

NEURALGIA TRIGEMINAL: UM BREVE REFERENCIAL TEÓRICO

Juliana Carolina Avelino Sabino¹

Arnaldo Pereira de Brito Filho²

Odontologia



cadernos de
graduação

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

A neuralgia trigeminal (NT) é a mais conhecida e debilitante forma de neuralgia facial, causando significativo impacto na vida e nos hábitos dos pacientes. Caracteriza-se como uma dor intensa, paroxística, "latejante", em "queimação", em forma de choque elétrico, "agulhada" ou "facada", que geralmente é desencadeada devido ao estímulo sensorial em determinadas áreas específicas do rosto, que são chamadas de zonas de gatilho. Ainda não foi definido 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 varia entre clínico ou medicamentoso e cirúrgico, sendo o medicamentoso a primeira escolha, optando pela neurocirurgia nos casos em que a terapêutica clínica se mostrar ineficaz. Devido o Cirurgião-Dentista ser um dos primeiros profissionais a ser consultado por um paciente acometido pela NT; logo, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura acerca das características anatômicas e clínicas, etiologia, diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal, enriquecendo aspectos importantes para a clínica odontológica.

Palavras-chaves

Nervo Trigêmeo; Neuralgia do Trigêmeo; Dor Facial.

ABSTRACT

The trigeminal neuralgia (NT) is the most known and debilitating form of facial neuralgia, causing significant impact on the life and habits of the patients. It is characterized as a severe pain, paroxysmal, "throbbing", "burning", in the form of electric shock, "needle" or "knife", which usually is triggered due to sensory stimulation in certain areas face-specific which are called trigger zone. A single etiological factor responsible for the onset of neuralgia has not been defined of neuralgia, therefore, the input region vascular compression of the roots trigeminals, tumors, vascular alterations, inflammatory changes, reactivation of the varicella virus and incorrect therapy in maxillofacial procedures trauma are some of the reasons identified as responsible for this pathology. The diagnosis is complex and essentially clinical, and must be associated with complementary exams. Treatment varies between drug or clinical and surgical, drug being the first choice, opting for neurosurgery in cases where clinical therapy prove ineffective. The dental surgeon is the one of the first professionals to be consulted by a patient with NT. Thus, the aim of this study is to conduct a review of the literature on the anatomical characteristics and clinical, etiology, diagnosis, and treatment of neuralgia trigeminal, enriching important aspects to the practice at dental clinic.

KEYWORDS

Trigeminal Nerve; Trigeminal Neuralgia; Facial Pain.

1 INTRODUÇÃO

A neuralgia do trigêmeo (NT), também conhecida como doença de Fortherghill, Tic Doloroso Facial, Neuralgia Trigeminal Idiopática, Neuralgia Trigeminal Primária (LEOCÁRDIO *et al.*, 2014), é a mais conhecida e debilitante forma de neuralgia facial (PETERSON, 1996 apud FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004).

Durante um episódio de dor, os músculos faciais relacionados com a expressão e a mastigação geralmente entram em estado de contração intensa, fato este que justifica a definição da doença como tic doloroso (HOTTA *et al.*, 1997 apud NOGUEIRA; COSTA, 2002).

De acordo com Quesada e outros autores (2005), o primeiro relato da Neuralgia Trigeminal foi realizado em 1677 pelo médico norte americano John Locke e, em 1773, John Fortherghill descreve a neuralgia do trigêmeo vindo a ser definida mais tarde por Nicolas André como uma entidade clínica.

Essa patologia manifesta-se como, dor tipo facada, agulha, queimor ou choque elétrico (FARIA; CORREIA; BARBOSA, 2011). De acordo com a *International Association for The Study of Pain* (IASP), a NT pode está limitada a uma distribuição ou a mais divisões do nervo trigêmeo. A dor é frequentemente disparada por estímulos originados na pele, mucosa ou dentes inervados pelo nervo trigêmeo ipsilateral, nas chamadas zonas-gatilho (Triggers points) (NISHIMORI *et al.*, 2015).

Esse quadro patológico apresenta maior incidência em mulheres, aproximadamen-

te na sexta década de vida (PETERSON, 1996 apud FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004). Dados epidemiológicos de estudos dos Estados Unidos sobre Neuralgia Trigeminal demonstrou uma incidência de 4-5 a cada 100.000 indivíduos (McMILLAN *et al.*, 2011).

Diante da sintomatologia intensa do indivíduo com essa patologia, evidencia-se a importância de um diagnóstico e tratamento adequados para melhora da qualidade de vida do mesmo (BORBOLATO; AMBIEL, 2009). Dessa forma, o diagnóstico é puramente clínico (BERTOLI; KOCZICKI; MENESES, 2003), associado à análise de exames complementares (NISHIMORI *et al.*, 2015) e o tratamento envolve administração terapêutica medicamentosa até intervenções cirúrgicas ou simplesmente a eliminação do agente causador (ESKANDAR; BARKER; RABINOV, 2006 apud LUNA *et al.*, 2010).

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura acerca das características anatômicas e clínicas, etiologia, diagnóstico e tratamento da neuralgia trigeminal, tendo por intuito enriquecer o conceito sobre esse assunto.

2 METODOLOGIA

A presente revisão de literatura foi elaborada por meio de livros da Biblioteca Virtual da Faculdade Integrada de Pernambuco, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Tese de Doutorado, site relacionado ao tema proposto e artigos pesquisados nas plataformas virtuais Scielo, Lilacs e Google acadêmico. A busca foi realizada no período de julho a dezembro de 2017 e foram empregados os seguintes descritores: nervo trigêmeo, neuralgia facial, neuralgia trigeminal, dor facial.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS

O nervo trigêmeo (V par craniano), que é assim denominado por possuir três ramos calibrosos distribuídos por áreas extensas da face (BORBOLATO; AMBIEL, 2009), 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 ao quadro nevrálgico, responsável pela sensibilidade proprioceptiva (pressão profunda e sinestesia) além de exteroceptiva (tato, dor e temperatura) da face e parte do crânio, innervando ainda os músculos responsáveis pela mastigação (NISHIMORI *et al.*, 2015). Esse nervo emerge na superfície do sistema nervoso central, entre a ponte e o pedúnculo cerebelar médio, por meio dessas duas raízes (ALVES; CÂNDIDO, 2012).

A grande raiz sensitiva possui uma tumefação, chamada gânglio trigeminal, que está localizado em uma fossa na face interna da parte petrosa do temporal (TORTORA; NIELSEN, 2017). Os nervos oftálmico, maxilar e mandibular originam-se da margem anterior do gânglio. O nervo oftálmico (V1) contém apenas fibras sensitivas e deixa o crânio por meio da fissura orbital superior para entrar na cavidade or-

bital. O nervo maxilar (V2) também contém apenas fibras sensitivas e deixa o crânio pelo forame redondo. O nervo mandibular (V3) contém fibras sensitivas e motoras e deixa o crânio por meio do forame oval (SNELL, 2013).

3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Segundo Siqueira e Teixeira (2012), uma das características mais marcantes da Neuralgia Trigeminal é o significativo 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).

É caracterizada como uma dor intensa, paroxística (curta duração, segundos ou minutos), que aparece e desaparece em diferentes intervalos de tempo (FARIA; CORREIA; BARBOSA, 2011). 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" (STRÖHER; TAGO; HASSE, 2011).

A dor excruciante geralmente é desencadeada devido ao estímulo sensorial em determinadas áreas específicas do rosto, que são chamadas de zona de gatilho ou trigger (LEOCÁRDIO *et al.*, 2014; QUESADA *et al.*, 2005; LUNA *et al.*, 2010; NISHIROMI *et al.*, 2015; BORBOLATO; AMBIEL, 2009; FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004).

Estímulos típicos que podem desencadear o ataque doloroso incluem o ato de falar, mastigar, beber, escovar os dentes, lavar o rosto, fazer a barba, maquiagem e até o toque de uma brisa leve no rosto (GÓES; FERNANDES, 2008; COSTA; CAPOTE; GASPAS, 2006; QUESADA *et al.*, 2005; FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004; LAMA; MÉLO, 2003; LOVE; COAKHAM, 2001 apud BORBOLATO; AMBIEL, 2009). Entretanto, 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" já mencionadas, o processo doloroso não é desencadeado.

Além disso, a NT é majoritariamente unilateral, afetando mais o lado direito da face. Contudo, caso seja bilateral, a ocorrência dos sintomas de um lado é independente do outro e os lados não são afetados ao mesmo tempo (BARÃO, 2016).

3.3 ETIOLOGIA

A descrição dos fatores causais ou etiológicos da doença foi ao encontro das várias vertentes da literatura, que tentam explicar as causas da mesma (TACON, 2014). No entanto, ainda não foi definido um único fator etiológico responsável pelo surgimento da neuralgia, acredita-se que seja multifatorial (LUNA *et al.*, 2010).

Compressão vascular, agentes infecciosos como o *herpes simplex* vírus humano, esclerose múltipla e até o comprometimento alveolar após a extração dentária, são algumas das razões apontadas como responsáveis pela NT (GARCIA *et al.*, 2008 apud FARIA; CORREIA; BARBOSA, 2011).

Segundo Bertoli, Koczicki e Meneses (2003), a NT pode ser classificada como

primária ou idiopática e secundária ou sintomática. A forma secundária é normalmente detectável por sua apresentação clínica, como tumores (neurinoma do acústico, cordoma no nível do clivo, glioma e meningioma pontino, tumor epidermóide, metástases e linfoma); alterações vasculares (infarto pontino, aneurisma gigante intra-cavernoso e outras mal-formações artério-venosa, persistência da artéria trigeminal primitiva); alterações inflamatórias (esclerose múltipla, sarcoidose, cisticercose no ângulo cerebello pontino, neuropatia da doença de Lyme); paraneoplásico (possibilidade); outros (acondroplasia, agenesia tentorial associada à herniação do lobo temporal) (CAMPOS, 2005).

A forma primária possui como hipótese o fenômeno de 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). De acordo com Siqueira e Teixeira (2012), 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).

Há um fato que tem sido amplamente ignorado nas atuais discussões sobre a etiologia da neuralgia do trigêmeo (CAMPOS, 2005) que é a neuralgia pós herpética trigeminal, a qual ocorre devido à reativação do vírus da varicela, infectando gânglios sensitivos. O processo pode afetar qualquer nervo sensitivo, mas 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).

Segundo Frizzo, Hasse e Veronese (2004), a nevrálgia trigeminal pode ainda estar relacionada tardiamente à terapêutica incorreta em traumatismos maxilofaciais, como por esmagamento ou fraturas dos ossos da face, destacando-se as fraturas do complexo zigomático-maxilar, principalmente quando envolvido o soalho da órbita, lesando o feixe vaso-nervoso infra-orbitário.

Além disso, Campos (2005) cita que casos de neuralgia trigeminal familiar têm sido descritos na literatura, creditando um possível caráter hereditário a essa doença com uma aparente transmissão autossômica dominante, responsável pelas alterações vasculares já ditas.

3.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de qualquer patologia é fundamental para adequar o tratamento, tornando-o mais objetivo e eficaz. Na NT, o diagnóstico é de extrema importância, 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).

Segundo Nishimori (2015), o diagnóstico da Neuralgia Trigeminal é complexo e essencialmente clínico. Ou seja, fundamenta-se na história, no modo de apresen-

tação, 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).

Os critérios diagnósticos estabelecidos pela “Sociedade Internacional de Cefaleia” são os seguintes:

3.4.1 Neuralgia trigeminal clássica (primária ou idiopática)

- A. Crises paroxísticas de dor que duram de uma fração de segundo a dois minutos, afetando uma ou mais divisões do nervo trigêmeo e preenchendo os critérios B e C.
- B. A dor tem pelo menos uma das seguintes características:
 - C. intensa, aguda, superficial ou em pontada;
 - D. desencadeada por fatores ou áreas de gatilho;
 - E. Crises estereotipadas para cada paciente;
 - F. Sem evidência clínica de déficit neurológico;
 - G. Não atribuída a outro distúrbio.

3.4.2 Neuralgia trigeminal sintomática (secundária)

- A. Crises paroxísticas de dor que duram de uma fração de segundo a dois minutos, com ou sem dolorimento persistente entre os paroxismos, afetando uma ou mais divisões do nervo trigêmeo e preenchendo os critérios B e C;
- B. A dor tem pelo menos uma das seguintes características:
 - 1. intensa, aguda, superficial ou em pontadas;
 - 2. desencadeada por fatores ou áreas de gatilho;
- C. Crises estereotipadas para cada paciente;
- D. Uma lesão causal, que não a compressão vascular, deve ser demonstrada por investigação apropriada e/ou exploração da fossa posterior.

A NT deve ser distinguida de outras causas de dor orofacial, para o correto tratamento e controle da dor (LEOCÁRDIO *et al.*, 2014), portanto, é indispensável o conhecimento dos critérios para o diagnóstico diferencial entre odontalgias, neuralgias, disfunções temporomandibulares e cefaleias primárias para um diagnóstico mais correto e, conseqüentemente, uma terapêutica adequada (SIQUEIRA; CHING, 2003).

3.5 TRATAMENTO

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 (LEOCÁRDIO *et al.*, 2014).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) cita que o tratamento medicamentoso é baseado no uso de fármacos antiepiléticos, tendo como terapia

de primeira linha a carbamazepina (200-1200 mg/dia) e oxcarbazepina (60-1800 mg/dia). Segundo Faria, Correia e Barbosa (2014), apesar de a carbamazepina ser a mais escolhida como primeira linha, seu uso prolongado pode causar efeitos adversos, já a oxcarbazepina não é tão eficiente como a carbamazepina, mas apresenta menos efeitos laterais. Em caso de intolerância a esses medicamentos, a alternativa pode ser a fenitoína e o baclofen (QUESADA *et al.*, 2005).

Segundo Santos e outros autores (2014), essas drogas anticonvulsivantes sustentam sua ação antiepilética na diminuição ou bloqueio de impulsos nervosos aferentes enviados para o cérebro, cessando a deflagração do quadro doloroso.

Na vigência da falência do tratamento clínico ou em crises álgicas intensas, devemos questionar a indicação do tratamento cirúrgico (FRIZZO; HASSE; VERONESE, 2004). As técnicas cirúrgicas podem ser percutâneas (rizotomia por radiofrequência, rizotomia com glicerol, compressão com balão e radiocirurgia) ou abertas (descompressão vascular) (FARIA; CORREIA; BARBOSA, 2014).

A rizotomia por radiofrequência consiste em selecionar fibras nervosas que se encontram próximas ou no interior do gânglio trigeminal para serem destruídas por meio de termocoagulação por radiofrequência ou então por meio da introdução de uma substância tóxica como o glicerol (rizotomia por glicerol). Esse procedimento é realizado por meio da colocação de uma agulha que é guiada por fluoroscopia radiográfica no interior do forame oval do paciente sedado (BORBOLATO; AMBIEL, 2009). Na microcompressão percutânea, as fibras nervosas são traumatizadas por um balão e na radiocirurgia é realizada uma irradiação mínima na entrada da raiz trigeminal (FARIA; CORREIA; BARBOSA, 2014).

A técnica de descompressão vascular consiste em separar o vaso sanguíneo que comprime um dos ramos do nervo trigêmeo. Este procedimento envolve craniotomia, na qual a fossa posterior é aberta para ser explorada e o córtex é cuidadosamente levantado para expor as zonas de entrada da raiz do trigêmeo (NISHIMORI *et al.*, 2015).

4 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados literários relatam de forma unânime que a Neuralgia Trigeminal é caracterizada como uma dor intensa, paroxística, latejante, frequentemente disparada por estímulos nas zonas de gatilho. Com base no presente estudo, podemos afirmar que essa patologia é a mais comum entre as neuralgias faciais e é uma das condições mais dolorosas e debilitantes para o paciente.

A etiologia e os mecanismos fisiopatológicos continuam não totalmente compreendidos (LEE, 1993 apud NOGUEIRA; COSTA, 2002). No entanto, atualmente, a maioria dos autores concorda com a hipótese do conflito neurovascular 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 pro-

curar, 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.

O Cirurgião-Dentista, em muitos casos, é o primeiro profissional a ser consultado por um paciente com NT. Dessa forma, torna-se nítida a importância do conhecimento anatômico e funcional do nervo trigêmeo, bem como dos sinais e sintomas característicos da neuralgia trigeminal, acrescida da correta interpretação dos exames complementares para que o profissional saiba diagnosticar, 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

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

BARÃO. **Diagnóstico diferencial entre a nevrálgia do trigêmeo 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, abr-jun. 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 Trigêmeo. **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 16 de maio de 2016
- 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.

Data do recebimento: 7 de Março de 2017

Data da avaliação: 26 de Junho 2017

Data de aceite: 30 de Junho de 2017

1 Graduanda do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

E-mail: juulisabino@gmail.com

2 Cirurgião Dentista; Mestre em Odontologia; Professor Assistente do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. E-mail: arnaldobritobmf@gmail.com