



RELATO DE CASO

Neuralgia do Nervo Infra-orbitário – Relato de Caso Infra-orbitário Nevous Neuralgia – Report Case

Gustavo Albuquerque¹, Valber Barbosa Martins², Fabiano Conrado Gonçalves³,
Pedro Henrique Arantes do Nascimento⁴, Gilcinete Souza Oliveira⁵

¹ Prof Msc da Universidade do Estado do Amazonas.

² Prof Msc da Universidade do Estado do Amazonas.

³ R3 do Programa de Residencia em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacil.

⁴ R3 do Programa de Residencia em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacil.

⁵ R1 do Programa de Residencia em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Resumo

A neuralgia maxilo facial de origem odontogênica ou neural é uma constante nos consultórios odontológicos, cabendo ao profissional cirurgião dentista diagnosticá-la e tratá-la. Ainda não existe um consenso sobre a melhor conduta, se cirúrgica ou terapêutica para o tratamento da neuralgia maxilo facial de origem neural. A intensidade, periodicidade e duração, da dor ou seja a sintomatologia presente e a opção de escolha quanto ao tratamento desejado pelo paciente vão determinar o tratamento a ser utilizado. Neste trabalho a técnica cirúrgica será descrita como alternativa no tratamento das neuralgias de origem neural para pacientes intolerantes a terapia farmacológica ou que não alcançaram o resultado esperado com essa terapia ou optaram pela técnica cirúrgica como primeira opção de tratamento.

Palavras-Chave: Neuralgia/Infraorbitário, Tratamento, Cirúrgico.

Abstract

Neuralgia maxillofacial odontogenic neural or is a constant in the dental office, being the professional dentist to diagnose it and treat it. There is still no consensus on the best approach, whether surgical or therapeutic treatment of maxillofacial neuralgia of neural origin. The intensity, frequency and duration of pain or symptoms present and the choice regarding the the treatment desired by the patient will determine the treatment to be used. In this study the surgical technique is described as an alternative in the treatment of neuralgias of neural origin for patients intolerant of drug therapy, or who did not achieve the expected outcome with this therapy and opted for surgical technique as the first treatment option.

Key-words: Neuralgia / Infra orbital, Treatment, Surgery



Introdução

A dor orofacial é frequente em consultórios odontológicos, muitas vezes apresentando-se como dor de origem dental, embora algumas vezes essa dor possa ser de origem nervosa, não possuindo relação com órgãos dentais. O dentista deve possuir também a capacidade de reconhecer e tratar de maneira adequada as causas não odontogênicas da dor cervicofacial e das disfunções neurais¹.

A dor consiste de um processo neurofisiológico extremamente complexo, sendo o mecanismo pelo qual o ser humano avalia a presença de doença em si mesmo. Ela é caracterizada como uma sensação fisiológica única e individual que varia, em resposta, de indivíduo para indivíduo².

Para avaliação da dor orofacial é necessário, do paciente, a queixa principal e a história do problema atual. Nas algias um entendimento da dor quanto ao seu início, curso e duração, que fatores podem precipitá-la ou aliviá-la e que outros sintomas parecem estar associados a dor, se faz necessário³. O exame físico inclui um exame oral e maxilofacial minucioso incluindo um detalhado exame neurológico da região do pescoço e cabeça. Uma avaliação clara da função dos nervos cranianos permite uma identificação do ponto inicial da dor. O diagnóstico por bloqueio também pode ser usado para precisar o nervo envolvido^{2,3}.

A eletromiografia é um exame ao qual o profissional pode lançar mão para avaliação muscular e nervosa e junto com o estudo da condução nervosa, apesar de pouco usados, são solicitados quando suspeita-se de uma doença em um nervo motor. Juntamente, a avaliação psicológica se faz necessária para afastar qualquer condição psicopatológica^{4,5}.

Nas neuralgias o estudo de radiografias e tomográficas não tem um valor significativo devido a não exposição do nervo em suas imagens⁵.

Uma avaliação precisa a cerca de imagens radiográficas pode ser feita sobre presença de um trauma na região afetada onde pode ser indicativo de lesão dos



nervos sensitivos do local atingido na face. A sintomatologia de dor associada a esse nervo poder ser causada por aprisionamento do mesmo em seu trajeto intra-ósseo ou ser uma lesão regenerativa ocasionando, na maioria das vezes, dor orofacial tardia⁶.

A dor na maioria das vezes pode ser tratada pelo uso de um anticonvulsivante, a Carbamazepina associada a um benzodiazepínico. A posologia de uso fica entre 100 a 2.400 mg, sendo que a maioria dos pacientes responde com uma dose entre 200 e 800 mg divididas em três tomadas diárias^{4,6}. Substituição ou associações com outros fármacos é comum principalmente quando a carbamazepina não alcança o alívio completo da dor. A gabapentina é uma alternativa no tratamento farmacológico⁷. Nos casos em que não houve melhora do quadro clínico com a terapia farmacológica o tratamento indicado é a descompressão do nervo ou sua neurotomia troncular ou periférica⁸. As cirurgias de eleição implicam uma abordagem neurocirúrgica fugindo da área de atuação do cirurgião-dentista⁹.

Relato do caso

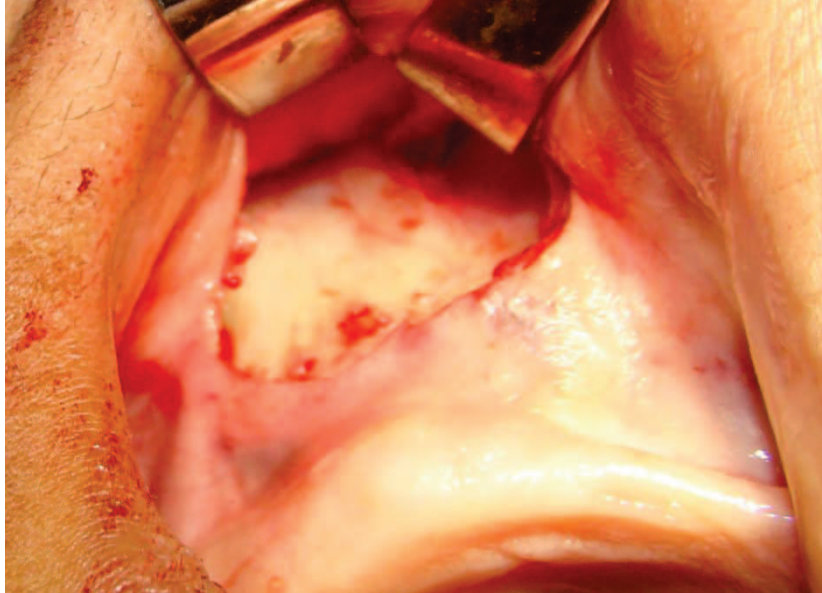
Paciente E. N. parda, 52 anos compareceu a clínica de especialização em CTBMF da faculdade IAES com queixa de dor facial na região de maxila direita de alta intensidade, descrita como queimação, de média a longa duração, de aparecimento súbito, com crises de frequência variada, com início aproximadamente a dois anos sendo tratada com terapia farmacológica a base de analgésicos. Também relata trauma por agressão corporal na região de maxila direita a sete anos atrás e que não buscou qualquer tipo de tratamento.

Ao exame clínico a paciente apresentou alodinia mecânica na região de maxila direita especificamente no nervo infra-orbitário e proximidades.

A anatomia do rebordo infra-orbitário estava íntegra não apresentando significativas alterações. Optou-se então pela cirurgia exploratória com acesso intra-oral utilizando uma incisão de Caldwell-Luc, divulsão mucoperiosteal e exposição do nervo infra-orbital. Durante a exploração verificou-se que o nervo infra-orbital apresentava novo trajeto de emergência não sendo este o original.



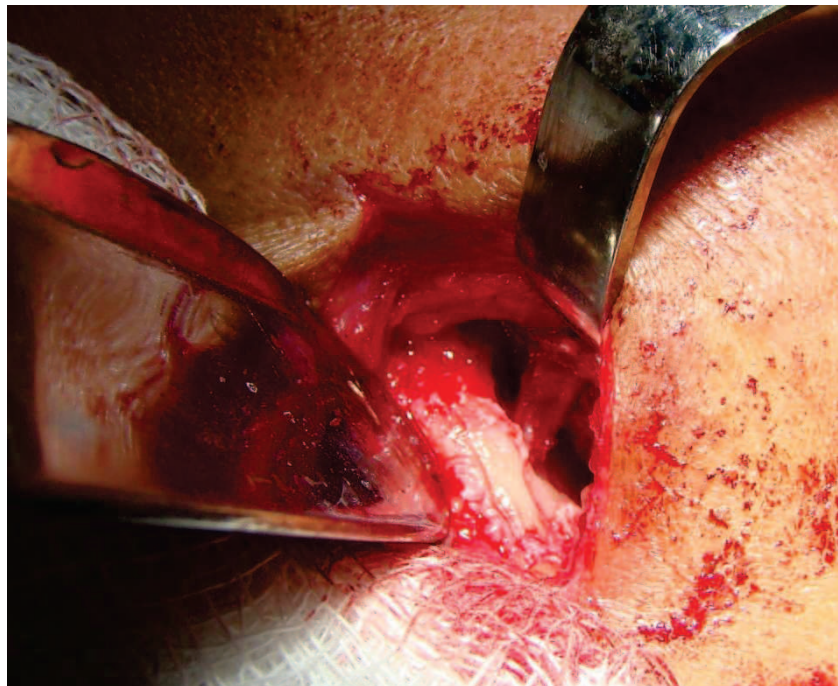
Figura 2: Incisão intra oral e divulsão mucoperiosteal



Fonte: Gustavo Albuquerque et al

Uma incisão sub tarsal também foi realizada para completar exploração.

Figura 3: Acesso extra oral e localização do nervo infra orbitário.





Com este acesso observou-se que o trajeto e emergência do nervo infra-orbitário havido sido deslocado para uma localização médio-inferior da original. Realizou-se a descompressão do nervo infra-orbitário e o seu reposicionamento em seu trajeto próximo ao original, através de osteotomia com instrumento rotatório de baixa rotação e broca cilíndrica. A sutura extra-oral foi realizada seguindo os planos divulsionados usando o fio reabsorvível multifilamentar Vicryl 4.0 no plano muscular, utilizando pontos isolados e simples e fio não reabsorvível monofilamentar nylon 5.0 com sutura contínua simples intra-dérmica no plano cutâneo.

Figura 4: Sutura extra oral intra-dérmica

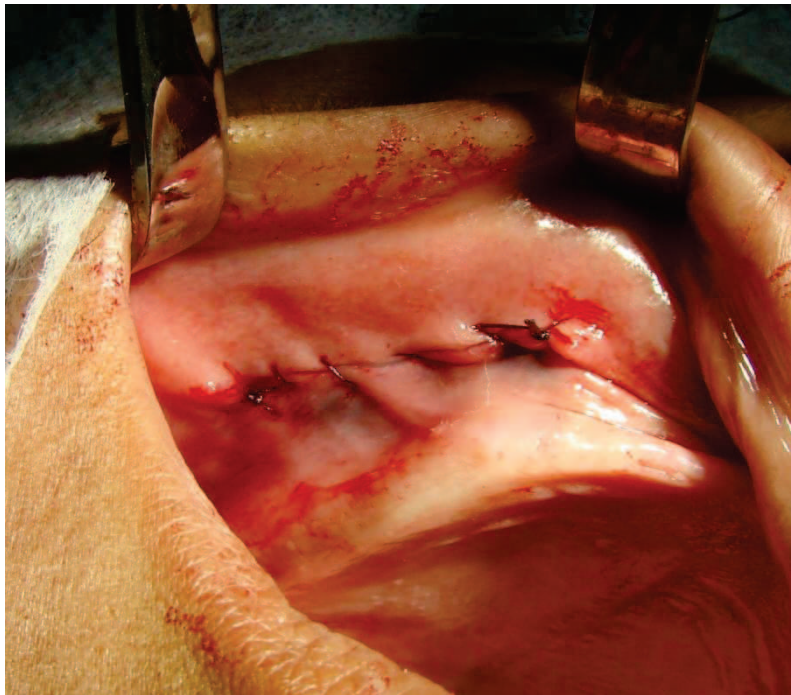


Fonte: Gustavo Albuquerque et al

Intra-oralmente optou-se pela sutura contínua simples utilizando-se o fio reabsorvível Vicryl 4.0.



Figura 5: Sutura intra oral contínua simples



A medicação prescrita foi antibioticoterapia com amoxicilina 500mg via oral (V.O.) de 8/8 h por sete dias, acompanhada de antiinflamatório nimesulida 100mg V.O. de 12/12h por três dias e analgésico dipirona 500mg V.O. de 6/6h nas primeiras 24h combinadas a recomendações pós-operatórias padrão para cirurgias orais.

A paciente retornou após sete dias para remoção da sutura relatando algia de baixa intensidade na referida região bem como nos dois meses seguintes. A mesma ainda encontra-se em acompanhamento para resolução completa do caso.



Figura 6: Aspecto da sutura extra oral, sete dias na sua remoção.



Discussão

A terapia farmacológica deve ser a primeira eleição no tratamento das dores maxilofaciais de origem neural^{1,3,4}. Quando existe uma condição de intolerância do paciente ou não obtenção da analgesia esperada ou qualquer outro fator que impossibilite o seu sucesso, a terapia cirúrgica pode ser uma alternativa no tratamento desse paciente^{4,7}.

Os procedimentos cirúrgicos podem ser percutâneos ou abertos^{7,9}. A escolha do tipo de intervenção cirúrgica deve ser calcada na preferência do paciente, na experiência do cirurgião e nos potenciais riscos e benefícios de cada procedimento. As técnicas percutâneas são compressão por balão, rizotomia por radiofrequência e radiocirurgia- estereotática com raios gama^{5,8,9,10}. Essas têm a vantagem de ser relativamente não invasivas, de caráter ambulatorial e isentas de efeitos colaterais graves⁹. Contudo, promovem alívio menos duradouro que as técnicas mais invasivas (recorrência de 20% em cinco anos após compressão por balão) e causam perda sensitiva pós-operatória em grande parte dos pacientes^{7,10}.



Ainda não existe um consenso sobre a melhor escolha do tratamento, se terapêutico ou cirúrgico, das algias maxilofaciais, porém o alívio da dor, a recorrência e a morbidade são fatores a serem considerado.

Conclusão

Conclui-se que o tratamento cirúrgico da dores maxilos facial de origem neural é um método satisfatório que pode ser utilizada em alternativa a pacientes que apresentam uma intolerância a terapia medicamentosa que é a primeira opção de tratamento do paciente.

Referências

1. Oaklander AL. Neuropathological examination of peripheral nerves in painful neuropathies (neuralgias). Handbook of Clinical Neurology, Vol. 81/3rd series. 2006.
2. J.M. Leston. Anatomie fonctionnelle du nerf trijumeau. Neurochirurgie 55 (2009) 99–112.
3. Madeira M.C. **Anatomia da face:** bases anátomo-funcionais para a prática odontológica. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2001.
4. Jorns TP, Zakrzewska JM. Evidencebased approach to medical management of trigeminal neuralgia. Br J Neurosurg 2007; 21: 253–261
5. Tsui BC. Ultrasound imaging to localize foramina for superficial trigeminal nerve block. Can J Anaesth 2009;56:704–6.
6. Canavero S, Bonicalzi V. Drug therapy of trigeminal neuralgia. Expert Rev Neurother 2006: 6.
7. Takechi K, Konishi A, Kikuchi K, Fujioka S, Fujii T. Real-time ultrasound-guided infraorbital nerve block to treat trigeminal neuralgia using a high concentration of tetracaine dissolved in bupivacaine. Scandinavian Journal of Pain 6 (2015) 51–54.
8. Han JH, Kim DG, Chung HT, Paek SH, Kim YH, Kim CY, Kim JW, Kim YH, Jeong SS. Long term outcome of gamma knife radiosurgery for the treatment of typical trigeminal. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009; 75: 822–827.
9. SpatzAL, Zakrzewska JM, Kay EJ. Decision analysis of medical and surgical treatments for trigeminal neuralgia: how patient evaluations of benefits and risks affect the utility of treatment decisions. Pain 2007;131:302–10.
10. Tatli, M., Sindou, M. Anatomoradiological landmarks for accuracy of radiofrequency thermorhizotomy in the treatment of trigeminal neuralgia. Neurosurgery, 2008, 63, 131–14