

Caso Clínico - Nevralgia do Trigêmeo¹

Prof. Dr. José Luiz de Sá Cavalcanti²

ID: MSH, feminino, 67 anos, natural de Pernambuco, do lar, moradora no Grajaú.

QP: Dores insuportáveis em fisgadas no rosto

HDA: Há cerca de seis meses apresentou, de modo súbito, episódio de intensa dor em fisgada, como se fosse um “choque elétrico” que se distribuiu da orelha esquerda até o lábio superior daquele lado. A dor durou uns poucos minutos e desapareceu por completo. Dois dias depois teve um novo episódio com as mesmas características de intensidade, localização e duração. Como se encontrava em tratamento dentário envolvendo um molar superior daquele lado, procurou o dentista, que, após um rigoroso exame do trabalho realizado complementado por radiologia, considerou que tudo estava normal. Pouco tempo depois, novo episódio doloroso com uma duração um pouco maior, que se repetiu por mais duas vezes. Procurou um novo dentista que nada observou, mas, por insistência da paciente e a relação que ela fazia com o início dos sintomas, resolveu por uma extração dentária de dois dentes da arcada superior esquerda. Nada sentiu por duas semanas, quando percebeu que, se tocava a asa do nariz à esquerda, a dor era desencadeada, com curta duração, mas muito intensa. Era comum lavar o rosto e quando tocava a asa do nariz, a dor surgia. Os episódios passaram a ser mais frequentes e intensos e independentes de qualquer toque ou manobra. Os analgésicos comuns não lhe traziam alívio. Passou a alimentar-se mal e diminuiu a ingestão de líquidos, porque tinha medo que isso pudesse desencadear a dor, com a qual não conseguia conviver. Passou a proteger o rosto com um xaile, pois algumas vezes até o vento provocava o paroxismo doloroso. Nessa ocasião, foi orientada em um Posto de Saúde da Família para marcação de consulta com neurologista. Vem à consulta acompanhada da filha, à qual pede auxílio para contar sua história, pois tem medo da dor.

AP: paciente de saúde geral boa, quinta filha de prole de seis, desenvolvimento e infância sadia, submeteu-se a duas cesarianas sem complicações, há dez anos faz uso regular de 50 mg de Losartana devido a hipertensão arterial moderada, Metformina 500 mg, por glicemia limítrofe e Sinvastatina 20 mg por ter tido aumento do colesterol. Está na menopausa sem complicações e não faz reposição hormonal. Sedentária não tabagista.

AF: Pais falecidos de causas naturais. Desconhece casos semelhantes ao seu na família. Um irmão falecido vítima de violência urbana, os demais vivos e saudáveis. Tem um casal de filhos saudáveis.

HS: Mora em apartamento próprio da família, com o marido funcionário da saúde municipal e um filho da área de informática, em condição social satisfatória.

Exame físico geral e específico: altura 1,58 m, 78 kg, temperatura axilar 36,8° C, pulso 78/min, PA 140x90. Obesa. Atitude indiferente. Facies de sofrimento. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, assim como a palpação abdominal. Leve edema perimaleolar simétrico, com pulsos pediosos normais. Carótidas simétricas sem sopros. Exame neurológico: paciente lúcida, orientada. Responde com coerência, poupando as palavras. Estado mental e linguagem preservados. Mobiliza facilmente os quatro membros. Estática normal, sinal de Romberg ausente. Marcha normal. Força normal. Coordenação às provas dedo x nariz e calcanhar x joelho sem

¹ Caso de clínica privada do autor

² Professor de Neurologia da Escola de Medicina Souza Marques. Membro Titular Emérito da Academia Brasileira de Neurologia.

alterações. Leve hipotonia global simétrica nos quatro membros. Reflexos superficiais plantares em flexão, abdominais inaparentes pela obesidade. Reflexos tendinosos simétricos, diminuídos os aquileus e patelares. Sensibilidade superficial normal e hipopalestesia simétrica em ambos os maléolos externos. O exame dos nervos cranianos revela: olfatório exame prejudicado (a paciente se recusa a sentir odores, com medo de ter a dor); óptico – acuidade e campos visuais preservados (usa óculos), com fundo-de-olho com papilas normais e vasos com leves sinais de cruzamento. Óculo-motores (III, IV, VI) normais, com pupilas simétricas e reação normal à luz e convergência. Trigêmeo (V): sensibilidade corneana normal; sensibilidade tátil e dolorosa superficial da face normal em ambos os lados, incluindo os ramos oftálmico, maxilar e mandibular; contração dos masseteres e pterigoideus presente, levemente assimétrica, com mastigação prejudicada por falhas dentárias; palpação temporo-mandibular mais sensível na ATM à esquerda. Facial: motilidade facial preservada simétrica; Estato-acústico (VIII) equilíbrio e acuidade auditiva normal. Glosso-faríngeo (IX) e Vago (X): sensibilidade faríngea e amigdalina presentes; reflexo do vômito presente; deglutição sem alterações. Acessório (XI): motilidade cervical (ECM) e do trapézio normais. Hipoglosso (XII) motilidade da língua simétrica, sem atrofia com papilas preservadas. Observação: o exame dos nervos cranianos é dificultado porque a paciente tem receio de colaborar por completo.

Evolução: com os dados da história clínica e do exame físico, com dor paroxística na hemiface esquerda, em um ramo do nervo trigêmeo e com exame neurológico normal, foi feito o diagnóstico de Nevralgia Essencial do Trigêmeo, atingindo o ramo maxilar (V2). Na primeira consulta a paciente foi orientada a fazer uso inicial de Carbamazepina 200mg de 8/8 horas e solicitados alguns exames complementares, visando o diagnóstico diferencial entre outras causas de dores hemifaciais e a Neuralgia sintomática. Os exames incluíram testes sanguíneos (hemograma completo, VHS, hemoglobina glicosilada, glicemia, colesterol, HDL, LDL, ureia, creatinina e dosagem da Carbamazepina), exame radiológico dos seios da face, das articulações temporo-mandibulares e ressonância magnética do crânio, com angiorressonância dos vasos intracranianos.

Revista em três semanas, tinha havido alguma melhora dos sintomas, pois as dores tornaram-se mais esporádicas, ainda intensas e os estímulos sobre o nariz tinham que ser mais intensos para provocar a dor. Apresentava certa sonolência que atribuía ao remédio. Os exames solicitados revelaram: hemograma normal, VHS 14 mm 1ª hora, Hemoglobina glicosilada 5,9%, glicose 100 mg/100dL, colesterol 220 mg%, HDL 59 mg%, LDL 120 mg%, ureia 46 mg%, creatinina 0,9 mg%, Carbamazepina 5,6mcg/mL. Os exames radiológicos foram normais e as ressonâncias mostraram parênquima cerebral normal, discreta microangiopatia no centro oval, tronco cerebral sem alterações e a angiorressonância não mostrou compressões vasculares evidentes sobre o tronco dos nervos trigêmeos. A conclusão da revisão foi que o diagnóstico poderia ser firmado como Nevralgia Essencial do Trigêmeo, diante da melhora e do resultado dos exames complementares que não apontaram para uma patologia diferente. Como a dose da Carbamazepina estava aquém da dose terapêutica (8-12 mcg/mL) foi gradativa e progressivamente aumentada até que atingisse a dose de 1200 mg/dia.

A paciente retorna com seis semanas de evolução, queixando-se de expressiva sonolência, tonteiras, náuseas, apatia e desânimo, em uso de 1200 mg/dia de Carbamazepina, em 3 tomadas por dia. Seu hemograma e hepatograma foram normais, o sódio 132 mg e a dosagem da Carbamazepina 13mcg/mL. Ainda apresentava os episódios dolorosos, que haviam se tornado apenas mais esporádicos e sem zona de gatilho. A conduta foi a substituição da Carbamazepina pelos motivos seguintes: efeito terapêutico apenas razoável na dosagem sérica máxima, efeitos adversos atribuíveis à droga, como sonolência, tonteiras e náuseas e hiponatremia, possivelmente responsável pela apatia e hipodinamismo. A terapêutica foi mudada para Gabapentina, titulada

progressivamente, com a retirada também progressiva da Carbamazepina, correção da hiponatremia e eventual suplementação analgésica com Tramadol 50 mg.

A terceira visita de controle, oito semanas após, mostrou a paciente com boa evolução, sem episódios de nevralgia, em uso de Gabapentina 300 mg de 6/6 horas, sem medicação analgésica e com exames complementares normais, incluindo o Sódio.

Há dois anos a paciente está com vida normal, sem dor, mantendo controle terapêutico regular para a Nevralgia do Trigêmeo, além de mudanças de hábitos e do controle clínico geral que abandonara.

Comentários: Trata-se de caso de Nevralgia Essencial do Trigêmeo, no qual o diagnóstico foi possível do ponto de vista clínico pelas manifestações da localização e características dos episódios paroxísticos dolorosos, com exame neurológico objetivo normal. Os exames complementares solicitados visaram o diagnóstico diferencial de outras causas de nevralgia da face como infecções, sinusites, diabetes, distúrbios metabólicos, doenças auto-imunes (arterite temporal, p.e), nevralgia do glossofaríngeo, nevralgia atípica da face, SUNCT e nevralgia sintomática do trigêmeo, por tumor ou alterações no gânglio trigeminal de Gasser. Em pacientes mais jovens, o diagnóstico diferencial deveria incluir Esclerose Múltipla, doença de Lyme, ou outras infecções. A Nevralgia Essencial é mais comum nos idosos acima de 60 anos especialmente em mulheres, como no caso apresentado. A existência de um “gatilho” para a dor também é uma manifestação mais comum na nevralgia essencial que na sintomática. Na neuralgia sintomática, o exame das funções do Trigêmeo nunca estão normais, geralmente com hipoestesia na córnea, alterações na sensibilidade superficial na hemiface acometida, ou distúrbio motor ligado à mastigação. A opção terapêutica pela Carbamazepina é a mais frequente, porque é uma droga eficaz com uma meia vida entre 8 e 22hs o que permite fracionar a dose com mais conforto durante o dia para o paciente. Outra opção eficaz e com as mesmas características de meia-vida prolongada é a Fenitoina, utilizada na dose de 300 mg/dia e nível sérico entre 10 e 20 mcg/mL. O caso apresentado mostrou efeitos adversos importantes em doses terapêuticas de Carbamazepina, o que exigiu a mudança para a Gabapentina, cuja meia vida é entre 5 e 7hs, exigindo portanto doses mais fracionadas durante o dia. Apesar do controle efetivo ocorrido, essa paciente pode não estar livre da doença, que poderá exigir mudança terapêutica no futuro, incluindo o tratamento cirúrgico, por rádio-frequência, neurotomia ou descompressão neurovascular.