UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

(FMUP)

**EQUIVALÊNCIA AO GRAU DE MESTRE EM MEDICINA**

**Desafios à Prática Clínica Do Tratamento Crônico Da Neuralgia De Trigêmeo: Um Relato de Caso**

André Moreira Tavares

M

2023



**Desafios à Prática Clínica Do Tratamento Crônico Da Neuralgia De Trigêmeo: Um Relato de Caso**

Trabalho realizado como pré-requisito para obtenção de equivalência de diploma em Mestrado Integrado de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Autor: André Moreira Tavares

andretavares@icloud.com

**Desafios à Prática Clínica do Tratamento da Neuralgia de Trigêmeo: Um Relato De Caso**

**Autor |** André Moreira Tavares

Porto, novembro de 2023

­

**Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me inspira e acompanha em cada conquista e tropeço ao longo da minha vida. Agradeço ao Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP)Albert Einstein, que me possibilitou adquirir o conhecimento para concluir este trabalho. Agradeço ao professor Dr. Francisco Carlos Obata Cordon pelo auxílio necessário, aos meus familiares e a todos que fizeram parte direta ou indiretamente deste trabalho.

“Não confunda derrotas com fracasso, nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

Roberto Shinyashiki

**RESUMO**

**Introdução:** 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. **Objetivo:** Descreverum caso de neuralgia trigeminal clássica, mostrando desde o diagnóstico, tratamentos farmacológicos e intervencionistas realizados e propostos ao paciente, assim como as remissões do quadro e suas recidivas. **Método:** Foi realizado um relato de caso de acordo com as normas da *CARE Checklist.* **Resultados:** Foi relatado o caso de uma mulher de 71 anos, que apresentou queixa inicial de dor na topografia do ramo maxilar (V2) do Nervo Trigêmeo esquerdo. Foi iniciado o tratamento medicamentoso, com melhora parcial da dor e agravamento do quadro após 2 anos. Então, foi realizado termocoagulação percutânea por rádio frequência (RF). Após 12 meses da RF, os sintomas reapareceram em topografia do ramo mandibular (V3). Foi realizado novo tratamento medicamentoso, com melhora total dos sintomas.  **Conclusão:** Este caso ilustra o grande desafio clínico imposto aos médicos 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 e os desafios de alcançar os melhores resultados em tratamentos de pacientes com neuralgia do trigêmeo.

**Palavras-chave:**  nervo trigêmeo, dor facial, terapia por rádio frequência, desafios clínicos, relato de caso

**ABSTRACT**

**Introduction:** Trigeminal Neuralgia (TN) is characterized by pain like electric shocks, brief, unilateral and recurrent, with abrupt onset and termination, limited to the distribution of one or more divisions of the trigeminal nerve and triggered by innocuous stimuli such as chewing, scratching, and washing the face, brushing teeth, and talking. **Objective:** To describe a case of classic trigeminal neuralgia, showing from the diagnosis, pharmacological and interventional treatments performed and proposed to the patient, as well as the remissions of the condition and its recurrences. **Method:** A case report was conducted according to the CARE Checklist standards.**Results:** We report the case of a 71-year-old woman who presented with an initial complaint of pain in the topography of the maxillary branch (V2) of the left trigeminal nerve. Drug treatment was initiated, with partial improvement of pain and worsening of the condition after 2 years. Then, percutaneous radiofrequency (RF) thermocoagulation was performed. After 12 months of RF, the symptoms reappeared in the topography of the mandibular branch (V3). A new drug treatment was performed, with total improvement of symptoms.  **Conclusion:** This case illustrates the great clinical challenge imposed on the physicians in the management of these patients, who present a significant drop in quality of life and in the execution of simple activities such as eating or talking during the most severe crises, in addition to the great fear of pain recurrence in the periods between and the challenges of achieving the best results in the treatment of patients with trigeminal neuralgia.

**Keywords:**  trigeminal nerve, facial pain, radio frequency therapy, clinical challenges, case report

**ABREVIATURAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Angio RM | Angio Ressonância Magnética |
| DVM | Descompressão microvascular por craniotomia |
| BC | Descompressão percutânea por balão |
| NT  GKRS | Neuralgia do Trigêmeo  Radiocirurgia por Gamma Knife |
| V3 | Ramo mandibular |
| V2 | Ramo maxilar |
| V1 | Ramo oftálmico |
| RM | Ressonância magnética |
| RMC | Ressonância magnética de crânio |
| GR | Rizotomia com glicerol |
| RF | Termocoagulação percutânea por radiofrequência |

**SUMÁRIO**

[1. INTRODUÇÃO 9](#_Toc151583657)

[2. MÉTODO 11](#_Toc151583658)

[2.1. Informações do paciente 11](#_Toc151583659)

[2.2. Achados clínicos 11](#_Toc151583660)

[2.3. Linha do tempo 11](#_Toc151583661)

[2.4. Avaliação diagnóstica 12](#_Toc151583662)

[2.5. Intervenção terapêutica 12](#_Toc151583663)

[2.6. Seguimento e desfechos 13](#_Toc151583664)

[3. DISCUSSÃO 13](#_Toc151583665)

[4. CONCLUSÃO 16](#_Toc151583666)

[5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 17](#_Toc151583667)

# INTRODUÇÃO

A neuralgia do trigêmeo (NT) é um dos distúrbios da dor facial neurológica mais debilitante. É classicamente definida 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 de crânio (RMC) (1).

O nervo trigêmeo é um nervo misto, sendo o componente sensitivo consideravelmente maior. Possui uma raiz sensitiva e uma raiz motora. A raiz sensitiva é formada pelos prolongamentos centrais dos neurônios sensitivos, situados no gânglio trigeminal. Os prolongamentos periféricos dos neurônios sensitivos do gânglio trigeminal formam, distalmente ao gânglio, os três ramos ou divisões do Trigêmeo: nervo oftálmico (V1), nervo maxilar (V2) e nervo mandibular (V3), responsáveis pela sensibilidade somática de grande parte da cabeça, através das fibras que se classificam como aferentes somáticas gerais. A Raiz motora do Trigêmeo é constituída de fibras que acompanham o nervo mandibular, distribuindo-se aos músculos mastigatórios(2).

Embora não represente uma ameaça à vida e seja assintomática entre os episódios, a NT pode afetar seriamente a qualidade de vida de um paciente e prejudicar suas atividades diárias. A incidência da NT no mundo é de 4,3 - 27 casos por 100.000 indivíduos(3)e afeta mais comumente pacientes com mais de 50 anos de idade, de acordo com estudos epidemiológicos(3,4).

A maior parte dos casos de dor (aproximadamente 95%) ocorre na distribuição maxilar (V2) ou mandibular (V3) do nervo, já a distribuição do ramo oftálmico (V1) isolada é responsável apenas por 4% dos episódios(1).

A compressão neurovascular é um mecanismo importante na fisiopatologia da NT clássica. Acredita-se que um vaso sanguíneo, veia ou artéria (na cisterna cerebelopontina), causa compressão local proximal na raiz trigeminal sensitiva perto do tronco cerebral (REZ-root entry zone). A transição da bainha de mielina das células de Schwann periféricas para a bainha de mielina oligodendroglia central representa uma lacuna anatômica, e o contato neurovascular torna essa zona mais suscetível à desmielinização(5–7).

Essas mudanças podem induzir episódios de reexcitação, retardando a condução no potencial de ação das fibras, agindo assim como um potencial de ação ectópica através das fibras contíguas(8).

O mecanismo da dor evocada pelo toque ou outro estímulo não nociceptivo pode ser explicado pela relação entre as fibras Aβ mielinizadas rápidas e as fibras Aδ da via nociceptiva, que são de condução mais lenta. As primeiras fibras ativam as segundas, induzindo os paroxismos de episódios dolorosos. Depois de algum tempo, as descargas espontâneas cessam e não conseguem reiniciar por um tempo (o período refratário). Esses achados sugerem então que, além da compressão neurovascular, os canais de sódio podem ter um papel importante na fisiopatologia da NT.(9)

De acordo com a Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias (ICHD-3) de 2018 a NT apresenta como critérios diagnósticos:

1. Paroxismos recorrentes de dor facial unilateral na(s) distribuição(ões) de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo, sem irradiação além e preenchendo os critérios B e C.
2. A dor possui todas as seguintes características:

1. Duração de uma fração de segundo a dois minutos.

﻿﻿﻿ 2. Intensidade forte

3.  Qualidade em choque elétrico, disparo, facada ou aguda.

C) Precipitada por estímulos inócuos na distribuição trigeminal afetada.

D) Não ser melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

O diagnóstico de Neuralgia trigeminal deve ser estabelecido clinicamente. As investigações são delineadas com a intenção de identificar uma causa provável.

A Neuralgia trigeminal clássica desenvolvendo-se pela compressão neurovascular, sem outras causas aparentes que a justifiquem. Dentre as possibilidades terapêuticas para NT, pode-se citar como primeira linha, o tratamento farmacológico, tendo como droga padrão a Carbamazepina ou Oxcarbamazepina, seguido de modalidades invasivas, quando existe falha do tratamento clínico, tais como: Descompressão microvascular por craniotomia (DVM), Termocoagulação por radiofrequência percutânea (RF), Descompressão percutânea por balão (BC), Radiocirurgia por Gamma Knife (GKRS) e Rizotomia com glicerol (GR) (10,11).

Assim, o objetivo desse estudo foi descrever um caso de neuralgia Trigeminal Clássica, a fim de estudar suas características clínicas e terapêuticas. Além de, demonstrar a dificuldade na condução do paciente, mostrando desde o atraso no diagnóstico, a dificuldade na titulação das doses dos medicamentos, as opções de tratamento invasivo disponíveis oferecidas e realizadas, assim como a recorrência dos sintomas ao longo do tempo.

# MÉTODO

Esse é um relato de caso clínico apresentado segundo as orientações do CARE guidelines (for *CAse REports)*(12)*,* que disponibiliza um checklist (ANEXO 1) com os itens necessários para boa apresentação de relatos de casos e está disponível no website <https://www.care-statement.org/checklist> e é recomendado pela plataforma EQUATOR (*Enhancing the QUAlity and Transparency Of health Research),* disponível no website <https://www.equator-network.org/>.

# Informações do paciente

Paciente do sexo feminino de 71 anos com queixa inicial de crises paroxísticas de dor facial, com duração de segundos a no máximo 2 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.

# Achados clínicos

Realizou RMC que mostrou tortuosidade do sistema vértebro-basilar e a artéria vertebral esquerda tocando a porção cisternal do nervo trigêmeo do mesmo lado. A angio RM das artérias intracranianas confirmou o resultado descrito em RMC, evidenciando o contato de alça vascular da artéria vertebral esquerda com as porções intra cisternais inferiores do nervo trigêmeo.

# Linha do tempo

O início do acompanhamento desse caso se deu em março de 2015, com queixa de crises breves e intensas dor território V2 do Nervo Trigêmeo, com frequência baixa, tratado com AINES e analgésicos por um ano. Em setembro de 2015, após piora das crises e avaliação do neurologista iniciou-se tratamento com Carbamazepina, e dois anos depois (setembro de 2018) foi indicado a DVM, não sendo autorizado pela paciente; após autorização e assinatura de consentimento informado realizou-se RF, com melhora total da dor e hipoestesia importante na área inervada por V2. Em agosto de 2019, com retorno dor em território V3, foi sugerida nova RF, com recusa devido a experiência ruim com a hipoestesia, paciente foi internada por 3 dias para uso de Fenitoína e iniciou tratamento medicamentoso com pregabalina e lamotrigina, além de outras medidas; a paciente relatou melhora total em 60 dias, e o acompanhamento se deu até agosto de 2021, onde a paciente já estava há 1 ano e 6 meses sem uso de medicação, e 2 anos sem crise (Figura 1).

**Figura 1.** Linha do tempo do acompanhamento do caso estudado.

# Avaliação diagnóstica

Na ocasião, foi feito diagnóstico de NT.

# Intervenção terapêutica

Iniciou-se o tratamento farmacológico com Carbamazepina mas 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 dois anos, indicou-se a RF que proporcionou 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 Fenitoína endovenosa. No entanto, obteve-se somente alívio parcial dos sintomas.

Foi sugerido à paciente, repetir a termocoagulação por radiofrequência percutânea, mas ela recusou tal 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 deste 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. Por isso, foram aumentadas as doses da metadona para 5 mg à noite e da lamotrigina para 150mg ao dia e manteve-se a pregabalina. Foi também indicado magnetoterapia e uso tópico de gel de amitriptilina e lidocaína na área de pele afetada.

# Seguimento e desfechos

Passados 45 dias do tratamento acima descrito, houve melhora total da dor, o que permitiu retirada gradual das medicações, durante um período de 6 meses. A paciente manteve-se em acompanhamento clínico e sem uso de medicações, por 2 anos. Ainda, por apresentar alterações em RMC e Angio-RM com presença de alça vascular da artéria vertebral esquerda tocando as porções intra cisternais inferiores do nervo trigêmeo, há como primeira alternativa a DVM se ela tiver uma dor refratária ao tratamento medicamentoso e apresentar condições clínicas para o procedimento. Além disso, necessita de um tratamento de longo prazo, com inúmeras possibilidades de terapêuticas, desde a farmacológicas, até intervenções percutâneas e neurocirúrgicas.

# 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(13). Além disso, a taxa recorrente foi comparável entre os dois grupos após 2 anos de acompanhamento e foi consistente com alguns relatórios anteriores(14,15).

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(14,15).

De acordo com um estudo prospectivo de Taha et al. com 154 pacientes tratados por RF e acompanhados por 15 anos(16), 153 (99%) deles obtiveram alívio inicial da dor após a RF e a dor persistiu em apenas um (1%) paciente (15). Outro estudo realizado por Kanpolat et al. baseado em 1561 pacientes relatou uma taxa de 97,6% de alívio inicial da dor(17).

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.

Doses progressivamente crescentes de carbamazepina são necessárias para manter a eficácia, que diminui para aproximadamente 50% devido à autoindução(18). 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(19). Estima-se que aproximadamente 6 a 10% dos pacientes não tolerem a carbamazepina(20).

Por outro lado, o arsenal neurocirúrgico para o manejo da NT refratária consiste em procedimentos importantes, incluindo com primeira linha a descompressão microvascular por craniotomia (DVM), tratamentos percutâneos minimamente invasivos e GKRS (21). Embora a DVM seja eficaz em manter analgesia a longo prazo, vários pacientes precisarão, eventualmente, ser submetidos a um tratamento percutâneo para a NT(22).

Esse é o caso de pacientes idosos ou com comorbidades que não são bons candidatos a DVM ou pacientes com NT recorrente após DVM (23). É importante ressaltar que as abordagens percutâneas também têm sido usadas como a primeira estratégia neurocirúrgica por vários centros (24,25).

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(10).

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 (26). Os mecanismos associados ao desenvolvimento dessa dor persistente não são totalmente bem compreendidos e estão associados a resultados de tratamento clínico e cirúrgico deficientes(27).

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.

A paciente relatou que o tratamento medicamentoso e a RF realizados mesmo com a redução da dor, ocasionaram nela um desgaste emocional, reclamando da demora diagnóstica, dos efeitos colaterais não tolerados pela mesma da Carbamazepina e da hipoestesia intensa sentida após a RF, o que gerou a recusa da segunda proposta de RF. Disse ainda que mesmo durante a remissão total do quadro, convivia com medo diário do retorno da dor e da possibilidade de ter de se submeter a DVM, que ela recusou desde o início. Buscou apoio psicológico que a ajudou no enfrentamento desta ansiedade. A visão da paciente vai de encontro a tantos outros relatos de pacientes com NT.

# CONCLUSÃO

As mais recentes diretrizes incentivam os médicos de cuidados primários a diagnosticar prontamente a NT e iniciar a farmacoterapia depois de descartar as causas dentárias da dor facial. Todos os pacientes devem ser avaliados para descartar causas secundárias de dor facial, mesmo que a dor esteja em remissão, o uso de RMC para pesquisar a causa subjacente da NT é defendido e, se a RMC for contraindicada, use tomografia e angiografia computadorizadas no cérebro e testes neurofisiológicos, como potenciais evocados auditivos do tronco cerebral. Se ocorrerem recaídas, realizar o encaminhamento do paciente para uma equipe especializada multidisciplinar onde será informado aos mesmos sobre o tratamento mais adequado para sua condição. Na prática, são necessários planos de tratamento farmacológico individualizados, equilibrando os benefícios e os efeitos colaterais relatados por cada paciente.

Como a NT é um transtorno paroxístico, é difícil avaliar quando reduzir e retirar o tratamento. Muitos pacientes optam por continuar os medicamentos mesmo quando em remissão. Orientação e aconselhamento podem ser necessários para ajudar os pacientes a diminuir e parar o tratamento. O controle rápido da dor deve ser o objetivo principal, e não há razão para que os médicos de cuidados primários não possam iniciar terapia medicamentosa de segunda linha, baseada no seu conhecimento e experiência. É importante o manejo rápido e adequado de recaídas agudas de NT, com estratégias baseadas nas mais recentes diretrizes.

A NT é uma condição em que ocorrem remissões e recidivas, e a melhora inicial da dor pode nem sempre ser devido ao tratamento. Isso é especialmente verdadeiro para procedimentos invasivos, onde a boa resposta inicial pode ser seguida por complicações e recaídas do tratamento.

É recomendado o encaminhamento do paciente para programas de controle da dor com acesso a psicólogos e fisioterapeutas, porque a gravidade da dor, a interrupção da vida diária e o impacto psicológico associado da NT podem afetar de forma importante a saúde mental. O medo de uma recaída não pode ser subestimado. Psicólogos da dor e especialistas em enfermagem para o tratamento da dor podem ajudar os pacientes a aliviar alguns desses medos.

O estudo deste caso possibilitou concluir que a NT representa um grande desafio no tratamento dos pacientes tanto para os médicos de cuidados primários quanto para os especialistas em dor. A manifestação clínica desta patologia tem impacto significativo na qualidade de vida e observa-se notória dificuldade em obter-se a remissão completa do quadro, com altos índices de recidiva ao longo do tempo.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vorenkamp KE, Hassett AL, Figg GM, Jennifer A Sweet, Miller J, Jonathan Paul Miller. Trigeminal Neuralgia and Other Facial Pain Conditions. 1o de abril de 2015;38–59.

2. Machado A, Haertel LM. Neuroanatomia funcional [Internet]. Atheneu; 2013 [citado 8 de novembro de 2023]. Disponível em: https://ria.ufrn.br/handle/123456789/2178

3. Van Kleef M, Van Genderen WE, Narouze S, Nurmikko TJ, Van Zundert J, Geurts JW, et al. Trigeminal Neuralgia. Em: Van Zundert J, Patijn J, Hartrick CT, Lataster A, Huygen FJPM, Mekhail N, et al., organizadores. Evidence‐Based Interventional Pain Medicine [Internet]. 1o ed Wiley; 2011 [citado 24 de novembro de 2023]. p. 1–7. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119968375.ch1

4. MacDonald BK, Cockerell OC, Sander J, Shorvon SD. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. Brain. 2000;123(4):665–76.

5. Love S. Trigeminal neuralgia: Pathology and pathogenesis. Brain. 1o de dezembro de 2001;124(12):2347–60.

6. Rappaport ZH, Govrin-Lippmann R, Devor M. An Electron-Microscopic Analysis of Biopsy Samples of the Trigeminal Root Taken during Microvascular Decompressive Surgery. Stereotact Funct Neurosurg. 1997;68(1–4):182–6.

7. Marinković S, Todorović V, Gibo H, Budeč M, Drndarević N, Pešić D, et al. The Trigeminal Vasculature Pathology in Patients With Neuralgia. Headache. outubro de 2007;47(9):1334–9.

8. Burchiel KJ. Abnormal impulse generation in focally demyelinated trigeminal roots. Journal of neurosurgery. 1980;53(5):674–83.

9. Siqueira SRDT de, Alves B, Malpartida HMG, Teixeira MJ, Siqueira JTT de. Abnormal expression of voltage-gated sodium channels Nav1. 7, Nav1. 3 and Nav1. 8 in trigeminal neuralgia. Neuroscience. 2009;164(2):573–7.

10. Cheng JS, Lim DA, Chang EF, Barbaro NM. A review of percutaneous treatments for trigeminal neuralgia. Operative Neurosurgery. 2014;10(1):25–33.

11. Koopman JSHA, de Vries LM, Dieleman JP, Huygen FJ, Stricker BHCh, Sturkenboom MCJM. A nationwide study of three invasive treatments for trigeminal neuralgia. PAIN®. 1o de março de 2011;152(3):507–13.

12. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. Journal of clinical epidemiology. 2017;89:218–35.

13. Liu G, Du Y, Wang X, Ren Y. Efficacy and safety of repeated percutaneous radiofrequency thermocoagulation for recurrent trigeminal neuralgia. Frontiers in neurology. 2019;9:1189.

14. Fraioli MF, Cristino B, Moschettoni L, Cacciotti G, Fraioli C. Validity of percutaneous controlled radiofrequency thermocoagulation in the treatment of isolated third division trigeminal neuralgia. Surgical neurology. 2009;71(2):180–3.

15. Morgan CJ, Tew Jr JM. A prospective 15-year follow up of 154 consecutive patients with trigeminal neuralgia treated by percutaneous stereotactic radiofrequency thermal rhizotomy.: Commentary. Neurosurgical Focus. 2005;18(5):1–1.

16. Taha JM, Tew JM, Buncher CR. A prospective 15-year follow up of 154 consecutive patients with trigeminal neuralgia treated by percutaneous stereotactic radiofrequency thermal rhizotomy. Journal of neurosurgery. 1995;83(6):989–93.

17. Kanpolat Y, Savas A, Bekar A, Berk C. Percutaneous controlled radiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia: 25-year experience with 1600 patients. Neurosurgery. 2001;48(3):524–34.

18. Campbell FG, Graham JG, Zilkha KJ. Clinical trial of carbazepine (tegretol) in trigeminal neuralgia. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 1966;29(3):265.

19. Khan OA. Gabapentin relieves trigeminal neuralgia in multiple sclerosis patients. Neurology. 1998;51(2):611–4.

20. Taylor JC, Brauer S, Espir MLE. Long-term treatment of trigeminal neuralgia with carbamazepine. Postgraduate Medical Journal. 1981;57(663):16–8.

21. Missios S, Mohammadi AM, Barnett GH. Percutaneous treatments for trigeminal neuralgia. Neurosurgery Clinics. 2014;25(4):751–62.

22. Broggi G, Ferroli P, Franzini A, Servello D, Dones I. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: comments on a series of 250 cases, including 10 patients with multiple sclerosis. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2000;68(1):59–64.

23. Kouzounias K, Schechtmann G, Lind G, Winter J, Linderoth B. Factors that influence outcome of percutaneous balloon compression in the treatment of trigeminal neuralgia. Neurosurgery. 2010;67(4):925–34.

24. Corrêa CF, Teixeira MJ. Balloon compression of the Gasserian ganglion for the treatment of trigeminal neuralgia. Stereotactic and functional neurosurgery. 1999;71(2):83–9.

25. Skirving DJ, Dan NG. A 20-year review of percutaneous balloon compression of the trigeminal ganglion. Journal of neurosurgery. 2001;94(6):913–7.

26. Cheshire W. Trigeminal Neuralgia Feigns the Terrorist. Cephalalgia. abril de 2003;23(3):230–230.

27. Singh S, Verma R, Kumar M, Rastogi V, Bogra J. Experience with conventional radiofrequency thermorhizotomy in patients with failed medical management for trigeminal neuralgia. The Korean Journal of Pain. 2014;27(3):260–5.

Uma imagem contendo Tabela

Descrição gerada automaticamenteANEXO 1 – CHECKLIST do CARE para o relato de caso.