



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

THAIANY MARIA FERREIRA DE CARVALHO

SÍNDROME TRÓFICA TRIGEMINAL: RELATO DE CASO

FORTALEZA

2018

THAIANY MARIA FERREIRA DE CARVALHO

SÍNDROME TRÓFICA TRIGEMINAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido à coordenação do curso de
Odontologia da Universidade Federal do
Ceará como parte dos requisitos parciais
para a obtenção do grau de bacharel em
Odontologia.

Área de Concentração: Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Orientador: Prof. Dr. Henrique Clasen Scarparo

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C1s CARVALHO, THAIANY MARIA FERREIRA DE.
SÍNDROME TRÓFICA TRIGEMINAL: RELATO DE CASO / THAIANY MARIA FERREIRA DE
CARVALHO. – 2018.
24 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Henrique Clasen Scarparo.

1. Síndrome trófica trigeminal. 2. Tratamento . I. Título.

CDD 617.6

THAIANY MARIA FERREIRA DE CARVALHO

SÍNDROME TRÓFICA TRIGEMINAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso submetido à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Henrique Clasen Scarparo (Orientador)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Prof. Alexandre Simões Nogueira
Professor Adjunto Odontologia da FFOE / UFC
Professor da Universidade de Fortaleza

Roniele Lima dos Santos
Residente de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUWC / UFC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por me dado o dom da vida. À minha mãe e ao meu pai, Francisca Carvalho e Raimundo Carvalho, por serem meus principais exemplos de como seguir no caminho certo, por terem me dado amor e educação, por confiarem em mim e, apesar de todas as dificuldades, sempre me darem apoio e motivação.

Aos meus irmãos, por serem meus amigos e pelo apoio. Especificamente, ao Emanuel Carvalho por ser meu apoio emocional, por ser meu melhor amigo, pela paciência, amor e atenção. Ao Douglas Carvalho, por ser exemplo de garra e perseverança, por todo o amor e por me ensinar a ser um a pessoa melhor. Ao Francisco Carvalho por ser minha fonte de inspiração, meu exemplo de honestidade, por todo o ensinamento diário e por todo seu amor.

As minhas amigas que começaram essa caminhada acadêmica comigo, Elizabeth Gomes, Fernanda Farias, Ana Paula e Patrícia por dividirem comigo as dificuldades e por todos os momentos felizes que passamos juntas.

Aos meus amigos Márcia da Silva, Felipe Martins, Narlana Vasconcelos e Fiana Teófilo, pelos momentos felizes, pelo apoio nas dificuldades e pelo companheirismo.

Aos meus colegas de turma, em especial à minha dupla Yasmim Santos, e à Larissa, Sabrina, Matheus Vieira, Rodrigo, Celina, Priscila, Osias, Helane, Amanda Maria, Matheus Vasconcelos e Mateus Plutarco que foram de suma importância para minha graduação, pelas quais carrego um carinho imenso.

Ao meu orientador Dr. Henrique Clasen por ser exemplo de profissionalismo e sabedoria, pela orientação e conhecimento.

À Dra. Walda Viana, e a todos do CEDEFAM, por todo carinho e ensinamento.

Ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia do HUWC, por me acolherem, me proporcionar momentos de muita aprendizagem e alegrias. Em especial ao Dr. Eduardo por ter sido meu preceptor, ao Roniele Lima e a Barbara Betty por todo apoio, ensinamento e amizade.

O meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	6
2. ABSTRACT.....	7
3. INTRODUÇÃO.....	8
4. RELATO DE CASO.....	11
5. DISCUSSÃO.....	12
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
7. REFERÊNCIAS.....	17
8. TABELAS.....	19
9. LEGENDA DAS FIGURAS.....	20
10. FIGURAS.....	21

RESUMO

A síndrome trófica trigeminal (STT) é uma causa rara de ulcerações crônicas na face que ocorrem nas áreas de inervação do nervo trigêmeo, em especial a asa do nariz. Sua abordagem clínica envolve duas razões desafiadoras, uma na dificuldade de diagnóstico pela quantidade de diagnósticos diferenciais, outra na terapêutica pela dificuldade resolutive por serem ulcerações autoinduzidas de difícil controle. O presente trabalho descreve uma paciente com uma complicação decorrente STT após rizotomia trigeminal unilateral, a qual é classicamente caracterizada pela tríade de anestesia, parestesia e ulcerações crônicas envolvendo a pele da face e a mucosa da asa nasal. Após tentativas diagnósticas frustrantes e mutilantes para eliminar a possibilidade de malignidade e infecção, foi possível, com base na história médica, aplicar uma forma de terapia não invasiva à base de cuidados locais e aplicação de laser onde mostrou significativa melhoria e controle da ulceração. Diante de uma história que associe a rizotomia ou ablação do nervo trigêmeo com simultânea ocorrência de úlceras periféricas resistentes à cicatrização na asa do nariz, qualquer conduta diagnóstica mais invasiva deve acontecer após o descarte da possibilidade da STT.

Palavras-chave: Síndrome trófica trigeminal, Tratamento

ABSTRACT

The trigeminal trophic syndrome (STT) is a rare cause of chronic ulcers in the face that occur in the areas of innervation of the trigeminal nerve, especially the wing of the nose. Its clinical approach involves two challenging reasons, one in the difficulty of diagnosis by the number of differential diagnoses, another in the therapeutics due to the resolution problem because they are self-induced ulcerations of difficult control. The present work describes a patient with a complication resulting from STT after unilateral trigeminal rhizotomy, which is classically characterized by the triad of anesthesia, paresthesia and chronic ulcerations involving the skin of the face and the nasal mucosa. After frustrating and mutilating diagnostic attempts to eliminate the possibility of malignancy and infection, it was possible, based on medical history, to apply a form of noninvasive therapy based on local care and laser application where it showed significant improvement and control of ulceration. Faced with a history that associates trigeminal nerve rhizotomy or ablation with simultaneous occurrence of peripheral ulcers that are resistant to healing in the nose wing, any more invasive diagnostic procedure should occur after the possibility of STT is discarded.

Keywords: Trigeminal trophic syndrome, treatment

INTRODUÇÃO

A síndrome Trófica Trigeminal (STT) foi descrita à primeira vez por Adolf Wallenberg em 1895 em um paciente com infarto medular lateral^{1,2}, e foi caracterizado pelo aparecimento de uma ou mais ulcerações faciais, estritamente unilaterais no território de inervação do nervo trigêmeo (NT). Sua localização característica é a asa nasal, mas também pode afetar a região frontal, couro cabeludo, boca e outras áreas. Ocorre em geral após danos aos ramos do núcleo sensitivo do nervo trigêmeo, frequentemente após procedimentos ablativos usados no tratamento da neuralgia do trigêmeo ou após um acidente vascular cerebral. A ulceração decorrente da STT é auto-induzida, secundária à manipulação traumática de uma área com sensação alterada.² Parestesias, disestesias ou coceira neuropática, seja pós-AVC, podem contribuir para um desconforto grave e incessante que desencadeia uma resposta às arranhaduras, juntamente com a anestesia devido ao dano no nervo trigêmeo, resulta em desfiguração da manipulação indolor.³ O período de latência entre o dano das fibras nervosas sensoriais e o aparecimento das lesões pode variar de semanas a décadas.²

O diagnóstico da STT ocorre pela história médica e por exclusão. O exame histopatológico não tem especificidade, pois revelará apenas úlcera crônica inespecífica, sem evidências neoplásicas, granulomatosas, vasculites ou processos infecciosos, dermatites, mostrando as várias suposições diagnósticas diferenciais¹. Na suspeita da ocorrência de STT, antes de manipulações invasivas é fundamental que a história médica seja explorada dando especial atenção às informações envolvendo quadros neurológicos, o que pode levar à suspeita de STT.

O diagnóstico diferencial da STT inclui várias doenças que se manifestam como úlceras faciais, como carcinoma de células escamosas, carcinoma basocelular,

infecções, vasculite, pioderma gangrenoso e dermatite factícia (DF)¹. A maioria destes quadros clínicos deve ser descartada por biópsia e estudos microbiológicos. Tanto a STT quanto a DF são secundárias à manipulação das lesões, mas diferentemente da DF, a STT é unilateral e sempre apresenta dano neurológico subjacente. Este dano nervoso está ausente em DF onde os sintomas psiquiátricos são predominantes.¹

O tratamento para essa condição é desafiador e geralmente requer uma abordagem multidisciplinar e deve centrar-se na modificação comportamental destinada a reduzir o trauma auto-induzido. O reconhecimento e a percepção do paciente sobre o comportamento específico responsável pela destruição tecidual são fundamentais para a melhora, sendo empregado um tratamento que consiste principalmente na educação do paciente para evitar a manipulação das lesões e medidas locais.³

Curativos oclusivos também podem impedir o manuseio e a perpetuação das lesões cutâneas pelos pacientes. Outras modalidades de tratamento relatadas incluem curativos com hidrocoloide, estimulação elétrica nervosa transcutânea, cirurgia plástica com retalhos inervados e terapia com ferida por pressão negativa. A farmacoterapia com carbamazepina, amitriptilina, diazepam, clorpromazina e pimozida tem sido usada com resultados variados.⁴

Apresenta-se como uma doença rara que foi relatada em pouco mais de cem oportunidades na literatura. A fisiopatologia das lesões ainda não é completamente conhecida, e as opções terapêuticas são limitadas.³

Mediante isso, o presente trabalho aborda um relato de caso, embasado por uma revisão de literatura onde foram utilizados os seguintes descritores: “trigeminal”, “trophic”, “syndrome” e “treatment” na base de dados PUBMED, BIREME, onde surgiram 137 artigos. Foram excluídos 6 artigos por não se tratarem em estudos em

humanos, restando 131 artigos, destes 104 foram excluídos por terem mais de 5 anos de publicação, restando 27 artigos, destes 6 artigos foram excluídos apresentarem o texto completo disponível no acervo do portal de periódicos da capes, sendo 21 artigos selecionados para leitura de resumos, destes 16 artigos foram excluídos por não abordarem o tema proposto, restando 5 artigos (Figura 1) incluídos para análise e construção da tabela 1.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, feoderma, com a queixa de ulceração e sangramento persistente na narina esquerda resistente à cicatrização (Imagem 1), classicamente caracterizada pela tríade de anestesia, parestesia e ulcerações crônicas envolvendo a pele e a mucosa da asa nasal. Associado a isso, apresentava histórico de neuralgia do quinto par de nervos cranianos, onde foi submetida a rizotomia trigeminal unilateral. A paciente fazia uso de cloridrato de oximetazolina à 0,05% (vasoconstrictor descongestionante). A Paciente já havia procurado outros profissionais, no entanto não obteve sucesso no tratamento.

Ao exame clínico paciente apresentava ulceração em região de mucosa nasal, associada a parestesia facial e anestesia na região de asa de narina esquerda. O exame imaginológico, não evidenciava nada digno de nota. Paciente foi submetida à biópsia para exame histopatológico a fim de que fosse descartado qualquer indicio de malignidade da lesão. O resultado do exame evidenciou apenas tecido inflamatório. Após a evolução do quadro da paciente desenvolveu infecção grave com perda de substância na região ulcerada na asa de nariz (Imagem 2).

Após tentativas diagnósticas frustrantes e mutilantes para eliminar a possibilidade de malignidade e infecção, foi possível, com base na história médica, aplicar uma forma de terapia não invasiva à base de cuidados locais, com carbamazepina e aplicação de laser onde mostrou significativa melhoria e controle da ulceração (Imagens 3 e 4).

DISCUSSÃO

A STT é um distúrbio cutâneo caracterizado por surgimento de lesões ulceradas no território de inervação do nervo trigêmeo (NT), muitas vezes descrita como uma tríade composta de anestesia trigeminal, parestesias faciais e ulceração de asa do nariz. Raramente, há acometimento das três divisões do NT, tendo preferência pelo segundo ramo do nervo trigêmeo, nervo maxilar. O NT pode ser acometido em seu trajeto central ou periférico, mas é o gânglio de Gasser a porção mais comumente envolvida. Há relatos de casos idiopáticos, porém a etiologia mais frequentemente relatada são as lesões iatrogênicas para tratamento de neuralgia do trigêmeo (rizotomia por radiofrequência ou alcoolização); outras causas menos comuns incluem: infarto do tronco cerebral, tumores intracranianos (meningiomas, neurinomas do acústico, astrocitomas), herpes zóster, seringobulbia, insuficiência vertebrobasilar, encefalites e traumatismos cranianos. O período de latência entre os danos das fibras nervosas sensoriais e o surgimento das lesões variam de semanas a décadas, e acomete preferencialmente sexo feminino, em uma prevalência de 2:1.²

Para completar o exame de lesões cutâneas com perda de substância sob dermoscopia, pode ser interessante considerar não apenas a profundidade (que diferencia as erosões superficiais das ulcerações dérmicas profundas), mas acrescentar outras características dermatoscópicas, tais como: o tamanho; a borda ou contorno (forma, cor, presença ou não de bordas poligonais, geométricas, anguladas ou lineares, sugerindo uma causa factícia); o tipo da base da úlcera (cor, relevo); exsudação (hemorrágica ou não) ou sangramento; crostas (marrom, amarelo, hemorrágico).³

Durante revisão foi observado que o reconhecimento e a percepção do paciente sobre o comportamento específico responsável pela destruição tecidual são fundamentais para a melhora. A conscientização sobre a natureza auto-induzida da

úlceras e a associação de barreiras mecânicas, como a placa facial para proteger a área afetada da manipulação, luvas de proteção, bandagem dos dedos, auxiliam no de cicatrização evitando a recidiva da lesão, prevenindo de outros traumas.⁴

A associação de antibióticos tópicos e/ou sistêmicos devem ser empregados para a fim de controle de infecções secundárias das úlceras (sempre que possível, com a escolha guiada por cultura).³

A presença da coceira neuropática facial que desencadeia o quadro de ulceração, associar a maioria das condições são estados crônicos de coceira acompanhados por outras características sensoriais (parestésias, hiperestesia, hipoestesia) em uma distribuição que pode sugerir o local da lesão, podendo ser decorrente de acidentes vasculares isquêmicos medulares laterais, podendo levar a síndrome do nervo trigêmeo, que gera ao paciente hipoestesia resultando em arranhões ao ponto de auto-lesão. O mecanismo de prurido pós-acidente vascular cerebral não é claro, mas estruturas modulatórias centrais interrompidas podem estar envolvidas para produzir sensibilização central.¹²

O impacto da coceira na qualidade de vida dos pacientes é significativo; um estudo indicou que o prurido crônico tem impacto comparável ao da dor crônica. A terapia medicamentosa visa reduzir as alterações sensitivas e evitar distúrbios comportamentais compulsivos, tentando impedir a manipulação facial. Diversas são as medicações utilizadas: carbamazepina, diazepam, amitriptilina, clorpromazina, clonazepam.¹²

No presente caso, verificou-se a utilização da carbamazepina no tratamento coadjuvante da STT. Nisto, a literatura fundamenta que a carbamazepina, ou outro tipo de fármaco antiepiléptico, é eficaz na neuralgia do trigêmeo, porém não existem

evidências da sua eficácia sobre outros tipos de dor neuropática. A carbamazepina bloqueia os canais de sódio controlados por voltagem, sendo levemente mais potente no bloqueio dos canais Na_v1.8 do que Na_v1.7 e Na_v1.3; acredita-se que todos esses subtipos de canais sejam estejam supra regulados na lesão neurológica e contribuam para a sensação de dor. Em concentrações elevadas, inibe os canais de cálcio ativados por voltagem.⁹

Suplementação de vitamina B, estimulação elétrica transcutânea facial e radiação ionizante também já foram descritas.²

Visando estimular o processo cicatricial, no caso descrito foi utilizada a laserterapia de baixa potência, que mediante fundamentação literária, quando aplicada sobre feridas cutâneas é capaz de promover como principais efeitos fisiológicos resolução antiinflamatória, neoangiogênese, proliferação epitelial e de fibroblastos, síntese e deposição de colágeno, revascularização e contração da ferida. Os comprimentos de onda compreendidos entre 632,8 e 1000nm seguem como aqueles que apresentam resultados mais satisfatórios no processo de cicatrização tecidual.¹¹

Cirurgia plástica reconstrutora é utilizada para correção de defeitos, em especial da asa do nariz. A utilização de retalhos inervados ou retalhos não inervados devem ser usados para reconstrução ainda é bastante controversa, ainda sem garantia se que este seria o procedimento ideal, no entanto a avaliação da condição e do tamanho do defeito dermatológico associado, é importante avaliar a necessidade do uso de enxertos livres, visando reduzir e reestabelecer a estrutura perdida⁶.

Palanisany et al. (2017), aborda que o tratamento deve centrar-se na modificação comportamental destinada a reduzir o trauma auto-induzido, apresentando um caso que foi tratado com sucesso com aconselhamento, curativos oclusivos e carbamazepina.

Castro et al. (2017) aborda um tratamento com curativos locais com hidrogel e curativos hidrocolóides oclusivos; proteção, prevenção rigorosa do manuseio das úlceras e uso de luvas de proteção durante a noite, resultando em uma evolução subsequente favorável, com completa reepitelização das lesões.

Pichard et al. (2014) afirma que o reconhecimento e a percepção do paciente sobre o comportamento específico responsável pela destruição tecidual são fundamentais para a melhora. O paciente apresentado pelo mesmo autor foi educado sobre a natureza auto-induzida da úlcera e foi tratado com uma placa facial para proteger a área afetada da manipulação.

Osaki et al. (2013) aborda que as opções de tratamento relatadas até agora partem da modificação comportamental, intervenção farmacêutica, instalação de um protetor, estimulação transcutânea do nervo e reparo cirúrgico. Já o uso de retalhos inervados ou retalhos não inervados devem ser usados para o reparo cirúrgico, permanece controverso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

História médica como informação subjacente a úlceras persistentes nas regiões de inervação do nervo trigêmeo é uma forte suspeita de Síndrome Trófica Trigeminal (STT). A conduta terapêutica empregada mostrou evidências de melhoria e controle da lesão. Entretanto, os cuidados locais e estímulos como laser devem ser entendidos como uma contribuição favorável à cicatrização, juntamente com a conscientização do papel do próprio paciente no seu devido controle e não uma cura definitiva.

REFERÊNCIAS

- 1- Palanisamy A, Rajappavu SD, Kothandapany S. Trigeminal trophic syndrome. *An Bras Dermatol.* 2017;92(4):593-4.
- 2- Siqueira JM, Belo JTA. Trigeminal Trophic Syndrome – Case Report and Literature Review *Arq Bras Neurocir* 2015;34:49–52.
- 3- Gómez de Castro C, Vázquez-López F, García-García B, Requena López S, Pérez Oliva N. Trigeminal trophic syndrome simulating rodent ulcer basal cell carcinoma: a new clinico-dermoscopic approach. *An Bras Dermatol.* 2017;92(5 Suppl 1): 148-50.
- 4- Dominique C. Pichard, MD and Edward W. Cowen, MD, MHSc Trigeminal Trophic Syndrome After Stroke *Mayo Clin Proc.* 2014 Sep;89(9):e87-8. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.10.038.
- 5- Yang C.C., Tolpinrud W.L., Grossman M.E. Trigeminal trophic syndrome secondary to recurrent meningioma (2014) *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70 (5) , pp. e110-e111.
- 6- Osaki Y, Kubo T, Minami K, Maeda D. Trigeminal Trophic Syndrome: Report of 2 Cases. *Eplasty.* 2013;13:e60.
- 7- K. Hufschmidt, J. Fernandez, T. Balaguer, D. Fontaine, B. Chignon-Sicard, Traitement de l’ulcération neurotrophique après alcoolisation du ganglion de Gasser dans l’atteinte du nerf trijumeau: cas clinique et revue de la littérature, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, Volume 62, Issue 1, 2017, Pages 79-86, ISSN 0294-1260.
- 8- Gusmão Sebastião, Magaldi Marcelo, Arantes Aluizio. Rizotomia trigeminal por radiofrequência para tratamento da neuralgia do trigêmeo: resultados e modificação técnica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2003 June [cited 2018 June 16] ; 61(2B): 434-440.
- 9- Rang, H. P; Dale, M; Rang & Dale: farmacologia; [tradução de Tatiana Ferreira Robaina et l.] Elsevier - Rio de Janeiro, 2012.

10- Gusmão, S; Magaldi, M; Arantes, A; Rizotomia trigeminal por radiofrequência para tratamento da neuralgia do trigêmeo. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(2-B):434-440.

11- Andrade FSSD, Clark RMO, Ferreira ML. Efeitos da laserterapia de baixa potência na cicatrização de feridas cutâneas. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2014;41(2).

12- Dhand, A; Aminoff M.J; A neurologia da coceira; *Cérebro*, Volume 137, Edição 2, 1 de fevereiro de 2014, páginas 313–322.

13- Pichard, DC; Cowen, EW; Síndrome Trófica Trófica Após Acidente Vascular Cerebral. *Mayo Clin Proc.* 2014 setembro; 89 (9): e87-e88.

TABELAS

Tabela 1. Revisão de literatura dos últimos 05 anos sobre síndrome trófica trigeminal.

<i>Autor</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Localização</i>	<i>Tratamento</i>
<i>Palanisany et al., 2017</i>	M	80	Lado esquerdo couro cabeludo	Curativos oclusivos, antibióticos tópicos e carbamazepina
<i>Castro et al., 2017</i>	M	84	Região supraorbitária e área paranasal esquerda	Curativos locais com hidrogel e hidrocolóides oclusivos; uso de luvas de proteção durante a noite.
<i>Pichard et al., 2014</i>	M	53	Asa de nariz direita	Educado sobre a natureza auto-induzida da úlcera e uso de placa facial
<i>Yang et al., 2014</i>	M	45	Temporal esquerdo e área lateral de narina esquerda	NI
<i>Osaki et al., 2013</i>	F	62	Asa nasal e mucosa nasal esquerda	Reconstrução nasal com enxerto
<i>Osaki et al., 2013</i>	F	79	Asa nasal e assoalho de narina esquerda	Reconstrução nasal com enxerto, uso de protetor facial

Idade em anos, e NI: não informado

LEGENDA DAS FIGURAS

Figura 1. Revisão de literatura

Figura 2. Aspécto clínico intra nasal

Figura 3. Aspécto clínico facial

Figura 4. Aspécto clínico pós-tratamento

Figura 5. Aspécto clínico intra-nasal pós tratamento

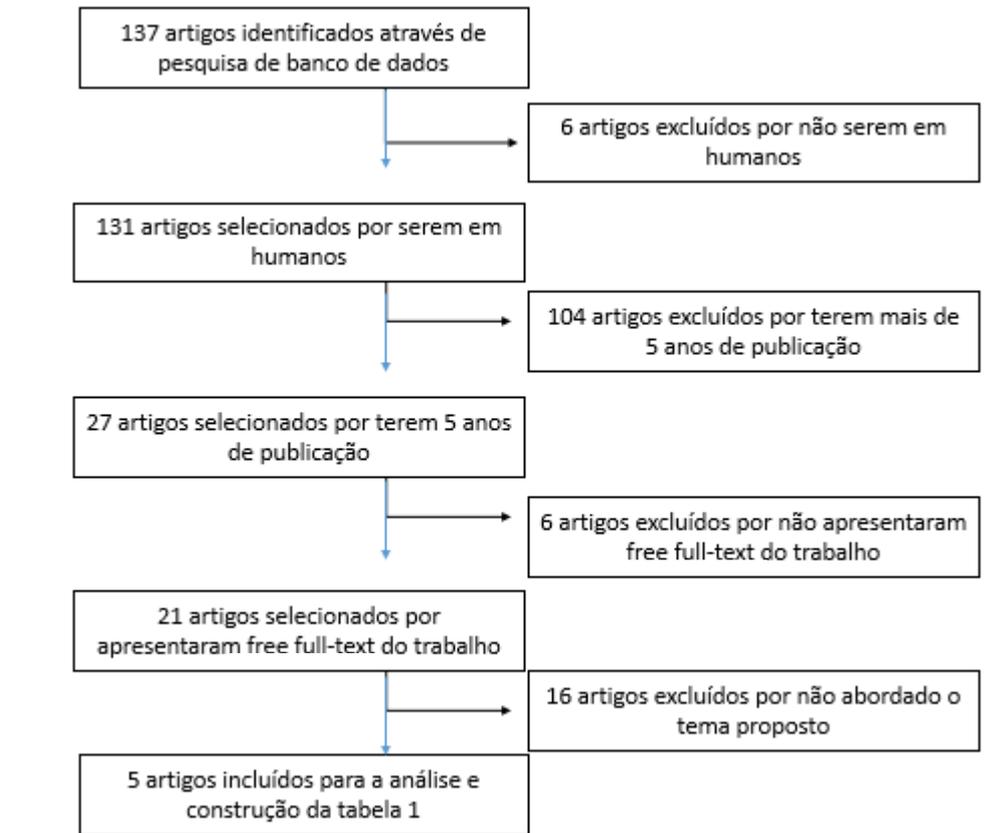
FIGURAS**Figura 1.** Revisão de literatura

Figura 2. Aspecto clínico intra nasal.



Figura 3. Aspecto clínico facial



Figura 4. Aspecto clínico pós-tratamento.

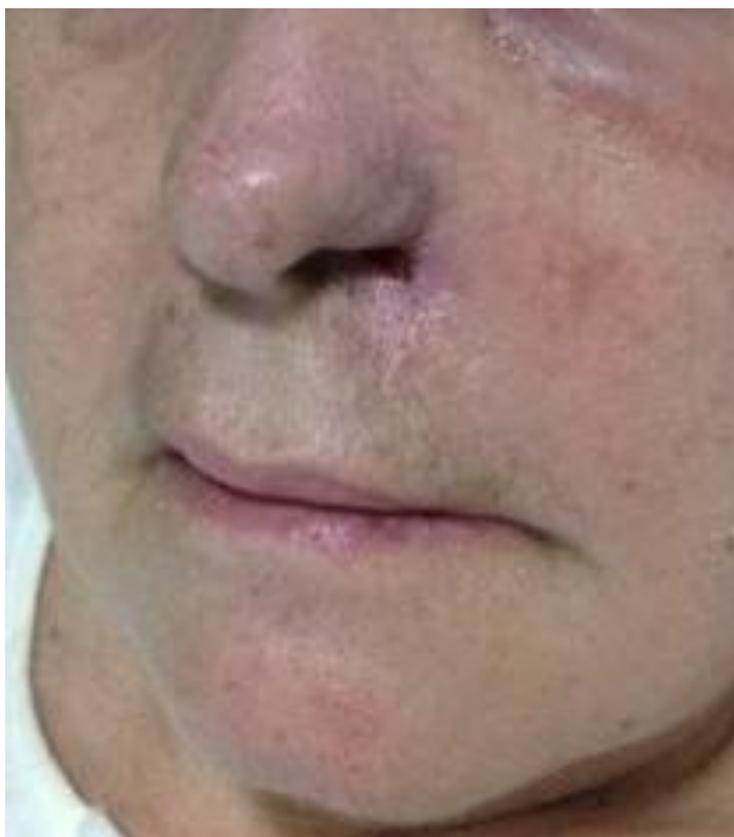


Figura 5. Aspecto clínico intra-nasal pós tratamento

