

SBD OF

VOLUME 1 | EDIÇÃO 2 | ABRIL 2018

Sociedade Brasileira de
Disfunção Temporomandibular
e Dor Orofacial

NEURALGIA DO TRIGÊMEO

EDITOR DO "CADERNOS SBD OF"

LIETE ZWIR

REVISÃO CIENTÍFICA

ANTÔNIO SÉRGIO GUIMARÃES

PAULO CESAR RODRIGUES CONTI

AUTOR DESTE FASCÍCULO

JULIANA STUGINSKI BARBOSA

DIRETORIA DA SBD OF

PRESIDENTE: REYNALDO LEITE MARTINS JÚNIOR

VICE-PRESIDENTE: PAULO AFONSO CUNALI

SECRETÁRIA: DANIELA GODOI GONÇALVES

TESOUREIRO: RODRIGO ESTEVÃO TEIXEIRA

NEURALGIA DO TRIGÊMEO



SBDOF

Sociedade Brasileira de
Disfunção Temporomandibular
e Dor Orofacial

A neuralgia do nervo trigêmeo (NT) talvez seja uma das dores mais conhecidas e temidas do mundo. As fortes dores, geralmente em choques, acontecem em grande parte na face e na cavidade oral o que faz com que os pacientes procurem atendimento odontológico. Apesar de descrita e conhecida há muito tempo, ainda em 2018, o ensino na maioria das faculdades de Odontologia parece não preparar o profissional para seu reconhecimento como parte do diagnóstico diferencial das dores da face¹. Por isto, é alarmante o número de iatrogenias realizadas por profissionais que executam procedimentos odontológicos irreversíveis, como tratamento endodôntico, extrações e outros, sem qualquer necessidade, gerando um enorme custo biológico e financeiro ao paciente. Onde está a falha? Provavelmente no diagnóstico inicial. Assim, este texto objetiva a divulgação de alguns conceitos sobre essa dor neuropática.

A terceira edição da Classificação Internacional das Cefaleias define a NT como uma condição caracterizada por dor do tipo choque elétrico, unilateral e rápida, abrupta no início e final, limitada a uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. A crise dolorosa pode ser iniciada por estímulos inócuos e se desenvolve sem causa aparente ou por resultado de outra condição diagnosticada. Se os pacientes experimentarem dor

contínua adicional na mesma distribuição e no mesmo período que a dor paroxística é considerada NT com dor contínua concomitante e esse fenótipo pode estar presente em cada uma das três categorias de subclassificação. O diagnóstico da NT deve ser inicialmente clínico e as investigações subsequentes devem ser realizadas para identificar uma possível causa.²

Quadro I – Critérios de diagnóstico para Neuralgia do Trigêmeo.

13.1.1 Neuralgia do Trigêmeo

- A.** Paroxismos recorrentes de dor facial unilateral na distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo, sem nenhuma referência além, que preenchem critérios B e C.
- B.** A dor preenche apresenta as seguintes características:
 1. Duração de frações de segundo a 2 minutos
 2. Intensidade forte
 3. Qualidade tipo choque elétrico, cortante, pontadas
- C.** Precipitada por estímulos inócuos no lado afetado.
- D.** Não preenche nenhum dos outros critérios do IHS-III

Fonte: Classificação Internacional das Cefaleias – Terceira edição.²

As classificações para a NT foram definidas em conjunto pela Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) e a

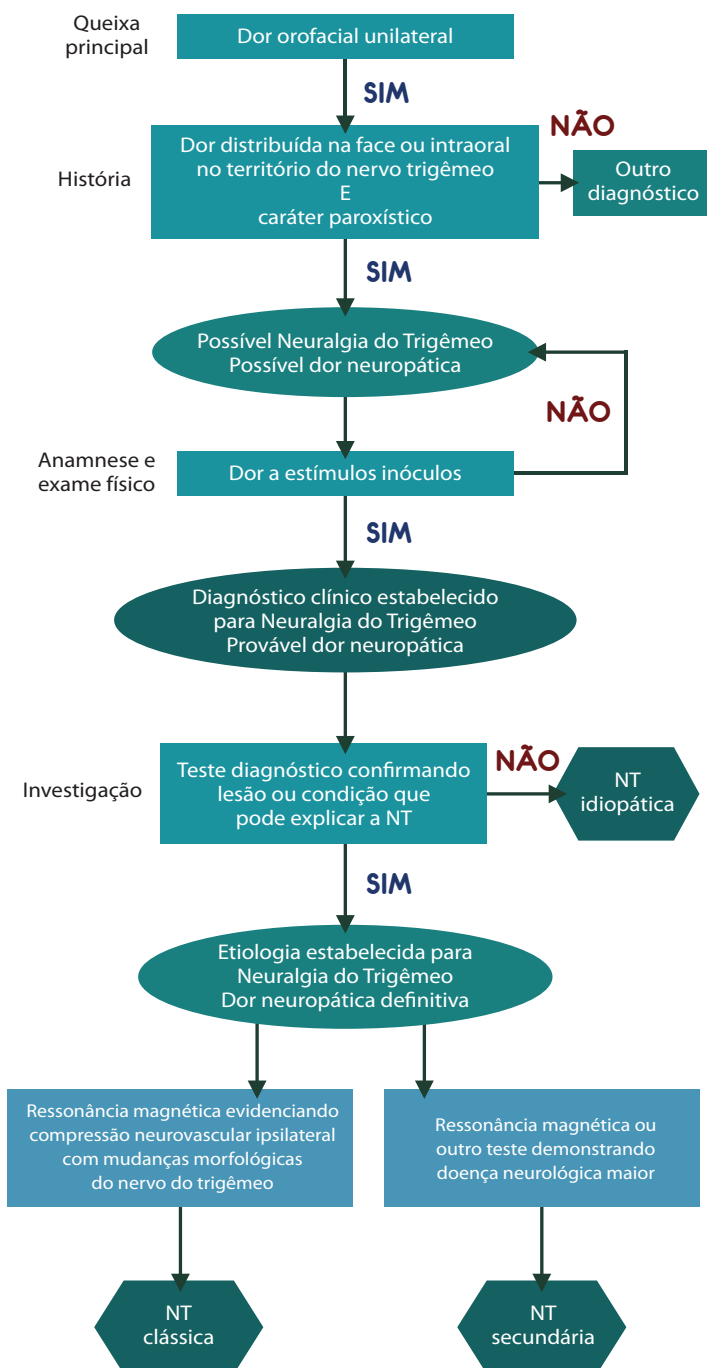
Sociedade Internacional para Estudo da Dor (IASP) e dividem a NT em três fenótipos distintos:^{2,3}

- NT idiopática: nenhuma causa aparente;
- NT clássica: causada pela compressão vascular da raiz do nervo trigeminal, resultando em alterações morfológicas da raiz;
- NT secundária: causada por doença neurológica maior, por exemplo, um tumor do ângulo cerebelopontino ou esclerose múltipla

Cruccu et al. (2016) propuseram um algoritmo para o diagnóstico da NT. (Figura 1).

A Classificação Internacional das Cefaleias, em sua

Figura 1 - Nova classificação e sistema gradual de diagnóstico para Neuralgia do Trígêmeo. Fonte: Cruccu et al., 2016



última versão, está disponível na íntegra na língua inglesa no link: <http://bit.ly/classificacaocefaleia>

O diagnóstico diferencial deve ser realizado com outras condições com características clínicas semelhantes como algumas cefaleias trigêmicas autonômicas (SUNCT, SUNA, hemicrania paroxística, cefaleia em salvas) até mesmo odontalgias.⁴

Ao longo do tempo, a duração dos episódios dolorosos pode se tornar mais longa, porém uma minoria de pacientes relata episódios com mais de dois minutos de duração. Alguns ataques podem ser espontâneos.^{2,3}

É de fundamental importância que o cirurgião-dentista esteja familiarizado com os critérios de diagnóstico para NT, o que depende da anamnese.

Durante o exame físico, o clínico pode tentar reproduzir a queixa dolorosa do paciente por meio de testes com estímulos inócuos. Entretanto, deve-se ressaltar que nem sempre isso é possível, seja pela recusa do paciente a se submeter ao exame, o que é compreensível, seja pelo período de silêncio entre crises ou mesmo por não conseguir acesso às áreas em que a crise pode ser deflagrada.²

A partir do momento que o diagnóstico clínico é estabelecido, o cirurgião-dentista deve encaminhar o paciente ao médico, especialmente para o neurologista que conduzirá a investigação para fatores secundários e tratamento.³ É importante ressaltar que de 14 a 20% dos casos a NT é secundária à presença de alguma lesão como esclerose múltipla ou lesões compressivas como tumores.⁴

A desmielinização focal dos neurônios aferentes primários na entrada da raiz trigeminal no tronco encefálico é o principal mecanismo para a excitabilidade neuronal e em cerca de 50% dos casos a artéria cerebelar posterior participa da compressão ou mudança morfológica da raiz trigeminal.^{4,5}

Como afirmado acima, nenhum tratamento odontológico deve ser realizado com o objetivo de melhora do quadro. O tratamento de escolha e nível A é a terapia farmacológica para NT e recai no uso de drogas anticonvulsivantes, estabilizadoras de membrana, carbamazepina e a oxcarbazepina. A titulação é lenta e a sua retirada deve também ser cuidadosa e supervisionada pelo médico.⁴

A carbamazepina é a droga de escolha para a NT, mas sua eficácia pode ser comprometida pela baixa tolerabilidade e as interações farmacocinéticas.^{4,6-8} O uso dessas medicações é um desafio especialmente pelos efeitos

colaterais cognitivos, em pacientes com doenças comórbidas cardíacas, hepáticas ou renais, em mulheres em idade fértil, usando contraceptivos orais (a medicação reduz a eficácia) ou planejando a gravidez.⁴ Os efeitos colaterais mais frequentes são sonolência e tontura, além de letargia, tontura, fraqueza, dor de cabeça, náusea e confusão mental.^{8,9}

Dois estudos clínicos randomizados encontraram efeitos terapêuticos similares entre carbamazepina e oxcarbazepina em relação ao número de crises dolorosas e avaliação geral.⁷ A oxcarbazepina apresenta melhor tolerância (três vezes menos efeitos colaterais) e menor interação medicamentosa do que a carbamazepina.^{4,8}

Antes da prescrição dessas drogas, testes laboratoriais devem ser realizados para garantir a função renal, hepática e avaliar o teor de sódio. Deve-se evitar carbamazepina ou oxcarbazepina em pacientes com desordens sanguíneas e história de depressão da medula óssea. Existe o risco de hiponatremia (queda de concentração de sódio no sangue) o que é maior em pacientes que fazem uso de diuréticos e indometacina.⁴

Sugere-se tentar outras opções farmacológicas como monoterapia ou terapia complementar quando há contraindicações ou efeitos colaterais adversos que impossibilitam o uso dessas medicações como, lamotrigina e baclofeno, embora as evidências científicas sejam ainda fracas.^{4,6-8} Existem alguns estudos que mostraram a eficácia do uso da gabapentina e antidepressivos tricíclicos na NT (maior eficácia na NT com dor contínua concomitante).³

Os bloqueadores seletivos dos canais de sódio (receptor do canal de sódio 1.7), atualmente sobre desenvolvimento, podem ser uma alternativa e uma opção farmacológica no futuro próximo.¹⁰

Pacientes que não respondem à terapia medicamentosa mesmo em altas dosagens ou com NT secundária à lesão compressiva são encaminhados à neurocirurgia onde o procedimento de descompressão microvascular pode ser realizado se o contato neurovascular tiver sido demonstrado. Existem outros procedimentos adotados como radiocirurgia estereotáxica, bloqueio de glicerol, compressão por balão e termocoagulação por radiofre-

quência.⁴

Concluindo, cabe novamente lembrar que o cirurgião-dentista tem papel fundamental no diagnóstico diferencial e na informação e educação do paciente com relação à neuralgia do trigêmeo.⁴ O correto diagnóstico afasta a possibilidade de tratamentos desnecessários e perpetuação do sofrimento do doente.

REFERÊNCIAS

1. Stuginski-Barbosa J, Speciali JG. Neuralgia do trigêmeo: análise de prontuários de um ambulatório terciário. *Rev ABO Nac.* 2007;15:291-295.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018; 38(1): 1-211. doi: 10.1177/0333102417738202.
3. Cruccu G, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Trigeminal neuralgia. *Neurology.* 2016; 87(2): 220-228. doi: 10.1212/WNL.0000000000002840.
4. Maarbjerg S, Di Stefano G, Bendtsen L, Cruccu G. Trigeminal neuralgia - Diagnosis and treatment. *Cephalalgia.* 2017; 37(7): 648-657. doi: 10.1177/0333102416687280.
5. Devor M, Amir R, Rappaport ZH. Pathophysiology of trigeminal neuralgia: the ignition hypothesis. *Clin J Pain.* 18(1): 4-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11803297>. Accessed February 8, 2018.
6. Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *Eur J Neurol.* 2008; 15(10):1013-1028. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02185.x.
7. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol.* 2010; 17(9): 1113-e88. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x.
8. Di Stefano G, Truini A. Pharmacological treatment of trigeminal neuralgia. *Expert Rev Neurother.* 2017;17(10):1003-1011. doi: 10.1080/14737175.2017.1370375.
9. Tentolouris-Piperas V, Lee G, Reading J, O'Keeffe AG, Zakrzewska JM, Cregg R. Adverse effects of anti-epileptics in trigeminal neuralgia-form pain. *Acta Neurol Scand.* January 2018. doi: 10.1111/ane.12901.
10. Zakrzewska JM, Palmer J, Morisset V, et al. Safety and efficacy of a Nav1.7 selective sodium channel blocker in patients with trigeminal neuralgia: a double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 2a trial. *Lancet Neurol.* 2017; 16(4): 291-300. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30005-4.

SBD OF

Sociedade Brasileira de
Disfunção Temporomandibular
e Dor Orofacial