiel, C. R. Neuralgia do Trigêmeo: Aspectos importantes na clínica odontológica. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009; 2(2): 201-208.
- [09] Mattos JMB, Bueno FV, Mattos LR. Neuralgia do trigêmeo: um novo protocolo de tratamento clínico. *Rev Dor* 2005; 6(4):652-656
- [10] Siqueira SRDT, Siqueira JTT. Neuralgia do trigêmeo: diagnóstico diferencial com odontalgias. *APCD*, 2003.
- [11] Santos E, Marinho JCN, Teixeira MJ. Adesão ou não ao tratamento sob o ponto de vista dos doentes com neuralgia do trigêmeo. *Rev Dor*. 2004; 5(2):277-285.
- [12] Gusmão S, Magaldi M, Arantes A. Rizotomia trigeminal por radiofrequência para tratamento da neuralgia do trigêmeo: resultados e modificação técnica. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(2B):434-440.
- [13] Araújo, I.S. Tratamento da neuralgia do trigêmeo. *F Med*. 1982; 84 (4): 177-180.
- [14] Araújo, I.S. Algas da face. *F Med*. 1983; 86 (5): 337-339.
- [15] Neale, S.J.; Hamburger, J.; Edmondson, H.D. A severe reaction to carbamazepine: consequences for patient monitoring. *Br Dent J*.1998; 185 (6): 276-278.
- [16] Bertoli FMP, Koczicki VC, Meneses MSA neuralgia do trigêmeo: um enfoque odontológico. *J Bras Oclusão, ATM e dor Orofacial*. 2003; 3(10):125-129.
- [17] Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Neuralgias do segmento facial. *J Bras Oclusão, ATM e dor Orofacial*. 2003; 3(10):101-110
- [18] Maestri J. M.; Holzer, F. Fisiopatología de la neuralgia del trigémimo . *Rev. Chil. Neuropsiquiatr*. 1993; 31(3): 317-321.
- [19] Frizzo HM, Hasse PN, Veronese RM. Neuralgia do trigêmeo: revisão bibliográfica analítica. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial*. 2004; 4(4): 212-217.
- [20] Alves TCA, Azevedo GS, Carvalho ES. Tratamento farmacológico da neuralgia do trigêmeo: revisão sistemática e metanálise. *Rev bras Anesthesiol*. 2004; 54(6):836-849.
- [21] Felix F, Olivares MCD, Gismondi RAOC, Belmont H, Felix JAP. Tratamento conservador da síndrome de Gradenigo. *Rev Bras Otorrinol*. 2003; 69(2):256-259.
- [22] Christensen D, Gautron M, Guilbaun G, Kayser V. Effect of and lamotrigine on mechanical allodynia-like behavior in a rat model of trigeminal neuropathic pain. *Pain*. 2001; 93:147-153.