



ANO MUNDIAL CONTRA A DOR OROFACIAL

OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

FICHA TÉCNICA

Neuralgia do Trigêmeo

Trigeminal Neuralgia

Definição

A neuralgia do trigêmeo (NT) é um distúrbio unilateral doloroso caracterizado por dores breves em choque elétrico, com início e término abruptos, e limitada à distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. A Classificação de Cefaléias revisada -3 (ICHD-3) sugere três variantes: (1) neuralgia do trigêmeo clássica, geralmente causada por compressão microvascular na entrada da raiz trigeminal no tronco cerebral; (2) neuralgia do trigêmeo com dor facial persistente concomitante; e (3) neuralgia do trigêmeo sintomática, causada por lesão estrutural diferente de compressão vascular.

Epidemiologia

A NT é uma doença rara e existem poucos estudos sobre sua prevalência. A análise de alguns estudos disponíveis sugere que a prevalência de NT na população em geral seja entre 0,01% e 0,3%, embora estudos realizados em instituições de cuidados primários sugiram que possa ser bem mais alta, cerca de 12% por 100.000 pessoas por ano. Essa porcentagem mais alta, no entanto, pode ser causada por mau diagnóstico. A relação mulher para homem é aproximadamente 2:1. A NT pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, mas o início da doença ocorre após os 40 anos de idade em mais de 90% dos casos, e a idade de pico do início é entre os 50 e os 60 anos. A incidência de NT na esclerose múltipla é maior do que na população em geral, e essa doença é a única comorbidade que já foi identificada.

Fisiopatologia

O parecer atual é que a NT é causada pela compressão proximal da raiz do nervo trigêmeo próxima ao tronco cerebral (zona de entrada na raiz dorsal) por um vaso sanguíneo tortuoso (artéria ou veia) levando a fibras nervosas torcidas e desmielinização secundária, provavelmente mediada por danos microvasculares isquêmicos. Esses danos baixam o limiar de excitabilidade das fibras afetadas e promovem comunicação cruzada entre fibras adjacentes. Portanto, sinais táteis vindos das fibras rápidas mielinizadas (A-beta) podem ativar diretamente as fibras lentas nociceptivas (A-delta) e às vezes as fibras C, resultando nas descargas de alta frequência características da NT. NT sintomática pode resultar de tumores (benignos ou malignos), esclerose múltipla, ou malformações artério-venosas.

Características Clínicas

Localização, irradiação: A dor é unilateral, com apenas 3% de incidência bilateral, e existe pouca irradiação para fora da área do nervo trigêmeo. As divisões mais frequentemente afetadas são a segunda e a terceira.

Caráter: Tipo choque elétrico, pontada, lancinante ou aguda.

Gravidade: Moderada a grave, mas pode ser mais leve às vezes.

Duração, periodicidade: Cada ataque de dor dura entre alguns segundos e dois minutos, mas pode ser seguido rapidamente de outro ataque. Podem ocorrer de

10 a 70 ataques em um dia. Em geral existe um período refratário entre os ataques.

Com a progressão da doença, os ataques tendem a durar mais. Pode haver períodos de remissão espontânea, que inicialmente podem durar meses ou anos, mas ao longo do tempo os períodos de remissão se tornam mais curtos. Na condição denominada “NT com dor facial persistente concomitante”, um período prolongado de dor em queimação de baixa intensidade pode acompanhar a dor aguda e em pontadas e pode durar horas.

Fatores que afetam: Estímulos inócuos de luz no lado afetado da face provocam dor.

Características associadas: Muito raramente existem sintomas autonômicos, e às vezes pode haver alterações sensoriais. Ansiedade e depressão, além de deterioração da qualidade de vida são consequências comuns da doença e se resolvem na ausência de dor.

A NT sintomática pode se apresentar de maneira idêntica às características descritas acima, e alguns pacientes terão até períodos de remissão

Investigações

Imagem por ressonância magnética (IRM) é a técnica mais útil para determinar a presença de lesões, como cistos ou tumores, malformações vasculares, placas de esclerose múltipla, além de compressão vascular do nervo trigêmeo.

Terapia

O tratamento médico da NT é baseado no uso de medicamentos antiepilépticos. A terapia de primeira linha deve ser carbamazepina (200-1200 mg/dia) e oxcarbazepina (60-1800 mg/dia) de acordo com as diretrizes de tratamento baseado em evidências. O tratamento de segunda linha é baseado em pouca evidência e inclui terapia adicional com lamotrigina (400 mg/dia) ou troca para lamotrigina ou baclofeno (40-80 mg/dia). Outros medicamentos antiepilépticos têm sido estudados em pequenos estudos abertos. O tratamento com fentoína, gabapentina, pregabalina e valproato também tem sido sugerido com benéfico. Na

emergência, infusão intravenosa de fosfentoína pode ajudar, além de injeções locais de lidocaína em pontos-gatilho (pontos dos quais a dor surge).

Tratamento Cirúrgico

Se o tratamento médico falhar ou resultar em deterioração acentuada das atividades diárias, pode-se considerar procedimentos cirúrgicos, inclusive descompressão microvascular do contato do nervo/vaso ou destruição do gânglio de Gasser. A descompressão microvascular oferece o alívio mais prolongado da dor, com 90% dos pacientes relatando alívio inicial da dor e mais de 80% permanecendo sem dor após 1 ano, 75% após 3 anos e 73% após 5 anos, com melhoras sustentáveis na realização das atividades diárias. No entanto, é um procedimento cirúrgico de grande porte que envolve craniotomia para atingir o nervo trigêmeo na fossa posterior. A taxa média de mortalidade varia de 0,2% a 0,5% e até 4% dos pacientes ambulatoriais têm problemas sérios como extravazamento de líquido, infartos, hematomas ou meningite asséptica. As complicações de longo prazo mais comuns são perda sensorial leve (7%) e surdez (10%).

As técnicas percutâneas do gânglio de Gasser são intervenções destrutivas que incluem termocoagulação por radiofrequência, compressão por balão e rizólise glicérol percutânea. Noventa por cento dos pacientes relatam alívio da dor após esses procedimentos. Um ano depois de termocoagulação por radiofrequência, 68-85% dos pacientes ainda estão livres de dor, mas após 3 anos a porcentagem baixa para 54-64%, e após 5 anos, apenas 50% dos pacientes ainda estão livres de dor.

Os efeitos colaterais mais comuns são perda sensorial (50%), disestesias (6%), anestesia dolorosa (4%) e dormência corneal com risco de ceratite (4%). A cirurgia no nível do gânglio de Gasser requer anestésicos de ação curta e consiste principalmente em pequenos procedimentos noturnos com taxa de mortalidade extremamente baixa.

Na cirurgia com bisturi gama, um feixe focado de radiação é dirigido à raiz trigeminal na fossa posterior. Um ano após cirurgia com bisturi gama, 69% dos pacientes estão livres de dor sem medicação adicional. Após 3 anos, 52% ainda estão livres de dor.

O desenvolvimento do alívio da dor pode ser prolongado (em média por 1

mês). Efeitos colaterais incluem complicações sensoriais em 6%, que podem se desenvolver com atraso de até 6 meses, dormência facial em 9-37%, que melhora com o tempo, e parestesias em 6-13%. A qualidade de vida melhora 88%. A principal desvantagem da cirurgia com bisturi gama é o custo, que limita seu uso generalizado, e o início demorado de alívio da dor e da perda sensorial. Continua sendo uma opção para pacientes que não podem ser submetidos a cirurgia aberta ou que têm problemas de coagulação sanguínea (por ex., pacientes tomando warfarina).

Os pacientes precisam receber informações detalhadas se quiserem tomar as decisões mais adequadas sobre as várias opções disponíveis. Tais informações podem ser obtidas através de grupos de suporte a pacientes, que têm websites e costumam realizar reuniões nacionais frequentadas por profissionais de saúde.

Tradução: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED

Referências

- [1] Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, Nurmikko T, Zakrzewska JM. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology* 2008;71:1183–90.
- [2] Zakrzewska JM, Akram H. Neurosurgical interventions for the treatment of classical trigeminal neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;9:CD007312.
- [3] Zakrzewska JM, Coakham HB. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: update. *Curr Opin Neurol* 2012 ;3:296–301.

Online Resources

Guidelines for trigeminal neuralgia: <http://www.aan.com>

Patient support groups: <http://www.tna.org.uk/>; <http://www.endthepain.org/><http://www.tnaaustralia.org/>