

ASPECTOS ATUAIS DO DIAGNÓSTICO E MANEJO DA NEURALGIA DO TRIGÊMEO DE INTERESSE PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

CURRENT ASPECTS OF THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF TRIGEMINAL NEURALGIA OF INTEREST FOR THE DENTAL SURGEON

Alyne Victória Santana Feitosa¹

Luciana Estevam Simonato²

Saygo Tomo³

RESUMO: O nervo trigêmeo é o quinto (V) nervo craniano, se dividido em três ramos que saem do crânio através do rosto onde transmitem o sentido do rosto e os movimentos da mandíbula: A divisão oftálmica (V₁) transmite sensibilidade da testa e dos olhos. divisão maxilar transmite a sensibilidade da justiça, lábio superior e bucal. A divisão mandibular (V₃) transmite a sensibilidade da mandíbula e do lábio inferior; também permite o movimento dos envolvidos na mastigação e deglutição. A Neuralgia trigeminal é uma doença rara, mas muito dolorosa. Dor semelhante a um choque elétrico, que ocorrem sem aviso e são, mas frequentemente desencadeados por áreas específicas do rosto. O paciente pode apresentar crises inicialmente curtas e leves, com períodos de remissão relativamente longos. Mas a neuralgia do trigêmeo pode progredir, causando ataques mais longos e frequências de dor intensa. Embora a causa exata da neuralgia não seja totalmente compreendida, um vaso sanguíneo é frequentemente encontrado comprimindo o trigêmeo. Medicamentos, termo coagulação, cirurgia e medicamentos podem ser usados para tratar a dor e cada tratamento tem seus benefícios.

Palavras-chave: Doença rara. Neuralgia trigeminal. Nervo trigêmeo.

1250

ABSTRACT: The trigeminal nerve is the fifth (V) cranial nerve, IF divided into three branches that leave the skull through the face where they transmit the sense of the face and the movements of the jaw: The ophthalmic division (V₁) transmits sensitivity of the forehead and eyes. Maxillary division conveys the sensitivity of justice, upperlip and buccal. The mandibular division (V₃) transmits the sensitivity of the mandible and lowerlip; it also allows movement of those involved in chewing and swallowing. Trigeminal neuralgia is a rare but very painful condition. Pain similar to an electric shock that occurs without warning and is often triggered by specific areas of the face. The patient may have initially short and mild attacks, with relatively long remission periods. But trigeminal neuralgia can progress, causing longer attacks and frequencies of intense pain. Although the exact cause of neuralgia is not fully understood, a blood vessel is often found compressing the trigeminal. Medications, thermocoagulation, surgery and medications can be used to treat pain and each treatment has its benefits.

Keywords: Rare disease. Trigeminal neuralgia. Trigeminal nerve.

¹Acadêmica do curso Odontologia Instituição: Universidade Brasil - Campus Fernandópolis, Brasil. E-mail: lyne_victoria1999@hotmail.com.

² Cirurgião-dentista e Mestre em Estomatologia pela UNESP, Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil. Instituição: Universidade Brasil - Campus Fernandópolis, Brasil. E-mail: lucianasimonato@gmail.com.

³ Residente do departamento de Estomatologia Instituição: A. C. Camargo Cancer Center. Email: saygotomo@hotmail.com.

RESUMEN: El nervio trigémino es el quinto (V) par craneal, si se divide entres ramas que salen del cráneo por la cara donde transmiten el sentido de la cara y los movimientos de la mandíbula: La división oftálmica (V₁) transmite La sensibilidad de la frente y los ojos. División maxilar transmite La sensibilidad de La justicia, labio superior y bucal. La división mandibular (V₃) transmite La sensibilidad de la mandíbula y el labio inferior; también permite el movimiento de las personas involucradas en la masticación y la deglución. La neuralgia del trigémino es una condición rara pero muy dolorosa. Dolor similar a una descarga eléctrica que ocurre sin previo aviso y, a menudo, se desencadena en áreas específicas de la cara. El paciente puede tener ataques inicialmente cortos y leves, con períodos de remisión relativamente largos. Pero la neuralgia del trigémino puede progresar, causando ataques más prolongados y frecuencias de dolor intenso. Aunque la causa exacta de la neuralgia no se comprende completamente, a menudo se encuentra un vaso sanguíneo que comprime el trigémino. Los medicamentos, la termocoagulación, la cirugía y los medicamentos se pueden usar para tratar el dolor y cada tratamiento tiene sus beneficios.

Palabras clave: Enfermedad rara. Neuralgia del trigémino. Nervio trigémino.

1 INTRODUÇÃO

O nervo trigêmeo é o quinto par de nervos cranianos, tem como responsabilidade controlar a sensibilidade geral da cabeça e da face, quando acometida é responsável por uma das piores dores neuropáticas encontradas na região da cabeça e do pescoço, manifestada por crises de choque ou queimação, intervalos não definidos, porém o que se sabe é que a dor, está desencadeada por estímulos não dolorosos na região da face (alodínia) (ROCHA, 2020).

Os sintomas que caracterizam neuralgia do trigêmeo são dores faciais muito intensas, principalmente unilaterais, com duração de um segundo a dois minutos. As dores desta patologia estão entre as dores mais insuportáveis de todas as conhecidas. Muitos pacientes afetados passaram a classificá-los como fulminantes, ou como se estivessem sofrendo de um choque elétrico. Episódios de dor podem ser recorrentes e repetitivos, sua aparência é espontânea sem qualquer gatilho que possa ser identificado. Às vezes pode aparecer em ações tão cotidianas como: esfregar as bochechas ou testa, quando fala, ri, escova os dentes, mastiga ou engole (ZORZI, 2018).

A causa mais frequente na maioria dos casos é o contato patológico entre o nervo e um vaso sanguíneo. A aparência mais frequente da neuralgia trigêmea são as artérias sanguíneas localizadas ao lado do nervo que é pressionado. Na maioria das vezes as artérias ficam dormentes e inflamadas por causa da arteriosclerose. O aumento de

tamanho pode penetrar nas camadas isoladas que normalmente estão entre nervos e vasos sanguíneos, e assim afetar o nervo e pode até causar danos (QUESADA et al., 2005).

Na neuralgia trigêmea, também chamada de tique doloroso, a função do nervo trigêmeo é prejudicada. O problema geralmente é o contato entre um vaso sanguíneo normal (neste caso, uma artéria ou veia) e o nervo trigêmeo localizado na base do cérebro. Este contato coloca pressão sobre o nervo e faz com que ele não funcione (LUNA et al., 2010).

Embora a compressão por um vaso sanguíneo seja uma das causas mais comuns de neuralgia do trigêmeo, existem muitas outras causas possíveis. Alguns podem estar relacionados à esclerose múltipla ou a uma doença semelhante que danifica a bainha de mielina que protege certos nervos. A neuralgia trigeminal também pode ocorrer devido a um tumor que comprime o nervo trigêmeo. Algumas pessoas podem desenvolver neuralgia trigêmea devido a lesões cerebrais ou outras anormalidades. Em outros casos, lesões cirúrgicas, derrame ou trauma facial podem ser responsáveis pela neuralgia trigêmea (ORLANDO et al., 2017).

A causa mais estranha da neuralgia do trigêmeo é chamada neuralgia trigêmeo sintomática, e pode ser encontrada em outras doenças. Entre elas está, por um lado, desmielinização de doenças como a esclerose múltipla. A causa que causa as dores típicas na neuralgia do trigêmeo é danos ao envelope nervoso, na área da entrada da raiz nervosa. Dores também podem ocorrer em ambas as partes do rosto em jovens afetados por essa patologia (MANUAL MSD, 2022).

2 OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo é discorrer sobre neuralgia do trigêmeo, elencando suas principais características como etiologia, epidemiologia, diagnóstico, sintomas e tratamentos, com foco para a atuação do cirurgião-dentista.

3 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor pode ser definida como uma “*experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões*”. A associação afirma ainda que a dor neuropática é resultado de uma lesão ou disfunção no Sistema Nervoso Somatossensorial

(SNS) central ou periférico, acometendo 8% da população mundial, porcentagem relativamente alta entre as neuralgias faciais. Sua etiopatologia é considerada complexa pois, envolve diferentes mecanismos de origem biológica ainda não esclarecidos totalmente (COSTA e LEITE, 2015).

A neuralgia trigeminal é considerada uma doença antiga, cuja descrição foi utilizada pela primeira vez por Arateus, no primeiro século depois de Cristo, entretanto até o final da antiguidade, era reconhecida como uma doença bastante rara, devido à baixa expectativa de vida dos indivíduos. Após essa descrição a neuralgia trigeminal foi descrita por Avicenna, médico e filósofo persa que viveu entre os séculos XV e X, naquela época ele ainda desconhecia o tratamento para esta patologia e a considerava uma doença de difícil diagnóstico, entretanto ele percebeu que ela se manifestava de forma mais comum entre indivíduos desdentados, propondo que os nervos poderiam estar acometidos (SIQUEIRA e TEIXEIRA, 2009).

Remontando ainda a sua origem histórica verifica-se que um seguidor de Arateus, chamado Jurjani, sugeriu que a neuralgia trigeminal se tratava de uma compressão vascular nas raízes dentárias. Alguns séculos mais tarde John Locke, no ano de 1677, fez uma descrição bem definida clinicamente. No ano de 1756 Nicolaus André sugeriu o termo *tic douloureux*, baseado na semelhança com a epilepsia, notou também que a dor poderia ser desencadeada pelo toque na face, na mastigação ou até mesmo durante a tosse (ROCHA, 2020).

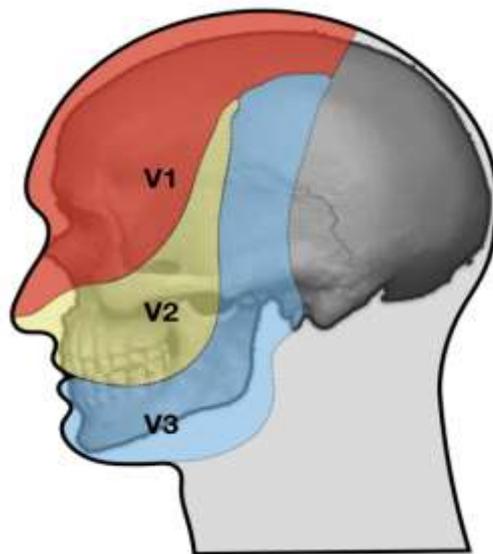
3.1 Etiologia

O nervo trigêmeo, também conhecido como "quinto nervo craniano" ou "par V", é um nervo misto, ou seja, tem uma porção sensorial e motora. A porção motora inerva os músculos mastigadores (temporal, masseter, pterygoid interno e externo), bem como o tensor do tímpano, o tensor do véu do paladar, o milomóide e a barriga anterior do músculo digástrico. A porção sensorial carrega impulsos, como sensações táteis, propriocepção e dor do 2/3 anterior da língua, dentes, conjuntiva do olho, dura máter, mucosa bucal, nariz, seios, além de aproximadamente metade da pele anterior da cabeça (JORDÃO, 2022).

Este nervo é dividido em três ramos (Figura 1). O nervo oftálmico que conduz informações sensoriais de: Couro cabeludo e testa, pálpebra superior, córnea, nariz, mucosa

nasal, seios frontais e partes das meninges. O nervo maxilar que conduz informações sensoriais de: Pálpebra inferior e bochecha, costas e ponta do nariz, lábio superior, dentes superiores, mucosa nasal, palato e teto de faringe, seios maxilares etmoidal e esfenoidal. O nervo mandibular que conduz informações sensoriais de: Lábio inferior, dentes inferiores, asas do nariz, queixo. Dor e temperatura da boca (FONOFF, 2022).

Figura 1. Divisão do nervo trigêmeo: Primeira divisão (V₁) ou Oftálmica, Segunda Divisão (V₂) ou Maxilar, Terceira divisão (V₃) ou Mandibular.



Fonte: FONOFF, 2022.

Como salientado o nervo trigêmeo é considerado o quinto par de nervo, craniano sendo formado por 3 ramificações entre elas: oftálmicas, maxilar e mandibular, as quais são responsáveis pela sensibilidade e motricidade da face (figura 2) (BASTOS et al., 2021).

Figura 2. Localização mais comum de dor na neuralgia trigeminal marcadas na face deste modelo que ocorrem frequentemente nas áreas em amarelo e principalmente em vermelho.



Fonte: FONOFF, 2022.

Sejam esporádicas ou constantes as dores faciais podem ser um indicativo de acometimento do nervo trigêmeo, o que resulta em um quadro de neuralgia do trigêmeo. E em síntese pode-se afirmar que a neuralgia trigeminal é caracterizada por crises de dores faciais lancinantes, pois, acontecem no dermatômo do nervo em questão. É importante salientar que esta patologia pode se manifestar de duas formas, ou seja, a sua forma típica que a dor se apresenta de forma esporádica, porém de modo intenso caracterizada por uma sensação de queimação, com duração de 2 segundos, tem-se também a forma atípica sentida por uma dor constante, ardente e perfurante (JONES et al., 2019).

A neuralgia trigeminal etimologicamente pode ser classificada também como idiopática, uma dor sem causa aparente, decorrente da compressão vascular da raiz do nervo trigêmeo, secundária, pode ser ainda uma doença neurológica, como por exemplo, um tumor do ângulo cerebelo pontino ou esclerose múltipla. Qualquer fenótipo, isto é, dor paroxística ou continuada é observado em uma dessas categorias etiológicas. No que tange o padrão dor, os indivíduos são acometidos por dores unilaterais de caráter breve e recorrente, citadas como um choque elétrico, sua origem é abrupta no início e no término, dores limitadas às ramificações do nervo trigêmeo, oriundas de estímulos sensoriais ou de movimentação mecânica (CRUCCU, 2017).

É de suma importância conhecer anatomia do nervo trigêmeo, visto que proporciona ao profissional da área da saúde uma segurança maior na realização de exames físicos para o diagnóstico da neuralgia trigeminal, proporcionando também uma prática segura na realização de procedimentos odontológicos e intervenções cirúrgicas no paciente. A figura 3 ilustra os aspectos anatômicos do nervo trigêmeo (LUNA et al., 2010).

Figura 3. Aspectos anatômicos do nervo trigêmeo



Legenda: 1- raiz sensitiva, 2- gânglio trigeminal, 3- raiz motora, 4- n. oftálmico, 5- n. maxilar, 6- n. mandibular, 7- n. frontal, 8- n. nasociliar, 9- n. lacrimal, 10- n. supra-orbital, 11- n. supratroclear, 12- r. nasal externo, 13- r. nasal interno, 14- r. meníngeo (médio), 15- forame redondo, 16- rr. ganglionares, 17- gânglio pterigopalatino, 18- n. zigomático, 19- r. zigomaticotemporal (do n. zigomático), 20- r. zigomaticofacial (do n. zigomático), 21- forame zigomaticofacial, 22- r. comunicante (com o n. zigomático), 23- n. infraorbital, 24- forame infraorbital, 25- rr. palpebrais inferiores, 26- rr. nasais internos, 27- rr. Nasais externos, 28- rr. labiais superiores, 29- n. nasopalatino, 30- forame incisivo, 31- rr. nasais posteriores superiores laterais, 32- rr. nasais posteriores superiores mediais, 33- r. faríngeo, 34- n. palatino maior, 35- rr. Nasais posteriores inferiores, 36- forame palatino maior, 37- nn. palatinos menores, 38- n. alveolar superior posterior, 39- forames alveolares, 40- n. alveolar superior médio, 41- n. alveolar superior anterior, 42- plexo dental superior, 43- rr. dentais superiores, 44- rr. gengivais superiores, 45- nn. temporais profundos, 46- n. massetérico, 47- n. pterigóideo lateral, 48- n. pterigóideo medial, 49- n. bucal, 50- n. lingual, 51- n. alveolar inferior, 52- n. milohióideo, 53- plexo dental inferior, 54- rr. dentais inferiores, 55- rr. gengivais inferiores, 56- forame mentual, 57- n. mentual, 58- rr. mentuais, 59- rr. labiais inferiores, 60- n. auriculotemporal, 61- rr. parotídeos, 62- rr. temporais superficiais, 63- n. facial, 64- n. petroso maior, 65- n. petroso profundo, 66- n. do canal pterigóideo (raiz facial), 67- n. corda do tímpano, 68- n. petroso menor, 69- gânglio ótico, 70- a. meníngea média, 71- r. comunicante (com o n. auriculotemporal), 72- glândula parótida, 73- a. carótida comum, 74- a. carótida externa, 75- a. carótida interna, 76- a. facial, 77- r. interganglionar, 78- gânglio cervical superior, 79- n. carótico interno, 80- plexo carótico interno, 81- nn. caróticos externos, 82- plexo carótico externo, 83- rr. ganglionares, 84- gânglio submandibular, 85- r. simpático (para o gânglio submandibular), 86- rr. glandulares, 87- glândula sublingual, 88- glândula submandibular. (Cortesia do Prof. Dr. Fausto Bérzin, FOP-UNICAMP).

Sendo assim, para concluir o conceito etiológico da neuralgia trigeminal, é preciso entender os paroxismos da dor intensa, ocasionadas nos ramos mandibular, maxilar e oftálmico, acometidos de forma única ou concomitantemente entre estes (ROCHA, 2020).

3.2 Epidemiologia

Por se tratar de uma patologia de difícil diagnóstico, sua prevalência anual não é tão precisa, mas estudos apontam que esta fica em torno de 4,3 a 28,9 pessoas por 100.000 habitantes, ocorrendo principalmente em mulheres com uma faixa etária acima de 75 anos, entretanto, pode acometer qualquer pessoa e se apresentar como uma das dores mais intensa (LIU et al., 2018).

No estudo de Jones et al. (2019), a relação epidemiológica é pontuada em torno de 4 a 13 indivíduos a cada 100.000 mil, a prevalência é de 0,02% na população em geral. Mesmo sendo considerada uma incidência baixa, é reconhecida como uma síndrome de dor facial comum, sendo a dor facial a manifestação clínica mais característica da patologia, entretanto os autores afirmam que ela possui graus variados com capacidade de atingir distintos ramos do nervo trigêmeo, sendo mais prevalente nos ramos maxilar e mandibular (JONES et., 2019).

A neuralgia trigeminal possui multifatores, muitos deles decorrentes de processos infecciosos, invasivos, vasculares ou tumoral, genéticos como doenças autoimunes (esclerose múltipla). Os autores são unânimes em afirmar que tal enfermidade ocasionam impactos na vida dos pacientes, pois a dor intensa dificulta a fala, a mastigação e a higiene, causando no paciente irritabilidade ou depressão (SABINO e FILHO, 2018).

3.3 Sinais e sintomas

De acordo com Bastos et al. (2021), a neuralgia do trigêmeo apresenta os seguintes sinais e sintomas:

- Dor unilateral;
- Dor de curta duração;
- Dor hiperálgica;
- Dor intensa;
- Dor paroxística;
- Dor súbita;
- Sensação de ardor;
- Sensação de agulhadas;
- Sensação de apunhalada;

- Sensação de choque elétrico;
- Sensação de facada;
- Sensação de ferroadada;
- Sensação de tiro;
- Sensação lancinante;
- Sensação latejante e
- Sensação de queimação.

Por cursar dores orofaciais, a neuralgia trigeminal pode ser confundida com odontalgias ou outras patologias, por isso é válido ressaltar a importância de realizar diagnósticos diferenciais, principalmente quando o paciente apresenta dor decorrente do ato da mastigação, sendo contínua ou não, de curta ou prolongada duração, que dificilmente melhoram com o uso de medicamentosa diferenciação torna-se extremamente necessária, o intuito maior é evitar tratamentos invasivos, não invasivos ou desnecessários (QUEIROZ, 2018).

3.4. Diagnóstico e diagnóstico diferencial

Como citado no parágrafo anterior é de relevante importância realizar diagnósticos corretos, para tanto é necessário considerar as variantes fenotípicas da doença, sua versão típica ou atípica, os principais sintomas, a etiologia, os fatores epidemiológicos, sua classificação (primária, secundária ou idiopática), as queixas de dor experimentadas pelo paciente, os mecanismos fisiopatológicos centrais ou periféricos, para que somados gerem a compreensão da patologia, para assim determinar e direcionar o tratamento (medicamentoso ou cirúrgico) (CRUCCU, 2017).

A neuralgia trigeminal frequentemente é confundida com dor dentária, o que a carreta muitas vezes em procedimentos equivocados ou desnecessários, como por exemplo, a extração dentária. Portanto antes de confirmar o diagnóstico é necessário solicitar exames, bem como traçar a anamnese com a descrição clínica fornecida pelo paciente, para que então o profissional esclareça de forma clara as características da dor e fundamente com precisão o seu diagnóstico (BASTOS et al., 2021).

Ao obter a história clínica o profissional deve estar atento ao período de início da dor, verificando se neste momento o paciente não apresentava lesões cutâneas de herpes zóster nas áreas faciais de controle do nervo trigêmeo, pois a dor pode ser decorrente de

uma neuropatia trigeminal provocada pelo vírus da herpes. Para se obter o melhor resultado pode-se ainda solicitar exames laboratoriais (MAARBJERG et al., 2017). Na **tabela 1** é possível evidenciar critérios clínicos determinados pela sociedade Internacional de Cefaleia e na **tabela 2** os critérios clínicos específicos para o diagnóstico da NT.

Tabela 1. Critérios clínicos da Sociedade Internacional de cefaleia para neuralgia do trigêmeo ICHD/IHS (*International Classification of Headache Disorders/ International Headache Society*).

A. Crises paroxísticas, de dor facial ou frontal, que duram de poucos segundos a menos de dois minutos.
B. A dor tem pelo menos quatro das seguintes características:
1. Distribuição ao longo de um ou mais ramos do trigêmeo.
2. É súbita, intensa, aguda, superficial, com caráter de punhalada ou queimação.
3. Grande intensidade
4. Precipitada a partir de áreas de gatilho ou por certas atividades diárias, tais como comer, falar, lavar o rosto ou escovar os dentes.
5. Entre os paroxismos, o paciente são inteiramente assintomáticos.
C. Nenhum déficit neurológico.
D. As crises são estereotipadas para cada paciente.
E. Quando necessário, devem ser excluídas outras causas de dor facial pela história, exame físico e investigações especiais.

Fonte: Leocádio et al., 2014.

Tabela 2. Critérios clínicos diagnósticos da neuralgia do trigêmeo.

1. Caráter	Disparo, choque elétrico, lancinante, superficial.
2. Intensidade	Moderada à muito intensa.
3. Duração	Cada episódio de dor dura não mais do que 2 minutos, episódios numerosos durante o dia.
4. Periodicidade	Períodos de semanas, meses sem dor; também, períodos sem dor entre os ataques.
5. Local	Área de distribuição do nervo trigêmeo, geralmente unilateral
6. Irradiação	Dentro da área do nervo trigêmeo
7. Fatores desencadeantes	Estímulos inócuos como comer, falar, lavar-se.
8. Fatores de alívio	Frequentemente o sono, drogas anticonvulsionantes.
9. Fatores associados	Zonas de gatilho, perda de peso, baixa qualidade de vida, depressão.

A classificação da IHS sugere que no mínimo 4 destes devem estar presentes para se dar o diagnóstico. Fonte: Leocádio et al., 2014.

As odontalgias podem ser facilmente confundidas pelos profissionais de saúde, o que favorece procedimentos iatrogênicos relativos ausências de conhecimento das patologias, tanto a dor paroxística trigeminal, quanto a dor dentária possui intensidade forte a fortíssima, o que as diferenciam é o curso inflamatório, podendo ser pontadas ou latejantes, provocadas ou espontâneas com uma duração maior (LEOCÁDIO et al., 2014).

A tabela 3 mostra às diferenças entre neuralgia típica do trigêmeo e as odontalgias.

Tabela 3. Diferenciação entre neuralgia típica do trigêmeo e odontalgias.

NEURALGIA TÍPICA DO TRIGÊMIO	ODONTALGIAS
Ausência de doenças dentárias clínicas e/ou radiográficas.	Dor normalmente desencadeada durante a mastigação ou ingestão de líquidos ou alguns minutos depois.
Insensibilidade dentária à percussão.	Dor em pontada ou latejante durando minutos ou horas.
Polpa viva com resposta normal ao frio ou calor.	Nos estágios iniciais, podem inexistir sinais clínicos e/ou radiográficos de patologias dentárias.
Dor referida ao dente com zona gatilho nas proximidades (gengiva ou tecidos adjacentes).	Normalmente tem dentes doloridos à percussão e/ou mastigação.
A zona gatilho pode ser o dente: crise desencadeada por toque, escovação ou contato com tecidos subjacentes.	Crises precipitadas por alimentos com diferentes temperaturas.
Dor paroxística, em choque, duração de segundos.	Adorpo de acordar o paciente durante o sono. Neste caso latejante, podendo acalmar com água fria e piorar com água quente.
Teste terapêutico: anticonvulsivante pode melhorar ou eliminarador. Tratamento dentário, exodontias ou endodontias não eliminam a dor.	Tratamento dentário como endodontia ou extrações eliminam a dor.

Fonte: Borbolato e Ambiel, 2009.

Estudos e pesquisas afirmam que a remoção de dentes ou a realização de tratamentos endodônticos devem ser realizados apenas quando o paciente apresenta anormalidade inflamatória, portanto devem ser evitados quando não apresentam alterações clínicas. As cefaleias é outro fator importante a ser observado, pois é uma dor que tem de ser profunda e constante, ao contrário da dor lancinante superficial da neuralgia trigeminal, sem contar que a cefaleias tendem a ser acompanhadas de congestão nasal e lacrimação ipsilateral, conjuntivas injetadas e de Síndrome de Horner homolateral. Doenças da articulação temporomandibular podem imitar a neuralgia trigeminal,

entretanto a dor não é paroxística não havendo qualquer gatilho que a identifique. Nos casos de arterite temporal, verifica-se uma hipersensibilidade típica sobre a artéria temporal superficial, apresentando dor, mas não assemelhando-se a um choque, sem contar que os pacientes descrevem outros sintomas sistêmicos vinculados, como mialgias com a velocidade de hemossedimentação mostrando-se elevada na maioria dos casos (LEOCÁDIO et al., 2014).

A dor facial atípica pode ser decorrente de uma distribuição trigêmea, todavia não possui causa aparente, sendo verificada somente nos planos profundos, com duração e intensidade variáveis, que são apresentados como: compressão, queimor, latejamento e aperto difuso ou circunscrito, não há paroxismos e podem ser intensificadas com o frio, fadiga e depressão. Nos casos da neuralgia pós-herpética, os pacientes são previamente infectados com o vírus da varicela zoster e descrevem a dor como latejante, com a sensação de uma queimação contínua, geralmente provocada por uma irritação do leve contato da área como a roupa, a dor é contínua, não há paroxismo e é distribuída com frequência pelo ramo oftálmico do trigêmeo (FONOFF, 2022).

A esclerose múltipla também é uma possibilidade relevante quando a neuralgia do trigêmeo que acomete um adulto jovem ou é bilateral, nesses casos a causa é uma placa desmielinizante na zona de entrada da raiz do V nervo na ponte. Deve ser realizado um exame físico detalhado capaz de detectar evidências de perda sensorial na face. o diagnóstico diferencial deve ser capaz de estabelecer elementos característicos da neuralgia do nervo intermediário, glossofaríngeo e vago; dor mastigatória do tipo facial, Síndrome de Eagle ou do estilo-hioide, Síndrome de Gradenigo, Síndrome SUNCT (cefaleia de curta duração, unilateral, neuralgiforme com hiperemia conjuntival e lacrimejamento); encefalopatias, isquemia de nervos cranianos, oftalmoplegia dolorosa. Nos casos típicos de neuralgia do V par craniano, a avaliação laboratorial costuma ser desnecessária. Na suspeita de EM ou na avaliação de lesões vasculares sobrejacentes, a fim de planejar a cirurgia de descompressão, pode ser oportuno os exames neuro radiológicos (LEOCÁDIO et al., 2014).

3.5 Tratamento da nevrálgia trigeminal

Embora o dentista não seja o principal protagonista no tratamento de neuralgia trigeminal, é um profissional essencial no diagnóstico inicial, referencial auxiliando na

manutenção integral da saúde bucal do paciente, reconhecendo as opções terapêuticas farmacológicas e cirúrgicas para neuralgia trigeminal. Nesse sentido, é importante observar que as opções de manejo cirúrgico estão disponíveis quando os medicamentos falham ou seus efeitos colaterais são muito graves (MODONESI et al., 2019).

Em relação à terapia farmacológica, os medicamentos para controlar os sintomas da dor são classificados em primeira linha composta pelos medicamentos Carbamazepina e Oxcarbazepina, segunda linha representada por Lamotrigina e Baclofen, terceira linha composta por Levetiracetam, Gabapentina, Pregabalina e Topiramato. Uma alternativa a considerar corresponde à utilização de vitaminas do complexo B (especificamente tiamina, piridoxina e cobalamina) que, embora seja verdade, não é considerado como tratamento de primeira escolha, mas como adjuvante ou se houver seu déficit, tem sido documentado em testes experimentais e clínicos que a vitamina B₁ e B₁₂ têm efeitos farmacológicos na condução axonal (como analgesia) e excitabilidade (BENDTSEN et al., 2019).

Vários tratamentos estão disponíveis: medicamentos, cirurgia, termo coagulação e radioterapia. O tratamento de primeira opção é o tratamento medicamentoso. Quando os medicamentos não controlam a dor ou causam efeitos colaterais significativos, um neurocirurgião pode ser consultado para discutir outras soluções (MAARBJERG et al., 2017).

3.6. O papel do odontologista na nevrálgia trigeminal

Na prática odontológica, a demanda por dentistas com habilidades para diagnóstico oportuno e estabelecimento do tratamento é frequente. Algumas condições patológicas ocasionalmente não são de interesse direto do dentista em sua lista de prioridades, no entanto, tudo o que diz respeito ao sistema estomatognático e seu funcionamento devem ser considerados relevantes, particularmente no que diz respeito ao nervo trigeminal (nervo cranial V), responsável por transmitir sensações para a boca, dentes, rosto, cavidade nasal e inervação dos músculos de mastigação. Algumas condições podem levar à neuralgia trigêmea, uma condição dolorosa e incapacitante, que pode afetar a qualidade de vida (BUCKCANAN et al., 2020).

A relação entre o dentista na consulta odontologia e os pacientes com neuralgia trigeminal inicialmente faz referência a procedimentos odontológicos que tenham sido associados a lesões do nervo trigêmeo, isso se deve ao fato de que às vezes o paciente pode

ir ao dentista para consulta devido à dor induzida justamente durante um tratamento em seus dentes ou em tecidos circundantes da cavidade oral. Alguns dos procedimentos que foram relacionadas com as respostas nevrálgicas no V nervo craniano são as extrações odontológicas, bloqueio anestésico, realização de tratamentos endodônticos e colocação de implantes (BARBOSA, 2019).

No caso de extração cirúrgica, algumas das manifestações clínicas que podem ocorrer são dor, inflamação e trismo, sendo a dor a mais frequente dos três sinais e sintomas referidos. Assim, por exemplo, após a extração cirúrgica de um terceiro molar inferior, a dor é mais grave durante as primeiras 12 horas, mas quando há um prolongamento para mais de 72 horas, sugere-se a probabilidade de ter desencadeado neuralgia trigêmeo. A presença de complicações pós-cirúrgicas mesmo sendo baixa está associada a neuralgia trigeminal, valor que, embora baixo, constitui um contributo para a evidência que após o procedimento cirúrgico esse distúrbio neuropático pode ser induzido (BATISTA et al., 2005).

Portanto, sugere-se como critério clínico importante conjugar os antecedentes estudos odontológicos de extrações dentárias que são obtidas durante a anamnese e as características clínicas relatadas pelo paciente com a particularidade de presença de dor recorrente e com períodos de alternância, deve-se considerar os critérios clínicos definidos para o diagnóstico de neuralgia trigeminal (BERTOLI et al., 2003).

A Odontologia deve fortalecer constantemente seus conhecimentos clínicos e radiográficos, tempo de realização das abordagens cirúrgicas para gerar o menor trauma possível diminuir a probabilidade de ferir as terminações do quinto nervo craniano. Outro aspecto bastante controverso é o que diz respeito ao bloqueio anestésico, alguns estudos encontraram a presença de lesão do nervo tipo neuralgia trigeminal como resultado do bloqueio dos nervos lingual e alveolar inferior após a aplicação de anestesia local. Em alguns casos, destaca-se o histórico de neuralgia trigeminal recebendo múltiplas injeções inadequadas no nervo (BARBOSA, 2019).

Outros estudos se concentram na parestesia nervosa do trigêmeo, devido ao bloqueio do nervo alveolar inferior. Embora os números, pouco expressivos, sejam indicativos da repercussões de tal ação rotineira na consulta odontológica, é possível ocorrer. Por isso, é recomendado que o dentista leve em consideração os critérios anatômicos referentes às estruturas sobre as quais a substância anestésica vai ser aplicada,

a fim de evitar múltiplas punções ou reduzir a probabilidade de punções em áreas inadequadas com a consequente indução de neuropatias (MELO et al., 2018).

Em relação aos tratamentos endodônticos, a existência de lesões periapicais poderia ser considerada um fator de risco para neuralgia trigeminal, devido ao excesso de instrumentação dos dentes próximos ao canal do nervo alveolar inferior ou por extravasamento de substâncias citotóxicas, material de enchimento nos tecidos periapical, que induz processos inflamatórios capazes de gerar compressão em ramos nervosos. É por isso que um correto diagnóstico e tratamento endodôntico pelo especialista ou dentista é essencial, vez que existe a possibilidade sob certas condições que parecem favorecer ou aumentar o risco de desencadear neuralgia trigeminal (SANTOS, 2014).

Esta dor neuropática no maxilar inferior pode levar a evidências de intrusão direta do implante no canal alveolar inferior e pode obedecer à trajetória variável que o nervo pode ter no canal, é sugerido uma zona de segurança de dois milímetros do canal alveolar inferior para reduzir o risco de lesão do nervo. Em estudos conduzidos em pacientes com lesões no nervo trigêmeo, é evidente a neuralgia trigeminal pode ser associada à colocação de implantes havendo alterações funcionais em atividades como, socializar, conversar, beber, comer, escovar os dentes entre outros, destacando a importância de informar os pacientes sobre a existência de probabilidade de lesão do nervo, uma vez que os sintomas se agravaram por falta de consentimento informado, devido a esta situação, na dinâmica de reabilitação do paciente com implantes, exige-se uma árdua preparação acadêmica para os cirurgiões-dentistas, pois procedimentos realizados sem o devido cuidado podem levar a este tipo de resposta neuropática (BORBOLATO e AMBIEL, 2009).

Uma vez que é possível expor a importância de se considerar alguns procedimentos dentais, como possíveis indutores da resposta neuropática, é importante refletir um pouco sobre as situações de diagnóstico de neuralgia trigeminal ocorrem na consulta odontológica, pois há evidências de estudos, nos quais a participantes relatam a existência de um atraso no diagnóstico exato, talvez isso seja relativo à falta de treinamento e expertise no assunto a existência de um alto percentual de pacientes que, no caso de neuralgia trigeminal, consultam primeiro o dentista e recebem tratamento odontológico possivelmente injustificado, podendo-se considerar a existência de discrepâncias durante o diagnóstico (BATISTA et al., 2005).

Por fim, é possível destacar outra condição clínica que envolve a avaliação estomatognática, embora não seja habitualmente motivo de consulta frequente para dentista, implicando importante desafio de documentar e manter-se atualizado, contribuindo para o diagnóstico e tratamento adequados, esta condição dolorosa corresponde à disfunção ou desordem temporomandibular, que tem semelhanças com a dor causada pela neuralgia do trigêmeo, comportando-se assim como um diagnóstico diferencial. Por tudo isso, a necessidade urgente de fortalecer e melhorar a formação de cirurgiões-dentistas em neuralgia trigeminal para contribuir seu diagnóstico oportuno.

Mediante realização do trabalho foi possível concluir que deve haver um cuidado essencial e complementar do cirurgião-dentista no controle da neuralgia trigeminal, colaborando assim com o bem-estar minha qualidade de vida dos pacientes (MELO et al., 2018).

CONCLUSÃO

No cuidado clínico é importante refletir sobre a anatomia do nervo trigêmeo e quanto à neuralgia trigêmea, sua definição, características, classificação, etiologia, considerações diagnósticas, a relação entre o dentista, o consultório odontológico e pacientes com neuralgia trigêmea, bem como a tomada de decisão no tratamento e intervenção do dentista nessa condição.

O conhecimento dos gatilhos, sinais, sintomas e alternativas terapêuticas permitem ao dentista contribuir para interagir de forma ativa e interdisciplinar com a equipe assistencial, ainda mais quando é um dos principais nervos que são influenciados durante os tratamentos odontológicos.

A neuralgia trigeminal é uma alteração que afeta a qualidade de vida do paciente, gerando sintomatologia consistindo principalmente de episódios dolorosos e incapacitantes. É necessário considerar o importante papel que o dentista pode assumir e que envolve inicialmente o reconhecimento de que existem algumas condições durante procedimentos no consultório odontológico que podem desencadear neuralgia trigeminal. Além disso, suas habilidades como clínico são necessárias para identificar sintomas sugestivos dessa alteração, o que, por sua vez, permitirá o diagnóstico correto e oportuno, bem como avaliar a possibilidade de encaminhamento para os especialistas específicos na área de cuidados de neuropatia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, J. **Dia da Conscientização sobre Neuralgia do Trigêmeo - 07/10.** 2019. Disponível em: <https://julianadentista.com/2019/10/07/dia-da-conscientizacao-sobre-neuralgia-do-trigemeo-07-10/#:~:text=Concluindo%2C%20cabe%20novamente%20lembrar%20que,rela%C3%A7%C3%A3o%20a%20neuralgia%20do%20trig%C3%AAmo.&text=O%20correto%20diagn%C3%B3stico%20afasta%20a,perpetua%C3%A7%C3%A3o%20do%20sofrimento%20do%20doente.> Acesso em março de 2022.
- BATISTA, A.U.D. et al. Dores neuropáticas: classificação, diagnóstico, mecanismos e importância para o cirurgião-dentista. **JBA, J. Bras. Oclusão ATM Dor Orofac ; 5(20): 114-122, maio -jun. 2005.** CD-ROM
- BASTOS, C.O. et al. Neuralgia do trigêmeo suas características e implicações na vida do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.5, p. 23354-23362 sep./oct. 2021.
- BENDTSEN, L. et al. Diretrizes da Academia Europeia de Neurologia sobre Neuralgia do Trigêmeo. **Revista Europeia de Neurologia**, v. 26, n. 6, pág. 831-849, 2019.
- BERTOLI, F.M.A.P. et al. Neuralgia do Trigêmeo: um Enfoque Odontológico Trigeminal Neuralgia. **JBA**, Curitiba, v.3, n.10, p.125-129, abr./jun. 2003.
- BORBOLATO, R.; AMBIEL, C.R. Neuralgia do Trigêmeo: Aspectos Importantes na Clínica Odontológica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 201-208, mai./ago. 2009.
- BUCKCANAN, A. et al. Neuralgia do Trigêmio. **Heredia**,v. 37, n. 1, p. 130-137, 2020.
- COSTA, G.M.F.; LEITE, C.M.A. Neuralgia trigeminal: mecanismos periféricos e centrais. **Rev Dor.** São Paulo, 2015 out-dez;16(4):297-301.
- CRUCCU, G. Neuralgia do Trigêmeo. **Tópicos Seleccionados em Neurologia Ambulatorial**, v.23, n. 2, p.396-420, 2017.
- FONOFF, E. **Neuralgia do Trigêmeo.** Disponível em: <https://www.erichfonoff.com.br/neuralgia-do-trigemeo/>. Acesso em março de 2022.
- JONES, M et al. Uma revisão abrangente da neuralgia do trigêmeo. **Dor atual Relatórios de dor de cabeça**, 2019.
- JORDÃO, D. **Correlações Anatomoclínicas do Trigêmeo.** Disponível em: <https://www.sanarmed.com/correlacoes-anatomoclinicas-do-trigemeo-colunistas>. Acesso em março de 2022.
- LEOCÁDIO, J.C.M. et al. Neuralgia do Trigêmeo – Uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Vol.7, n.2, pp.33-37 (Jun - Ago 2014).

LIU, J. et al. Eficácia e segurança da toxina botulínica tipo a no tratamento de pacientes de idade avançada com neuralgia trigeminal idiopática. **Pesquisa e Gerenciamento da Dor**, v. 2018.

LUNA, E. B. et al. Aspectos anatômicos e patológicos da neuralgia do trigêmeo: Uma Revisão da literatura para estudantes e profissionais da saúde. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 26, n. 4, p. 661-674, July/Aug. 2010.

MODONESI, L.B. et al. Neuralgia do trigêmeo periférica tratada com alcoolização: relato de caso. **Arch Health Invest**, v.8, n.9, 515-518, 2019.

MANUAL MSD. **Neuralgia do trigêmeo (Tique doloroso)**. Disponível em:<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/doen%C3%A7as-neuroftalmol%C3%B3gicas-e-de-pares-cranianos/neuralgia-do-trig%C3%AAMEO>. Acesso em março de 2022.

MAARBJERG, S et al. Neuralgia do trigêmeo – diagnóstico e tratamento. **Cefalalgia**, v. 37, n.7, p.648-657, 2017.

MELO, P.B.G. et al. Rev. odontol. Parestesia do nervo mentoniano: otimizando a conduta terapêutica com medidas não invasivas. **UNESP**, v.47, n. Especial. 2018.

OLIVEIRA, C.M.B. et al. Neuralgia do trigêmeo bilateral: relato de caso. **Revista Brasileira de Anestesiologia [online]**. 2009, v. 59, n. 4, pp. 476-480.

ORLANDO, G.M.P. et al. Neuralgia do trigêmeo: a importância da abordagem terapêutica complementar do cirurgião dentista. **RevOdontol UNESP**. 2017; 47(N Especial):32.

1267

ROCHA, B.T.G. **Tratamento clínico da neuralgia do trigêmeo idiopática com toxina botulínica Tipo A: Revisão de literatura**. Trabalho de conclusão de curso. 2020, 32p. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza - CE, 2020.

QUEIROZ E. **Sistema Canabinoide: Um possível caminho para o tratamento da neuralgia do trigêmeo**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2018, 81p. Departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

QUESADA, G.A.T. et al. Neuralgia Trigeminal–do diagnóstico ao tratamento. **Revista Dentísticaonline**, v. 5, n. 11, 2005.

SABINO, J; FILHO A. Neuralgia trigeminal: um breve referencial teórico. **Ciências Biológicas da Saúde**, v. 3, n. 3, p. 83-92, 2018.

SANTOS, D.J.S. **Avaliação da percepção da dor no tratamento ortodôntico: ensaio clínico randomizado**. 2014, p.54. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia. 2014.

SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M.J. **Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento.** Artmed Editora, 2009.

ZORZI, Raquel. **Neuralgia do Nervo trigêmeo.** 2018. Disponível em: <https://www.raquelzorzi.com.br/trigemio>. Acesso em abril de 2022.