



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO TRIÂNGULO  
CURSO DE ODONTOLOGIA

**Isabella Da Cunha Godoi**

**NEURAGIA TRIGEMINAL: ETIOLOGIA, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS,  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

UBERLÂNDIA, MG

2023

**Isabella Da Cunha Godoi**

**NEURAGIA TRIGEMINAL: ETIOLOGIA, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS,  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Artigo apresentado à disciplina de TCC I do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário do Triângulo como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Pereira Georjutti

UBERLÂNDIA, MG

2023

**NEURAGIA TRIGEMINAL: ETIOLOGIA, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS,  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.**

**Isabella Da Cunha GODOI<sup>1</sup>, Renata Pereira GEORJUTTI<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Odontologia, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia – MG, Brasil.

<sup>2</sup>Doutora em Clínica Odontológica Integrada, Mestre em Endodontia, Especialização em Endodontia, Especialização em Docência do Ensino Superior, Especialização em Coordenação Pedagógica, Especialização em Harmonização Orofacial.

**RESUMO**

A neuralgia trigeminal (NT) é a mais debilitante forma de neuralgia facial, levando a um significativo impacto no dia a dia dos pacientes. Caracteriza-se como uma dor intensa, paroxística, “latejante”, em “queimação”, em forma de choque elétrico, que geralmente é desencadeada devido ao estímulo sensorial em determinadas áreas específicas do rosto, que são chamadas de zonas de gatilho. Porém não foi definido ainda um único fator etiológico responsável pelo surgimento da neuralgia, portanto, compressão vascular na região de entrada das raízes trigeminais, tumores, alterações vasculares, alterações inflamatórias, reativação do vírus da varicela e a terapêutica incorreta em traumatismos maxilofaciais são algumas das razões apontadas como responsáveis por essa patologia. O diagnóstico é complexo e essencialmente clínico, e deve ser associado aos exames complementares. O tratamento pode ser clínico ou medicamentoso e cirúrgico, sendo o medicamentoso de primeira escolha, optando pela neurocirurgia como segunda opção. Devido ao Cirurgião-Dentista ser um dos primeiros profissionais a ser consultado por um paciente acometido pela Neuralgia Trigeminal, assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura acerca das características clínicas, etiológicas, diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal, trazendo aspectos importantes para a clínica odontológica.

Palavras- chave: Neuralgia do Trigêmeo; Dor Facial; Nervo Trigêmeo.

## INTRODUÇÃO

A neuralgia do Trigêmeo, bem conhecida como a mais debilitante das neuralgias faciais (PETERSON, 1996). Ela é relatada como uma dor forte, “latejante”, de “queimação” ou “choque elétrico” (PETERSON, 1996). Sendo ela caracterizada também como paroxística e de curta duração, variando sua frequência e severidade.

Nessa disfunção, a dor é limitada à área de inervação do nervo trigêmeo, abrangendo um ou mais de seus ramos, podendo irradiar dentro dessa área. A NT é subdividida em três categorias etiológicas, sendo elas: clássica, secundária ou idiopática. A clássica é desencadeada devido a uma compressão neuro vascular com alterações morfológicas na raiz do trigêmeo. A secundária ocorre devido as principais doenças neurológicas, como tumores do ângulo cerebelopontino ou esclerose múltipla (EM). E já na idiopática não há presença de um contato neuro vascular ou alteração morfológica da raiz do trigêmeo (LYRA *et al.*,2021).

É de suma importância o entendimento sobre o nervo trigêmeo, que é descrito por ser o V par de nervos cranianos, sendo ele um nervo misto, se subdividindo em Nervo oftálmico, Nervo maxilar e Nervo mandibular, contendo fibras sensitivas (aférentes) e motoras (eferentes). As fibras sensitivas é o atuante em conduzir os impulsos de dor, tato, pressão e temperatura da face para o tálamo, onde esses impulsos serão processados (LYRA *et al.*,2021).

A crise dessa neuralgia é dolorosa e é deflagrada em muitos casos, quando o indivíduo toca ou manipula determinadas áreas da face (GALASSI *et al.*,1985). Estes episódios são desencadeados em zonas-gatilho que podem estar, por exemplo, na face ou na mucosa bucal, e são ativados pelos menores estímulos tácteis (PANULLO & LUYNE, 1996). Esta neuropatia pode ser confundida com dores de origem odontogênica, por isso é imprescindível a atenção do Cirurgião-dentista para a realização de seu diagnóstico diferencial, evitando-se, assim, a realização de procedimentos desnecessários (BERTOLI *et al.*,2003).

Este trabalho tem como objetivo discutir brevemente sobre a etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da neuralgia do trigêmeo.

## **METODOLOGIA**

O trabalho representa uma revisão literária sobre o assunto Neuralgia do Trigêmeo, um levantamento de análise de dados, trazendo a importância sobre o tema. Para isso, foi feita uma coleta de informações de artigos científicos dos anos de 2003 a 2022, sobre o conteúdo em bancos de dados nacionais e internacionais, sem infligir limites de idiomas, em bases de busca como: PubMed/ SciELO/ Google Acadêmico/ Lilacs, onde foram empregues palavras-chaves como “neuralgia”; “trigêmeo”; “dor”; em que foram utilizadas na coleta para abranger o tema em questão. Após a leitura dos artigos escolhidos, foram selecionadas as principais informações com a finalidade de organizar as referências essenciais para o completo desenvolvimento do objetivo proposto ao presente trabalho.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

O nervo trigêmeo (V par craniano), é um nervo funcionalmente misto, ou seja, tem uma raiz sensitiva, mais grossa e outra motora, mais fina (BERTOLI; KOCZICKI; MENESES, 2003). Sendo a primeira de interesse no assunto em questão, responsável pela sensibilidade proprioceptiva (pressão profunda e sinestesia) além de exteroceptora (tato, dor e temperatura) da face e parte do crânio, innervando ainda os músculos responsáveis pela mastigação (NISHIMORI et al., 2015).

De acordo com Siqueira e Teixeira (2012), uma das características que sobressai a Neuralgia Trigeminal é o expressivo impacto que ela causa na vida e nos hábitos dos pacientes. Estes ficam deprimidos e devido à dor há a impossibilidade de comunicação, mastigação, ações habituais como higiene bucal e facial, levando o indivíduo a pensar em suicídio (BUSCAINO, 1980; NOGUEIRA; COSTA, 2002; SHAFER, 1987 apud QUESADA et al., 2005.)

Também conhecida como tic dolorosos, a neuralgia do trigêmeo é um tipo de dor orofacial que possui episódios dolorosos paroxísticos do tipo “choque elétrico”, que duram de poucos segundos até dois minutos. Essa dor é desencadeada a partir de

pontos-gatilho, que podem estar presentes na face ou na mucosa bucal e podem ser estimulados por atividades simples do cotidiano, como fazer a barba ou mesmo escovar os dentes (BERTOLI et al., 2003). No entanto, segundo Frizzo; Hasse; Veronese (2004), logo após a crise existe um período refratário, em que até na presença de estímulos sobre as “zonas de gatilho”, o processo doloroso não é desencadeado.

Sobre a etiologia e os fatores causais da doença ainda não foi definido um único fator etiológico responsável pelo surgimento da neuralgia, acredita-se que seja multifatorial (LUNA et al., 2010). A NT pode ser classificada como primária ou idiopática e secundária ou sintomática (Bertoli, Koczicki e Meneses 2003). A forma primária possui como hipótese a compressão de um vaso sanguíneo anômalo sobre as raízes nervosas do V par craniano, representando de 80 a 90% dos casos (LEOCÁRDIO et al., 2014). Acredita-se que a compressão vascular na região de entrada das raízes trigeminais, provocando desmielinização neuronal e gerando conseqüentemente potenciais de ação espontâneos, seja a principal causa da neuralgia idiopática do trigêmeo, sendo a mais frequente a artéria cerebelar superior (GALER, 1995 apud QUESADA et al., 2005). Nos casos de compressão vascular, o descaimento do cérebro relacionado com a idade e o aumento da espessura e tortuosidade vasculares podem explicar a prevalência da neuralgia do trigêmeo na faixa etária maior (HAUSER; JOSEPHSON, 2015). Assim, temos alguns relatos de casos sobre a neuralgia pós herpética trigeminal, a qual ocorre devido à reativação do vírus da varicela, infectando gânglios sensitivos. Este tende a ficar confinado a um único gânglio, no caso do gânglio trigeminal, a divisão oftálmica é a área mais frequentemente afetada (VILLALBA et al., 2004) Não obstante a neuralgia trigeminal pode ainda estar relacionada tardiamente à terapêutica incorreta em traumatismos maxilo faciais Segundo Frizzo, Hasse e Veronese (2004).

Na NT, o diagnóstico é imprescindível, visto que esta patologia não apresenta causas nem mecanismos facilmente identificáveis e vários dos seus sinais e sintomas são semelhantes a outras patologias (BARÃO, 2016).

O diagnóstico da Neuralgia Trigeminal é complexo e clínico. Ou seja, deve ser minimamente e atenciosamente avaliado a sua apresentação, caráter, localização, padrão, fatores de melhora e piora e nos sinais e sintomas associados, relatados num exame clínico minucioso. Resultados de exames complementares (radiografias,

tomografia computadorizada, ressonância magnética), avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ou odontológica e o resultado dos bloqueios de anestésicos devem ser cuidadosamente analisados antes de serem validados (BORBOLATO; AMBIEL, 2009). Assim segundo os diagnósticos estabelecidos pela “Sociedade Internacional de Cefaleia” enquadrar em qual classificação o mesmo se encontra: Clássica (primária ou idiopática) ou sintomática (secundária).

O tratamento varia entre clínico ou medicamentoso e cirúrgico, sendo o medicamentoso a primeira escolha, optando pela neurocirurgia nos casos em que o tratamento clínico é ineficaz (LEOCÁDIO *et al.*, 2014).

Os agentes anticonvulsivantes, carbamazepina ou oxcarbazepina, constituem o tratamento de primeira linha. A descompressão microvascular ou procedimentos ablativos devem ser considerados quando a farmacoterapia é ineficaz ou intolerável. (L. FELLER *et al.*, 2017).

Lamotrigina, gabapentina, toxina botulínica tipo A, pregabalina, baclofeno e a fenitoína pode ser usada isoladamente ou como terapia complementar. Em em pacientes com NT clássica a descompressão microvascular é recomendada como cirurgia de primeira linha (STEFANO *et al.*, 2019).

As técnicas cirúrgicas podem ser percutâneas (rizotomia por radiofrequência, rizotomia com glicerol, compressão com balão e radio cirurgia) ou abertas (descompressão vascular) (FARIA; CORREIA; BARBOSA, 2014).

## **DISCUSSÃO**

Nos estudos literários que foram encontrados, há uma concordância entre todos que a Neuralgia Trigeminal é caracterizada como uma dor intensa, paroxística, latejante, e disparada por estímulos nas zonas de gatilho.

De acordo com o presente estudo, podemos afirmar que essa patologia é a mais comum entre as neuralgias faciais e é uma das condições mais impactantes e debilitantes para o paciente.

A etiologia e os mecanismos fisiopatológicos continuam não totalmente compreendidos (LEE, 1993 apud NOGUEIRA; COSTA, 2002). Entretanto atualmente, a maioria dos autores concorda com a hipótese do conflito neuro vascular entre o nervo trigêmeo e pequenas artérias, no caso da Neuralgia Trigeminal primária ou

idiopática. Já a forma secundária ou sintomática é desencadeada pela compressão do nervo por tumores, alterações vasculares, alterações inflamatórias (CAMPOS, 2005). Segundo Law & Lilly (1995 apud BERTOLI; KOCZICKI; MENESES, 2003) muitos pacientes que apresentam dor orofacial de origem não-odontogênica podem procurar, a princípio, o Cirurgião-Dentista e de forma recorrente, a primeira hipótese diagnóstica para o quadro doloroso é a dor odontogênica. Isso deixa claro a importância de o profissional saber estabelecer um diagnóstico preciso.

Há um consenso entre os autores de que o diagnóstico da NT é essencialmente clínico e que há duas opções de tratamento: a medicamentosa (farmacológica) e a cirúrgica; na qual a primeira opção deve ser a medicamentosa, caso esta não alivie a dor, ou se o paciente não tolerar seus efeitos colaterais, a cirurgia deve ser considerada como segunda opção.

## **CONCLUSÃO**

A revisão bibliográfica realizada nesse trabalho nos permite concluir que é de suma importância o conhecimento anatômico e funcional do nervo trigêmeo, bem como os sinais e sintomas característicos dessa neuralgia, assim como a correta interpretação dos exames complementares para um bom diagnóstico.

Não obstante, é necessário estabelecer um procedimento terapêutico ou encaminhar o paciente portador dessa patologia. Isso evitará que o paciente passe por procedimentos odontológicos desnecessários e que tenha um prognóstico desfavorável.

## **REFERÊNCIAS**

SABINO, *et al.* Neuralgia Trigeminal: Um breve referencial teórico, Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Recife, v.3, p. 83-92, 2018.

ALVES; CÂNDIDO. Anatomia para o curso de odontologia geral e específica. 3.ed., São Paulo: Santos, 2012.

BARÃO. Diagnóstico diferencial entre a neuralgia do trigêmio e a dor odontogênica. 2016. 113f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Instituto

Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, 2016.

BERTOLI; KOCZICKI; MENESES. A neuralgia do trigêmeo: um enfoque odontológico. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, Curitiba, v.3, n.10, p.125-129, abrjun. 2003.

BORBOLATO; AMBIEL. Neuralgia do trigêmeo: aspectos importantes na clínica odontológica. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.2, n.2, p.201-208, maio-ago. 2009.

CAMPOS. Neuralgia do trigêmeo: análise dos resultados do tratamento por compressão percutânea com balão no gânglio de gâsner. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FARIA; CORREIA; BARBOSA. Nevralgia do Trigêmio. *Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor; Journal of Regional Anaesthesia and Pain Treatment*, ano I, n.64, 2011.

FRIZZO; HASSE; VERONESE. Neuralgia do trigêmeo: Revisão Bibliográfica Analítica. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v.4, n.4, p.212-217, out-dez. 2004).

HAUSER; JOSEPHSON. *Neurologia clínica de harrison*. Porto Alegre: AMGH, 3.ed., 2015.

IASP – International Association for the Study of Pain. Neuralgia trigeminal. Orofacial pain, setembro, 2016. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20132014OrofacialPain/FactSheets/9.%20Neuralgia%20Trigeminal.pdf>>. Acesso em 06 de novembro de 2023

LEOCÁRDIO et al. Neuralgia do trigêmeo – Uma Revisão de Literatura. *Brazilian*

Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, v.7, n.2, p.33-37, jun-ago. 2014.

LUNA et al. Aspectos anatômicos e patológicos da Neuralgia do Trigêmeo: uma revisão da literatura para estudantes e profissionais da saúde. Bioscience Journal, v.26, n.4, p.661-674, July-aug. 2010.

MCMILLAN et al. Trigeminal Neuralgia– a debilitating facial pain. Registrar in Oral Medicine, Department of Oral Medicine and Facial Pain, v.5, n.1, mar. 2011.

NISHIMORI et al. Neuralgia do nervo trigêmeo: diagnóstico e tratamento. Revista UNINGÁ Review, v.22, n.2, p.26-32, abr-jun. 2015.

NOGUEIRA; COSTA. Neuralgia trigeminal: revisão da literatura e relato de caso clínico. Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial- Ano 2, v.2, n.5, jan-mar. 2002.

QUESADA et al. Neuralgia trigeminal – do Diagnóstico ao Tratamento. Revista Dentística, ano 5, n.11, jan-jun. 2005.

SANTOS et al. Neuralgia do trigêmeo: uma revisão integrativa acerca da clínica médica, cirúrgica e fisioterapêutica. Fisioterapia Brasil, v.15, n.4, jul-ago. 2014.

SIQUEIRA; CHING. Neuralgia idiopática do trigêmeo: diagnóstico diferencial com dor de origem dentária. Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial, Curitiba, v.3, n.10, p.131-139, abr-jun. 2003.

SIQUEIRA; TEIXEIRA. Dores orofaciais – Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

SNELL. Princípios de anatomia humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA. Classificação Internacional das Cefaléias. 2.ed. Tradução da Sociedade Brasileira de Cefaléia.

STRÖHER; TAGO; HASSE. Neuralgia do nervo trigêmeo erro de diagnóstico e implicações clínicas. Revista Saúde e Pesquisa, v.4, n.2, p.247-253, maio-ago. 2011.

TACON. Abordagens médica e odontológica da neuralgia trigeminal.2014. 136f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de pós-graduação em ciências da saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

TORTORA; Nielsen. Neuroanatomia clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VILLALBA et al. Neuralgia trigeminal – etiopatogenia, aspectos clínicos e tratamento (revisão da literatura). Revista do Instituto de Ciências da Saúde, v.22, n.4, p.323-30, out-dez. 2004.