Caso Clínico

CONSIDERAÇÕES ODONTOLÓGICAS SOBRE O TRATAMENTO DA NEVRALGIA DO TRIGÉMEO

IDELMO RANGEL GARCIA JÚNIOR*; ANA PAULA FARNEZI BASSI**; VANESSA CRISTINA MENDES** DANIELA PONZONI**

RESUMO

As dores faciais vêm tornando-se uma das rotinas no consultório odontológico. A nevralgia do trigémeo é uma das causas desse tipo de dor, portanto, o diagnostico e o tratamento é de fundamental importância. Serão relatado 3 casos clínicos dessa nevralgia, onde discutiremos suas sintomatlogia , etiopatogenia e tratamentos a serem realizados.

Palavras-chave: neuralgia trigeminal, dor.

ABSTRACT

Facial pain has becaming routine for the dentist. Trigeminal neuralgia is one of the reason of this. So its diagnostic and the treatment plan are very important. In this article the authors, reported 3 cases of trigeminal neuralgia, in which symptoms, ethiology and treatment offered were discussed.

Key-words: trigeminal neuralgia, pain.

INTRODUÇÃO

A dor orofacial hoje é uma das razões pelas quais os pacientes procuram o consultório dentário[1]. Em muitos casos a origem odotogénica é a causa principal e portanto são tratados por procedimentos odontológicos. Contudo, distúrbios neurogénicos vêm se tornando factores frequentes das dores faciais, fazendo com que cada vez mais o médico dentista tenha a necessidade de reconhecer e tratar de maneira adequada essas situações[1].

A nevralgia do trigémeo é uma das mais dolorosas aflições da humanidade[3], sendo conhecida também por "Tique Doloroso". Pode ser classificada como sintomática quando há envolvimento de alguma patologia identificável (tumores, aneurismas ou esclerose múltipla associada a nevralgia) e como idiopática quando a causa não pode ser identificada, acreditando-se que nesses casos sejam resultante de uma desintegração de mielina em determinado ponto do curso do nervo, causado por uma compressão ou deslocamento do nervo[1,6,12]. Entre outras etiologias da nevralgia do trigémeo Roberts et al[11], sugerem que as lesões periapicais, quando estas conseguem perfurar o tecido ósseo podem se tornar agentes agressores do tecido nervoso.

Como o próprio nome já diz a área atingida é a de inervação do 5° par craniano, podendo estar relacionada a qualquer um dos seus ramos, sendo a maior incidência nos ramos mandibular e maxilar quando comparado ao ramo oftálmico[9]. Usualmente, atingem pacientes acima dos 60 anos sendo que dois terços dos casos acometem o sexo feminino[3]. É caracterizada pela presença da chamada "Zona de

** Professor-Assitente Dr. da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

** Mestrandas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

Gatilho", região pela qual há um desencadeamento do estímulo doloroso.

As terapias utilizadas para o tratamento das nevralgia ainda é motivo de muita controvérsia na literatura[11]. Entre os tratamentos descritos temos: uso de drogas, principalmente a carbamezepina e a fentoína, as neurectomias químicas (alcoolizações) e as cirúrgicas, a termogangliolise e a termólise através do uso de radiofrequência entre outros[8]

RELATO DE CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente G.G.A., 66 anos, sexo feminino, procurou o serviço de CTBMF da faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, queixando-se de dor no rosto há mais de 6 meses. Segundo relato da paciente já havia realizado uma alcoolização há 2 anos quando houve melhora significativa do processo álgico. Entretanto há 6 meses sua dor voltara, e estava fazendo uso de 800mg de carbamezepina associada a 10mg de benzodiazepínico para tentar controlar a dor, entretanto, esta permanecia intensa e continua. Encontrava-se debilitada por não conseguir alimentar-se adequadamente devido a dor, além do comprometimento social uma vez que a mesma não mais conseguia trabalhar devido a grandes doses de medicamentos.

Realizou-se radiografia panorâmica (Fig.1) para eliminarmos a possibilidade de haver alguma patologia intra-óssea. Nenhuma anormalidade foi encontrada. Para diagnóstico diferencial foi feito um bloqueio do nervo mentoniano do lado direito uma vez que era essa região que a mesma apontava o início da dor. Com o bloqueio toda sintomatologia dolorosa cessou.

Desta maneira foi proposto a paciente a realização de uma neurectomia cirúrgica do nervo mentoniano uma vez que outros procedimentos menos invasivos não haviam surtido efeito. Sob anestesia local realizou-se uma incisão sobre a crista do rebordo na região de pré-molares, seguida do descolamento muco-periostal. Visualizado o nervo mentoniano e o forame que se encontrava atrésico (Fig.2), segui-se a osteotomia do canal mandibular e subsequente remoção do nervo (Fig.3). Sutura foi feita com fio de seda 4-0. Medicação pós-operatória com ampicilina 500mg por 5 dias.

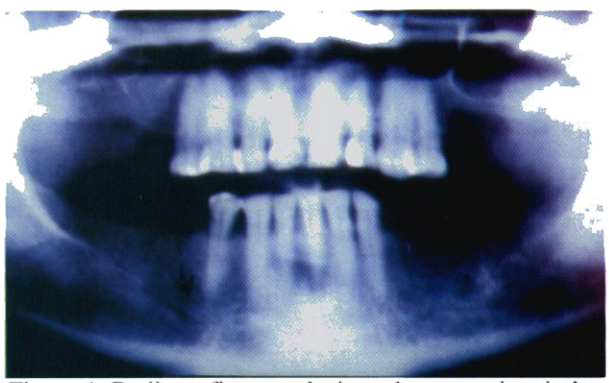

Figura 1. Radiografia panorâmica, observar a inexistência de patologias na região mandibular esquerda.

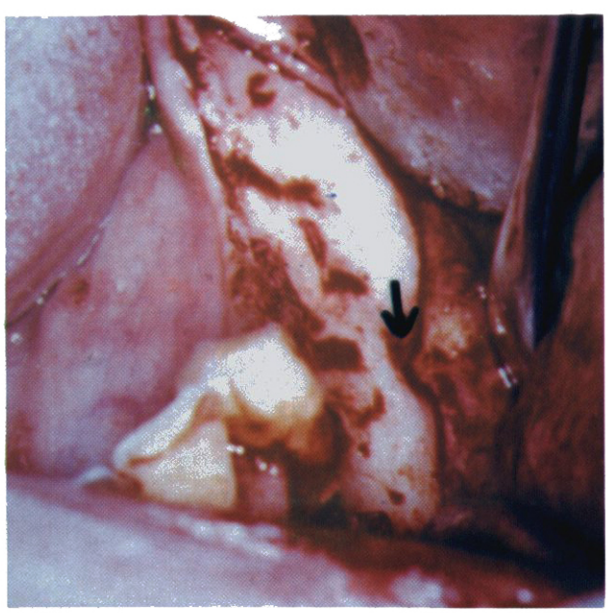

Figura 2. Visualização do forame mentoniano. Notar a atresia da região.

Figura 3. Após ostectomia foi realizada remoção de parte do seguimento do nervo mentoniano.

Depois de uma semana a sutura foi removia, sendo que a mesma continuava com o uso de 800mg de carbamazepima. Depois de 20 dias da cirurgia realizamos alcoolização da região com uma solução de álcool 70 diluído em solução anestésica local numa proporção de 3:7. As aplicações foram feitas com intervalos de 15 dias. Associado a alcoolização fomos diminuindo as doses de carbamezepina seguindo o seguinte o seguinte esquema terapêutico:

1 semana-alcoolização - 600mg/carbamazepina;

3-semana-alcoolização - 400mg/carbamazepina;

5-semana-alcoolização - 200mg/carbamazepina por 2 semanas.

A paciente encontra-se controlada; fazendo uso de 100mg/dia de carbamezepina sem sintomatologia dolorosa há 9 meses.

CASO 2

Paciente P.F.S, 75 anos, sexo masculino, procurou nosso serviço queixando-se de dor no rosto há 4 anos. Segundo seu relato, em 1996 ele realizou uma neurectomia do lado dirieto, onde se removeu um segmento do nervo mentoniano, juntamente com a cirurgia o mesmo passou a fazer uso de 200mg de carbamazepina/dia. Em 1997 refez a cirurgia e em 1998 realizou alcoolização e passou a tomar 600mg carbamazepima/dia.

Seguiu-se o protocolo de exames para diagnóstico diferencial igual ao relatado no Caso 1 (Fig.4). O diagnóstico de nevralgia do trigémeo foi confirmado e foi sugerido a realização de uma cirurgia na região, semelhante ao tratamento realizado no Caso 1. Ao realizarmos a cirurgia encontramos, diferente do caso anterior, um tecido fibroso na região de mentoniano (Fig.5), sendo este removido e enviado para análise histo-patológica. Obtivemos como resultado um neuroma traumático. O paciente foi devidamente medicado e após 1 semana foi removido as suturas.

O esquema de alcoolização e diminuição da carbamezepina foi realizado de maneira semelhante ao descrito no caso anterior. O paciente encontra-se sem queixa e sendo controlada com 100mg de carbamazepina/dia há 11 meses.

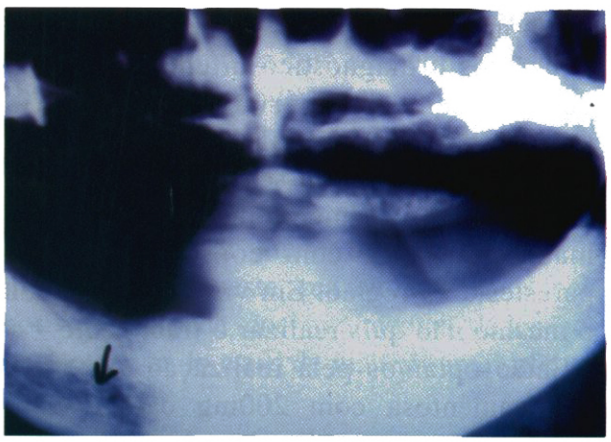

Figura 4. Radiografia panorâmica, observar a inexistência de patologias na região mandibular esquerda.

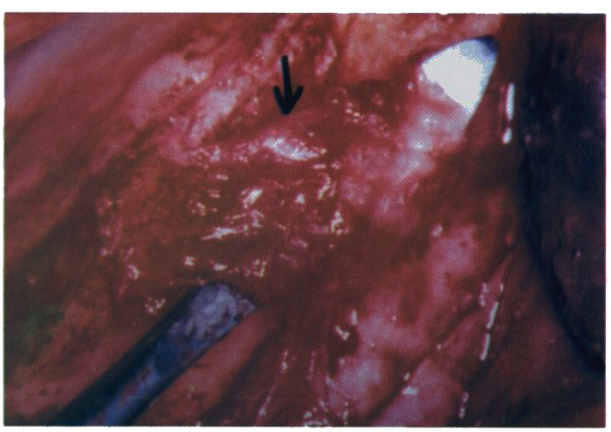

Figura 5. Notar cordão fibroso na região correspondente ao forame mentoniano.

CASO 3

Paciente V.F.L., 70 anos, sexo masculino, nos procurou queixando-se de dor na face próximo ao olho esquerdo. Relatou ter sofrido um acidente com bicicleta há 15 anos onde teve como consequência fractura do complexo zigomático maxilar do lado esquerdo. Há 4 anos havia iniciado as dores na região.

Ao exame clínico notamos uma distopia acentuado e uma posicionamento mais para posterior do complexo zigomático-maxilar esquerdo quando comparado com o lado direito (Fig.6) Ao exame radiográfico notamos uma sub-redução da fratura (Fig.7 e 8) com a utilização provavelmente de fios de osteossíntese na maxila e no pilar zigomáti-

co da maxila.

Fizemos o diagnóstico diferencial através do bloqueio do nervo infra-orbitário. Confirmamos a neuralgia trigeminal do ramo óptico. Sugeriu-se a alcoolização do nervo, sendo o paciente devidamente informado que teria com conseqüência uma parestesia na região. Em vista desta sequela o mesmo não quis realizar o tratamento.

Então optamos pela realização da terapia medicamentosa com 200mg carbamazepima/dia com uma tentativa de melhorar o quadro de dor. Depois de 2 semanas o mesmo não tinha tido melhora do quadro e aumentamos a dose para 400mg carbamazepima/dia. Depois de 1 semana relatou ausência da sintomatologia álgica. Hoje o mesmo encontra-se sob controle fazendo uso ainda de 400mg carbamazepima/dia. sem sintomatologia dolorosa.

Figura 6. Notar presença de distopia ocular.

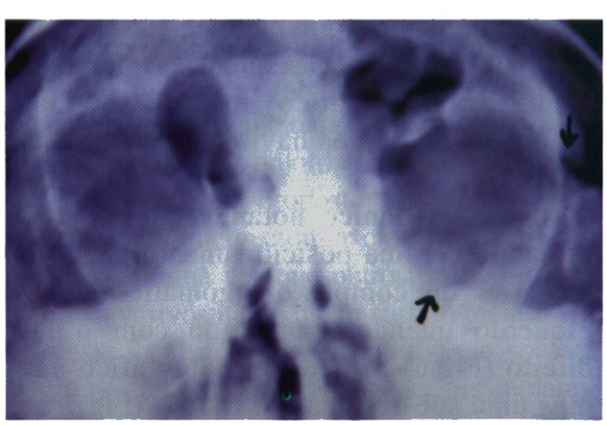

Figura 7. Radiografia P.A. de Waters. Notar linhas de diasteses.

Figura 8. Radiografia P.A. de Waters. Maior detalhe da região envolvida.

DISCUSSÃO

A nevralgia do trigémeo é conhecida por ser uma das formas de nevralgia facial mais debilitantes, caracterizada por uma forte dor descrita como "latejante", "queimação" ou "choque elétrico" que dura segundos a minutos, podendo ser provocada por alguns estímulos tacteis ou eléctricos na "Zona de Gatilho"[8] ou aparentemente espontâneo.

A avaliação do paciente com dor facial deve iniciar como qualquer outra elaboração de diagnóstico de patologias odontológicas, ou seja, através da obtenção de uma história médica e da doença actual adequada com uma abordagem minuciosa, características clínicas da dor como: duração, intensidade, forma, localização entre outras. Um exame clínico apurado e exames radiográfico para eliminar a possibilidade de outra patologia devem ser feitos. Finalmente o diagnóstico será fechado através da anestesia da "Zona de gatilho"[6, 8, 12].

A função anormal do sistema nervoso pode ser a causa das dores neuropáticas sendo resultantes de injúrias traumáticas, distúrbios metabólicos, causas tóxicas e processos infecciosos/inflamatórios[9]. Os processo inflamatórios quer seja por excitação química ou provocadas por patologias como as infecções periapicais tem um significado importante na patogénese da nevralgia do trigémeo.

A compressão por sua vez leva à perda da camada de mielina tornando as conexões dos axónios anormais, subsequentemente promovendo quadros de dor[7]. Essa compressão

pode ser causada por trauma, como provavelmente ocorreu no caso 3, onde a redução inadequada levou a uma compressão do nervo infra-orbitário ou através do processo de envelhecimento que leva a um aumento da espessura das corticais, como por exemplo a diminuição do forame mentoniano que ocorreu no caso 1.

Com a degeneração nervosa depois de uma secção ou laceração, muitas coisas podem ocorrer: desde uma regeneração nervosa até a formação de um neuroma como no caso 2. Estas pequenas massa de tecido são extremamente sensíveis à irritação e estimulação podendo produzir dores em formas agudas[8].

Hoje em dia existem muitos tratamentos descritos na literatura, sendo quase todos eles eficientes por um período. O uso da terapia com a carbamazepima é muito usual, embora seja um anti-convulsivante, frequentemente suprime a dor, mas somente durante o período que o paciente estiver fazendo uso do medicamento[8]. Entretanto, essa droga tem efeitos tóxicos, entre eles pode causar a supressão da medula óssea e portanto deve ser realizado uma monitorização da sua toxicidade.

Outra forma de tratamento é a realização da neurectomia química através da alcoolização da "zona de gatilho"[1]. Contudo, há muitas controvérsia tanto quanto à concentração e à frequência com que devem ser realizada . Goto e colabs[7], sugerem fazer somente o uso de uma mistura de 1% de mepivacaína ou 0,5% de bupivacaína com 4% de lidocaína por um período de 3 meses, evitando-se assim problema ocasionado pela alcoolização como a necrose tecidual, distúrbios musculares entre outros[4,7]. Entretanto o uso combinado de anestésico local com álcool 70 numa proporção 7:3 realizada por nós, cujos intervalo são de 15 dias entre cada aplicação mostrou-se eficiente sem termos nenhuma das complicações acima citadas.

Segundo Bittar e colabs[2], a associação de estreptomicina com a lidocaína 2% mostrou-se bastante eficiente nos bloqueios periféricos , prolongando o período de analgesia[2].

Entre outras formas de tratamento temos a neurectomia cirúrgica, através da remoção de um segmento do nervo. No entanto, tanto a neurectomia química com a cirúrgica costuma ter sucesso por períodos temporários.

Técnicas alternativa como a termólise e a termogangliólise têm-se mostrado como uma promessa nesses tratamentos[3]. Mas com foi possível verificar ainda há necessidade de muitas pesquisa nesta área para podermos melhora a qualidade dos tratamentos dados aos paciente , sendo estes de maneira mais efetiva e definitiva.

BIBLIOGRAFIA

1-Bell, W.W. Orofacial Pain: Classifications, diagnosis, managemeant. 4ed. Chicago: Year Book, 101-105, 1989.

2-Bittar, G.T. and Graff-Radfort, S.B. The effects os strptomycin/lidocaine block on trigeminal neuralgia: A double blind crossover placebo controlled study. Headache, v.3, p.155-160, 1993.

3-Brisman, R. Medical/Neurological management of oralfacial pain. In Tollison Cd(ed). Handbook of Chronic Pain Management. Baltimore: Willians and Wilkins, p.288-295, 1989.

4-Dandy, W.E. Concerning the cause of trigeminal neralgia. Am. J. Surg., v.24, p.447-455, 1934.

5-Fardy, M.J.; Patton, D.W. Complications associeted with peripheral alcohol injection in management of trigeminal neuralgia. Br. J. Oral Maxillof.Surg., v.32, p.387-391, 1991.

6-Fromm, G.H. Trigeminal neuralgias and related disorders. Neurol. Clin., v.7, p.305-319, 1989.

7-Goto, F.; Ishizaki, K. et al The long lasting effects of peripheral nerve blocks for trigeminal neuralgia using a high concentration of tetracaine dissolved in bupivacaine. Pain, v.79, n.1, p.101-103, 1999.

8-Peterson, L.J; Ellis III, E.; Tucker, M.Y. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. Ed Guanabara, Secção VIII, Cap, 28, p.619-630; 1996.

9-Petes, R.A.; Gross, S.G. Clinical management of Temporomandibular Disosdens and Oralfacial Pain. Ed Quintensses, Cap.18, p.295-314, Cap.29, p.329-242, 1995.

10-Reichardson, M.F.; Shaka, J.A. Alcohol block of the mandibular nerve: report of a complication. J. Natl. Med. Assoc., v.65, p.63-64, 1973.

11-Roberts, A.M.; Person, P. et al. Feither observations on dental parameters of trigeminal and atypical neuralgias. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., v.58, p.121-129, 1984.

12-Stevens, J.C. Cranial neuralgias. J. Craniomandibular Disords Facial Rral Pain, v.1, p.15, 1987.