

Bolna neuropatija lingvalnog živca

DUŠKA ŠKLEBAR^{1,5} i IVAN ŠKLEBAR^{2,3,4,5}

¹Klinička bolnica Merkur, Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac, Zagreb, ²Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Zagreb, ³Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, ⁴Hrvatsko katoličko sveučilište, Zagreb i ⁵Veleučilište u Bjelovaru, Bjelovar, Hrvatska

Prikazan je slučaj šezdesetdvostručne bolesnice s karakterističnom kliničkom slikom kronične neuropatske orofacijalne boli u inervacijskom području lingvalnog živca. Medicinska dokumentacija pokazuje da je bolesnica tijekom šestogodišnjeg liječenja učinila brojne kliničke preglede kao i laboratorijske, ultrazvučne, radiološke, neuroradiološke i endoskopske pretrage u cilju pronalaženja mogućeg patološkog procesa u podlozi neuropatske boli. Upotrebom različitih analgetika i koanalgetika postignuta je tek djelomična analgezija. Razlozi za to mogu se pripisati nedostatku dobre komunikacije s bolesnicom, nedostatku definiranih lako primjenjivih dijagnostičkih kriterija i metoda, nedostatnoj edukaciji o boli u dodiplomskoj nastavi, te nedostatku analgetika i koanalgetika koji bi bili učinkovitiji, sigurniji i s manje nuspojave. Još jednu od značajnih prepreka donosi i neusklađenost terapijskih algoritama i smjernica za propisivanje lijekova stručnih društava i propisa nacionalnog zavoda za zdravstveno osiguranje.

KLJUČNE RIJEČI: neuralgija lingvalnog živca, bolna neuropatija lingvalnog živca, dijagnostika orofacijalne boli, liječenje neuropatske orofacijalne boli

ADRESA ZA DOPISIVANJE: Prim. dr. sc. Duška Šklebar, dr. med.
Klinička bolnica Merkur
Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac
Dugi dol 4a
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: dsklebar@gmail.com

UVOD

Kronična neuropatska orofacijalna bol može biti simptom širokoga spektra bolesti, a može kao idiopatska, postojati i samostalno, bez drugih kliničkih znakova ili simptoma, uz uredne radiološke i/ili laboratorijske nalaze.

Neuropatija lingvalnog živca može se manifestirati osjećajem utrnulosti, disestezijama i/ili parestezijama u inervacijskom području živca (1), a zbog uske povezanosti s kordom timpani može nastati i poremećaj okusa, disgeuzija (2). Oštećenje lingvalnog živca može nastati kao komplikacija dentalnih ili kirurških postupaka ili biti uzrokovano infekcijom, različitim metaboličkim i toksičnim utjecajima ili posljedica nekih sistemskih bolesti (3). Dijagnostička je obrada često zahtjevna i dugotrajna, ponekad bez definitivne potvrde patofiziološkog mehanizma u podlozi bolnog sindroma. S druge strane, kronična bol općenito, a naročito

kronična neuropatska bol, osim tjelesne patnje, uzrokuje i emocionalne, psihološke i socijalne poremećaje i tako značajno utječe na kvalitetu života oboljele osobe.

PRIKAZ BOLESNICE

Slučaj koji opisujemo djelomično je rekonstruiran iz dostupne medicinske dokumentacije (prvih pet godina), a djelomično je rezultat prospektivnog praćenja. Bolesnica u dobi od šezdeset i dvije godine upućena je u Ambulantu za liječenje boli zbog povremenog osjećaja žarenja u lijevoj polovici jezika i području ispod jezika koji traje posljednjih pet godina. Ima povremene smetnje usnivanja i/ili prosnivanja, ali nisu vezane uz pojavu boli. Žvakanje, govor, smijanje i pranje zubi potiču ili pogoršavaju tegobe, a nesteroidni analgetici (ibuprofen 400-800 mg, diklofenak 50-150 mg) i paracetamol (300-500 mg) ne smanjuju ni otklanjaju bol. Kombinaciju tramadola i paracetamola (37,5 mg+ 325 mg) na-

kon kratkog vremena je prestala uzimati zbog nuspojava (osjećaja nestabilnosti u hodu). Pojavi spomenutih tegoba nije prethodila infekcija, trauma ni liječenje koje bi zahtijevalo upotrebu opće anestezije. Nastanak tegoba ne povezuje s eventualnim dentalnim postupcima u tom području, iako ne otklanja potpuno mogućnost da su prethodno provedeni uz upotrebu lokalnog anestetika. Tijekom života nije bila teže bolesna, zbog povremene egzacerbacije kroničnog gastritisa uzimala je pantoprazol 20-40 mg. Medicinska dokumentacija pokazuje da je bolesnica tijekom dijagnostičke obrade i liječenja učinila brojne kliničke preglede kao i laboratorijske, ultrazvučne, radiološke, neuroradiološke i endoskopske pretrage u cilju pronalaženja mogućeg patološkog procesa u podlozi neuropatske boli. Osam puta bila je na pregledu kod otorinolaringologa, četiri puta kod specijalista oralne patologije, četiri puta kod neurologa, dva puta kod psihijatra, dva puta kod gastroenterologa i maksilofacijalnog kirurga. Četiri puta učinjen je ultrazvuk žlijezda slinovnica, dva put laringoskopija, dva put gastroskopija s biopsijom, jednom biopsija jezika. Nije bilo eritema na sluznici usne šupljine i jezika, nije bilo edema, laceracije ni kontuzije. Motorička funkcija jezika bila je uredna, a osjet dodira u lijevoj polovici jezika promijenjen. Žalila se na osjećaj „drvenosti“ lijeve polovice jezika. Osjet okusa subjektivno nije bio promijenjen. MSCT kostiju glave bio je uredan, MR mozga s 3D-CISS i 3D-TOF angiografskim sekvencama pokazao je mikrovaskularne lezije u dubokoj bijeloj tvari periventrikularno obostrano. Na CISS sekvenci prikazani segmenti oba n. trigemina morfološki su urednog nalaza, bez vidljivog neurovaskularnog konflikta. Dvije godine od nastanka tegoba preporučeno joj je karbamazepin od 400 mg. Nakon tri mjeseca liječenja bolovi u lijevoj polovici jezika i ispod jezika bili su prema mišljenju bolesnice značajno ublaženi. Sljedeća tri mjeseca uzima karbamazepin od 600 mg. Prestaje ga uzimati, jer više ne osjeća pozitivno analgetsko djelovanje. Tri godine od početka simptoma specijalist oralne patologije postavlja dijagnozu neuralgije lingvalnog živca i preporučuje liječenje „blokodom lingualisa“ pet puta. U dostupnoj medicinskoj dokumentaciji nije naveden generički ni zaštićeni naziv upotrijebljenog lijeka. Nakon provedenog liječenja konstatira se „blaže poboljšanje“. Preporučuje se nastavak liječenja laserom deset puta i „neurobion ampulama“ dvanaest puta. Terapija je primijenjena intramuskularno. Vjerojatno se radi o ampulama koje sadrže 100 mg tiaminklorida, 100 mg piridoksinklorida i 1 mg cijanokobalamina, dostupnima na hrvatskom tržištu. Nakon provedenog liječenja bolovi i dalje traju, promjenjivog su intenziteta. Zbog sindroma kronične boli psihijatar preporučuje escitalopram 10 mg ujutro i diazepam 2 mg uvečer. Na kontrolnom pregledu nakon tri mjeseca uz diazepam 2 mg uvečer preporučuje duloksetin 60 mg ujutro dva tjedna, a zatim 120 mg. Zbog izostanka očekivanog djelovanja, nakon tri mjeseca

prestaje uzimati preporučenu terapiju. U medicinskoj dokumentaciji koja obuhvaća razdoblje od prvih pet godina liječenja nema podataka o upotrebi upitnika za probir vrste boli i intenziteta boli.

Gotovo šest godina od pojave tegoba javlja se u Ambulantu za bol. Intenzitet boli mjeren vizualno analognom ljestvicom (VAS) procjenjuje na 10/10, osobine boli upitnikom za probir na neuropatsku bol *pain Detect* (PD) 23/38 (4,5). Uvodi se amitriptilin 10 mg, zatim 25 mg, a kasnije 50 mg i provede tretman akupunkturom koji je sadržavao standardnu preskripciju hrvatskih autora uz dodatak točaka za sedaciju (4). Nakon završetka ciklusa akupunkture osjeća se značajno bolje, bol je manjeg intenziteta (VAS 4/10), atake manje učestalosti, san je zadovoljavajući, PD 20/38. U međuvremenu je prestala uzimati amitriptilin, jer se osjećala bolje. Nakon tri mjeseca zbog egzacerbacije boli (VAS 9/10) postepeno se uvodi gabapentin. Pri dozi od 900 mg odustaje od uzimanja lijeka zbog nuspojava pretežno kognitivne prirode. Ponovno je proveden ciklus akupunkture. Učestalost napadaja boli je manja, intenzitet boli je manji (VAS 5/10). Zbog povremenih intenzivnih napadaja boli uvede se tapentadol u dozi od 50 mg, uz mogućnost ponavljanja još jedne doze u slučaju potrebe. Predviđen je novi ciklus akupunkture.

RASPRAVA

Prema anamnestičkim podacima tegobe ove bolesnice potječu iz inervacijskog područja lingvalnog živca koji je ogranak živca mandibularisa, treće grane trigeminalnog živca. Lingvalni živac prenosi osjet iz prednje dvije trećine jezika i mukozne membrane dna usne šupljine, tonzila i frontalnog dijela desni donje čeljusti (2). Prolazi nedaleko lingvalne strane korijena donjih drugog i trećeg kutnjaka. Bliska povezanost lingvalnog živca i korteksa mandibule može biti razlog uklještenja živca (7), a više studija kao razlog povećane vulnerabilnosti živca navode veliku anatomsku varijabilnost njegovog smještaja (3,7-9). Oštećenje lingvalnog živca može nastati kao komplikacija ekstrakcije trećeg donjeg kutnjaka (9,10), lokalno apliciranog anestetika (mehaničko i kemijsko oštećenje) (11-14), nakon facijalnih kirurških zahvata uklanjanja tumora, osteotomije ili kao rezultat frakture mandibule. Može biti posljedica infekcije, metaboličkih poremećaja, kemoterapije i radioterapije. U novije se vrijeme češće navodi kao moguća komplikacija ugradnje zubnih implantata (15,16). Može nastati zbog kompresije i/ili istezanja živca tijekom izvođenja laringoskopije (17,18) i trahealne intubacije (19,20), istezanja jezika, upotrebe laringealne maske (21), lošeg položaja glave pri nekim kirurškim zahvatima (22), prejakog pritiska orofacijalne maske i hiperekstenzije vrata pri izvođenju anestezije ili reanimacije (17-19, 21,22). Kemijsko oštećenje živca može nastati kao po-

sljedica dentalnih postupaka pri kojima se koriste eugenol, alkohol, fenol i endodontski ispuni koji sadrže paraformaldehid (23).

Bol u inervacijskom području trigeminalnog živca prema nekim istraživanjima zahvaća od 4 do 13 osoba na 100 000 stanovnika (1,25,26). Učestalost raste s dobi, bolest je češća u žena (27). Incidencija trajnog oštećenja lingvalnog živca nakon ekstrakcije trećeg donjeg kutnjaka prema nekim studijama iznosi od 0,5 % do 2 %, a ovisi o iskustvu liječnika koji izvodi postupak, o izabranoj metodi liječenja i specifičnostima pojedinog bolesnika (28). Podatci o incidenciji oštećenja živca kao posljedice lokalne anestezije razlikuju se u studijama, od 1:175 000 postupaka (3), do 1:67 000 i 1:200 000 (10). Čimbenici rizika za nastanak oštećenja živca su neke anatomske varijante koje se odnose na smještaj i orijentaciju trećeg donjeg kutnjaka, životna dob iznad 35 godina i ženski spol (10). Dijagnostika i liječenje orofacijalne boli zahtijevaju multidisciplinarni pristup, pa bi racionalni postupak trebao uključiti ponajprije polazak od najjednostavnijeg, tj. anamneze i pregleda doktora dentalne medicine i utvrđivanja radi li se o odontogenoj ili neodontogenoj neuropatskoj boli. Ako se utvrdi da bolest zuba nije razlog neuralgije, trebalo bi modernim slikovnim metodama utvrditi radi li se o primarnoj ili o simptomatskoj neuralgiji. S obzirom da se bol zbog trigeminalne neuralgije smatra jednom od najjačih poznatih boli, neophodno je što ranije preporučiti adekvatno liječenje, kako bi biološka komponenta boli što manje inducirala psihološku i socijalnu komponentu, kao i *vice versa*. Osim navedenog, za uspjeh liječenja, neophodno je bolesniku objasniti mogućnosti i ograničenja lijekova koji se propisuju, a naročito kada može očekivati početak analgetskog djelovanja. U probiru neuropatske komponente boli od pomoći nam mogu biti standardizirani upitnici (LANSS, DN4, *pain Detect*) (4, 29-31) preporučeni od svjetskih (IASP, *International Association for the Study of Pain*) i europskih (EFNS, *European Federation of Neurological Societies*) udruženja koja se bave problematikom boli, od kojih neki imaju i svoju hrvatsku inačicu (*pain Detect*) (32,33). Valja napomenuti da su upitnici sredstva probira, a ne alat za postavljanje dijagnoze. Zlatni standard u postavljanju dijagnoze i dalje ostaje povijest bolesti, te klinički i neurološki pregled, dopunjeni modernim metodama slikovne i elektrofiziološke dijagnostike. To se poglavito odnosi na laboratorijske pretrage krvi, serološke testove, magnetsku rezonanciju i elektrofiziološko testiranje trigeminalnih refleksa (34,35). Ponekad je neophodno učiniti biopsiju kože ili živca.

Zbog složenosti biopsihosocijalnih komponenti boli liječenje je često ograničene učinkovitosti. Na raspolaganju su nam neinvazivne (farmakološke, psihološke i komplementarne) i invazivne (kirurške) metode (34). Izbor ovisi o tome radi li se o idiopatskoj ili simpto-

matskoj neuralgiji, učinkovitosti medikamentnog liječenja i spektru nuspojava. Kao prva linija liječenja preporučuje se karbamazepin u početnoj dozi od 100 do 200 mg dvaput na dan, uz postupno povećanje doze. U većini slučajeva učinkovite su doze od dvaput 300 mg do dvaput 400 mg, a u nekim slučajevima potrebna je maksimalna doza od 1200 mg/dan (36,37). U slučaju nepodnošenja karbamazepina može se pokušati okskarbamazepin. Za većinu bolesnika, uz postupnu titraciju, učinkovita je doza od dvaput 300 mg. U slučaju nepodnošenja ili refrakternosti na lijek može se pokušati s baklofenom ili lamotriginom kao dodatnom terapijom, uz postupnu titraciju doze. Unatoč nedovoljnom broju adekvatnih kliničkih studija, u praksi dobar učinak kod nekih bolesnika pokazuju pregabalin u dozi od 300 do 600 mg i gabapentin od 900 do 1800 mg. Iako bez uporišta u kliničkim studijama, ponekad se odlučujemo za upotrebu manjih doza opioidnih analgetika u slučajevima akutne egzacerbacije boli koja traje nekoliko dana ili tjedana, ili u početnoj fazi titracije terapije antikonvulzivima. Kod bolesnika refrakternih na medikamentno liječenje preporučuje se razmotriti optimalne opcije kirurškog liječenja. Neke studije ukazuju na razlike u pristupu liječenju boli između specijalista algologa i nespécialista. Za razliku od pokušaja utjecaja na pojedinačne simptome specijalisti se značajno češće odlučuju za ciljano liječenje, usklađeno s predmnijevanim patofiziološkim mehanizmom u podlozi neuropatske boli.

ZAKLJUČAK

Učestalost neuropatije lingvalnog živca nije velika, vrlo često je neprepoznata i neadekvatno liječena. Uzroci njenog nastanka mogu biti raznoliki, a najčešće su u vezi s izvođenjem dentalnih postupaka. Dijagnostička je obrada često zahtjevna i dugotrajna, a učinkovitost liječenja boli često ograničena. U svakodnevnoj kliničkoj praksi, u postavljanju dijagnoze ključna je uloga povijesti bolesti, te kliničkog i neurološkog pregleda dopunjenih slikovnim metodama. U određivanju prirode i intenziteta boli, te ocjeni učinkovitosti liječenja, od pomoći nam mogu biti standardizirani upitnici. Poboljšanje komunikacije s bolesnicima, definiranje u praksi lako primjenjivih dijagnostičkih kriterija i metoda, poboljšanje edukacije o boli u dodiplomskoj nastavi, razvoj učinkovitijih i sigurnijih analgetika i koanalgetika s manje nuspojava te usklađenost terapijskih algoritama i smjernica za propisivanje lijekova preporučenih od stručnih društava s propisima zdravstvenog osiguravatelja neke su od mogućnosti poboljšanja brige o bolesnicima s neuropatskom boli.

LITERATURA

1. Bašić Kes V, Zadro Matovina L. Accommodation to Diagnosis of Trigeminal Neuralgia. *Acta clinica Croatica* [Internet]. 01.03.2017. [pristupljeno 02.08.2018.];56.(1.):157-161. doi: <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.01.21>
2. Baehr M, Frotscher M. *Topical Diagnosis in Neurology*. Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag, 2005, 160.
3. Pogral MA, Thamby S. The etiology of altered sensation in the inferior alveolar, lingual and mental nerves as a result of dental treatment. *California Dent Assoc J* 1999; 27: 531-8.
4. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J* 2006; 15(Suppl 1): S17-S24.
5. Freyhagen R, Baron R, Goeckel U, Tolle TR. PainDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006; 22(10): 1911-20.
6. Ferković M, Tapalović M. *Akupunktura*. Zagreb: Školska knjiga; 1986.
7. Holzle FW. Anatomic position of the lingual nerve in the mandibular third molar region with special considerations of an atrophied mandibular crest: an anatomical study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30: 333-8.
8. Robinson PP, Loescher AR, Smith KG. A prospective, quantitative study on the clinical outcome of lingual nerve repair. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 2001; 38: 255-63.
9. Graff-Radford SB, Evans RW. Lingual Nerve Injury. *Headache* 2003; 43: 975-83.
10. Valmeseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Lingual nerve damage after third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90: 567-73.
11. Krafft TC, Hickel R. Clinical investigation into the incidence of direct damage to the lingual nerve caused by local anesthesia. *J Craniomaxillofac Surg* 1994; 22: 294-6.
12. Gentili F, Hudson AR, Hunter DA i sur. Nerve injection injury with local anesthetic agents: a light and electron microscope fluorescent microscopic and horseradish peroxidase study. *Neurosurgery* 1980; 6: 263-72.
13. Haas DA, Lennon D. A 212 year retrospective study reports of paresthesia following local anesthetic administration. *J Can Dent Assoc* 1995; 61: 961-7.
14. Haas DA. Localized complications from local anesthesia. *California Dent Assoc J* 1998; 26: 677-82.
15. Quirynen M, De Soete M, van Steenberghe D. Infectious risks for oral implants: A review of the literature. *Clin Oral Implants Res* 2002; 13: 1-19.
16. Klinge B, Hultin M, Berglundh T. Peri-implantitis. *Dent Clin North Am* 2005; 49: 661.
17. Silva DA, Colingo KA, Miller R. Lingual nerve injury following laryngoscopy. *Anesthesiology* 1992; 76: 650-1.
18. Gaut A, Williams M. Lingual nerve injury during suspension microlaryngoscopy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 669-71.
19. Loughman E. Lingual nerve injury following tracheal intubation. *Anaesth Intensive Care* 1983; 11: 171-2.
20. Alvira Gonzales J, Gay-Escoda C. Sensory disturbances of buccal and lingual nerve by muscle compression: A case report and review of the literature. *J Clin Exp Dent* 2016; 8(1): 93-6.
21. Ahmad NS, Yentis SM. Laryngeal mask airway and lingual nerve injury. *Anesthesia* 1996; 1: 707-8.
22. Winter R, Munro M. Lingual and Buccal Nerve Neuropathy in a Patient in the Prone Position: A Case Report. *Anesthesiology* 1989; 71: 452-4.
23. Le Banc JP, Epker BN. Serious inferior alveolar nerve dysesthesia after endodontic procedure. Report of three cases. *J Am Dent Assoc* 1984; 108: 605-9.
24. Matwychuk MJ. Diagnostic Challenges of Neuropathic Tooth Pain. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(8): 542-6.
25. Katusic S, Williams DB, Beard CM i sur. Epidemiology and clinical features of idiopathic trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: similarities and differences, Rochester, Minnesota, 1945-1984. *Neuroepidemiology* 1991; 10: 276-75.
26. MacDonald BK, Cockerell OC, Sander JW, Shorvon SD. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. *Brain* 2000; 123(4): 665.
27. Childs AM, Meaney JF, Ferrie CD, Holland PC. Neurovascular compression of the trigeminal and glossopharyngeal nerve: three case reports. *Arch Dis Child* 2000; 82: 311.
28. Zuniga JR, Chen N, Philips C. Chemosensory and somatosensory regeneration after lingual nerve repair in humans. *J Oral Maxillofacial Surg* 1997; 55: 2-13.
29. Bennet MJ, Attal N, Backonja M i sur. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain* 2007; 127: 199-203.
30. Bennet M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001 92: 147-57.
31. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H i sur. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114: 29-36.
32. Finnerup N, Haroutounian S, Kamerman P i sur. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016; 157: 1599-1606.
33. Cruccu G, Sommer C, Ananad P i sur. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009.
34. Bašić Kes V, Zavoreo I, Bosnar Puretić M i sur. Neuropathic pain. *Acta Clin Croat* 2009; 48: 359-65.
35. Cesarik M, Zavoreo I, Zadro-Matovina L, Papić M, Bašić Kes V. Effects of Trigeminal Nerve Dysfunction in Various Types of Headache. *Coll Antropol* 2016; 40: 177-81.
36. Demarin V, Bašić Kes V, Zavoreo I i sur. Recommendations for Neuropathic Pain Treatment. *Acta Clin Croat* 2008; 47(3): 181-91.
37. Finnerup N, Attal N, Haroutounian S i sur. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations. *Lancet Neurol* 2015; 14(2): 162-73.

SUMMARY

PAINFUL NEUROPATHY OF THE LINGUAL NERVE – A CASE REPORT

D. ŠKLEBAR^{1,5} and I. ŠKLEBAR^{2,3,4,5}

¹Merkur University Hospital, Vuk Vrhovac Clinic for Diabetes, Endocrinology and Metabolic Diseases, Zagreb, ²Sveti Duh University Hospital, Department of Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care, Zagreb, ³University of Osijek, School of Medicine, Osijek, ⁴Croatian Catholic University, Zagreb and ⁵Bjelovar University of Applied Sciences, Bjelovar, Croatia

In this paper, we present a case of a female 62-year-old patient with a characteristic clinical picture of chronic neuropathic orofacial pain in the lingual nerve innervation area. During six years of treatment, the patient had undergone numerous diagnostic tests, which were normal. By using different analgesics and co-analgesics, partial analgesia was achieved. The reasons for this could be the lack of appropriate communication with the patient, absence of validated and diagnostic criteria and methods easily applicable in clinical practice, insufficient education in pain management through undergraduate medical studies, as well as shortage in analgesics and co-analgesics that would be more efficient, safer and with fewer side effects. Another major obstacle originates from the mismatch in therapeutic algorithms and prescribing guidelines favored by professional societies and those regulated by the National Institute of Health.

KEY WORDS: lingual nerve neuropathy – diagnosis, lingual nerve neuropathy – therapy, neuropathic orofacial pain – diagnosis, neuropathic orofacial pain – therapy