

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS
UNIEVANGÉLICA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**ABORDAGEM CIRÚRGICA DA NEURALGIA DO RAMO INFRA-
ORBITAL: RELATO DE CASO**

Luiza Santos Cardoso^{1*}

Joaquim Augusto Silva Gomes¹

Lorrayne Sousa Lopes¹

Raphaela Jyeynyffa Oliveira¹

Satiro Watanabe²

Mário Serra Ferreira²

1. Acadêmico do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA – Anápolis – GO - BR.
2. Professor do curso de Odontologia do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA – Anápolis – GO - BR.

Correspondente: Luiza Santos Cardoso

Av. Universitária - Cidade Universitária, Anápolis - GO, 75075-010

Tel: +55062985953602

E-mail: luiza_santos9@hotmail.com

Anápolis, GO
2019

RESUMO

Dentre as neuropatias maxilofaciais, a neuralgia do trigêmeo (NT) é a mais comum, apresentando maior incidência sobre os ramos maxilar (V2) e mandibular (V3). O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de neuralgia do ramo infra-orbital (NIO), solucionado por meio da neurectomia, devido a ineficácia de fármacos. Paciente 46 anos, gênero feminino, apresentava quadro prévio de neuralgia do NIO direito, fazendo o uso de Carbamazepina há três anos. Devido ao fato de o medicamento não cessar os episódios álgicos, buscava uma alternativa ao tratamento, sendo indicada a abordagem cirúrgica. O procedimento foi realizado em âmbito hospitalar, sob anestesia geral. Inicialmente realizou-se a incisão em fundo de vestibulo da região canina, com posterior descolamento até a completa visualização do NIO emergindo do forame. A secção do nervo fora realizada com bisturi elétrico. Concluiu-se que a neurectomia apresenta-se como uma estratégia acessível e de desempenho satisfatório frente à falha do tratamento medicamentoso à longo prazo em pacientes com neuralgia do NIO.

Palavras-chave: Neuralgia, Nervo Trigêmeo, Neurectomia.

INTRODUÇÃO

As dores neuropáticas envolvendo a região maxilofacial apresentam significativa prevalência. Dentre elas, a neuralgia trigeminal (NT) é a mais comum. Caracteriza-se como uma condição álgica, crônica, representada por ataques paroxísticos e recorrentes de dor lancinante e súbita^{1,2}.

Dentre os ramos do nervo trigêmeo, o maxilar (V2) e o mandibular (V3) são os mais acometidos². A NT é predominante no gênero feminino, após a quarta década de vida e geralmente manifesta-se unilateralmente na face^{3,4}.

O nervo trigêmeo caracteriza-se por seu caráter misto, constituído por fibras aferentes ou sensitivas, as quais são responsáveis pela NT, e por fibras eferentes ou motoras³. A etiologia desta condição é complexa e não é totalmente compreendida⁵.

A dor pode ser desencadeada ao menor estímulo aos pontos-gatilho (Triggers points). Estes podem estar localizados na pele, mucosa ou dentes inervados pelo nervo trigêmeo. Dessa forma, atividades cotidianas podem se tornar extremamente dolorosas, interferindo diretamente na qualidade de vida. Relatos de emagrecimento, desidratação, depressão e até mesmo suicídio não são incomuns nessa patologia⁴.

O diagnóstico é complexo e essencialmente clínico, estruturado em uma anamnese criteriosa e nos parâmetros preconizados pela *International Headache Society* (IHS)⁶. Pode-se lançar mão de exames complementares como radiografias, ressonância magnética, tomografia computadorizada para estudo da anatomia do nervo trigêmeo e estruturas adjacentes, além da realização da manobra de bloqueio anestésico da região afetada, que auxilia no diagnóstico diferencial^{3,4,5}. As etapas diagnósticas são essenciais para prevenir tratamentos odontológicos desnecessários, uma vez que os sintomas da NT se assemelham a dores de origem odontogênica^{3,4}.

O tratamento pode variar do medicamentoso ao cirúrgico. Os anticonvulsivantes são fármacos empregados à décadas no tratamento da NT por apresentarem desempenho superior aos analgésicos tradicionais e por atuarem impedindo a condução de estímulos nervosos aferentes ou sensitivos. Dentre eles, a Carbamazepina é a droga de primeira escolha^{3,4}. Entretanto, seu uso prolongado implica no aparecimento de efeitos colaterais como confusão mental, tremores, erupções eritematosas, vertigens, sonolência, hiper ou hipotensão, bradicardia, diarreia, epigastralgia, anormalidades na acomodação visual e alterações das funções hepáticas^{4,7}.

A abordagem cirúrgica é indicada nos casos em que a terapia medicamentosa torna-se ineficaz ou quando os efeitos colaterais causados pelo fármaco não podem mais serem suportados⁴. A neurectomia é uma modalidade eficaz e acessível, que consiste na secção do ramo terminal do nervo envolvido⁸.

OBJETIVOS OU PROPOSIÇÃO

O propósito do estudo foi descrever um caso de neuralgia do ramo infra-orbital (NIO), enfatizando a neurectomia como alternativa viável diante da ineficácia de fármacos.

DESENVOLVIMENTO

Paciente 46 anos, gênero feminino, apresentava quadro prévio de neuralgia do NIO direito, fazendo o uso de Carbamazepina há três anos, e há um ano em dosagem máxima. Devido ao fato de o medicamento não cessar os episódios álgicos, buscava uma alternativa ao tratamento. Foi indicada a abordagem cirúrgica devido à severidade do caso, efetividade da técnica e acessibilidade.

O procedimento foi realizado em âmbito hospitalar, sob anestesia geral. O acesso cirúrgico intraoral foi eleito devido à vantagem de evitar cicatrizes faciais pós-operatórias. Realizou-se então, uma incisão no fundo de vestibulo da região canina com posterior descolamento até a completa visualização do NIO emergindo do forame. A secção do nervo fora realizada com bisturi elétrico. Medicamentos como antibiótico, anti-inflamatório e analgésico foram prescritos à paciente.

Paciente encontra-se em acompanhamento clínico e em fase de adaptação, reduzindo as doses do medicamento (Carbamazepina) gradualmente. A mesma relata ter cessado os episódios álgicos após a intervenção cirúrgica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÕES

Concluiu-se que o manejo cirúrgico de pacientes com neuralgia do NIO representa uma estratégia eficaz e de resultados imediatos frente a falha do tratamento medicamentoso à longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville, B. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Cap 18: Dor Facial e Doenças Neuromusculares.
2. Hupp J, Ellis III E, Tucker R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 5 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2009. Cap 29: Distúrbios Temporomandibulares e Dor Facial.
3. Luna EB, Graça LFA, Silva DCO, Berzin F, Silva Z, Souza GC, Mitri FF. *Biosci. J.* 2010;26(4): 661-674.
4. Nishimori LE, Foroni CR, Foroni CR, Rauch FZ, Silva CO, Corrêa GO. Neuralgia do Nervo Trigêmeo: Diagnóstico e Tratamento. *Uningá Review*. 2015;22(2): 26-32.
5. Costa GMF, Leite CMA. Neuralgia Trigeminal: Mecanismos Periféricos e Centrais. *Rev. Dor*. 2015; 16(4): 297-301
6. The International Classification Of Headache Disorders, 3 Ed. *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
7. Frizzo HM, Hasse PN, Veronese RM. Neuralgia do Trigêmeo: Revisão Bibliográfica e Analítica. *Rev Cirurg Traumatol Bucomaxilofacial*. 2004; 4(4):212-17.
8. Kumar P, Maleedi S, Goud SS. Peripheral Neurectomy: A Surgical Option For Trigeminal Neuralgia Involving Inferior Alveolar Nerve. *J Headache Pain Manag*. 2017.