

# TRATAMENTO CIRURGICO DO ESPASMO HEMIFACIAL

CONSIDERAÇÕES SOBRE 11 CASOS

PEDRO SAMPAIO \*

ALOÍSIO MACHADO \*\*

Apesar dos estudos acurados e dos numerosos tratamentos propostos, o espasmo hemifacial continua obscuro em sua fisiopatologia e empírico em sua terapêutica. Clinicamente, tem as características de uma hipercinesia limitada aos músculos dependentes da inervação do facial, cujos paroxismos são provocados pelos movimentos voluntários ou por simples excitação psíquica. Comumente o orbicular das pálpebras é o primeiro músculo afetado, sendo os outros acometidos ulteriormente. Se a afecção se atem apenas a ele, leva o nome de blefaroespasm<sup>4</sup>.

Há peculiaridades curiosas nesta hipercinesia, como sejam o aparecimento durante o sono e durante a anestesia, e a possibilidade, embora rara, de remissões espontâneas. Os paroxismos motores jamais se acompanham de lacrimejamento ou fluxo nasal, mostrando-se assim, a poupança das fibras parassimpáticas<sup>5</sup>.

Muitas teorias têm sido propostas para explicar o espasmo hemifacial. Greenwood<sup>8</sup> admite que a lesão está ao nível do núcleo do nervo. Não diz, porém, qual o tipo de lesão e o que a provoca. Hamsay Hunt<sup>10</sup> concorda que haja excitação nuclear, mas derivada da irritação da parte sensitiva do facial. Gardner<sup>5</sup> pensa tratar-se de um curto circuito transaxonal da corrente de ação provocado por compressões do nervo facial na fossa posterior. Partindo deste pressuposto, propõe realizar a cirurgia desta afecção por via infratentorial. Magun e Esslen<sup>12</sup>, após estudos eletromiográficos em 15 doentes, admitem que haja um curto circuito localizado no canal de Falópio. A literatura está plena de casos de espasmos hemifaciais<sup>2, 11, 13</sup> na vigência de neoplasias ou malformações vasculares da fossa posterior.

Por ser ainda controvertida a origem desta hipercinesia, seu tratamento tem sido variável e os resultados duradouros não ocorrem na totalidade dos casos. Os pacientes, grande parte das vezes, desejam tratar-se não apenas para efeitos cosméticos, mas também pelo incômodo que têm para fixação tranqüila da vista no ato da leitura ou de trabalhos manuais que envolvem atenção permanente.

---

Trabalho da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual da Guanabara, apresentado ao X Congresso Brasileiro de Neurocirurgia (Campinas SP, julho-1974): \* Professor Titular de Neurocirurgia; \*\* Assistente.

Há uma gama variada de técnicas. Alcoolização do nervo ao nível do buraco estilomastóideo, secção com ressutura, secção e anastomose com o espinhal e o hipoglosso, secção diferenciada dos ramos situados à frente da parótida, lesão estereotáxica em núcleos da base, neurolise na fossa posterior e secção parcial do tronco do nervo, ao deixar o buraco estilomastóideo <sup>3, 6, 7, 9, 15</sup>.

Gardner e Sava <sup>6</sup>, em 19 casos de neurolise do facial na fossa posterior, encontraram processo patológico comprimindo o nervo em 7 pacientes; em outros 7, havia compressão por uma artéria redundante e, em 5, nada encontraram. Houve alívio imediato.

Carvalho e col. <sup>1</sup>, em 14 casos, encontraram compressão do facial por alça anômala de artéria em 7, um caso de aracnoidite, e em 6 nada encontraram. Dez pacientes obtiveram alívio imediato e duradouro.

Scoville <sup>15</sup> chama atenção para os perigos de surdez ao manusear-se o facial na fossa posterior, devido às proximidades do nervo e artéria acústicos. Diz que Gardner e Shanon reviram 45 casos de neurolise infratentorial e encontraram 13 pacientes com perda de audição unilateral, sendo que em 3 o nervo acústico foi sacrificado deliberadamente. Daí, conclui Scoville, o próprio Gardner não mais operar por via intracraniana, a não ser que o paciente aceite o risco da surdez unilateral total.

#### MATERIAL E RESULTADOS

Nossa operação de escolha é a técnica de Scoville <sup>15</sup> que consta, essencialmente, de uma via de acesso ao facial, dissecando-o do buraco estilomastóideo à sua divisão na parótida e secção dos dois terços posteriores do mesmo.

Nossa experiência consta de 11 casos, discriminados no quadro 1. O espasmo desapareceu totalmente em 9 casos, e em 2 apenas diminuiu. Em 3 pacientes permaneceu em definitivo uma paresia facial. Houve recidiva em dois casos que se curaram com reoperação.

#### COMENTARIOS

A técnica de Scoville é simples e o risco cirúrgico, na prática, inexistente. Quando há recidiva, pode-se repeti-la. Tem a desvantagem, no entanto, de poder deixar como seqüela uma paresia facial permanente, mas em nossos casos apenas um paciente não se sentiu gratificado com a cirurgia.

#### RESUMO

São feitas algumas considerações sobre a etiologia e tratamento do espasmo hemifacial, e apresentados os resultados cirúrgicos em 11 casos. Houve remissão completa em 9, e parcial em dois casos. Observou-se paresia facial permanente em 3 pacientes.

Caso	Nome	Registro	Espasmo (duração)	Cirurgia (data)	Resultados
1	P.A.S.	1.822, Clin. Sta. Marta	4 anos	3-02-69	muito bom
2	R.J.	1.902, Clin. Sta. Marta	2 anos	2-05-69	muito bom
3	L.P.S.	59.213, Hosp. Ipanema	6 anos	5-02-70	bom
4	A.B.	2.003, Clin. Sta. Marta	2 anos	5-04-70	muito bom
5	K.O.	60.119, Hosp. Ipanema	8 anos	6-05-71	muito bom
6	M.S.P.	77.962, Hosp. Ipanema	5 anos	13-12-71	muito bom
E	G.A.S.	80.968, Hosp. Ipanema	5 anos	10-06-72	bom
8	S.R.	2.160, Clin. Sta. Marta	10 anos	3-08-72	muito bom
9	M.F.B.	78.189, Hosp. Ipanema	5 anos	15-12-72	muito bom após reoperação
10	W.C.	86.078, Hosp. Ipanema	7 anos	5-06-73	muito bom
11	Y.S.D.	101.837, Hosp. de Clínicas	5 anos	8-05-74	muito bom

Quadro 1 — Dados de identificação, tempo de doença e resultados do tratamento cirúrgico em 11 casos de espasmo hemifacial. Muito bom = significa desaparecimento do espasmo; bom = diminuição do espasmo.

#### SUMMARY

*Surgical treatment of hemifacial spasm. Considerations about 11 cases.*

Some considerations about the etiopathology and treatment of the hemifacial spasm are made and the surgical results of 11 cases reported: nine patients were completely relieved of the spasms. The relief was partial in two cases. A facial permanent paresis was observed in three cases.

#### REFERÊNCIAS

- CARVALHO, R. R. D.; OLIVEIRA, S. V. & RODRIGUES, J. R. C. — Espasmo hemifacial. Tratamento cirúrgico. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 31, 1973.
- CUSHING, H. — Tumors of the Nervus Acusticus and the Syndrome of the Cerebello Pontile Angle. W. B. Saunders Co., Philadelphia-London, 1917.
- DAVIS, L. & DAVIS, R. A. — Principles of Neurological Surgery. W. B. Saunders Co., Philadelphia-London, 1963.
- DeJONG, N. R. — The Neurologic Examination. Paul B. Hoeber, Inc., New York, 1950.
- GARDNER, W. Y. — Trigeminal Neuralgia. In Clinical Neurosurgery, Vol. 15. Edited by R. G. Ojeman. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1968.
- GARDNER, W. J. & SAVA, G. A. — Hemifacial spasm. A reversible pathophysiologic state. J. Neurosurg. 19:240, 1962.

7. GERMAN, W. J. — Surgical treatment of spasmodic facial tic. *Surgery* 11:912, 1942.
8. GREENWOOD, J. — The surgical treatment of hemifacial spasm. *J. Neurosurg.* 3:506, 1946.
9. HARRIS, W. & WRIGHT, A. D. — Treatment of clonic facial spasm by alcohol injection and by nerve anastomosis. *Lancet* 1:657, 1932.
10. HUNT, R. — The sensory system of the facial nerve and its symptomatology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 36:321, 1909.
11. LAINE, M. E. & NAYRAC, M. — Hemispasme facial gueri par intervention sur la fosse posterieure. *Rev. Neurol. (Paris)* 80:38, 1948.
12. MAGUN, R. & ESSLEN, E. — Electromyographic study of reinnervated muscle and of hemifacial spasm. *Amer. J. Phys. Med.* 38:79, 1959.
13. REVILLA, A. G. — Neurinomas of the cerebellopontile recess. A clinical study of 160 cases including operative mortality and end results. *Johns Hopk. Hosp. Bull.* 86:254, 1947.
14. SCOVILLE, W. B. — Hearing loss following exploration of cerebellopontine angle in treatment of hemifacial spasm. *J. Neurosurg.* 31:47, 1969.
15. SCOVILLE, W. B. — Partial extracranial section of seventh nerve for hemifacial spasm. *J. Neurosurg.* 31:107, 1969.

*Disciplina de Neurocirurgia — Faculdade de Ciências Médicas — Av. 28 de Setembro 87 — 20000 Rio de Janeiro, GB — Brasil.*