NEURALGIA DE TRIGÊMEO, UM DESAFIO À PRÁTICA CLÍNICA

André Moreira Tavares

Autor Correspondente:

**Abstract**

A Neuralgia do Trigêmeo (NT) é caracterizada por dores similares a choques elétricos, breves, unilaterais e recorrentes, de início e término abruptos, limitadas à distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo e desencadeadas por estímulos inócuos como a mastigar, coçar e lavar o rosto, escovar os dentes e falar. Pode desenvolver-se sem causa aparente ou ser o resultado de outro transtorno diagnosticado.

Este estudo descreve um caso de neuralgia trigeminal clássica, com uma clínica exuberante, mostrando desde o diagnóstico, tratamentos farmacológicos e intervencionistas realizados e propostos ao paciente, assim como a remissões do quadro e suas recidivas. **Método:** Foi relatado o caso de uma mulher de 74 anos, que apresentou queixa inicial de dor na topografia do ramo maxilar (V2) do Nervo Trigêmeo esquerdo, com intervalo intercrises sem dor e exame físico normal e sem déficit neurológico, atendendo aos critérios da ICHD3-2018 para classificação como neuralgia trigeminal clássica. A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) mostrou tortuosidade do sistema vértebro-basilar e da artéria vertebral esquerda, tocando a porção cisternal do nervo trigêmeo do mesmo lado. Foi iniciado o tratamento com Carbamazepina, com melhora parcial. Esta terapêutica foi mantida por 3 anos, sem aumento de dose, devido aos efeitos colaterais. Foi realizado   termoablação por rádio frequência (RF) com alívio total após a realização deste. Cerca de 1 ano após a RF, observou-se recidiva da dor na topografia do ramo mandibular (V3) com grande dificuldade na mastigação e fala. Institui-se a terapêutica com Fenitoína endovenosa associada a  pregabalina, lamotrigina e metadona, com ajustes de doses e melhora total do quadro após 45 dias.  O que este caso ilustra é o grande desafio clínico imposto ao Médico Especialista em Dor na condução destes pacientes, que apresentam queda importante na qualidade de vida e na execução de atividades simples como comer ou falar durante as crises mais graves, além do grande medo do retorno da dor nos períodos entre crises. Partindo disto foi realizada uma revisão bibliográfica visando sistematizar o diagnóstico, tratamento farmacológico nas fases agudas e de manutenção e tratamentos intervencionistas e cirúrgicos disponíveis, com objetivo de mais bem resultados no Futuro.

**Palavras-chave:** neuralgias, dor, saúde pública

# Introdução

A neuralgia do trigêmeo (NT) é um dos distúrbios da dor facial neurológica mais debilitante. É classicamente defina por episódios paroxísticos de dor aguda e lancinante com exacerbações e remissões, nas áreas inervadas pelo trigêmeo, normalmente desencadeada por estímulos táteis, sendo dor idiopática e sem déficit neurológico ou lesão de massa na ressonância magnética (RM)(Vorenkamp et al., 2015).

A etiologia da NT permanece incerta, mas tem sido frequentemente associada à compressão vascular do nervo no tronco cerebral ou distal (Tew et al., 2012). Existem dois tipos de NT com características clínicas idênticas: NT clássica, quando não há anormalidades laboratoriais ou radiológicas e a NT sintomática, se uma lesão estrutural diferente da compressão vascular for identificada como etiologia (Silberstein et al., 2005).

Dentre as possibilidades terapêuticas para NT, pode-se citar como primeira linha, o tratamento farmacológico, tendo como droga padrão a Carbamazepina, seguido de modalidades invasivas, quando existe falha do tratamento clínico, tais como, termocoagulação por radiofrequência percutânea (RF), descompressão percutânea por balão (BC) e rizotomia com glicerol (GR)(Cheng et al., 2014; Koopman et al., 2011).

Assim, o objetivo desse estudo descrever um caso de neuralgia do trigêmeo, a fim de estudar suas características clínicas e terapêuticas. Além de, demonstrar a dificuldade em conduzir um paciente com esta patologia.

O que torna o caso tão interessante?

# Relato de caso

Uma paciente do sexo feminino, 74 anos, com queixa inicial de crises paroxísticas de dor facial, com duração de segundos a no máximo dois minutos, unilateral, a esquerda, de forte intensidade, aguda, paroxística, na divisão do ramo maxilar (V2) do nervo trigêmeo, sendo o intervalo entre as crises sem dor e exame físico sem anormalidades e sem déficits neurológicos.

Realizou ressonância magnética de crânio (RMC) que mostrou tortuosidade do sistema vértebro-basilar e a artéria vertebral esquerda tocando a porção cisternal do nervo trigêmeo do mesmo lado. A angioressonância das artérias intracranianas confirmou o resultado descrito em RMC, evidenciando o contato de alça vascular da artéria vertebral esquerda com as porções intracisternais inferiores do nervo trigêmeo.

Na ocasião, foi feito diagnóstico de NT e instituído o tratamento farmacológico com Carbamazepina. Houve apenas melhora parcial do quadro com o tratamento clínico e aliado ao fato de que a paciente se mostrou intolerante aos efeitos adversos da medicação. Após 3 anos, Radiofrequência Percutânea foi indicada, havendo, naquele momento, alívio total da dor.

Após 1 ano da RF a paciente passou a queixar-se de dor em território do ramo mandibular (V3), com dificuldade na mastigação e fala, passando então, a fazer uso de pregabalina 150mg por dia, além de internação hospitalar para administração de Hidantal endovenoso, onde obteve-se somente alívio parcial dos sintomas.

Foi sugerido à paciente repetir a termocoagulação por RF mas houve recusa da conduta devido a experiência desagradável no tratamento anterior. Foi então introduzido Lamotrigina na dose de 50mg ao dia associado à 2,5mg de metadona a cada 12 horas e a Pregabalina 50mg a cada 12 horas, com posterior redução da dose da Pregabalina para 50mg ao dia.

Após 14 dias desse esquema terapêutico a paciente retornou com queixa de piora da dor principalmente em região mandibular próxima ao forame mentoniano, com grande dificuldade na fala, mastigação e deglutição. Tendo vista esse cenário clínico, foram aumentadas as doses da metadona para 5 mg à noite e da Lamotrigina para 150mg ao dia, com manutenção da Pregabalina e indicação de Magnetoterapia e uso tópico de gel de amitriptilina e lidocaína. Somente 45 dias após esse tratamento houve melhora total da dor, o que permitiu retirada gradual das medicações, e a paciente manteve-se em acompanhamento clínico e sem uso de medicações.

# Discussão

O caso relatado vai de encontro com as características descritas de NT, apresentando melhora inicial com o tratamento farmacológico, seguido de piora e necessitando de intervenção com RF com bom resultado e que no decorrer do tempo perde eficiência e retorna à condição de dor, sendo novamente instituído tratamento farmacológico.

Em um estudo de Liu G et al, descobriu-se que as taxas de alívio imediato da dor e alívio da dor após 48 horas eram bastante semelhantes nos pacientes tratados com RF repetidas e naqueles com RF primária, sugerindo que a RF repetida é uma boa opção para pacientes com NT recorrente(Liu et al., 2019). Além disso, a taxa recorrente foi comparável entre os dois grupos após 2 anos de acompanhamento e foi consistente com alguns relatórios anteriores(Fraioli et al., 2009; Morgan and Tew Jr, 2005).

Os dados sugeriram que a eficácia do tratamento por RF repetida era comparável ao da RF primária, bem como os efeitos colaterais como dormência e fraqueza na musculatura da mastigação, além das taxas e período para aparecimento de dor recorrente(Fraioli et al., 2009; Morgan and Tew Jr, 2005).

De acordo com um estudo prospectivo de Taha JM et al com 154 pacientes tratados por RF e acompanhados por 15 anos21, 153 (99%) deles obtiveram alívio inicial da dor após a RF e a dor persistiu em apenas um (1%) paciente (Morgan and Tew Jr, 2005). Outro estudo realizado por Kanpolat Y et al baseado em 1561 pacientes relatou uma taxa de 97,6% de alívio inicial da dor(Kanpolat et al., 2001).

No presente caso relatado houve melhora após RF em V2 e uma recorrência após um ano em território de V3, sendo esta migração de dor para outro ramo pouco observada na prática clínica, tendo sido tratada clinicamente até o momento com resultado satisfatório, salientando que os territórios de V2 e V3 são elegíveis para uma nova RF se assim se fizer necessário com resultados e riscos idênticos ao de uma RF primária conforme descrito em literatura.

A disponibilidade de grande número de tratamentos farmacológicos e várias opções de procedimentos invasivos para a NT mostram resultados deficientes em quaisquer destes tratamentos. Entre os medicamentos disponíveis, a carbamazepina e a oxcarbazepina compõe a primeira linha de tratamento. Lamotrigina, baclofeno e pimozida formam a segunda linha e geralmente são administradas como terapia adicional. Fenitoína, clonazepam, gabapentina, topiramato, levetiracetam, ácido valpróico e tocainida também são benéficos. O problema com o tratamento farmacológico é a baixa tolerância a medicamentosa, que está relacionada a muitos fatores (REF).

Doses progressivamente crescentes de carbamazepina são necessárias para manter a eficácia que diminui para aproximadamente 50% devido à autoindução(Campbell et al., 1966). Além disso, devido a alterações relacionadas à idade na fisiologia e farmacocinética(função hepática e renal reduzida, fluxo sanguíneo reduzido, ligação às proteínas de drogas menos previsível e interações com vários outros medicamentos necessários devido a comorbidades), a tolerância aos medicamentos diminui com idade, enquanto a incidência de NT aumenta com a mesma(Khan, 1998). Estima-se que aproximadamente 6 a 10% dos pacientes não tolerem a carbamazepina(Taylor et al., 1981).

Por outro lado, o arsenal neurocirúrgico para o manejo da NT refratária consiste em procedimentos importantes, incluindo descompressão microvascular por craniotomia (DVM), tratamentos percutâneos minimamente invasivos e radiocirurgia estereotáxica(Missios et al., 2014). Embora a DVM seja eficaz em manter analgesia a longo prazo, vários pacientes precisarão, eventualmente, ser submetidos a um tratamento percutâneo para a NT(Broggi et al., 2000). Esse é o caso de pacientes idosos ou com comorbidades que não são bons candidatos a DVM ou pacientes com NT recorrente após DVM(Kouzounias et al., 2010). É importante ressaltar que as abordagens percutâneas também têm sido usadas como a primeira estratégia neurocirúrgica por vários centros(Corrêa and Teixeira, 1999; Skirving and Dan, 2001).

Além disso, há os tratamentos percutâneos para a NT incluem GR, RF e BC, todos com o objetivo de proporcionar alívio da dor por lesão direcionada às fibras dolorosas do nervo trigêmeo. Todas as três técnicas são consideradas simples e podem proporcionar alívio imediato da dor; no entanto, cada um deles tem uma seletividade diferente nas divisões do nervo trigêmeo e podem estar associados a uma série de complicações(Cheng et al., 2014).

A dor relatada impõe um fardo substancial aos pacientes com NT, pois eles muitas vezes não são capazes de realizar atividades simples como comer ou até falar durante as crises mais graves. Além do medo avassalador do “retorno da dor” que alguns pacientes se queixam, entre as crises(Cheshire, 2003). Os mecanismos associados ao desenvolvimento dessa dor persistente não são totalmente bem compreendidos e estão associados a resultados de tratamento clínico e cirúrgico deficientes(Singh et al., 2014).

O tratamento do paciente com NT é um desafio na prática clínica, pois em muitos pacientes a resposta ao tratamento farmacológico proposto inicialmente diminui ao longo do tempo e muitos continuam experimentando sintomas dolorosos contínuos. Para esse grupo de pacientes, procedimentos invasivos para sua patologia estão disponíveis e são frequentemente procurados.