

Neuralgia do trigêmeo: uma revisão de literatura

Autores:

Ester Emanuela Mariano

*Discente do curso de Medicina,
Universidade de Rio Verde (UniRV), Brasil*

Maria Eduarda Barbosa Silva

Discente do curso de Medicina (UniRV)

Ana Luisa Pereira da Silva

Discente do curso de Medicina (UniRV)

Lasmin Borges de Freitas Dupim

Discente do curso de Medicina (UniRV)

Ana Caroline da Silva Morais

Discente do curso de Medicina (UniRV)

Ana Carolina Santos Nunes

Discente do curso de Medicina (UniRV)

DOI: 10.58203/Licuri.22563

Como citar este capítulo:

MARIANO, Ester Emanuela *et al.* Neuralgia do trigêmeo: uma revisão de literatura. In: CHAVES, Marcelo Henrique Guedes (Org.). **Perspectivas e estudos emergentes em Ciências da Saúde**. Campina Grande: Licuri, 2024, p. 21-29.

ISBN: 978-65-85562-25-6

Resumo

A neuralgia do trigêmeo (NT) tem sido descrita como uma das apresentações mais debilitantes da dor orofacial. O objetivo desse trabalho é compreender os efeitos na qualidade de vida dos indivíduos que possuem NT, principais sinais e sintomas e diagnóstico. Foi realizada uma revisão de literatura integrativa, do tipo descritiva nas seguintes bases de dados: SCIELO, PUBMED, LILACS e SCOPUS. O descritor utilizado foi: “neuralgia do trigêmeo” encontrando, assim 6 estudos inclusos no PUBMED e 4 inclusos na LILACS totalizando 10 estudos selecionados. Com filtragem de artigos em português, inglês e espanhol, sendo excluídos os estudos duplicados e os que não abordavam o assunto. Os pacientes com NT apresentam uma redução acentuada na qualidade de vida devido à natureza e gravidade da dor. Sob esse viés, segundo evidências recentes, a NT causa, frequentemente, sofrimento psicológico que pode resultar em tentativas de suicídio. As crises podem ocorrer espontaneamente ou serem desencadeadas por estímulos não nocivos como falar, comer, lavar o rosto, escovar os dentes, fazer a barba, um toque leve ou mesmo uma brisa fresca. A NT caracteriza-se por ataques de dor recorrente, unilateral, de curta duração e distribuídos em um ou mais ramos do nervo trigêmeo. Os sintomas podem incluir dores unilaterais da face e intensas. Tradicionalmente, o diagnóstico realizado é clínico, baseado nos sintomas relatados pelo paciente. Embora ainda não exista uma estratégia de manejo padrão, várias abordagens bem-sucedidas foram relatadas, incluindo intervenções farmacêuticas e cirúrgicas.

Palavras-chave: Síndrome trigemial. Dor facial. Crises.

INTRODUÇÃO

O trigêmeo é o V par craniano, ele transmite as sensações do rosto para o cérebro, é o principal nervo da face. A neuralgia do trigêmeo é uma síndrome que predomina em pessoas acima de 50 anos. Ainda assim, visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, é importante que sejam investigados métodos eficazes de manejo dos sintomas. A forma típica ou “clássica” do distúrbio causa dor extrema, esporádica, queimação repentina ou dor facial semelhante a choque que dura de alguns segundos a até dois minutos por episódio. Esses ataques podem ocorrer em rápida sucessão, em surtos que duram até horas (FONOFF, 2024).

O diagnóstico dessa síndrome é clínico, com base nos sintomas que o paciente relatou para o médico. O tratamento tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, pode envolver medicamentos para aliviar a dor, terapias físicas, e em casos extremos é necessária intervenção cirúrgica. Desse modo, é necessário procurar orientação de um profissional da saúde ao ter os sintomas apresentados, pois muito se confunde neuralgia do trigêmeo com dor de dente. O diagnóstico precoce e o manejo adequado promovem uma melhor qualidade de vida e minimizam as consequências dessa síndrome.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, que reúne o conhecimento científico das pesquisas sobre a temática escolhida. Dessa maneira, na realização dessa revisão, foi percorrida as seguintes etapas: identificação do problema, definição da estratégia de pesquisa, seleção dos artigos científicos, avaliação dos estudos e síntese integrativa.

O descritor usado foi "Neuralgia do trigêmeo". As bases de dados utilizadas foram PubMed e Scielo. Nas bases de dados foram escolhidos delimitadores da pesquisa: artigos com textos completos gratuitos e registrado em língua inglesa e portuguesa. Portanto, foram encontrados 10 artigos. Ademais, aprofundou-se a leitura das metodologias dos artigos selecionados, revisando os critérios de exclusão, que foram artigos que não abordavam o tema e excluindo criteriosamente os artigos muito específicos ao tema; juntamente com os critérios de inclusão que foram estudos originais.

CONCEITO

A neuralgia do trigêmeo (NT) é uma dor facial atribuível a uma lesão ou doença do nervo trigêmeo (LATORRE, 2023). A definição de NT depende de um número determinado de fatores clínicos e caracteriza-se por uma dor paroxística, intensa, localizada a uma área abrangida por um único nervo (BRITO, 1999). Na terceira edição da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3) foi definido neuropatia trigeminal dolorosa como dor no território de um ou mais ramos do nervo trigêmeo com déficits sensoriais clinicamente detectáveis (hiperalgesia, alodinia, hipoestesia, hipoalgesia) presumivelmente indicativos de dano neural (LATORRE, 2023). A neuralgia do trigêmeo é uma das síndromes de dor facial mais incapacitantes, com impacto importante na qualidade de vida (CASTILLO-ÁLVAREZ, 2017). A NT também pode ter um impacto econômico considerável, uma vez que o início da doença ocorre geralmente durante a idade produtiva e mais da metade dos pacientes apresentam dificuldades no desempenho das tarefas laborais (LATORRE, 2023).

CLASSIFICAÇÃO DAS NEURALGIAS

As neuralgias podem ser idiopáticas (NTI), clássica (NTC) e secundárias (NTS) cuja clínica e evolução são diferentes das primeiras. A NT caracteriza-se pela dor semelhante nas duas formas clássica e secundária sendo esta última atribuída a traumatismos, tumores intracranianos, doenças desmielinizantes, afecções como osteíte, osteomielite, tumores primários e secundários dos maxilares, causas dentárias e pós herpes-zoster (BRITO, 1999). Na forma idiopática, não são detectadas alterações neurofisiológicas ou de ressonância magnética, enquanto uma causa subjacente pode ser identificada na NTS (LATORRE, 2023).

Quanto à classificação, o comitê International Headache Society (HIS) dividiu a NT nas formas idiopáticas e sintomática e dá-lhes as seguintes definições. A NTI é caracterizada por uma dor muito intensa da face unilateral, tipo choque elétrico, lancinante que abrange um ou mais ramos do trigêmeo. A dor é provocada por estímulos como lavar o rosto, barbear, fumar, escovar os dentes, mas também pode ocorrer espontaneamente; tem início e fim bruscos e pode ter remissões por períodos variados. A NTS é também uma afecção cuja característica é a dor em tudo distinguível na idiopática, mas cuja causa é conhecida (BRITO, 1999).

A NTC refere-se a casos provavelmente causados pela compressão da raiz nervosa por um vaso sanguíneo tortuoso. A NTS apresenta-se com “paroxismos recorrentes de dor facial unilateral que atendem aos critérios diagnósticos para NT, seja puramente paroxística ou associada à dor concomitante contínua ou quase contínua”, em pacientes com uma doença subjacente documentada e reconhecida como causa da neuralgia, o que explicaria a dor. Aproximadamente 15% dos casos de NT são secundárias. As características clínicas sugestivas de NTS são a) início antes dos 50 anos; b) envolvimento bilateral; c) Envolvimento da sucursal V1; d) sinais e sintomas de disfunção sensorial (exceto dor) (LATORRE, 2023).

TRATAMENTO DA DOENÇA

Quanto à terapêutica no que concerne à NT existem duas modalidades: medicamentosa e cirúrgica; na primeira a droga de eleição é a carbamazepina (200-400mg/d) embora a oxcarbazepina possa vir a ter um papel importante nestes doentes dado os poucos efeitos secundários verificados e a boa tolerância a doses superiores às da carbamazepina (900-500mg/d) (BRITO, 1999). Em relação à oxcarbazepina, estudos abertos comparando o medicamento com a carbamazepina relatam eficácia semelhante, melhor tolerância e menor risco de interações medicamentosas. Lamotrigina e baclofeno são tratamentos de segunda linha para NT (classe II, grau de recomendação B). A monoterapia com lamotrigina é recomendada se os medicamentos de primeira linha forem contraindicados ou não tolerados. As principais desvantagens da lamotrigina são a necessidade de aumentar a dose muito lentamente, a fim de minimizar o risco de erupção cutânea, e o fato de que geralmente são necessárias doses elevadas para obter um benefício, aumentando a probabilidade de reações adversas (LATORRE, 2023). Gabapentina e pregabalina podem ser utilizadas em associação com um dos medicamentos de primeira ou segunda linha, ou em monoterapia se esses medicamentos não puderem ser utilizados. Devido à sua tolerabilidade mais favorável, a gabapentina pode ser particularmente útil em pacientes idosos e naqueles com NTS à esclerose múltipla (EM). Uma proporção considerável de pacientes apresenta remissão completa, geralmente precoce; isto exige que consideremos a suspensão da medicação quando o paciente estiver completamente sem dor por um período suficientemente longo, estimado em aproximadamente 6 meses (LATORRE, 2023).

A infiltração local de toxina botulínica A na área dolorosa pode ser uma opção terapêutica interessante, dada a fisiopatologia da NT e os resultados da droga em modelos de dor neuropática, com potencial para reduzir a transmissão de impulsos efápticos e dessensibilizar pontos-gatilho. A infiltração de toxina botulínica A é atualmente recomendada em pacientes com NT resistente ao tratamento, em doses de 25 a 75 UI (2,5 a 5 UI por ponto), com espaço de 15 mm entre os pontos de infiltração, que podem estar localizados na mucosa oral (LATORRE, 2023).

A modalidade cirúrgica divide-se basicamente em três grupos: cirurgia periférica e neurocirurgia maior e menor; nestas duas últimas tendo em conta as complicações secundárias a opinião do doente ou dos familiares deve ser avaliada uma vez que aquelas poderão interferir na qualidade de vida destes doentes (BRITO, 1999). A descompressão microvascular (DMV) é o tratamento cirúrgico de escolha, principalmente em pacientes nos quais é detectado contato neuro vascular. A estimulação cerebral profunda é raramente usada na NT, mas tem sido realizada em casos secundários à EM ou à infecção por herpes zoster e para tratar a dor de desaferentação facial (LATORRE, 2023).

O alvo do tratamento é o controle da dor até à sua total remissão; quando esta persiste mesmo que atenuada, quando há sinais de intolerância e efeitos secundários do tratamento médico, quando há necessidade de aumentar a dose para além daquela que o doente pode suportar e quando se verificam sinais depressivos que podem levar o doente ao suicídio deve cessar o tratamento farmacológico e iniciar o cirúrgico (BRITO, 1999). A cirurgia deve idealmente ser considerada após o primeiro ano de falta de resposta ou intolerância ao tratamento farmacológico. A incidência de ansiedade e depressão entre pacientes com NT é quase 3 vezes maior do que na população geral, como resultado da intensidade da dor e da longa duração da doença.

A doença também pode causar mau desempenho nas atividades da vida diária, isolamento social, alterações do sono, fadiga e anorexia. À luz do exposto, é importante que o tratamento destes pacientes adote uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais de saúde mental (LATORRE, 2023).

ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA

A apreciação do delicado arranjo anatômico da via trigeminal é uma das chaves para compreender a fisiopatologia dessas condições e propor tratamentos inovadores (TERRIER, 2022). O nervo trigêmeo é o V par craniano: emerge da protuberância cerebral

por duas raízes: motora (núcleo motor ou mastigador) e sensitiva (gânglio de Gasser) (BRITO, 1999). O trigêmeo é um nervo misto, embora as fibras sensoriais sejam claramente predominantes (LATORRE, 2023). Do gânglio de Gasser originam três ramos sensoriais: oftálmico de Willis (V1), maxilar superior (V2) e maxilar inferior (V3). Os três ramos reúnem-se num mesmo feixe que é o grosso do trigêmeo; as fibras sensitivas destes têm conexões com as de sensibilidade cervical C1, C2 e C3 e possivelmente até com C7 (BRITO, 1999). O ramo oftálmico inerva a pele da parte superior do nariz (ponte, laterais, parede lateral da cavidade nasal e septo), testa, pálpebra superior, órbita e glândula lacrimal. O ramo maxilar inerva a área zigomática, asas nasais, lábio superior, gengivas da arcada dentária superior, palato, nasofaringe, cavidade nasal posterior e meninges da fossa craniana anterior e média. Finalmente, o ramo mandibular inerva a mucosa bucal, a têmpora e o couro cabeludo lateral, o conduto auditivo externo, a membrana timpânica, a articulação temporomandibular, a mandíbula e a arcada dentária inferior, os 2 terços anteriores da língua, o lábio inferior e o queixo (LATORRE, 2023).

INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO

A NT, quase sempre começa depois dos 30 anos, a dor é intensa, lancinante, de curta duração, paroxística, desencadeada pela estimulação das zonas de gatilho. Outro sintoma também digno de menção é a preponderância do lado direito (BRITO, 1999). A incidência aumenta com a idade, com taxas de 17,5 casos/100 000 pessoas-ano na população com idade entre os 60 e os 69 anos e 25,6 casos entre aqueles com 70 anos ou mais. A idade média de início é de 53,9 anos; as mulheres são mais frequentemente afetadas (60%). Não foram identificadas diferenças étnicas ou geográficas na incidência, embora algumas doenças, como a EM, pareçam aumentar o risco de NT. Pacientes com EM têm 20 vezes mais probabilidade de desenvolver NT (LATORRE, 2023).

ASSOCIAÇÃO FAMILIAR

Os casos familiares são menos frequentes, representando 1% a 2% dos pacientes. Acredita-se que fatores genéticos têm influência sobre a NT, sendo o padrão de herança autossômico dominante o mais apresentável, tal associação familiar ocorre em razão das conformações anatômicas herdadas na estrutura da base do crânio as quais facilitam a compressão do trigêmeo pelos vasos, além da presença de outras enfermidades como a

hipertensão arterial familiar que aumenta a probabilidade da formação de vasos tortuosos que podem comprimir o nervo (FERNÁNDEZ, 2019)

DIAGNÓSTICOS E EXAMES

Com o objetivo de excluir causas secundárias, são aconselháveis estudos de ressonância magnética cerebral em todos os pacientes com diagnóstico clínico de NT. Devemos procurar descartar a dor facial originada nos dentes, causada por cefaleia autonômica trigeminal (indagar sobre sinais autonômicos), ou secundária à infecção facial por herpes zoster ou trauma facial ipsilateral. O exame dos pacientes com NT deve buscar identificar pontos-gatilho cuja estimulação gere dor com características semelhantes à descrita pelo paciente. Devemos também avaliar quaisquer sintomas acompanhantes, incluindo sinais autonômicos (injeção conjuntival, lacrimejamento, rinorreia), que são menos pronunciados e mais breves. É importante diferenciar entre NT e neuralgias de ramos terminais do nervo trigêmeo. Para tanto, é aconselhável delimitar a área dolorosa com a maior exatidão possível e estabelecer a extensão das alterações sensoriais (LATORRE, 2023).

De acordo com o HIS foram definidos critérios de diagnóstico para a NT. Para a NTI é considerado paroxismos de dor facial ou frontal com duração de poucos segundos até dois minutos, a dor deve ter pelo menos quatro das características seguintes: distribuição em uma ou mais ramificações do trigêmeo, súbita, intensa, superficial, lancinante ou com sensação de queimadura, intensidade muito severa desencadeada pela estimulação das zonas de gatilho ou com atos diários como comer, falar, lavar o rosto ou escovar os dentes e entre as crises paroxísticas o doente estar completamente assintomático. É necessário também exame neurológico normal, avaliação das crises estereotipadas em casos particulares e a exclusão das outras causas de dor facial pela anamnese, exame objetivo e exames complementares (BRITO, 1999). Para a NTS é considerado critérios de diagnóstico dor com as características da NTI com ou sem permanência de fundo doloroso entre os paroxismos e sinais de alterações de sensibilidade no território do trigêmeo. Pode haver a demonstração da lesão causal pelos exames complementares ou pela exploração cirúrgica da fossa posterior e o aparecimento da NT no curso de uma EM clinicamente diagnosticada ou como consequência de um infarte do tronco cerebral. Quanto aos fatores etiológicos das NTS, temos: lesões intracranianas, lesões que afetam as terminações do quinto nervo e lesões isoladas do ramo V1 e V2 (BRITO, 1999).

CONCLUSÕES

Em conclusão, a neuralgia do trigêmeo (NT) é uma síndrome debilitante da dor orofacial que merece uma atenção especial ao possuir um grande impacto na vida do indivíduo acometido, podendo prejudicar desde sua vida econômica - ao comprometer sua eficiência em funções laborais - até o seu psicológico, ao propiciar a incidência de ansiedade e depressão, além de atrapalhar sua vida em diversos outros aspectos (LATORRE, 2023). Ela é caracterizada por ataques de dor recorrente, unilateral e de curta duração, distribuídos nos ramos do nervo trigêmeo, desencadeadas por estímulos triviais como falar, comer ou toques leves. O diagnóstico da NT é predominantemente clínico, baseado nos sintomas relatados pelos pacientes, podendo ser clássica (causado pela compressão da raiz nervosa por um vaso sanguíneo tortuoso), secundária (decorrente de traumas ou de outras condições que possam causar essa compressão nervosa) ou idiopática. Em última análise, a abordagem precoce, diagnóstico preciso e tratamento adequado são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com NT. São necessárias pesquisas e o desenvolvimento contínuos de estratégias terapêuticas para lidar com essa síndrome dolorosa e debilitante.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, F; BÁRCENA, I; SOLA, M. Botulinum toxin in trigeminal neuralgia. *Elsevier*, Espanha, v. 148, n. 1, p. 28 - 32, janeiro, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27743594>. Acesso em: 16 fev. 2024.

ARRIARAN, S; PÁRRAGA, R. Descompresión microvascular para el tratamiento de la neuralgia del trigémino: Microvascular decompression for the treatment of trigeminal neuralgia. *Gac Méd Bol*, Bolívia, v. 43, n.1, p. 67 - 73, agosto, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v43n1/v43n1a11.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRITO, A. [Trigeminal neuralgia]. *Acta Med Port*, Portugal, v. 12, n. ,p. 187 - 193, junho, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10481321>. Acesso em: 16 fev. 2024.

BOTO, G. [Trigeminal neuralgia]. *Elsevier*, Espanha, v. 21, n. 5, p. 361 - 372, outubro, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21042687/#full-view-affiliation-1>. Acesso em: 16 fev. 2024.

FONOFF, E. Neuralgia do Trigêmio. *Erich Fonoff*, 2024. Disponível em: <https://www.erichfonoff.com.br/neuralgia-do-trigemeo>. Acesso em 15 fev. 2024.

IMAGINÁRIO, J da G. [Trigeminal neuralgia]. **Rev Port Estomatol Cir Maxilofac**, Portugal, v. 10, n. 2, p. 39 - 49, outubro, 1969. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5373903>. Acesso em: 16 fev. 2024.

LATORRE, G. et al. Diagnóstico y tratamiento de la neuralgia del trigémino: documento de consenso del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. **NEUROLOGÍA**, Espanha, v. 38, n. 1, p. 37 - 52, janeiro, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37116695>. Acesso em: 15 fev. 2024.

RODRÍGUEZ, B. et al. Familial classic trigeminal neuralgia. **NEUROLOGÍA**, Espanha, v. 34, n. 4, p. 229 -233, maio, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347576/#full-view-affiliation-2>. Acesso em: 15 fev. 2024.

TERRIER, LM; HADJIKHANI, N; DESTRIEUX, C. The trigeminal pathways. **Journal of Neurology**, Alemanha, v. 269, n. 7, p. 3443 - 3460, julho, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35249132>. Acesso em 16 fev. 2024.

VARGAS, A; FUENTES, M; ARTAVIA, k. Neuralgia del Trigémino. **Med. leg. Costa Rica**, Heredia, v. 37, n. 1, p. 130 - 137, março, 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100130&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2024.