

NEURALGIA DO TRIGÊMEO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ANALÍTICA

TRIGEMINAL NEURALGIA: AN ANALYTIC REVIEW OF THE LITERATURE

*Helitana Mara FRIZZO **
*Paulo Norberto HASSE ***
*Rodrigo Marcelo VERONESE ****

Recebido em jan/2004
Aprovado em nov/2004

RESUMO

A neuralgia do nervo trigêmeo, patologia crônica debilitante, que ocorre devido, principalmente, à sintomatologia dolorosa associada, apresenta etiologia bastante variável, relacionada, sobretudo, a seqüelas traumáticas ou processos degenerativos fisiológicos associados à compressão vascular. As diversas formas de tratamento descritas na literatura enfocam desde procedimentos clínicos medicamentosos às neurocirurgias descompressivas do gânglio trigeminal. Neste trabalho, os autores discutem os pontos-chaves relacionados ao diagnóstico e à terapêutica das neuralgias trigeminais, ressaltando aspectos relevantes de cada caso.

Descritores: Nevralgias, neuralgia do trigêmeo, nervo trigêmeo.

ABSTRACT

Trigeminal nerve neuralgia, a debilitating chronic pathological condition, due mainly to its associated painful symptomatology, has a varied etiology, related principally to traumatic sequelae or degenerative physiological processes associated with vascular compression. The various forms of treatment described in the literature range from clinical drug procedures to neurosurgery for decompression of the trigeminal ganglion. In this paper the authors discuss important aspects related to the diagnosis and treatment of trigeminal neuralgias, pointing out important aspects of each case.

Descriptors: Neuralgias, trigeminal neuralgia, trigeminal nerve.

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Considerações gerais

A neuralgia do Trigêmeo (NT) é a mais conhecida e debilitante forma de neuralgia facial (PETERSON²¹, 1996). Também conhecida como doença de Fortherghill, Tic Doloroso Facial ou Prosopalgia Dolorosa (LEITÃO & FIGUEIREDO¹³, 1985),

é caracterizada uma forte dor descrita como "latejante", "queimação" ou "choque elétrico" (PETERSON²¹, 1996); paroxística e de curta duração, desde alguns segundos até minutos, com severidade e freqüência bastante variáveis (BARROS¹, 1979).

*Aluna do Curso de Odontologia da UNIPAR / UMUARAMA-PR.

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia da UNIPAR.

**Professor do Curso de Odontologia da UNIPAR / UMUARAMA-PR.

Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela UNESP / ARAÇATUBA-SP

***Professor do Curso de Odontologia da UNIPAR / UMUARAMA-PR.

Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela UNIMAR / MARÍLIA-SP

O primeiro relato que se conhece na literatura é o do ano de 1550; baseado nele, o francês Nicolaus Andre, em 1756, descreveu a patologia como uma entidade clínica definida (HOLZER & HOLZER¹⁰, 1997). Esse quadro patológico apresenta maior incidência em mulheres, aproximadamente na sexta década de vida (PETERSON²¹, 1996), apresentando etiologia bastante variável, sendo geralmente associada a quadros escleróticos degenerativos do organismo (BARROS², 1995).

A crise dolorosa é deflagrada em muitos casos, quando o indivíduo toca ou manipula determinadas áreas da face, situadas ipsilateralmente à dor, geralmente ao redor do nariz e próximas aos lábios, denominadas zona-de-gatilho (GALASSI et al.⁸, 1985; BARROS², 1995). Os ataques estimulam freqüentemente respostas, como salivação, ruborização da face, lacrimejamento, ou mesmo, rinorréia (GALASSI et al.⁸, 1985; GUIDETTI et al.⁹, 1979). Embora a dor seja caracterizada por episódios de curta duração, tais episódios podem se repetir rapidamente, produzindo paroxismos prolongados (NEALE et al.¹⁹, 1998). Logo após a crise, existe um período refratário, em que mesmo na presença de estímulos sobre as "zonas de gatilho", o processo doloroso não é desencadeado (LUCENA¹⁶, 1985). Este período de remissão da dor pode decrescer gradualmente, aumentando a freqüência das crises bem como a intensidade da dor (BAYER & STENGER³, 1979; LOESER¹⁵, 1985).

A literatura reporta as mais variadas formas de tratamento da Neuralgia do Trigêmeo, desde procedimentos clínicos não invasivos, como a alopatia, acupuntura e eletro-mioestimulação até procedimentos cirúrgicos, como a alcoolização, microdescompressão vascular e termocoagulação com radiofreqüência.

Aspectos fisiopatológicos

O nervo trigêmeo (V par craniano) é considerado nervo misto, contendo fibras sensitivas (aférentes) e motoras (eferentes), sendo as primeiras de interesse ao quadro nevralgico, responsáveis pela sensibilidade propioceptiva (pressão profunda e cinestesia) além de exteroceptiva (tato, dor e temperatura) da face e parte do crânio, innervando, ainda, os músculos responsáveis pela mastigação. Ao gânglio de Gasser, chegam as fibras sensitivas relacionadas ao estiramento e à propiocepção. Tais fibras chegam ao gânglio a partir das três ramificações do nervo (maxilar, mandibular e oftálmico) que possuem áreas específicas de inervação de cada lado da face (CARPENTER⁵, 1978; BRODAL⁴, 1984).

O ramo oftálmico de Wills (V1) é acometido com pouca freqüência. O ramo maxilar (V2) atravessa o forame redondo e carrega sensibilidade da pele e tecido subcutâneo do lábio superior, asa do nariz, bochecha, pálpebra inferior, região temporal, mucosa do véu do palato, abóbada palatina, amígdala, seio maxilar, fossa nasal, gengiva, polpas dentárias superiores, periósteo da órbita e dura-máter da fossa cerebral média (CARPENTER⁵, 1978).

O ramo mandibular (V3) emerge pelo forame oval e permite a inervação sensitiva da fossa temporal, mento, mandíbula, porção anterior do pavilhão auricular (exceto lóbulo), porção ântero-superior do conduto auditivo externo e membrana timpânica, innervando, também, os dois terços anteriores da língua, soalho da boca, mastóide, polpas dentárias inferiores, gengiva, articulação têmporo-mandibular e dura-máter da fossa posterior. A porção sensitiva do nervo soma-se à raiz motora que supre os músculos mastigatórios (CARPENTER⁵, 1978).

A neuralgia trigeminal é uma afecção com mecanismos fisiopatológicos não inteiramente esclarecidos (JÚNIOR et al.¹², 1989). Ainda não foi

definido um único fator etiológico que, absolutamente, possa ser responsável pelo surgimento da neuralgia trigeminal. Mas muitas afecções têm sido destacadas, dentre elas a compressão intracraniana do nervo trigêmeo por vasos periféricos, geralmente artérias. Outras causas incluem infecções viróticas, lesões tumorais, escleroses múltiplas, aneurismas e comprometimento alveolar pós-extração dentária (LEPP et al.¹⁴, 1974; RATNER et al.²⁵, 1979; ROBERTS et al.²⁶, 1984; SHABER & KROL²⁷, 1980; MORITA et al.¹⁷, 1989; ZHANG et al.³², 1990).

Segundo TÜRP & GOBETTI³¹ (1966), o mecanismo que estaria próximo do que realmente ocorreria seria a conjunção de processos degenerativos do envelhecimento associados à compressão vascular, agindo durante vários anos, sobre a raiz posterior do nervo trigêmeo.

A neuralgia trigeminal pode ainda estar relacionada tardiamente à terapêutica incorreta em traumatismos maxilofaciais, como por esmagamento ou fraturas dos ossos da face, destacando-se as fraturas do complexo zigomático-maxilar, principalmente quando envolvido o soalho da órbita, lesando o feixe vâsculo-nervoso infra-orbitário.

Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na sintomatologia reportada pelo paciente, como paroxismos típicos, períodos refratários e zonas-de-gatilho (TÜRP & GOBETTI³¹, 1996).

Nas NT, o indivíduo apresenta aspecto clínico característico de prostração, freqüentemente imobilizando sua face com as mãos entre os ataques, para prevenir qualquer mobilidade na esperança de evitar novos episódios (BAYER & STENGE³, 1979).

Durante a crise, os pacientes geralmente cerram o semblante, cessando a conversação (BAYER & STENGER³, 1979; SHAFER²⁸, 1987). Neste sentido, negligenciam sua aparência, evitam escovar os dentes, lavar ou barbear a zona-de-gatilho. A má

alimentação pode levar à perda de peso e à desidratação (BAYER & STENGER³, 1979).

A anestesia da zona-de-gatilho é uma manobra útil, para se estabelecer um diagnóstico diferencial que deve ser completado por uma anamnese criteriosa a respeito da evolução dos sintomas e para se conhecer quais os estímulos exatos e os locais que deflagram a dor.

Tratamento

a) Clínico

O tratamento da N.T tem sido amplamente discutido (BARROS¹, 1979), cuja terapêutica clínica tem apresentado boa resposta na maioria dos casos (NASCIMENTO¹⁸, 1989).

Opta-se primeiramente por métodos não invasivo através de medicamentos anticonvulsivantes, à base de carbamazepina (Tegretol) e/ou difenilhidantoína (Hydantal) ou mesmo narcóticos (LOESER¹⁵, 1985).

A posologia é bastante variável, devendo ser adaptada a cada caso. Com relação à carbamazepina, deve-se iniciar com doses de 100 mg/dia com aumento gradual das doses a cada dois ou três dias, podendo chegar a 1.600 mg/dia, observando-se os efeitos clínicos e a tolerabilidade (LUCENA¹⁶, 1985).

O intervalo entre as dosagens deve ser de oito em oito horas. Seu mecanismo de ação ainda não é conhecido, sendo sustentada sua ação antiepilética, impedindo a condução de impulsos nervosos aferentes, bloqueando a deflagração do quadro doloroso. Dentre os efeitos colaterais com relação à carbamazepina, destacam-se: sonolência, instabilidade e diplopia. Os efeitos secundários podem ser evitados com o aumento da dose de forma sistemática. A superdosagem leva à sonolência, disastria, ataxia e nistagmo. Devido à possibilidade de ocorrerem agranulocitose e alterações hepáticas, recomendam-se exames laboratoriais periódicos, incluindo hemogramas e provas de função hepática,

além de dosagens séricas dos níveis de CBZ (POST²², 1988). Segundo LUCENA¹⁶ (1989), a carbamazepina pode também ser associada à fenitoína na dose de 100 mg, duas vezes ao dia. A fenitoína atua deprimindo a transmissão sináptica ao nível do núcleo sensitivo do trigêmeo, e a CBZ exerce efeitos antiepiléticos.

Em sua revisão de literatura, NASCIMENTO et al.¹⁸ (1989) descrevem a utilização de outras drogas para o tratamento da neuralgia do trigêmeo, tais como: propoxifeno, clonazepan, levopromazina, associada à CBZ bem como o tartarato de ergoterol, mas nenhuma dessas drogas apresenta eficácia similar quando comparada ao uso da CBZ.

b) Cirúrgico

Na vigência da falência do tratamento clínico ou em crises algícas intensas, devemos questionar a indicação do tratamento cirúrgico (NASCIMENTO et al.¹⁸, 1989).

Nesta modalidade, encontra-se uma gama considerável de procedimentos, variando desde a injeção de álcool nos ramos periféricos (alcoólização) até a microdescompressão vascular (PAGNI²⁰, 1982).

Nos últimos anos, dois procedimentos têm sido apontados como dos mais usados: a eletrocoagulação percutânea diferencial do trigêmeo e a microdescompressão vascular do trigêmeo sendo, também, a termocoagulação com radiofrequência do gânglio de Gasser um método eficaz.

Em pacientes com mais de 50 anos, rebeldes ao tratamento clínico, emprega-se a termocoagulação com radiofrequência do gânglio de Gasser. Trata-se de procedimento cirúrgico relacionado especificamente as áreas médicas (Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia).

PROPOSIÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar, através da revista da literatura, as principais

considerações sobre as neuralgias do nervo trigêmeo, destacando aspectos relevantes pertinentes ao diagnóstico e tratamento.

DISCUSSÃO

Deve-se ressaltar que esta patologia, condição clínica de freqüência e gravidade consideráveis, foi investigada exaustivamente, à procura de uma etiologia definida para o quadro clínico. Diante da evolução clínica, muitas vezes dramática, deve-se tentar o tratamento conservador inicialmente e somente após totalmente esgotadas suas possibilidades, questionar a indicação cirúrgica.

Desta forma, corroboramos os achados literários que, de forma unânime, destacam a aplicação de terapêutica clínica primária à conduta cirúrgica.

A alopatia é muitas vezes obscura, por se tratar de uma doença benigna, sujeita a recidivas e tratamento medicamentoso com resultados insatisfatórios.

As principais drogas empregadas no tratamento são a hidantoína e a carbamazepina (CBZ). Ambas funcionam temporariamente e levam freqüentemente a sintomas de intolerância. A hidantoína atua eficazmente, sobre o processo doloroso em 40% dos casos, e a CBZ, em cerca de 90% (DALESSIO⁶, 1977).

POST²³ (1986) propõe esquema, iniciando com 100 mg/dia de CBZ, aumentando-se 100 mg de dois em dois dias, até atingir a dose de 600 mg a 800 mg diárias, geralmente suficientes para aliviar a dor. Pode, entretanto, ser necessária uma dose de até 1600 mg/dia. Os bloqueios periféricos, com soluções anestésicas na zona-de-gatilho ou na região com dor, podem interromper, apenas, temporariamente a sintomatologia (BAYER³, 1979). O tratamento cirúrgico teve seus primeiros relatos na metade do séc. XVIII (PAGNI²⁰, 1982). TAARLOV²⁹ (1980) salienta as vantagens da microdescompressão vascular em

pacientes mais jovens ou sem risco alto, reservando a eletrocoagulação para pacientes mais idosos ou em condições de saúde mais precárias.

Segundo SHABER²⁷ (1983), acima de qualquer vantagem, a termocoagulação do gânglio de Gasser, tratamento por punção percutânea, evita uma intervenção maior, com riscos inerentes a procedimentos, como anestesia, infecções, complicações cardiovasculares e broncopulmonares, freqüentes no grupo etário atingido pela enfermidade. Com a descompressão neurovascular da raiz trigeminal, JANETTA & RAND¹¹ (1966) concluíram que a técnica apresenta vantagem sobre os outros procedimentos, pois não provoca nenhuma alteração de sensibilidade e cura a neuralgia em 80% dos casos, com pequeno índice de recidiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imperativo, em vista dessas considerações, que o clínico se mantenha bem informado e atualizado com estudos desenvolvidos nessas áreas que o possibilitem diagnosticar corretamente, estabelecer procedimento terapêutico ou mesmo, encaminhar o paciente ao profissional competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS. Princípios de cirurgia odontológica e bucomaxilo-facial, propedêutica clínica, 1979. p.145-146.
2. BARROS. Tratamento de disfunções craniomandibulares. ATM. 1995. p.107.
3. BAYER, D. B. & STENGER, T. G. Trigeminal neuralgia: An overview. Oral Surg., v.48, n.5, p.393-399, 1979.
4. BRODAL, A. Anatomia Neurológica com Correlações Clínicas. 3. ed. São Paulo: Livraria Roca Ltda., 1984. p.409-428.
5. CARPENTER, M. B. Neuroanatomia Humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1978.

p.331-341.

6. DALESSIO, D. J. Medical treatment of trigeminal neuralgia. Clinical Neuro-surgery, v.24, p. 579-584, 1977.
7. FROMM, G. H.; TERRENCE, D. F.; CHATTHE, A. S.; GLASS, J. D. Baclofen in trigeminal neuralgia: its effects on the spinal trigeminal nucleus. A pilot study. Arch Neurol, v.37, p.768-771, 1980.
8. 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.
9. GUIDETTI, B.; FRAIOLI, B. & REFICE, G. M. Modern trends in surgical treatment of trigeminal neuralgia. J. Max. Fac.Surg., v.7, p.315-319, 1979.
10. HOLZER, F.; HOLZER, J. Tratamiento quirúrgico de la neuralgia del trigémino. Rev Chil Neuropsiquiatr, v.35, p.511-515, 1997.
11. JANNETTA, P. J.; RAND, R. W. Microanatomy of the trigeminal nerve. Anat Rec, p.362, 1966.
12. JÚNIOR, D. S. et al. Neuralgia essencial do trigêmio: considerações sobre a fisiopatologia. Rev. Bras Neurol, v.25, n.6, p.183-185, nov./dez. 1989.
13. LEITÃO, F.; FIGUEIRÊDO, D. Termocoagulação do trigêmio por radiofrequência: experiência em 51 casos. Neurobiol, v.48, n.1, p.59-68, jan./mar., 1985.
14. LEPP, F. H.; SEDLAR, H. & DÍAZ, J. V. El llamado ganglio de gasser. Aspectos anatomicos, historico-terminologicos y terapeuticos. Acta odont. Venezolana, v.1, p.125-167, 1974.
15. LOESER, J. D. Tic douloureux and atypical facial pain. J. Canad. Dent. Assoc., v.12, p.917-923, 1985.
16. LUCENA, Z. T. Revisão sobre o uso da carbamazepina no tratamento de algias. F Med, v.90, p.63-70, 1985.
17. MORITA, A.; FUKUSHIMA, T.; MIYAZAKI, S.; SHIMIZU, T. & ATSUCHI, M. Tic douloureux caused by primitive trigeminal artery or its variant. J.

- Neurosurg., v. 70, p.415-419, 1989.
18. NASCIMENTO, O. J. M. et al. Neuralgia essencial do trigêmio: considerações sobre o tratamento e nota preliminar sobre o uso do propranolol. *Rev. Bras. Neurol*, v.25, n.3, 87-89, maio/jun. 1989.
 19. NEALE, S. J.; HAMBURGER, J.; EDMONDSON, H. D. A severe reaction to carbamazepine: consequences for patient monitoring. *Br Dent J*, v.185, n.6, p.276-278, Sep. 1998.
 20. PAGNI, C. A. Trigeminal neuralgia. *Panminerva medica*, v.24, p.113-136, 1982.
 21. PETERSON, ELLIS; HUPP, TUCKER. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 2º Ed. p.623-624.
 22. POST, R. M. Time course of clinical effects of CBZ implications for mechanisms of action. *J. Clin Psychiatry*, v.49, n.4, p.35-48, 1988.
 23. POST, R. M.; RUBINOW, D. R.; UHDE, T. M. et al. Dopaminergic effects of CBZ. *Arch Gen Psychiatry*, v.43, p.392-396, 1986.
 24. PRASAD, A. J. The role of sodium valproate as an antimanic agent. *Pharmatherapeutica*, v.4, p.6-7, 1984.
 25. RATNER, E. J.; PERSON, P.; KLEINMAN, D. J.; SHKLAR, G. & SOCRANSKY, S. S. Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. *Oral Surg.*, v.48, p.3-20, 1979.
 26. ROBERTS, A. M.; PERSON, P.; CHANDRAN, N. B. & HORI, J. M. Further observations on dental parameters of trigeminal and atypical facial neuralgias. *Oral Surg.*, v.58, n.2, p.121-129, 1984.
 27. SHABER, E. P. & KROL, A. J. Trigeminal neuralgia – A new treatment concept. *Oral Surg.*, v.49, n.4, p.286-293, 1980.
 28. SHAFER, W. G.; HINE, M. K. & LEVY, B. M. *Doença dos Nervos e Músculos. Tratado de Patologia Bucal*. 4º. ed. p.789-808. Ed. Guanabara. Rio de Janeiro, 1987.
 29. TAARLOV, E. Percutaneous and open microsurgical techniques for relief of refractory tic douloureux. *Surg Clin of North America*, v.60, p.593-607, 1980.
 30. TURKEWITZ, L. J. & LEVIN, M. Acute inflammation of the temporomandibular joint presenting as classical trigeminal neuralgia – Case report and hypothesis. *Headache*, v.28, p.24-25, 1988.
 31. TÜRKP, J. C.; GOBETTI, J. P. Trigeminal neuralgia versus atypical facial pain: a review of the literature and case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.81, n.4, p.424-432, Apr. 1996.
 32. ZHANG, K. W.; SHUN, Z. T.; ZHAO, Y. H. & LI, P. Microvascular decompression by retrosigmoid approach for trigeminal neuralgia: Experience in 200 patients. *Ann. otol. rhinol. Laryngol.*, v.99, p.129-130. 1990.