

NEURALGIA DO TRIGÊMEO

Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt

Dr. Marcelo Benedet Tournier

www.neurologia.ufsc.br

pcb@neurologia.ufsc.br

INTRODUÇÃO

Neuralgia do trigêmeo (NT) é também conhecida pela expressão de origem francesa “tique doloroso”. A razão para isso é que os ataques de dor são acompanhados por um breve espasmo facial ou tique. A história clínica é típica e por si só permite sua identificação. A dor é unilateral e sempre será referida no território da porção sensitiva do V par craniano. Tipicamente acomete ramos maxilar ou mandibular, algumas vezes ambos são afetados.

Exame clínico **normal** elimina a possibilidade de ser sintomática. Porém, a presença de sinais de disfunção do V par, bem como evidências de outras anormalidades neurológicas exclui o diagnóstico de NT idiopática e sugere fortemente a possibilidade de uma lesão estrutural como etiologia.

FREQÜÊNCIA

NT tem uma prevalência estimada entre 150 – 200 casos por milhão de pessoas, não importando a sociedade estudada. Não há predileção sexual.

IDADE

NT idiopática tipicamente será diagnosticada em pessoas a partir da sexta década de vida; porém, poderá ser vista em qualquer faixa etária. Entretanto, deve ser ressaltado que NT sintomática possui uma tendência para se manifestar em pacientes mais jovens.

Importante:

O surgimento de NT em uma pessoa jovem sugere a possibilidade diagnóstica de esclerose múltipla.

FISIOPATOLOGIA

Permanece controverso o mecanismo responsável pela dor. Há sugestões de que injúria periférica ou doença no nervo trigêmeo seja o fator desencadeante. Entretanto, deficiência nos mecanismos inibitórios centrais pode ter participação importante. A dor irá se manifestar quando neurônios noceptivos no núcleo do trigêmeo comunicam aos neurônios do tálamo que.... “algo de errado está acontecendo com eles”.

Aneurismas, tumores, meningite crônica ou outras lesões podem irritar as fibras nervosas trigeminais. Um trajeto anormal da artéria cerebelar superior é frequentemente citado como a causa. Porém, na maioria dos casos nenhuma lesão é identificada e a etiologia é definida como idiopática.

Incomum, todavia longe de ser uma raridade, uma área de desmielinização provocada por esclerose múltipla poderá ser a condição precipitante. Além disso, doenças afetando a emergência do nervo na ponte poderão ser responsabilizadas.

Desta maneira, ainda que NT deve ser interpretada como resultado de uma disfunção no sistema nervoso periférico, afetando as fibras ou próprio nervo, uma lesão dentro do sistema nervoso central deveria ser considerada, pois raramente poderá causar sintomas similares.

Muito raramente, metais usados em tratamentos dentários podem disparar ataques dolorosos idênticos aos da NT idiopática.

MORBIDADE/MORTALIDADE

- Ainda que mortalidade não está associada com a NT idiopática, depressão secundária é comum no caso de refratariedade a terapêutica e suicídio é um risco nestes pacientes. Não raramente suas vítimas apresentam emagrecimento importante devido a nutrição deficitária.
- Quando NT for sintomática a morbi/mortalidade estará relacionada com etiologia identificada da síndrome dolorosa.

HISTÓRIA CLÍNICA

Judiciosa anamnese é o aspecto mais importante no diagnóstico de NT.

• Natureza da dor

- Caracteristicamente a dor é curta e intensa, manifestando-se bruscamente. Sua duração é habitualmente de poucos segundos a 1-2 minutos no máximo;
- Dor é referida como cortante ou similar a um choque, e conforme já comentado, extremamente desagradável e de forte intensidade. Ela pode ocorrer várias vezes ao dia; não sendo raro ver pacientes apresentando múltiplos e sucessivos ataques.

Atenção: pacientes sofreadores de NT não sentem nenhum tipo de dor entre os ataques.

• Distribuição da dor

- Um ou mais ramos do nervo trigêmeo; todavia, o território dos ramos maxilar ou mandibular são aqueles mais frequentemente afetados. Na imensa maioria dos casos será unilateral e muito raramente bilateral.

• Pontos “gatilhos”

- Diversos fatores podem desencadear um ataque doloroso.
- Vibração ou toque discreto na região malar ou maxilar estão entre os mais comuns.
- Atividades tais como lavar o rosto, escovar os dentes, mastigação e até mesmo barbear-se, podem desencadear um episódio.
- Não raramente uma brisa discreta poderá desencadear um ataque de dor e por isso alguns profissionais da área da saúde tendem a rotulá-los como histéricos.

• Tique

A dor paroxística e intensa provoca um curto espasmo dos músculos faciais, produzindo desta maneira um tique reacional.

EXAME CLÍNICO

Todos os pacientes sofreadores de NT idiopática exibem um exame clínico normal;

aliás, este aspecto é fundamental para este diagnóstico; uma espécie de pré-requisito. Por isso, um criterioso exame neurológico deveria ser realizado em todos estas pessoas.

• **Importante:** a presença de qualquer anormalidade no exame clínico/neurológico deve servir de alerta para a possibilidade de que a síndrome dolorosa é sintomática e uma causa deveria ser pesquisada. Tenha em conta que pacientes com NT referem dor a estimulação de uma determinada área da face, o chamado ponto “gatilho”, desta maneira alguns deles podem fazer restrição ao exame clínico por medo de que certos testes possam desencadear seu sofrimento.

ETIOLOGIA

• Na maioria dos pacientes sofredores de NT ela será de natureza idiopática; porém, deve se ter bem claro que compressão dos ramos sensitivos do trigêmeo por tumores ou anomalias vasculares diversas podem ser responsáveis por síndrome dolorosa idêntica.

Outras condições a serem consideradas:

1. Esclerose múltipla
2. Dor facial atípica
3. Neuralgia do glossofaríngeo
4. Síndrome da articulação temporomandibular
5. Má oclusão dentária
6. Compressão de ramos do trigêmeo por tumores ou vasos anômalos
7. **Problemas dentários**
8. Siringomielia
9. Mal Formação de Hanz Chiari

ESTUDOS DE IMAGEM

• Aqueles pacientes com história característica e que apresentam um exame neurológico normal deveriam ser tratados e dispensados de investigação complementar. Entretanto, alguns médicos recomendam Ressonância Nuclear Magnética do crânio (RM) para todos os pacientes com NT com o intuito de se excluir compressão dos ramos trigeminais por neoplasias ou vasos aberrantes e esclerose múltipla.

• Pessoalmente defendo a realização de RM somente quando achados atípicos são detectados ao exame e história clínica.

A QUEM REFERIR PESSOAS COM NT

As pessoas com história típica e um exame clínico normal, deveriam ser referidas para atendimento e seguimento ambulatorial pelo clínico geral ou médico *neurologista* se este for disponível. Entretanto, uma avaliação por *neurologista* ou *neurocirurgião* é sensata e recomendável, todas as vezes em que achados atípicos estiverem presentes ou houver dúvida diagnóstica. Além disso, consulta a *neurocirurgião* ou *médico especialista em Dor* deveriam ser indicadas para todos aqueles pacientes com NT.

O *fisiatra*, médico especializado em incapacidades, pode ser um importante membro no tratamento da dor crônica refratária e no seguimento a longo prazo

destes pacientes, pelo fato de, além de estarem habituados com o manejo e combinação das medicações para dor crônica, têm no seu arsenal terapêutico várias modalidades não-medicamentosas para o seu tratamento, como eletroanalgesia e acupuntura.

Casos mais severos deveriam ser idealmente acompanhados em *centros interdisciplinares para o tratamento de Dor*.

Em tais centros, ablação percutânea por radio frequência da porção do gânglio trigeminal ou bloqueios anestésicos desta estrutura, poderiam ser realizadas.

Menos comum atualmente é a cirurgia descompressiva das fibras do nervo trigêmeo afetadas por estruturas vasculares. Outros tratamentos muito interessantes nos casos mais crônicos são a acupuntura e o TENS (Transcutaneous Electrical Neural Stimulation), que através de eletrodos transcutâneos ou agulhas de acupuntura, emitem impulsos elétricos que bloqueiam a condução nervosa anômala, provocando uma analgesia efetiva, capaz de abortar ou atenuar os efeitos dolorosos durante as crises.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O objetivo do tratamento farmacológico é o controle dos ataques dolorosos com um mínimo de efeitos colaterais. Neste propósito, carbamazepina é a droga mais indicada. Há todavia quem defenda o emprego de baclofen sob a alegação de que esta droga possui menos efeitos colaterais. Porém, esta assertiva é questionável. Casos mais severos podem requerer o uso simultâneo de ambas. Outras alternativas medicamentosas são: fenitoína, clonazepam, gabapentina, lamotrigina, topiramato e valproato de sódio. Embora todas elas sejam menos eficazes que as duas primeiras mencionadas, poderão ser úteis para um paciente em particular; que não responda adequadamente a um ensaio com carbamazepina e/ou baclofen ou que desenvolva efeitos colaterais intoleráveis.

LAPSOS CENSURÁVEIS

- Confundir dor de dente com NT
- Diagnosticar NT idiopática quando uma outra condição poderia ser responsabilizada pelo transtorno.
- Não investigar apropriadamente sofrendores de NT atípica.
- Não compartilhar suas dúvidas com outros colegas da área.

Florianópolis, 09 de dezembro de 2005.