



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Nevralgia do Trigémio

Definição

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

Epidemiologia

A NT é uma doença rara e existem poucos estudos sobre a 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 percentagem mais alta, no entanto, pode ser causada por erro de 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 o pico da idade do início da NT situa-se entre os 50 e os 60 anos. A incidência da NT na esclerose múltipla é maior do que na população geral, e essa doença é a única comorbidade que já foi identificada.

Fisiopatologia

O consenso atual é que a NT é causada pela compressão proximal da raiz do nervo trigémio próxima do tronco cerebral (zona de entrada na raiz dorsal) por um vaso sanguíneo tortuoso (artéria ou veia) o que conduz a fibras nervosas torcidas mecanicamente e desmielinização secundária, provavelmente mediada por danos microvasculares isquêmicos. Essas alterações baixam o limiar de excitabilidade das fibras afetadas e promovem a transmissão bidirecional 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.



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

A 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 trigêmio. 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 ligeira às vezes.

Duração, periodicidade: Cada episódio de dor dura entre alguns segundos e dois minutos, mas pode ser seguido rapidamente de outro ataque. Podem ocorrer entre 10 a 70 episódios num dia. Em geral existe um período refratário entre os ataques.

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

Fatores suscetíveis de a influenciar: Estímulos leves e inócuos no lado afetado da face provocam dor.

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

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

Investigações

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



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Terapêutica

O tratamento médico da NT é baseado no uso de medicamentos antiepiléticos. 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 antiepiléticos têm sido estudados em pequenos estudos abertos. O tratamento com fenitoína, 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 que desencadeiam dor).

Tratamento Cirúrgico

Se o tratamento médico falhar ou resultar em deterioração acentuada das atividades diárias, podem considerar-se 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 a relatar 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 major que envolve craniotomia para atingir o nervo trigêmio na fossa posterior. A taxa média de mortalidade varia de 0,2% a 0,5% e até 4% dos pacientes em ambulatório têm problemas sérios como extravasamento 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 relativas ao gânglio de Gasser são intervenções destrutivas que incluem termocoagulação por radiofrequência, compressão por balão e rizotomia percutânea com glicerol. Noventa por cento dos pacientes relatam alívio da dor após esses procedimentos. Um ano depois da termocoagulação por radiofrequência, 68-85% dos pacientes ainda estão livres de dor, mas após 3 anos a percentagem baixa para 54-64%, e após 5 anos, apenas 50% dos pacientes ainda estão livres de dor.



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR

OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Os efeitos colaterais mais comuns são perda sensorial (50%), disestesias (6%), anestesia dolorosa (4%) e entorpecimento da córnea com risco de queratite (4%). A cirurgia ao nível do gânglio de Gasser requer anestésicos de ação curta e consiste principalmente em pequenos procedimentos ambulatoriais com pernoita com taxa de mortalidade extremamente baixa.

Na cirurgia com bisturi de raios gama, um feixe 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 alívio da dor pode ser demorado (em média 1 mês). Os efeitos colaterais incluem complicações sensitivas em 6%, que podem desenvolver-se com atraso de até 6 meses, entorpecimento 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 de raios gama é o custo, o que limita o seu uso generalizado, e o início demorado de alívio da dor e da perda de sensibilidade. Continua a ser uma opção para pacientes que não podem ser submetidos a cirurgia aberta ou que têm problemas de coagulação sanguínea (por ex., pacientes a tomar varfarina).

Os pacientes precisam de 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 páginas na internet e costumam realizar reuniões nacionais frequentadas por profissionais de saúde.

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.

Recursos Internet

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

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