

Índice

Neuralgia do Glossofaríngeo e Distúrbios Temporomandibulares: Diagnóstico Diferencial

Resumo	4
Abstract	7
Introdução	10
Caso Clínico	16
Discussão	20
Conclusão	26
Referências	28
Agradecimentos	32

Resumo

Introdução:

A nevralgia do glossofaríngeo é uma patologia rara que se caracteriza por dor excruciante localizada lateralmente na parte posterior da língua, palato mole, e na parte lateral e posterior da faringe, com possível irradiação para o ouvido e ângulo da mandíbula. Actividades como deglutir, tossir ou mastigar podem ser pontos gatilho, desencadeando um episódio doloroso que pode durar de segundos a minutos. Contudo, a nevralgia do glossofaríngeo também pode apresentar-se como uma dor contínua com momentos de agudização. A causa mais comum desta patologia é uma compressão do nervo glossofaríngeo normalmente provocada pela artéria cerebelar posterior inferior, embora também possa ter origem tumoral ou doença degenerativa.

A terapêutica mais comumente usada é a carbamazepina e gabapentina, isoladas ou em associação. A eficácia desta medicação é temporária, sendo necessária a microdescompressão vascular, a técnica cirúrgica de eleição.

O doente geralmente recorre ao médico dentista devido à zona afectada e à sua sintomatologia, relacionando-a com um problema da região orofacial, sobretudo um distúrbio temporomandibular.

Objectivos:

A nevralgia do glossofaríngeo tem um impacto negativo na qualidade de vida do doente. Torna-se assim importante um diagnóstico preciso, de forma a evitar que o doente viva com um diagnóstico incerto, e tenha mesmo uma causa grave subjacente. O objectivo deste trabalho passa assim, por mostrar a importância do diagnóstico diferencial entre nevralgia do glossofaríngeo, distúrbios temporomandibulares e síndromes que as mimetizam. Desta forma, o médico dentista, como profissional de saúde é a primeira opção de consulta. Terá por missão avaliar correctamente o doente de modo a evitar atrasos na terapia e efectuar tratamentos desnecessários.

Caso Clínico:

Mulher de 51 anos refere dor ardente no terço posterior da língua do lado esquerdo, com irradiação para a faringe e ângulo da mandíbula ipsilaterais. Recorreu ao médico de família que a encaminhou para o médico dentista. Nesta consulta, a doente queixava-se de dor nos dentes posteriores do lado esquerdo, como possível causa, pedindo ao médico dentista que os extraísse. Não houve com este procedimento qualquer melhoria da sintomatologia. A situação manteve-se durante cerca de 10 meses, tendo sido a doente observada por vários médicos, sem obter um

diagnóstico preciso. Entretanto, foi encaminhada para neurocirurgia no Hospital de São João. Nesta consulta foi efectuada uma Tomografia computadorizada e uma Ressonância magnética cerebral, que excluíram neoformação cerebral. Foi aventada a hipótese de compressão vascular do nervo glossofaríngeo. A doente foi então medicada com carbamazepina e hidantina até á cirurgia de microdescompressão vascular. Esteve assintomática durante cinco anos. Actualmente queixa-se de uma dor ardente, de intensidade suportável. Está medicada com carbamazepina e gabapentina.

Discussão:

A doente tem uma sintomatologia de nevrálgia do glossofaríngeo peculiar, visto que apresenta uma dor contínua sem pontos gatilho. Com a cirurgia verificou-se o desaparecimento da sintomatologia, que permitiu concluir tratar-se de nevrálgia do glossofaríngeo. A actual presença de dor pode ser devida a uma recidiva.

Conclusão:

A nevrálgia do glossofaríngeo é de facto um síndrome de difícil vivência e que pode ser mascarado por diversas patologias, entre elas distúrbios temporomandibulares. Cabe assim, ao médico dentista efectuar um estudo detalhado destas afecções e elaborar um diagnóstico o mais rapidamente possível de forma a evitar um sofrimento prolongado.

Palavras-chave: Dor neuropática; Nevralgia glossofaríngeo; Síncope; Nevralgia vagoglossofaríngeo; Dor facial atípica; Distúrbios temporomandibulares

Abstract

Introduction:

Glossopharyngeal neuralgia is a rare condition, characterized by attacks of excruciating, spasmodic, sharp, shooting pain, most commonly localized at the tongue, soft palate and pharynx, with possible radiate towards the ear and jaw angle. Physiological activities such as swallowing, coughing or chewing which can be trigger points, precipitating episodes of pain which can last from seconds to minutes. Nevertheless, the glossopharyngeal neuralgia can also be presented as continuous pain with periods of aggravation. The most common reason of this pathology is the compression of the glossopharyngeal nerve, usually provoked by the inferior posterior cerebellar artery. Although, it can also have tumoral or degenerative disease origin. The most usual pharmacological therapy is carbamazepine, gabapentine or the association of both. Because the success of this therapy is temporary, a surgical vascular microdecompression is necessary; which is by far, the most widespread technique. Due to the affected area and its symptomatology, the patient usually visits the medical dentist, regarding his condition as temporomandibular disorder.

Objectives:

Glossopharyngeal neuralgia has a deep negative impact in the patient's well being. It becomes then imperative, a precise diagnosis in order to avoid its uncertainty throughout the patient's life, mainly due to the potential harmness of this condition. The purpose of this study is to underline the importance of differential diagnosis, between neuralgia glossopharyngeal, temporomandibular disorders and syndromes that mimic them. As the most sought after medical specialist, the medical dentist should be well prepared to evaluate his patient, in order to avoid therapy delays and unnecessary procedures.

Case presentation:

A 51 year old woman experienced burning pain in the left side of the tongue, radiated to the pharynx and the jaw angle of the same side. She visited her family physician who sent her to the medical dentist. In this consultation the patient referred pain in the posterior teeth, as a possible cause to her symptoms, requesting during the same visit to have them extracted, although advised not to because the teeth were healthy. After this procedure, as expected, the situation remained unchanged, until properly diagnosed ten months later. During this time, she visited several doctors, without success. Finally she had an appointment at Hospital de São João's neurology wing. During this consultation she had a Computer Tomography scan and a Magnetic

Resonance Image done, with which the cerebral neof ormation was excluded, rising a suspicion of a compression of the glossopharyngeal nerve. The patient was then medicated with carbamazepine and hidantine, until the day of the procedure. She remained asymptomatic for five years. At the present time, she complains about a burning, but tolerable pain. Nevertheless, she remains medicated with carbamazepine and gabapentine.

Discussion:

The patient has a peculiar presentation of the glossopharyngeal neuralgia, because she has a continuous pain without trigger points. After the surgical procedure there was no more symptomatology driving us to the conclusion of being in the presence of glossopharyngeal neuralgia. The current presence of pain can be due to a relapse.

Conclusion:

Glossopharyngeal neuralgia is a very hard disease to cope with, with major setbacks to the patient's life quality. Moreover, it is easily disguised by several other pathologies, such as Temporomandibular Disorders, among others. It is up to the Medical Dentist, to conduct detailed studies of these disorders, in order to avoid prolonged and unnecessary suffering.

Key Words: Neuropathic pain, Glossopharyngeal neuralgia, Syncope, Vaguglossopharyngeal neuralgia, Atypical facial pain, Temporomandibular disorders

Introdução

Introdução:

A sensação desagradável que varia de desconforto leve a excruciante, isto é, a dor é um dos principais motivos por que os doentes procuram serviços de saúde. A dor na região orofacial pode ser um factor de preocupação para o doente, na medida em que, normalmente, afecta importantes funções fisiológicas como mastigar, deglutir, falar e rir. O problema da dor orofacial é o desafio em diagnosticá-la⁽¹⁾. A dor mais prevalente nesta região é a dor dentária, seguida de distúrbios temporomandibulares. No entanto, existe uma quantidade de condições que podem provocar dor nesta área como a nevralgia do glossofaríngeo, e assim, o diagnóstico passa a ser necessariamente, diferencial⁽¹⁾.

O objectivo deste trabalho é estabelecer a importância de um diagnóstico correcto de forma a evitar a vivência do doente com um diagnóstico incerto e o impacto negativo que este tem na sua vida⁽²⁾. Neste caso, a patologia estudada será a Nevralgia do Glossofaríngeo (NG) que muitas vezes é mascarada como distúrbio temporomandibular, e que devido á sua sintomatologia, o médico dentista é normalmente o primeiro profissional de saúde a ser procurado pelo indivíduo afectado. As causas desta patologia poderão ser graves, além da sua penosa sintomatologia, logo, o médico dentista deverá saber avaliar bem o seu doente de forma a encaminhá-lo para os especialistas indicados⁽²⁾.

A dor orofacial pode dividir-se nas seguintes categorias:

Fig.1 – Esquematização da dor orofacial ^(1,3)

Dor músculo-esquelética				
Distúrbios dos Músculos Mastigatórios	Dor Miofascial	Miosite	Mialgia localizada	Mioespasmo
Distúrbios de interferência do disco articular	Deslocamento do disco com redução	Deslocamento do disco sem redução		
Distúrbios inflamatórios da articulação temporomandibular	Sinovite/Capsulite	Retrodiscite	Osteoartrite	

Dor Neuropática

Episódica	Nevralgia do Trigémio	Nevralgia do Glossofaríngeo		
Contínua	Nevralgia Herpética	Nevralgia pós-herpética	Nevralgia traumática	

Dor Vascular

Arterite de Células Gigantes	Dissecção da artéria Carótida
------------------------------	-------------------------------

Dor Neurovascular

Enxaqueca	Cefaleia em salva	Hemicrania paroxística Crónica
-----------	-------------------	--------------------------------

Dor Idioática

Dor facial atípica	Dor dentária atípica	Síndrome da boca ardente
--------------------	----------------------	--------------------------

Outras patologias que podem causar dor orofacial

Patologias locais	Dor referida (patologias distantes)	Doenças Sistémicas
-------------------	-------------------------------------	--------------------

Causas de ordem psicológica

Distúrbios de somatização	Distúrbios facticiosos	Simulação de doença
---------------------------	------------------------	---------------------

A nevrálgia do glossofaríngeo é uma nevrálgia paroxística de prevalência muito baixa quando comparada com outras nevrálgias, como a do Trigémio (NT)^(3,4). A sua forma sintomática foi descrita pela primeira vez por Weinsenberg em 1910, devida a um tumor do ângulo pontico-cerebeloso, Harris em 1921 descreveu a forma idiopática e designou-a como Nevralgia do Glossofaríngeo⁽⁵⁾. A NG caracteriza-se por uma dor repentina intensa tipo choque, recorrente, que

afecta a região das amígdalas, a parte posterior da faringe, base da língua, ângulo da mandíbula e ouvido^(6,7). Actividades como deglutir, sobretudo bebidas frias, mastigar, falar, tossir, rotação da cabeça e espirrar podem ser pontos gatilho. No entanto, pode haver um atraso de cerca de ½ minuto entre o estímulo e a resposta dolorosa^(3,6,8). Homens e Mulheres são igualmente afectados, a idade mais comum da NG é a partir dos 50 anos e o nervo esquerdo costuma ser o mais afectado⁽⁶⁾. As crises duram entre segundos a minutos (máx.2min) e podem ocorrer longos períodos de tempo sem que voltem a acontecer, porém com o tempo as crises tendem a ser mais frequentes e dolorosas⁽⁶⁾. Em geral após um período de dor intensa, existe um intervalo durante o qual a dor não pode ser induzida (Período refractário)⁽³⁾. Como a dor pode ser desencadeada por actos como mastigar e deglutir, o doente tende a evitar estas acções, havendo uma perda de peso⁽⁶⁾.

Esta condição não costuma apresentar alterações sensoriais ou efeitos musculares, a não ser, as fortes contracções induzidas pela dor e como tal alguma fadiga muscular⁽³⁾.

Após resolvidas as crises dolorosas não é comum haver dor residual, embora alguns doentes se queixem de uma dor constante, mas suportável⁽³⁾.

Esta nevralgia pode estar associada a síncope, apesar de rara. Gardner em 1963 propôs uma teoria para este fenómeno, segundo o qual as sinapses formadas entre os nervos glossofaríngeo e vago são activadas por um fenómeno de irritabilidade sensorial resultando em bradicardia, resistência vascular periférica, possivelmente mediadas pelo nervo vago e barorreceptores carotídeos, respectivamente^(8 e 9). Os doentes podem apresentar convulsões, revirar os olhos, como consequências da hipoxia cerebral causada pela bradicardia ou assístole, pelo que não deve ser confundida com um episódio epiléptico, porque os fenómenos aqui mencionados são precipitados pela dor⁽³²⁾.

A NG pode ter uma variedade de causas, podendo estar associada a tumores do ângulo pântico-cerebeloso, tumores orofaríngeos, ossificação do ligamento estilóide, aneurismas, esclerose múltipla, enfarte medular, malformações vasculares. Muitas vezes a NG presumidamente idiopática, tem como causa, apenas descoberta durante cirurgia, compressão da raiz do nervo glossofaríngeo e vagal por um papiloma de plexo coróide e por vários graus de compressão arterial^(4,5,6,7,12,13,14,15,16,17).

A mielina ao nível da raiz do nervo é ainda do tipo central e assim confere resistência ao nervo relativamente aos estímulos mecânicos⁽⁶⁾. Contudo, as causas desta patologia são lesões de

compressão na sua maioria e como tal causam uma irritação mecânica constante na raiz do nervo. A compressão provavelmente causa torção mecânica das fibras e secundariamente desmielinização, devida a isquemia microvascular^(6,16). Estas alterações podem diminuir significativamente o limiar de excitabilidade e promover uma propagação inapropriada de conexões entre fibras nervosas adjacentes com desmielinização focal (propagação efática). Esta conexão pode ser uma das possíveis razões para a existência de síncope nestes doentes, devido á conexão efática entre fibras do nervo glossofaríngeo e vago⁽¹⁵⁾. Devido á existência desta propagação efática, os sinais tácteis que vêm das fibras mielínicas rápidas (A-Beta) podem activar directamente as fibras nociceptivas lentas (A-Delta) e produzir descargas repetitivas de alta frequência responsáveis pela típica dor lancinante provocada por um estímulo táctil. Após uns breves segundos a minutos após a crise segue-se o período refractário⁽⁶⁾.

Pensa-se também que os períodos de remissão se devem á presença de remielinização^(3,6,16,18). A desmielinização da raiz nervosa do nervo glossofaríngeo explica a existência de NG em indivíduos com esclerose múltipla, já que placas escleróticas foram encontradas neste local^(3,16).

Quanto á compressão vascular, os vasos normalmente mais envolvidos são as artérias, em especial a artéria cerebelar posterior inferior (PICA) seguindo-se a artéria cerebelar anterior inferior (AICA) a artéria vertebral (AV)^(4,19,20,21,22).

Esta nevralgia apresenta uma sintomatologia que diminui drasticamente a qualidade de vida do doente e, como tal, quanto mais cedo o seu diagnóstico melhor. Mais uma razão para o médico dentista conhecer bem as causas de dor facial, mesmo as não dentárias⁽²³⁾.

A dor mastigatória é uma dor que permite mascarar esta nevralgia. Contudo, esta dor é mais suportável, contínua, mal localizada, por vezes pode ter uma componente lancinante ou mesmo de ardor. Porém é consistente com demandas funcionais e não será intermitente ou despoletada por certos estímulos. A nevralgia não é acompanhada de disfunção a não ser a fadiga muscular associada á contracção muscular devida às crises paroxísticas, ou a influência inibitória do medo da dor. A dor associada a distúrbios temporomandibulares apresenta-se muitas vezes como uma dor referida e dor muscular cíclica^(1,3,24,25,26).

O tratamento da NG passa por ser inicialmente farmacológico com acompanhamento psicológico e quando o indivíduo começa a ser resistente á medicação, sofrer de alergias ou mesmo ter dificuldades em lidar com os efeitos secundários desta, segue-se a opção cirúrgica. A terapêutica

farmacológica passa pelo uso de fármacos anti-epilépticos como a carbamazepina, a oxcarbamazepina, fenitoína, gabapentina, pregablina, lamotrigina, lamotrizina e topiramato. As mais usadas deste grupo são a carbamazepina e gabapentina, muitas vezes em associação, contudo os efeitos adversos destas como cansaço, tonturas, diplopia tornam difícil o uso destas pelos doentes. Em geral os opióides não surtem grande efeito nesta doença, porém estudos recentes mostram casos em que os doentes tiveram alívio da dor^(6,14,27).

As opções cirúrgicas passam pela microdescompressão vascular, em que se separam as artérias ou veias do nervo que estão a comprimir, colocando entre estes uma almofada de politetrafluoretileno (teflon®). Outro tipo de cirurgia poderá ser a rizotomia percutânea e por fim a radiocirurgia *gamma knife*. De todas, a que apresenta melhor taxa de sucesso é a microdescompressão vascular. No entanto, poderão existir sequelas pós-operatórias como assimetria facial, hipoacusia, rouquidão, disfagia ou diplopia, sendo que a maioria destas complicações desaparecem a longo prazo^(13,14,15,21,22,28,29,30).

Os exames pré-operatórios são muito importantes de forma a conseguir-se observar-se bem qual a localização da compressão do nervo. Os exames mais indicados são a ressonância magnética nuclear cerebral (RMN), a ressonância magnética nuclear com contraste e o Rx com contraste. Poderá usar-se também um balão para diagnóstico da nevrálgia do glossofaríngeo que funciona como um microcatéter. Este permite o acesso a artérias de pequeno calibre. O diagnóstico faz-se ao insuflar o balão verificando-se se existe, ou não, uma crise de NG. Desta forma conclui-se se o vaso em questão será de facto o responsável pela NG^(21,29,30,31).

Caso Clínico

Caso clínico:

Mulher de 51 anos refere dor do terço posterior e externo da língua do lado esquerdo com irradiação para a orofaringe e ângulo da mandíbula ipsilaterais, sensação de queimadura agonizante que a incomoda apenas durante o dia e com a qual já não consegue lidar.

A dor iniciou-se repentinamente em 1999. A doente apresenta um quadro atípico, na medida em que não refere dor com os tradicionais pontos gatilho, sendo uma dor contínua com períodos de agudização. A doente dirigiu-se ao médico de família, que a enviou para o médico dentista. Na consulta de medicina dentária a doente queixou-se que talvez fossem os molares que a incomodassem e lhe causassem tal dor. O médico dentista fez um rx a esses dentes, não havendo sinal de patologia, porém a doente insistiu em extrair os dentes. Desta forma foram-lhe extraídos os molares e a dor continuou.

Durante cerca de 10 meses passou por vários médicos de clínica geral e um neurologista que não conseguiram efectuar nenhum diagnóstico. Após exclusão de neoformação oral e depois de terem sido efectuadas várias extracções, sem qualquer melhoria do quadro clínico foi encaminhada para Neurocirurgia no Hospital de S. João.

Nesta consulta foi efectuada uma tomografia computadorizada (TC) e RMN cerebral, que excluíram lesões expansivas a nível intercraniano, não se descartando o contacto vascular com o nervo glossofaríngeo. Foi medicada com carbamazepina e hidantina. Como a dor se mantinha, não respondendo à medicação, foi marcada uma cirurgia de microdescompressão vascular. O neurocirurgião do Hospital de São João operou a doente a 27 de Janeiro de 1999. O acesso escolhido pelo neurocirurgião foi o retrocerebeloso que consistiu no seguinte:

Colocou-se a doente em posição de semisentada com a cabeça rodada para o lado da lesão. Craniotomia occipital até individualizar o seio transversal e o seio sigmoide. Abertura da dura mater em C ou C invertido e afastamento medial do hemisfério cerebeloso. Abertura da cisterna dos nervos cranianos baixos, identificação do nervo glossofaríngeo e da ansa vascular que o comprime, seguido de dissecação dos mesmos e interposição de uma pequena placa de teflon®, entre o nervo e a ansa vascular. Colocação de cola biológica sobre o nervo, a ansa vascular e a placa de teflon®. Posterior encerramento por planos.

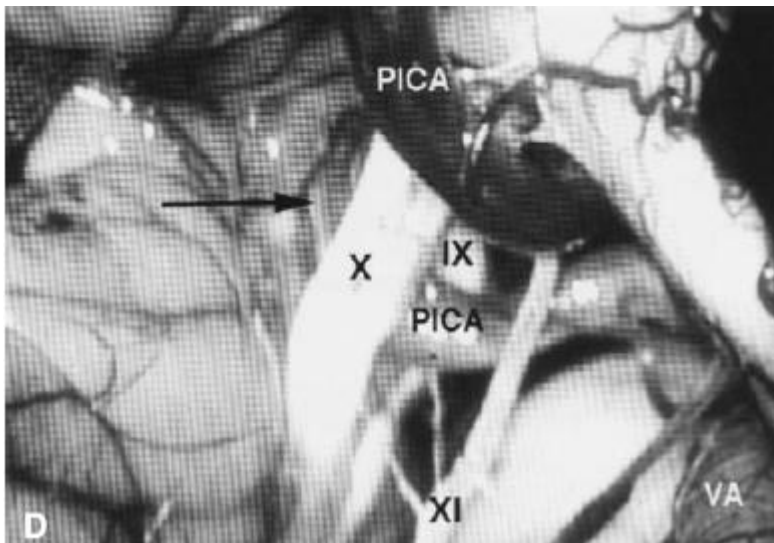


Fig.2 - Imagem intra-operatória ilustrativa da compressão do nervo glossofaríngeo pela artéria cerebelar posterior inferior, a mesma da doente⁽²²⁾

A doente após a cirurgia teve perda de visão, melhorando algumas horas depois da cirurgia. Hoje em dia, queixa-se de ligeira hipoacusia do lado esquerdo e rouquidão. Esta rouquidão não deverá ter valor significativo, visto que entretanto foi operada à tiróide, podendo ter havido uma lesão do nervo laríngeo recorrente.

A doente durante 5 anos manteve-se assintomática. Entretanto, a dor reapareceu, com intensidade menor. A doente está então, medicada com carbamazepina (600mg) 3 vezes ao dia e gabapentina (400mg) duas vezes ao dia.



Fig.3 – Face actual da doente



Fig.4 – Língua sem lesão clínica evidente

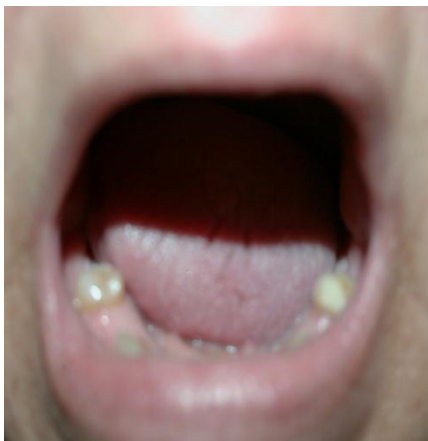


Fig.5 - Desdentada posterior



Fig.6 – Medicação actual

Discussão

Discussão:

Com este caso clínico consegue perceber-se como de facto um doente pode sofrer até lhe diagnosticarem a patologia que o aflige. Esta doente confirma a literatura acerca de doentes com dor neuropática e a sua procura incessante por um diagnóstico, recorrendo em primeiro lugar ao médico de família e ao seu médico dentista. O facto de estes geralmente não lhes darem uma causa certa ou darem uma explicação parcial, deixa o doente ansioso. A demora até encontrar um diagnóstico preciso faz com que o doente comece a criar o seu próprio diagnóstico levando a um elevado estado de preocupação, aumentando assim, os níveis de ansiedade e às vezes uma exacerbação da sintomatologia⁽²⁾.

O diagnóstico diferencial dos vários tipos de dor e suas causas é desta forma fundamental. Saber distinguir uma dor dentária, de uma dor tipo mastigatória heterotópica ou uma dor nevrálgica mascarada por um distúrbio temporomandibular pode ser um verdadeiro desafio⁽¹⁾.

Neste caso a NG encaixa-se na dor neuropática episódica que se caracteriza por períodos de completa remissão entre episódios, e a dor tipo choque eléctrico, paroxística, sendo estas características muito importantes na diferenciação de uma dor neuropática contínua que apresenta períodos de elevada ou baixa intensidade e uma dor somática profunda.⁽³⁾

A dor nevrálgica é uma dor que se projecta ao longo do curso de nervo, estimulada por pontos gatilho, havendo uma ligação anatómica entre o estímulo e a dor. Apresenta uma característica muito própria, o período refractário (intervalo após o crise durante o qual não pode ser induzida dor)⁽³⁾.

A dor na região oral é normalmente associada a problema dentário. Esta dor pode simular a dor nevrálgica, e testes como a percussão de um dente podem iniciar uma dor paroxística sentida no dente. A melhor forma de diferenciá-lo será questionar o doente com as seguintes perguntas^(3,32):

1. A dor aumenta com bebidas quentes/frias (Atenção a NG normalmente é despoletada com bebidas frias)
2. A dor é palpitante e ocorre espontaneamente?
3. A dor acorda-o durante a noite?

A NG pode ser muito facilmente confundida como NT, afinal os sintomas são semelhantes e a terapêutica é a mesma. Contudo existem formas de diferenciá-las, mesmo no indivíduo que apresente simultaneamente. A localização do estímulo para o desencadear da dor é diferente bem como a irradiação da dor e como tal a distinção pode ser feita da seguinte forma:

- Mandar o doente morder uma espátula de madeira (vulgo abaixa línguas), o que minimiza o estímulo das estruturas trigeminais, porém a dor mantém-se caso seja NG pois os movimentos da língua e a deglutição são pontos gatilho desta.
- A aplicação de anestesia tópica (capsaicina) na mucosa faríngea resolve a dor da neuralgia do glossofaríngeo, mantendo a trigeminal⁽³⁾.

- Efectuar o diagnóstico diferencial com a neuralgia do ramo auriculotemporal do nervo trigémico que pode ser muito parecida com a NG. A diferença entre elas faz-se por bloqueio deste ramo^(3,33).
- Outra neuralgia que poderá confundir-se com a NG será a neuralgia do nervo intermédio (VII), que apresenta uma sintomatologia muito semelhante como dor no ouvido, por vezes língua e palato mole. O diagnóstico diferencial destas duas neuralgias faz-se do seguinte modo:
 - ✓ Anestesia tópica no canal auditivo externo – bloqueia a dor do nervo intermédio⁽³⁾.

A neuralgia do nervo laríngeo superior também pode mimetizar a NG uma vez que é uma dor periódica, unilateral, submandibular, porém irradia para o olho ou ombro. Os pontos gatilho são comuns, deglutir, virar a cabeça, com predominância do espirrar na neuralgia do nervo laríngeo superior. Os indivíduos com esta patologia sofrem de um irresistível impulso de deglutir. As crises podem ser associados a uma tosse incontrolável. As crises têm uma duração de poucos minutos e ocorrem 10 a 30 vezes por dia com menor ou maior duração. Assim, o conhecimento dos sintomas de ambas as neuralgias é essencial para diferenciá-las^(3,6).

Todas estas neuralgias podem mimetizar distúrbios temporomandibulares.

A dor mastigatória é uma dor induzida por movimentos mandibulares como o mastigar, deglutir, bocejar, acções que funcionam como pontos gatilho para a NG, daí o doente associar a dor a problema oral e a sua ida ao médico dentista. Além de que a dor mastigatória também provoca dor no ouvido e ângulo da mandíbula como a NG. Todavia, a dor mastigatória é uma dor mal definida, fastidiosa, por vezes pontuada por uma dor lancinante, aguda e/ou ardência. É uma dor contínua, não despoletada por estímulos e induz dor referida e muscular cíclica. Esta tal como a NG não é resolvida por bloqueio anestésico local, porque os nervos que medeiam a dor da articulação ou dos músculos mastigatórios não são anestesiados⁽³⁾.

Como podemos então diferenciá-las?^(3, 24)

- A dor mastigatória diminui com a imobilização da mandíbula, o que não acontece com a NG em que há movimentos da língua e a deglutição despoletam a dor
- A dor miofascial é referida como uma dor em que os pontos gatilho não têm conexão neurológica, por exemplo uma dor iniciada por um ponto gatilho no trapézio, que é enervado pelo nervo XI, pode ser referida para a testa, enervada pelo nervo V
- A dor miofascial pode estar associada à sensação de tumefacção, entorpecimento e rigidez muscular. A dor, normalmente constante pode flutuar em intensidade e mudar de local anatómico. O doente pode apresentar hiperémia e eritema associados. Estão também descritos casos de fotofobia e fonofobia
- Os pontos gatilho da dor miofascial quando activos são dolorosos à palpação. Espontaneamente referem dor e sintomas relacionados com o sistema nervoso autónomo, reproduzindo características padrão para cada músculo
- Os pontos gatilho da dor miofascial quando latentes encontram-se localmente frágeis, mas não produzem dor referida

- A dor mastigatória tem características de dor somática profunda
- A dor mastigatória não desaparece com anestesia tópica da mucosa faríngea
- A anestesia da articulação e/ou dos músculos mastigatórios não elimina a dor nevrálgica do glossofaríngeo
- Terapia medicamentosa com carbamazepina como diagnóstico diferencial

A dor provocada por uma capsulite/ sinovite ou retrodiscite também pode apresentar-se agudizante. Esta piora durante os movimentos de cinemática mandibular. Neste tipo de condições pode ocorrer edema flutuante, o que diminui a capacidade do doente em ocluir os dentes posteriores ipsilaterais⁽²⁴⁾.

O Síndrome de Eagle(SE) pode mimetizar a NG. Este síndrome pode provocar uma compressão do nervo glossofaríngeo por um alongamento da apófise estilóide ou ossificação do ligamento estilóide. A dor deste síndrome é persistente. Caracteriza-se por dor do pescoço e garganta, disfagia, otalgia e sensação de corpo estranho. Contudo, a dor do SE é exacerbada com a rotação do pescoço para o lado contralateral, com o deglutir, bocejar e protruir a língua tal como a NG. O diagnóstico diferencial pode ser efectuado por meio de exames complementares como a TC e Rx em que se pode observar um alongamento da apófise estilóide ou ossificação do ligamento estilóide. Caso o alongamento da apófise estilóide seja bilateral, os doentes queixam-se de dor unilateral do pescoço. A indução dos sintomas pode ser provocada por palpação da fossa amigdalina do doente e há um alívio da dor com anestésico local⁽¹⁾.

Dores neuropáticas contínuas como a dor pós-herpética e a neuralgia traumática são resistentes a vários tratamentos. Por norma são acompanhadas por fenómenos de dor tipo ardor, alodínia e hiperalgesia⁽¹⁾.

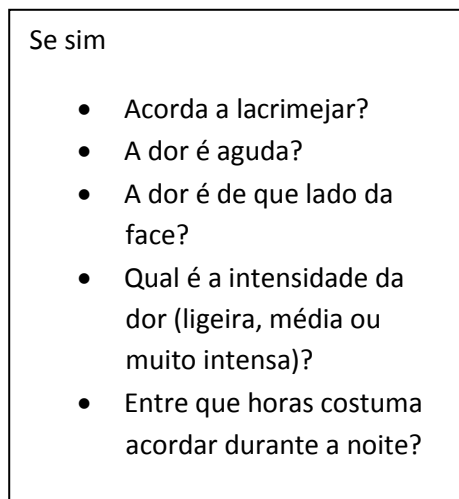
Existem patologias sistémicas que têm uma sintomatologia semelhante à NG, nomeadamente a esclerose múltipla, a osteoporose, tumores nasofaríngeos, pulmonares, do pescoço e do ângulo pôntico cerebeloso^(3,7,9,26,34,35,36). A esclerose múltipla pode ter como sintoma inicial a dor nevrálgica^(3,34,26). A sua fisiopatologia é semelhante à da NG, isto é, as placas escleróticas encontram-se na raiz da entrada do nervo glossofaríngeo, provocando desmielinização do nervo e posterior conexão efática^(3,34). Um doente que apresente neuralgia bilateral ou neuralgia com idade entre os 20-40 anos deve ser logo encaminhado para neurologia⁽³⁾.

O cancro do pescoço é outra patologia grave que apresenta sintomatologia idêntica à NG. Quando esta está presente, a doença tem já um mau prognóstico. Quando uma expansão tumoral na zona do pescoço provoca NG, nos momentos a seguir à crise o doente pode apresentar diaforése, extremidades frias, vertigens, culminado em desmaio⁽⁷⁾.

A forma como a anamnese é executada é muito importante nestes doentes. Uma das perguntas a colocar será se a dor o acorda durante a noite, porque a NG raramente provoca este tipo de sintomatologia, que acontece mais em dores neurovasculares (em que o doente pode acordar a lacrimejar), dor aguda dentária, por vezes dor miofascial devido à tensão muscular. Este acordar normalmente decorre entre a meia-noite e as duas da manhã, período em que há uma diminuição do limiar doloroso⁽³⁷⁾.

Nesta perspectiva, existe um conjunto de questões que é essencial para efectuar um diagnóstico diferencial^(26,37):

1. A dor ocorre em crises?
2. A maioria das crises é de curta duração (seg. a min)?
3. Alguma vez teve crises de dor extrema?
4. De que lado da face se iniciam as crises
5. As crises ocorrem em que zonas da face?
6. A dor está limitada a um local?
7. Tem sintomas como vertigens, fotofobia?
8. Alguma vez desmaiou devido à dor?
9. A dor está presente durante todo o dia?
10. A dor acorda-o durante a noite?



Deve questionar-se muito bem o doente acerca do tipo de dor, porque uma dor paroxística, pode ser descrita pelo doente como uma dor contínua, devido à frequência das crises. A dor contínua no doente com neuralgia do glossofaríngeo pode acontecer, mas em princípio se ocorrer será uma dor relacionada com a fadiga muscular provocada pelas crises dolorosas⁽²⁴⁾.

A doente do caso clínico nunca sofreu de síncope, sintoma raro da NG. Contudo, quando este acontecimento ocorre durante a crise paroxística, podendo haver assístole, passa a ser necessária a implantação de um pacemaker. Este é ainda um tema controverso na literatura, na medida em que há autores que afirmam que deverá ser colocado o mais rápido possível, até que ocorra a cirurgia, outros preferem melhorar a medicação, pois afirmam que uma vez controlada a dor não ocorrerão mais episódios de arritmia ou assístole^(10 e 11).

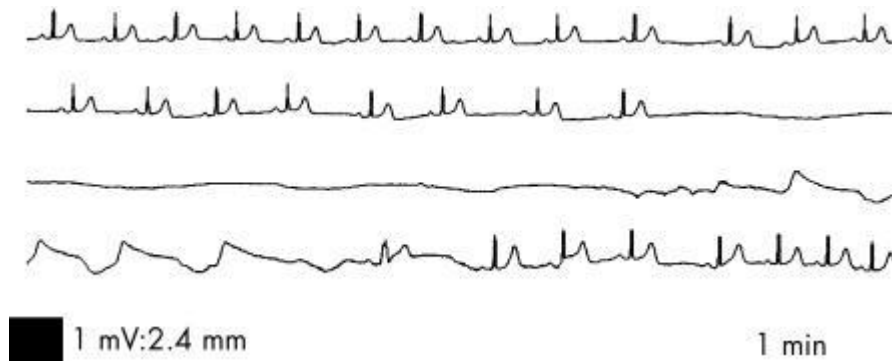


Fig.7 – Assistolia de 26 segundos durante crise de nevrálgia do glossofaríngeo.⁽¹⁰⁾

A medicação da doente até à cirurgia foi a carbamazepina e hidantina (terapêutica mais comum). A microdescompressão vascular foi a técnica cirúrgica escolhida, visto ser a cirurgia de eleição quando o doente se torna resistente à medicação. Durante a cirurgia confirmou-se a compressão vascular, que era da responsabilidade da artéria cerebelar posterior inferior confirmando as estatísticas da literatura, como sendo o vaso mais frequentemente envolvido^(13,15,19,21,22).

Actualmente a doente queixa-se de hipoacusia que é uma das possíveis sequelas descritas na literatura para esta cirurgia. Concluiu-se também, que cerca de 90,3% dos doentes deixam de ter sintomatologia. Contudo, 9,7% queixam-se de reaparecimento de dor, mais suportável, embora tenham que ser novamente medicados, que é o caso desta doente⁽²⁸⁾. O sucesso desta cirurgia depende dos padrões da compressão vascular, que por vezes é de difícil visualização, principalmente quando o contacto é venoso^(21,22,28).

Devido ao reaparecimento da sintomatologia pode pôr-se a hipótese de uma recidiva. Na medida, em que é possível haver um deslocamento da placa de teflon®.

Conclusão

Conclusão:

O facto de a doente ter recorrido ao médico dentista e ter o impulso de extrair os dentes, mesmo não apresentando qualquer tipo de patologia dentária (pulpar, periodontal) e tê-lo conseguido, demonstra a importância de o médico dentista compreender a dor neuropática. O atraso no seu tratamento e as perdas dentárias desnecessárias são consequências que embora frequentes, devem ser evitadas.

Referências

Neuralgia do Glossofaríngeo e Distúrbios Temporomandibulares: Diagnóstico Diferencial

1. Sarlani E., Grace E. Orofacial pain part 1: Assessment and Management of Musculoskeletal and Neuropathic Causes. AACN Clinical Issues. 2005;16(3):333-346
2. Durham J., Wassel R., Exley C. Living with Uncertainty: Temporomandibular Disorders. Journal Dental Research. 2010
3. Okeson J. Bell's Orofacial Pain. Chapter 17:402-415. Quintessence books; 1995.
4. Moretti R., Torre P., Antonello R., Bava A., Cazzato G. Gabapentin treatment of glossopharyngeal neuralgia: a follow up of four years of a single case. European Journal of pain. 2002;6:403-407
5. Evans R., Torelli P., Manzoni G. Glossopharyngeal Neuralgia. Headache Journal. 2006; 46:1200-1202
6. Simone R., Ranieri A., Bilo L., Fiorillo C., Bonavita V. Cranial neuralgias: from physiopathology to pharmacological treatment. Neurologic Science. 2008;29: S69-S78
7. Ribeiro R., Amorim de Souza N., Carvalho D. Glossopharyngeal neuralgia with syncope as a sign of neck cancer recurrence. Arquivos de Neuropsiquiatria. 2007 ; 65(4-B): 1233-1236
8. Korkes H., Brollo L., Andrade J. *et al.* Cardiac syncope induced by glossopharyngeal neuralgia: a rare presentation. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2005
9. Córdoba A., *et al.* Rev. Esp. Cardiologia. 2001;54:649-651
10. Takaya N., Sumiyoshi M., Nakata Y. Prolonged cardiac arrest caused by glossopharyngeal neuralgia. Heart. 2003; 89:377-381
11. Korkes H. *et al.* Cardiac Syncope induced by glossopharyngeal neuralgia.
12. Warren H., Kotsenas A., Czervionke L. Trigeminal and concurrent glossopharyngeal neuralgia secondary to lateral medullary infarction. J. Neuroradiol. 2006Mar; 27:705-707
13. Horowitz M. *et al.* Trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: two orofacial pain syndromes encountered by dentists. JADA. 2004;135:1427-1433
14. Teixeira M., Siqueira S., Bor-Seng-Shu E. Glossopharyngeal neuralgia: neurosurgical treatment and differential diagnosis. Acta Neurochirurgica. 2008.
15. Nishikawa Y., Suzuki M., Kuwata N., Ogawa A. Microvascular decompression for treating glossopharyngeal neuralgia complicated by sick sinus syndrome. Acta Neurochirurgica. 2000; 142:351-352
16. Mc Carron, Bone I., J. Glossopharyngeal neuralgia referred from a pontine lesion. Cephalalgia. 1999;19:115-7
17. Ferroli P., Franzini A., Pluderi M., Broggi G. Vaguglossopharyngeal neuralgia caused by a neuroma of vagal rootlets. Acta Neurochirurgica. 1999;141: 897-898
18. Bennet G. Neuropathic pain in the orofacial region: clinical and research challenges. Journal of Orofacial Pain. 2004;18(4):281-286
19. Amthor K., Eide P. Glossopharyngeal neuralgia. AJR Am J Roentgenol.. 2008 Aug; 191(2):578-81
20. Hitawatashi A. *et al.* MRI of glossopharyngeal neuralgia caused by neurovascular compression. Medicina (Kaunas). 2004;40(10):943-8
21. Karibe H. *et al.* Preoperative visualization of microvascular compression of cranial nerve IX using constructive interference in steady state magnetic resonance imaging in glossopharyngeal neuralgia. Journal of Clinical Neuroscience. 2004; 11(6):679-681

22. Matsushima T. *et al.* Surgical Treatment of glossopharyngeal neuralgia as vascular compression syndrome via transcondilar fossa (supracondylar transjugular tubercle) approach. *Acta Neurochirurgica*. 2000 ; 142:1359-1363
23. Heither GM. Comparison of two patients with similar facial pain complaints of dental and non-dental etiologies. *J Can Dent Association*. 1992, September; 58(9):752-5
24. Graff-Radford S. Facial pain. *The Neurologist*. 2009, July; 15(4):171-177
25. Brain and Spine Foundation. Face pain, a guide for patients and carers. *A Brain and Spine Disorders Booklet*. 2002
26. Cornelissen P. *et al.* Persistent idiopathic facial pain. *Pain Practice*. 2009; 9(6):443-448
27. Kouzaki Y. *et al.* Opioid effectiveness for neuropathic pain in a patient with glossopharyngeal neuralgia. *Rinsho Shinkeigaku*. 2009 jun;49(6):364-9
28. Ferroli P. *et al.* Microvascular decompression for glossopharyngeal neuralgia: a long-term retrospective review of the Milan-Bologna experience in 31 consecutive cases. *Acta Neurochir*. 2009;151:1245-1250
29. Gaul C., Hastreiter P., Duncker A., Naraghi R. Improvement of diagnosis and treatment of glossopharyngeal neuralgia. *Schmerz*. 2008 Feb; 22(1):141-6
30. Teixeira MJ, Siqueira SR., Bor-Seng-Shu E. Glossopharyngeal neuralgia: neurosurgical treatment and differential diagnosis. *Acta Neurochir*. 2008 May; 150 (5):471-5
31. Hasegawa S. *et al.* Usefulness of balloon test occlusion in the diagnosis of glossopharyngeal neuralgia. *Neurol Med Chir*. 2008;48:163-166
32. Wrigh E., North S. Management and treatment of temporomandibular disorders: a clinical perspective. *The Journal of Manual e Manipulative Therapy*. 17(4):247-254
33. Murayama R., Stuginski-Barbosa J., Moraes N., Speciali J. Toothache referred from auriculotemporal neuralgia: case report. *International Endodontic Journal*. 2009;42:845-851
34. Carrieri P., Montella S., Petracca M. Glossopharyngeal neuralgia as onset of multiple sclerosis
35. Siddhatha G. *et al.* Ondine's curse with accompanying trigeminal and glossopharyngeal neuralgia secondary to medullary telangiectasia. *Neurocrit Care* . 2010;12:395-399
36. Agrawal A. *et al.* Glossopharyngeal schwannoma: diagnostic and therapeutic aspects. *Singapore Med J*. 2007; 48(7): 181-185
37. Benoliel R. *et al.* Self-reports of pain-related awakenings in persistent orofacial pain patients. *Journal of Orofacial Pain*. 2009; 23(4):331-338
38. Sampson J. *et al.* Microvascular Decompression for Glossopharyngeal Neuralgia: Long-term effectiveness and complication avoidance. *Neurosurgery*. 2004 April; 54(4):884-890
39. Marinho J. *et al.* Differential diagnosis in atypical facial pain: a clinical study. *Arq. Neuro-psiquiatria*. 2007;65(2)
40. Yap L., Pothula V., Lesser T. Microvascular Decompression of cochleovestibular nerve. *Eur Arch Otrhinolaryngol*. 2008;265:861-869
41. Savica R., Laganà A., Calabró RS., Casella C., Musolino R. Vagoglossopharyngeal neuralgia: a rare case of syncope responding to pregablin. *Cephalalgia*. 2007;27:566-567
42. Tanrikululu L. *et al.* Intraoperative three-dimensional visualization in microvascular decompression. *J Neurosurgery*. 2007;107:1137-1143

43. Yomo S. *et al.* Gamma Knife surgery for glossopharyngeal neuralgia. *J. Neurosurgery.* 2009;110:559-563
44. Tjakkes GH. *et al.* A patient with glossopharyngeal neuralgia: a (un)known trap. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2008 May;115(5):263-5
45. Esaki T. *et al.* Surgical management for glossopharyngeal neuralgia associated with cardiac syncope: two cases report. *J Neurosurgery.* 2009
46. Giza E., *et al.* Glossopharyngeal neuralgia with cardiac syncope: an idiopathic case treated with carbamazepine and duloxetine. *European Journal of Neurology.* 2008;15:38-39
47. Cairns B. Pathophysiology of TMD pain – Basic mechanisms and their implications for pharmacotherapy. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2010;10:1365-2842
48. Berg J., Dupont P., Schoenen J. Glossopharyngeal neuralgia triggered by non-noxious stimuli at multiple cephalic and extracephalic sites. *Cephalgia.* 2009;29:1174-1179
49. Mauritis K. *et al.* Time courses of Myofascial Temporomandibular Disorder complaints during a 12-month follow-up period. *Journal of Orofacial Pain.* 2009;23(4):345-352
50. Kilpatrick S. Craniofacial Neural Disorders: A guide for diagnosis and management. *The Journal of Craniomandibular Practice.* 2004 October; 22(4):304-313

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais por toda a formação moral e académica concedida. Agradeço em especial à minha mãe por toda uma vida dedicada à formação das filhas e que teria todo o gosto em poder estar presente para ver o resultado de toda a sua entrega. Agradeço à minha irmã por toda a sua amizade. Agradeço ao Miguel por toda a paciência e ajuda. Agradeço ao Professor Doutor Carlos Pinho por toda a sua ajuda e dedicação na elaboração desta tese. Agradeço ao Dr. António Vilarinho por me ter cedido este caso e por toda a ajuda no que diz respeito a assuntos da área da neurocirurgia. Agradeço por fim, mas não por último, a todos os professores que contribuíram para a minha formação académica e pessoal, colegas e funcionários que me acompanharam durante todos estes cinco anos.