

# NEURALGIA DO NERVO TRIGÊMEO ERRO DE DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

## Taiana Hellen Ströher

Cirurgião-Dentista graduada na Universidade Paranaense – UNIPAR. E-mail: taianastroher@hotmail.com

## Ana Greyce Tago

Cirurgião-Dentista graduada na Universidade Paranaense – UNIPAR. E-mail: ana.g.tago@hotmail.com

## Paulo Noberto Hasse

Cirurgião-Dentista graduada na Universidade Estadual de Maringá – UEM; Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Paranaense – UNIPAR; Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP; Docente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Paranaense – UNIPAR. E-mail: phasse@unipar.br

**RESUMO:** A nevrálgia do Nervo Trigêmeo (NT) é uma síndrome álgica de etiologia desconhecida, com sintomatologia dolorosa variável, de difícil diagnóstico que frequentemente leva a erros de diagnóstico clínico. O presente estudo teve por objetivo, fazer uma revisão de literatura sobre a NT, destacando os motivos que levam ao seu erro de diagnóstico, e as implicações que as terapêuticas inadequadas utilizados nestes casos podem acarretar aos pacientes. Mediante a realização deste estudo pode-se observar que literatura a cerca do diagnóstico da NT mostra que é de fundamental importância que todos os profissionais Cirurgiões-Dentistas tenham conhecimentos básicos sobre os diferentes problemas dolorosos que podem acometer a região orofacial, bem como devem saber elaborar um diagnóstico integrado condizente com quadro clínico de dor orofacial relatado por seus pacientes mediante a realização de uma anamnese minuciosa e realização de exames clínicos e complementares para se descartar a hipótese de presença de outras doenças orofaciais que poder gerar os mesmos sintomas da NT e assim evitar realização de procedimentos odontológicos desnecessários nos casos de NT.

**PALAVRAS-CHAVE:** Nevralgia; Neuralgia do Trigêmeo; Nervo Trigêmeo.

## TRIGEMINAL NEURALGIA DIAGNOSIS ERROR AND CLINICAL IMPLICATIONS

**ABSTRACT:** Trigeminal neuralgia (TN) is a painful syndrome of unknown etiology, with variable painful symptoms, highly difficult to diagnose and which often misleads clinical diagnosis. Current analysis reviews the literature on TN, highlighting the reasons leading to a mistake in diagnosis and the implications of inappropriate treatments for patients. Literature on TN diagnosis shows that it is crucial that all dental surgeons have basic knowledge on different painful problems that affect the mouth-face region. They must also elaborate an integrated diagnosis consistent with mouth-face pain reported by their patients through a detailed clinical history and clinical and complementary exams. They may thus rule out the presence of other mouth-face diseases which may have similar symptoms to those of TN and thereby avoid performance of unnecessary dental procedures in NT cases.

**KEYWORDS:** Neuralgia; Trigeminal Neuralgia; Trigeminal Nerve.

## INTRODUÇÃO

Mencionada pela primeira vez na literatura médica, por Arataeus e Galeno, por volta do ano de 400 a. C. (LAMA; MÉLO, 2003; CAMPOS, 2005; LEMOS-GÓES; FERNANDES, 2008; STRÖHER; TAGO, 2010), o primeiro caso documentado de neuralgia do Nervo Trigêmeo (NT) foi publicado em 1773 por John Fothergill em Londres, que a caracterizou como uma síndrome de estímulos dolorosos associados à ansiedade (RUSSO, 2008).

Conhecida também como doença de Fortherghill, Prosopalgia Dolorosa, Neuralgia Trigeminal Idiopática, Neuralgia Trigeminal Primária e Tique Doloroso a NT é vista como a algia facial mais séria e severa existente (PERAIRE, 1997; SEIJO, 1998; RABINOVICH; FANG; SCRIVANI, 2000; HAMANI et al., 2001; LAMA; MÉLO, 2003; SIDDIQUI et al., 2003; FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004; CAMPOS, 2005; QUESADA et al., 2005; CHICHORRO, 2006; LOPES, 2006; DOMINGUES; KUSTER; AQUINO, 2007; LEMOS-GÓES; FERNANDES, 2008; RUSSO, 2008; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; PIOVESAN, 2010; STRÖHER; TAGO, 2010).

Embora a NT seja uma patologia bastante rara, entre as algias faciais, é a mais comum e a causadora da dor mais severa e intensa que uma pessoa pode vir a experimentar em sua vida (QUESADA et al., 2005; CHICHORRO, 2006; DOMINGUES; KUSTER; AQUINO, 2007; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; PIOVESAN, 2010). Vista clinicamente como uma síndrome de dor crônica, caracterizada por paroxismos de dor excruciante nos lábios, gengivas, bochechas afeta de maneira dramática a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (ALVES; AZEVEDO; CARVALHO, 2004; STRÖHER; TAGO, 2010).

A NT é diferenciada de outras algias faciais pela presença de sintomas dolorosos intensos no trajeto de distribuição do nervo trigêmeo (V par de nervo craniano), o qual é composto pelos ramos: oftálmico, maxilar e mandibular, com um intervalo de tempo indefinido e inesperado (RUSSO, 2008; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; STRÖHER; TAGO, 2010).

Na maioria dos casos a dor ocasionada pela NT é descrita como uma dor “latejante”, em “queimação”, em forma de choque elétrico, “agulhada” ou “facada”, tendo duração média de segundos ou minutos, e normalmente é provocada por estímulos táteis ou térmicos no trajeto do nervo acometido (PERAIRE, 1997; RABINOVICH; FANG; SCRIVANI, 2000; HAMANI et al., 2001; FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004; VILLALBA et al., 2004; QUESADA et al., 2005; SANTOS-

FRANCO; SANTOS-DITTO; REVUELTA-GUTIÉRREZ, 2005; CHICHORRO, 2006; SIQUEIRA, 2006; BORBOLATO; AMBIEL, 2009).

Tipicamente, a dor da NT é desencadeada pelo ato de falar, beber, escovar os dentes, barbear-se, mastigar, tocar levemente o rosto ou por uma brisa fria; além de poder ocorrer repetidamente ao longo do dia (LAMA; MÉLO, 2003; FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004; QUESADA et al., 2005; LEMOS-GÓES; FERNANDES, 2008; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; PIOVESAN, 2010; STRÖHER; TAGO, 2010).

Embora sua causa etiológica não seja bem conhecida, ao longo do anos muitas teorias foram propostas para explicar a fisiopatologia da NT, mas nenhuma dessas propostas conseguiu explicar todos os aspectos clínicos desta condição dolorosa (SIDDIQUI et al., 2003).

Entretanto, observações clínicas têm sugerido que a NT seja causada pela compressão do nervo trigêmeo por vasos e /ou artérias anômalas que causam a sua desmielinização, ou ainda pela presença de processos expansivos extra ou intracranianos (tumores), afecções vasculares, inflamatórias, infecciosas, desmielinizantes no sistema nervoso (esclerose múltipla), bem como anormalidade da base craniana ou malformação arteriovenosa que provoquem a compressão do nervo trigêmeo ocasionando nos sintomas dolorosos típicos desta patologia (PERAIRE, 1997; SIDDIQUI et al., 2003; FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004; CAMPOS, 2005; FRANCO; SANTOS-DITTO; REVUELTA-GUTIÉRREZ, 2005; QUESADA et al., 2005; LOPES, 2006; LEMOS-GÓES; FERNANDES, 2008; SCHESTATSKY, 2008; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; PIOVESAN, 2010).

Estimativas atuais têm apontado que a NT acomete cerca de 4 pessoas a 100.000 habitantes, com discreta predominância no sexo feminino (3:2); com pico de aparecimento nas idades de 60 a 70 anos, sendo incomum antes dos 40 anos (PERAIRE, 1997; RABINOVICH; FANG; SCRIVANI, 2000; HAMANI et al., 2001; SIDDIQUI et al., 2003; VILLALBA et al., 2004; BENNETTO; PATEL; FULLER, 2007; DOMINGUES; KUSTER; AQUINO, 2007; LEMOS-GÓES; FERNANDES, 2008; RUSSO, 2008; OLIVEIRA et al., 2009; PIOVESAN, 2010).

Na maioria dos casos a manifestação dolorosa da NT é unilateral, porém, entre 1% e 3% dos indivíduos acometidos vão apresentar acometimento bilateral, sendo o lado direito da face (60%) mais comumente acometido que o esquerdo (ALVES; AZEVEDO; CARVALHO, 2004; FRIZZO, HASSE,

VERONESE, 2004; CAMPOS, 2005; QUESADA et al., 2005; SANTOS-FRANCO; SANTOS-DITTO; REVUELTA-GUTIÉRREZ, 2005; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; PIOVESAN, 2010; OLIVEIRA, 2009).

Na fase inicial da enfermidade, a dor pode ser menos intensa, mas com o tempo ela tende a tornar-se mais intensa e insuportável, ao mesmo tempo em que os ataques se intensificam (FRIZZO, HASSE, VERONESE, 2004; QUESADA et al., 2005; STRÖHER; TAGO, 2010).

Diante do quadro clínico sintomatológico doloroso intenso, o indivíduo com NT vai em busca de tratamento (QUESADA et al., 2005; BORBOLATO; AMBIEL, 2009). Todavia, devido à proximidade dos dentes com a localização da dor comum nessa neuropatia, o profissional cirurgião-dentista, na maioria dos casos, é o profissional que primeiramente é procurado pelo indivíduo com NT, mesmo este profissional não tratando desta patologia (BORBOLATO; AMBIEL, 2009; STRÖHER; TAGO, 2010). O que torna imprescindível é que este profissional esteja atento para a realização de seu diagnóstico diferencial preciso, a fim de evitar erroneamente o diagnóstico de uma causa odontogênica para a dor, bem como a realização de procedimentos odontológicos desnecessários e o maior sofrimento aos pacientes. É, portanto de extrema importância que o cirurgião-dentista saiba diagnosticar e encaminhar o paciente com NT para o tratamento correto, que pode vir a ser medicamentoso ou cirúrgico (RABINOVICH; FANG; SCRIVANI, 2000; RUSSO, 2008; BORBOLATO; AMBIEL, 2009).

Neste contexto, o presente artigo se propôs a fazer uma revisão de literatura sobre a NT, destacando os motivos que levam ao seu erro de diagnóstico e as implicações que as terapêuticas odontológicas inadequadas utilizadas nestes casos podem acarretar aos pacientes.

## 2 DESENVOLVIMENTO

Apesar da NT ser bastante difundida na literatura, ainda é bastante comum ao clínico confundir-lá com uma odontalgia, principalmente quando a zona gatilho é na gengiva ou próxima a dentes (SIDDIQUI et al., 2003; QUESADA et al., 2005; SIQUEIRA, 2006). Bem como quando a dor é desencadeada pelo simples toque da face, mastigação, escovação dos dentes, por uma brisa fria de vento que fazem com que os indivíduos acometidos pela NT imaginem sentir uma dor de dente (PERAIRE, 1997; CAMPOS, 2005; CHICHORRO, 2006; PIOVESAN, 2010).

Russo (2008) relata que, na sua forma típica, a NT não apresenta grandes dificuldades no diagnóstico; porém, quando está é atípica, ou seja, sem as características peculiares já citadas, surgem as dificuldades de diagnóstico que tornam esta patologia uma patologia de difícil diagnóstico e tratamento.

Além disso, diversos fatores descritos na literatura contribuem para que ocorram erros de diagnóstico nos casos de pacientes com NT como: a baixa taxa de ocorrência da NT na população em geral. Pois, conforme cita os autores Lama e Mélo (2003), Alves, Azevedo e Carvalho (2004), Quesada e colaboradores (2005), Borbolato e Ambiel (2009), e Oliveira e colaboradores (2009), os dados a respeito dessa neuropatia mostram que anualmente 3 a 5 indivíduos a cada 10.000 habitantes são acometidos por ela; destes, 3/4 percebem a dor pela primeira vez após os 50 anos de idade, sendo raros os casos de NT antes dos 40 anos de idade.

Para autores como Villalba e colaboradores (2004), outro fator que contribui para erros no diagnóstico da NT é o fato de esta neuralgia possuir características clínicas que não a diferem de outras neuralgias faciais. Além do fato citado por Campos (2005), que diz que muitas condições dolorosas da face podem simular os sintomas de uma NT, como é o caso da neuralgia facial; neuralgia do nervo intermediário, glossofaríngeo e vago; pós-herpética; cefaleia em salvas; odontotalgias e processos inflamatórios da face entre outros. Já para Lemos-Góes e Fernandes (2008), as dores neuropáticas de maneira geral podem ser confusas para o clínico, pois nem sempre o exame clínico revela alguma mudança nos tecidos somáticos, ou qualquer razão aparente para a condição dolorosa do paciente.

Entretanto, de modo geral a maioria dos autores pesquisados concordam que o diagnóstico da NT é eminentemente clínico e puramente baseado na história clínica do paciente que revele crises de dor paroxística de curta duração, precipitada a partir de áreas gatilhos, localizadas em área de inervação de um ou mais ramos do nervo trigêmeo (SIDDIQUI et al., 2003; LEMOS-GÓES; FERNANDES, 2008; STRÖHER; TAGO, 2010). Além disso, de acordo com Campos (2005), durante a anamnese o paciente deve relatar picos de dor durante o ano, que pode ser diário por algum período e seguir com remissão espontânea por dias a meses. Durante o período crítico de dor, o paciente pode ter de um a centenas ataques por dia, que podem ser separados ou ainda sobrepostos, dando a sensação de uma dor contínua. Daí a importância de saber ouvir e fazer perguntas objetivas ao paciente no momento adequado da realização da anamnese (RUSSO, 2008).

Segundo Lama e Mélo (2003) Ströher e Tago (2010),

as crises dolorosas da NT podem ocorrer durante o dia e a noite, prejudicando assim significativamente a qualidade de vida de aproximadamente 97% dos indivíduos acometidos por esta patologia. Além disso, de acordo com estes mesmos autores, embora as dores noturnas não se manifestem de forma tão frequente quanto as diurnas, elas tornam a NT incompatível com o sono, pelo fato de causarem uma redução das estimulações aferentes e modificação do estado funcional do sistema nervoso durante o sono.

Já autores como Quesada e colaboradores (2005), Bennetto, Patel e Fuller (2007); Lemos-Góes e Fernandes (2008), Borbolato e Ambiel (2009), Oliveira e colaboradores (2009) e Ströher e Tago (2010) relatam ainda que algumas algias dolorosas, citadas anteriormente, tendem a simular os sintomas e as características clínicas da NT, e, para se evitar que a NT seja confundida com estas, foi criado pela Sociedade Internacional de Cefaléia 4 critérios específicos de diagnóstico para a NT sendo eles: 1) dor com distribuição ao longo de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo; 2) dor súbita, intensa, aguda, superficial, em pontada, ou queimação; 3) dor de intensamente severa e precipitação da dor por zonas-gatilho ou por certas atividades cotidianas; 4) período assintomático entre os paroxismos sem nenhum déficit neurológico presente.

Todavia, conforme Lama e Mélo (2003) e Ströher e Tago (2010) ressaltam, nem todos os pacientes com NT apresentam os mesmos sinais e sintomas ditos específicos para a patologia ou atendem a todos os critérios de diagnóstico supracitados. É, portanto necessário a realização de diagnóstico diferencial através da solicitação da realização de exames complementares (radiografias, tomografia computadorizada, ressonância magnética), avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ou odontológica para se excluir outras enfermidades que nem sempre tem sua origem primária sediada na face, mas que poderiam causar os mesmos sinais e sintomas da NT (PERAIRE, 1997; SIDDIQUI et al., 2003; QUESADA et al., 2005; RUSSO, 2008 OLIVEIRA et al., 2009).

Fato comum é que a proximidade dos dentes e a localização da dor da NT logo sugere uma causa dentária (QUESADA et al., 2005; STRÖHER; TAGO, 2010). Como o observado por Ströher e Tago (2010) em seu estudo no qual relataram o caso de um único paciente com sintomatologia atípica de NT, que, antes do correto diagnóstico clínico de NT, buscou inúmeras vezes por tratamento odontológico devido a dor que sentia em dois segmentos dentários, e que, assim, os profissionais cirurgiões-dentistas que o atenderam também acreditavam ter uma odontologia, sendo submetido a várias intervenções

odontológicas do tipo: extração dentária, realização de tratamento de canal, uso de placa acrílica para dormir, uso de medicamentos. Isso, a fim de resolver os sintomas dolorosos que apresentava ao longo de 18 anos de tratamentos paliativos pautados em tentativas e erros de diagnóstico da NT. Não obstante este fato, alguns autores comentam que enfermidades periodontais e oclusão traumática são consideradas às vezes como causa de NT, mas com pouco ou nenhum fundamento (QUESADA et al., 2005 CERCHIARI et al., 2006).

Para Cerchiari e colaboradores (2006) e Ströher e Tago (2010) é comum, nos casos de NT, dependendo da sua causa etiológica e do estado de conservação ocorrer infecções dentárias oportunistas em virtude dos agentes microbiológicos presentes na flora saprófita bucal e polimicrobiana. Sendo ainda possível observar em pacientes com NT a presença de congestão das gengivas, edema das papilas interdentárias, hiperemia da mucosa bucal e da língua, dor e a halitose intensas.

No que se refere ao tratamento da NT, autores como Quesada e colaboradores (2005), Siddiqui e colaboradores (2003), Lemos-Góes e Fernandes (2008) e Russo (2008) relatam que basicamente existem duas modalidades de tratamento: 1) medicamentosa (anticonvulsivante, antidepressivos e ansiolíticos) e 2) cirúrgica (neurectomia periférica, avulsão do nervo trigêmeo, tractomia do trigêmeo e radiocirurgia).

É ainda possível, conforme Russo (2008), utilizar para o tratamento da NT os seguintes métodos não cirúrgicos: injeções nas terminações do nervo trigêmeo ou termocoagulação por radiofrequência percutânea do nervo trigêmeo.

Entretanto, mesmo com as inúmeras possibilidades terapêuticas existentes para tratar a NT, autores como Quesada e colaboradores (2005), Siddiqui e colaboradores (2003) e Lemos-Góes e Fernandes (2008) ressaltam que o tratamento clínico conservador deve ser a primeira escolha para estes casos, recorrendo-se à neurocirurgia apenas naqueles casos em que a terapêutica se mostrar ineficiente.

Ströher e Tago (2010), por sua vez, relatam que, de modo geral, o tratamento da NT não é simples. Pois muitas vezes o clínico tende a iniciar o tratamento dos doentes indicando o uso de medicações como: carbamazepina, baclofeno, valproato de sódio, fenitoína, pimizida e o clonazepam, entre outros, que geralmente não são muito eficazes para o correto tratamento da dor da NT, mas que, em alguns casos, não surtem efeito. Isso leva, então, os cirurgiões-dentistas a realizarem tratamentos odontológicos que frequentemente envolvem a realização de restaurações dentárias, canal e extrações dentárias muitas vezes desnecessárias, por se acreditar que a dor sentida pelo paciente

é causada por uma odontogênica. Tipo de tratamento este que, conforme Ströher e Tago (2010), é bastante eficaz em muitos casos, embora a maioria dos pacientes, após algum tempo da realização destes procedimentos, voltem a sentir as dores da NT. O que, por fim, acaba levando o profissional cirurgião-dentista a encaminhar o seu paciente para um médico especialista em neurologia que, após diagnosticar corretamente a NT, submete o doente, na maioria das vezes, a cirurgias do tipo neurectomia periférica (resseção do nervo trigêmeo), bloqueio anestésico e/ou cirurgias de descompressão na qual se exploram as regiões mais profundas do trajeto do nervo trigêmeo, dentro do crânio, com o intuito de encontrar a área de compressão e, assim, promover a remissão dos sintomas dolorosos.

Para Campos (2005) o tempo de sofrimento com a NT até o seu correto diagnóstico clínico em média é de 8 anos até o momento da cirurgia, podendo chegar a 10 anos em 30 % dos casos.

De acordo com Siqueira (2006), em 64% destes casos foram realizados procedimentos dentários invasivos como cirurgias ósseas e exodontias múltiplas foram realizados na tentativa de alívio da dor. Procedimentos estes que, de acordo com o mesmo autor, além de mutilar o doente, retardam o diagnóstico correto da NT, gerando mais sofrimento e diminuindo a qualidade de vida do doente.

Quesada e colaboradores (2005), por sua vez, relatam que logo após a realização destes procedimentos e extrações de dentes, os sintomas dolorosos da NT retornam. É esta a possível explicação para a realização de intervenções odontológicas desnecessárias e errôneas, como a extração de dentes, o simples desconhecimento de diagnóstico da NT, sua rara incidência, falta de experiência do clínico e a certeza dos pacientes em terem dor de dente.

Esses dados corroboram com o observado por Ströher e Tago (2010), em seu estudo de caso, onde o paciente avaliado, foi submetido a várias intervenções odontológicas ao longo de 7 anos (2000 a 2007) de tratamentos odontológicos (tratamento endodôntico em 2 dentes os quais apresentavam dor relacionada, porém, sem processo carioso, seguidos de 2 meses sem crises ou sintomas álgicos; apicectomia de 2 elementos dentários), mesmo tendo sido diagnosticada a hipótese do paciente ter NT em 2003. E o mesmo paciente continuou buscando por tratamento odontológico, pois acreditava que a sua dor tinha causa odontológica e assim continuou sendo submetendo a diversas intervenções odontológicas baseadas em erros de diagnóstico, até o ano de 2007, quando realizou tratamento endodôntico associado ao uso de medicação para

tratar a NT e ao uso de placa miorelaxante de uso noturno, obtendo remissão progressiva dos seus sintomas dolorosos, chegando ao ano de 2010 com um nível de conforto estável, sem crises álgicas agudas.

Siqueira (2006) e Ströher e Tago (2010) comentam que aproximadamente 10% dos médicos, procurados por pacientes com NT, também não diagnosticam de imediato a NT, por razões semelhantes as já elucidadas ao longo do texto. Além disso, para estes mesmos autores, 45% dos pacientes que ainda não têm diagnóstico definitivo de NT já realizaram algum tratamento dentário, normalmente extração de pelo menos um dente. E que entre os doentes com diagnósticos de NT acima de 10 anos, há os que normalmente já tiveram extraídos todos os seus dentes na tentativa de curar suas dores e que continuam sentido as dores ocasionadas pela NT e continuam achando que têm dor de dente e têm esperança de cura quando procuram por um cirurgião-dentista (SIQUEIRA, 2006).

É, portanto, de fundamental importância que o cirurgião-dentista, quando procurando por pacientes com sintomatologia dolorosa na face na área de distribuição do nervo trigêmeo, faça um quadro bem estruturado das hipóteses diagnósticas das causas da dor desses pacientes, para facilitar o encaminhamento deste paciente para tratamento médico adequado de NT, quando suspeitarem que os mesmos possuam a patologia, e para também poderem orientar evitar desinformações entre os doentes. Além disso, se o profissional cirurgião-dentista não tiver experiência adequada em casos de NT, é conveniente que este encaminhe o paciente com suspeita de NT para outro profissional cirurgião-dentista ou médico neurologista antes de qualquer terapia comprometedora, ou mesmo antes de dar um parecer profissional que possa confundir e prejudicar o paciente (RABINOVICH; FANG; SCRIVANI, 2000; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; STRÖHER; TAGO, 2010).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo pode-se concluir que os diversos casos de alterações álgicas de natureza local ou sistêmica, que acometem o segmento cefálico fazem com que seja de fundamental importância que os cirurgiões-dentistas tenham conhecimentos sobre estas algias e principalmente sobre a NT, que é uma patologia de difícil diagnóstico e tratamento. Isso permite que o profissional saiba diagnosticar e encaminhar corretamente o paciente com NT para um médico especialista, evitando, assim, que os pacientes portadores desta patologia passem por procedimentos odontológicos desnecessários, o

que pode acarretar maiores sofrimentos para eles (não remissão dos sintomas dolorosos ou agravamento dos sintomas).

## REFERÊNCIAS

- ALVES, T. C. A.; AZEVEDO, G. S.; CARVALHO, E. S.. Tratamento Farmacológico da Neuralgia do Trigêmeo: Revisão Sistemática e Metanálise. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 54, n. 6, p. 836- 849, nov./dez. 2004.
- BENNETTO, L.; PATEL, N. K.; FULLER, G.. Trigeminal neuralgia and its management. **British Medical Journal**, Reino Unido, v. 334, n. 27, p. 201-205, fev. 2007.
- BORBOLATO, R. M.; AMBIEL, C. R.. Neuralgia do Trigêmeo: Aspectos importantes na clínica odontológica. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 201-208, maio/ago. 2009.
- CAMPOS, W. K.. **Neuralgia do Trigêmeo: Análise dos resultados do tratamento por compressão percutânea com balão no Gânglio de Gâsner**. 2005. 64fls. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC: UFSC, 2005.
- CERCHIARI, D. P. et al.. Síndrome da boca ardente: etiologia. **Brazilian Journal of otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 419-424, maio/jun. 2006.
- CHICHORRO, Juliana Geremias. **Neuralgia do Trigêmeo: estudo de mecanismos e avaliação da participação das endotelinas em um modelo experimental**. 2006. 164fls. Tese (Doutorado em Farmacologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC: UFSC, 2006.
- DOMINGUES, R. B.; KUSTER, G. W.; AQUINO, C. C. H.. **Treatment of trigeminal neuralgia with low doses of topiramate**. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 65, n. 3b, p. 792-794, set. 2007.
- FRIZZO, H. M.; HASSE, P. N.; VERONESE, R. M.. Neuralgia do Trigêmeo: revisão bibliográfica analítica. **Revista de Cirurgia Traumatológica Buco-Maxilo-Facial**, Recife, v. 4, n. 4, p. 212-217, out./dez. 2004.
- HAMANI, C. et al.. Neuralgia essencial do nervo trigêmeo. Análise de 105 casos. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia**, São Paulo, v. 20, n. 3-4, p. 85-93, jul. 2001.
- LAMA, E. A. L.; MÉLO, F. M. L.. Abordagem da fisioterapia no tratamento da neuralgia do trigêmeo. **Revista Lato & Sensu**, Belém, v. 4, n. 1, p. 3-5, out. 2003.
- LEMO-GÓES, T. M. P.; FERNANDES, R. S. M.. **Neuralgia do Trigêmeo: diagnóstico e tratamento**. **International Dental Journal**, Recife, v. 7, n. 2, p. 104-115, abr./maio 2008.
- LOPES, Á. S.. **Estudo da antinocicepção induzida pelo ultrassom terapêutico em um modelo experimental de dor neuropática trigeminal, em ratos**. 2006. 99fls. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2006.
- OLIVEIRA, C. M. B. et al.. Neuralgia do Trigêmeo Bilateral. Relato de Caso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 59, n. 4, p. 476-480, jul./ago. 2009.
- PERAIRE, M. Diagnóstico y tratamiento del paciente con neuralgia del trigémino. **Revista Neurocirugía**, México, v. 2, n. 1, p. 12-22, jan. 1997.
- PIOVESAN, E. J.. **Efeito da Toxina Botulínica Tipo-A Sobre Um Modelo de Nocicepção Trigeminal**. 2010. 231fls. Tese (Doutorado em Medicina Interna e Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR: UFPR, 2010.
- QUESADA, G. A. T. et al.. Neuralgia Trigeminal - do diagnóstico ao tratamento. **Revista Dentística online**, Santa Maria, v. 5, n.11, p. 46-54, jan./jul. 2005. Disponível em: <<http://www.fosjc.unesp.br/anatomia/neuralgia%20trigeminal%20-%20QUESADA%20-%20BRASIL.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2010.
- RABINOVICH, A.; FANG, J.; SCRIVANI, S. J. Diagnosis and Management of Trigeminal Neuralgia. **Columbia Dental Review**, New York, v. 5, p. 4-7, may. 2000.
- RUSSO, P. F.. **Pacientes portadores de neuralgia do trigêmeo típica tratados com carbamazepina de forma isolada e associada ao clonazepam: estudo de série de casos**. 2008. 42fls. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2008.
- SANTOS-FRANCO, J.; SANTOS-DITTO, R.; REVUELTA-GUTIÉRREZ, R.. Neuralgia del trigémino. **Archives neurociência**, México, v. 10, n. 2, p. 95-104, abr./jun. 2005.
- SCHESTATSKY, P.. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 177-187, ago./dez. 2008.
- SEIJO, F. Trigeminal neuralgia. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, La Coruña, v. 5, n. 4, p. 70-78, out./dez. 1998.
- SIDDIQUI, M. N. et al.. Pain Management: Trigeminal Neuralgia. **Hospital Physician**, Chicago, v. 39, n. 1, p. 64-70, jan. 2003.
- SIQUEIRA, J. T. T.. As Dores Orofaciais na Prática Hospitalar – Experiência Brasileira. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 8, n. 48, p. 85-89, nov./dez. 2006.
- STRÖHER, T. H.; TAGO, A. G.. **Sintomatologia atípica em neuralgia do nervo trigêmeo - erro de diagnóstico e**

**implicações clínicas.** 2010. 33fs. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Paranaense. Umuarama, PR: UNIPAR, 2010.

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

Recebido em: 15 Outubro 2010

Aceito em: 20 Junho 2011