

ATUALIZAÇÃO

NEURALGIAS PERIFÉRICAS DA FACE E SEU TRATAMENTO

V. VENTURI*

Tres são os nervos que presidem à sensibilidade da face: trigêmeo, glosso-faríngeo e facial. Qualquer lesão irritativa no trajeto destes nervos sensitivos, desde suas terminações periféricas até seus núcleos no néuro-eixo, provoca dór. Existem, tambem, as dores provocadas pelas lesões do sistema simpático. Veremos, assim, as *neuralgias do trigêmeo*, a *neuralgia do glosso-faríngeo*, a *neuralgia do facial* e as *simpatalgias faciais*. Alem destas, outro tipo deve ser lembrado: a *psicalgia facial*.

Neuralgias do trigêmeo.

Recordaremos, preliminarmente, em largos traços, a anatomia e a fisiologia do V^o par craneano. O gânglio de Gasser, situado sobre a pirâmide do rochedo, é a sede das células nervosas cujos dendritos e cilindro-eixos vão constituir a porção sensitiva do trigêmeo. Os dendritos das celulas dos gânglios de Gasser agrupam-se em 3 nervos: oftálmico, maxilar superior e maxilar inferior. Assinalemos, desde já, que estes tres ramos sensitivos constituem via de empréstimo a fibras nervosas simpáticas e parasimpáticas, que se dirigem aos gânglios anexados a cada um deles: gânglio oftálmico, anexo ao nervo nasal (ramo do oftálmico); gânglio de Meckel ou esfenopalatino, anexo ao nervo maxilar superior e gânglio de Arnold ou ótico, anexo ao nervo maxilar inferior.

Os cilindro-eixos das células nervosas do gânglio de Gasser se reúnem em um tronco único que se dirige para a face ântero-externa da protuberância, na sua parte média. Na raiz sensitiva do trigêmeo, as fibras correspondentes aos tres ramos periféricos, mantêm a seguinte sistematização, muito importante pelas aplicações cirúrgicas: as fibras do oftálmico ocupam o terço interno, as do maxilar superior o terço médio e as do maxilar inferior o terço inferior. André Sicard,¹ baseado em 42 disseções, nega esta sistematização; para ele, certo número de fibras sensitivas acompanham a raiz motora. Isto explicaria a conservação parcial da sensibilidade na face, observada depois da neurotomia total do trigêmeo, quando a intervenção respeita a raiz motora.

A raiz sensitiva do trigêmio penetra profundamente na protuberância e seus cilindro-eixos terminam nas celulas da substância gelatinosa de Rolando. Termina aí o neurônio sensitivo periférico ou proto-neurônio sensitivo; nessas células tem origem o dêuto-neurônio, cujos cilindro-eixos se incorporam aos feixes sen-

* Assistente extra-numerário do Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo (Prof. A. Tolosa).

1. Cit. por Raymond Garcin — Les nerfs craniens. *Traité de physiologie normale et pathologique*. Roger e Binet. Tomo X — Fasc. 1, Masson et Cie, 1935, pag. 322.

sitivos do tronco cerebral para atingir o tálamo e, depois, pelo neurônio tálamo-cortical, a cortex da região parietal.

O trigêmio é um nervo mixto, sensitivo e motor — a raiz motora, partindo da protuberância, acompanha o tronco sensitivo até o gânglio de Gasser e, depois, o ramo maxilar inferior, para inervar os músculos da mastigação — porém, em seu trajeto periférico, recebe numerosos filetes simpáticos e para-simpáticos. O trigêmio tem, pois, além da ação motora (músculos da mastigação), funções sensitivas e vegetativas.

As ações vegetativas do trigêmio são devidas às anastomoses de fibras orto-simpáticas providas do simpático cervical (anastomose carótido-gasseriana) e para-simpáticas que emprestam as vias do VII^o, do IX^o e do XII^o pares cranianos. Por essas vias de empréstimo, as fibras do sistema vegetativo vão aos gânglios ótico, esfeno-palatino e oftálmico, anexos aos tres ramos de distribuição periférica do trigêmio. Estas fibras vegetativas têm ação vaso-motora e secretora e, pelas estreitas ligações que mantêm com as fibras do trigêmio compreende-se que, nas afecções deste ultimo, entrem em jogo sintomas dependentes do simpático. As perturbações tróficas (queratite ulcerosa, queratite experimental neuro-paralítica), verificada após secções altas do trigêmio ou alcoolizações do gânglio de Gasser e atribuidas, por alguns, à perda da inervação vegetativa trófica, seriam, para outros, devidas aos traumatismos aos quais a córnea se vê exposta em razão da sua insensibilidade ou ainda à ação traumática direta sobre o gânglio de Gasser.

O trigêmio dá à face a quasi totalidade da sua inervação sensitiva. A topografia da anestesia determinada pela secção do trigêmio, varia conforme seja seccionada a raiz do trigêmio ou um dos seus ramos. O território do oftálmico compreende a metade anterior da região parietal, as regiões frontal e superciliar, a pálpebra superior, a dura-mater das partes anterior e média do estajo craniano, a mucosa dos seios frontais e esfenoidais, a mucosa das células etmoidianas, a conjuntiva e a córnea. O território do maxilar superior compreende o lábio superior, a aza do nariz, a região geniana anterior, a abóbada palatina, o veu do paladar, a mucosa das fossas nasais e os dentes do maxilar superior. O território do maxilar inferior compreende a fossa temporal, a caixa do tímpano, a região geniana posterior, a região masseterina, a região mentoniana, as gengivas e os dentes inferiores e a mucosa dos dois terços anteriores da lingua. Em relação à sensibilidade profunda da face, a questão ainda não foi resolvida definitivamente. Após neurotomia retro-gasseriana ela é muito pouco alterada ou mesmo permanece integra em qualquer das suas formas (barestésica, palestésica e sentido muscular). Para alguns autores ela corre por conta do facial. Para outros, seria devida à raiz mesencefálica, parcela da raiz sensitiva do trigêmio que, na protuberância, em lugar de acompanhar os outros cilindro-eixos (raiz descendente do trigêmio), se dirige para cima, para a região mesencefálica.

Graças à extensão deste território sensitivo, o trigêmio contribue para a boa realização de quatro funções sensoriais (visão, olfação, gustação e audição), pois que os órgãos receptores destas funções estão localizados no seu campo de inervação sensitiva. Ao aparelho visual, o V^o par dá, além da sensibilidade da córnea (reflexos de proteção), filetes irido-dilatadores (anastomose carótido-gasseriana) e filetes que regulam o tonus intra-ocular. O trigêmio ampara os aparelhos olfativo, gustativo e auditivo pelos reflexos protetores dos quais é constituído a via centrípeta.

A neuralgia do trigêmio deve ser dividida em dois grandes grupos, diferentes pela sua sintomatologia, etiologia, tratamento e prognóstico: a neuralgia secundária e a neuralgia essencial.

Neuralgia secundária do trigêmio: Toda a lesão localizada no trajeto do nervo, entre seus núcleos sensitivos e os seus ramúsculos terminais na pele e mucosas, determinará uma síndrome dolorosa na face. Estas neuralgias caracterizam-se pela existência de um fundo doloroso contínuo, com períodos de exacerbação. Conforme a lesão se localize num dos ramos ou ramúsculos do V^o par, sobre o gânglio de Gasser ou na porção retro-gasseriana, a dor distribuir-se-á em todo seu campo de inervação periférica ou apenas em parte d'ele. A medida que a lesão progride aparecerão perturbações da sensibilidade objetiva: hipoestesia e, mais tarde, anestesia. Durante muito tempo acreditou-se que a neuralgia secundária só se observava nas irritações do gânglio de Gasser ou de seus três ramos periféricos. Admite-se hoje que, nas lesões bulbo-protuberanciais, as algias do trigêmio não são raras.

Entre as causas capazes de produzir neuralgia secundária do trigêmio destacam-se: afecções dentárias — cáries penetrantes, pulpites, dentes inclusos, gengivo-alveolites crônicas; afecções nasais — coriza crônico, ozena, rinites fungosas, polipos; afecções dos seios para-cranianos — sinusites frontais, maxilares e etmoidais; afecções oculares — irites, irido-ciclites e glaucoma; neo-formações e inflamações de qualquer natureza, localizadas ao longo do trajeto do trigêmio ou de seus ramos — neoplasias primitivas do gânglio de Gasser ou de sua bainha, tumores da base do crâneo, placas de meningite (tuberculose, lues), tumores da órbita, periostite luética da fenda esfenoidal, tumores hipofisários, etc.; doenças gerais — sífilis, impaludismo e diabetes; finalmente, lesões vasculares ou neoplásicas bulbo-protuberanciais. A esclerose em placas e a siringobulbia também podem ser a causa de neuralgias trigeminais.

Merece reparo especial o zona do trigêmio, podendo apresentar-se sob diversas formas clínicas, conforme a localização: zona do oftálmico, zona do maxilar superior, zona do mandibular ou, mesmo, zona total. Mais comum é o zona do oftálmico que se inicia por dores peri-orbitárias e frontais; na infância esse período é acompanhado de reação febril, no adulto e no velho essa reação frequentemente falta. Dias depois aparecem as vesículas, que nunca ultrapassam a linha mediana. Em poucos dias elas desaparecem. Na infância tudo está terminado, porém, nos adultos e velhos, segue-se um período de um a quatro ou mais meses de dores muito fortes, às vezes acompanhadas de paralisia dos nervos oculares. Nem sempre aparecem muitas vesículas; às vezes, uma ou duas apenas podendo, assim, passar despercebidas. As dores podem ser contínuas ou não, sendo porém limitadas ao território correspondente ao ramo trigeminal afetado. Não é uma afecção rara e o prognóstico é sempre bom.

Nas neuralgias do trigêmio de fundo doloroso contínuo devemos, em primeiro lugar, pensar em lesão focal: dentária, sinusal, ocular ou otogênica. Excluídas estas, devem-se afastar hipóteses mais sérias, porém mais raras, como neoformações, meningites de base, siringobulbia e esclerose em placas. Não nos devemos esquecer do zona do trigêmio e da possibilidade da lues, do diabetes e do impaludismo serem, às vezes, a causa desta neuralgia. O impaludismo nunca deve ser esquecido no nosso meio, dada sua grande incidência.

De causa desconhecida, a *neuralgia essencial do trigêmio* tem sintomatologia própria que a distingue claramente da neuralgia secundária. A dor é descontínua, intermitente, surgindo por crises, no intervalo das quais, o paciente nada sente. O exame objetivo nada ou muito pouco revela: raras vezes é assinalada hiperestesia. A compressão das extremidades periféricas dos ramos do trigêmio ao nível dos orifícios supra-orbitário, infra-orbitário e mentoniano (pontos de Vaillex) não provoca dor, na maioria dos casos. Algumas vezes, essa compressão provoca dor, seja irradiada a todo o território do trigêmio seja localizada no território do ramo comprimido. As crises dolorosas não obedecem a ritmo algum.

Elas variam desde as subintransientes até aquelas com longos períodos de acalmia, durando meses e, mesmo, anos. As crises dolorosas podem ser desencadeadas por um ato qualquer como a deglutição, a fala, a tosse, o espirro ou o simples atrito da face. Elas começam em um ponto determinado para cada doente, para depois se espalharem rapidamente. Iniciada a dor, o paciente permanece imóvel, angustiado pela sua violência. Ele procura atenuar o mal comprimindo enérgicamente a região dolorosa com as mãos. Quando as crises são frequentes, o doente vive apavorado esperando nova crise a todo o momento, evitando falar, comer, beber, tocar na face, conforme o tipo do fator desencadeante. O caráter das dores é mais ou menos fixo para o mesmo doente e pode ser comparado a agulhadas, facadas, câimbras, queimaduras e formigamentos dolorosos. O início da dor é sempre limitado a um ramo do trigêmeo. Em geral, inicia-se pelos territórios do maxilar superior ou do inferior e, depois, se espalha atingindo o do oftálmico. Raramente a dor inicia-se por este último. J. Ribe Portugal,² em 105 casos de grande neuralgia, só observou três em que a dor era primitivamente oftálmica. Carlos Gama,³ em 123 casos, encontrou somente seis em que o oftálmico foi atingido isolada ou primitivamente. A dor de dentes é, comumente, o ponto de partida das grandes neuralgias e isto leva muitas vezes o paciente a submeter-se a múltiplas e inúteis extrações dentárias. Raramente a dor é bilateral. Em seus casos, Ribe Portugal (1:105) e Carlos Gama (1:123), só verificaram um caso de bilateralidade da dor.

Sicard⁴ estipula que dever ser tidas como secundárias todas as neuralgias: 1) nas quais a dor é contínua, sem fase de acalmia franca; 2) que se acompanham de hipo ou anestesia cutânea ou mucosa; 3) acompanhadas de sinais de irritação ou de paralisia de outros nervos craneanos — trismos, diplopia, paralisia facial, hemiatrofia lingual, etc.; 4) nas quais a dor, desde o início, atinge, de uma vez, o território dos três ramos do trigêmeo.

As neuralgias do trigêmeo podem ser acompanhadas de manifestações motoras, simpáticas e sensitivas, por lesão concomitante de outros pares craneanos. Dentre as principais, lembraremos: a) tique doloroso da face (espasmo dos músculos inervados pelo facial, acompanhado de dor); b) complicações decorrentes da lesão do sistema simpático, consistindo em reações vaso-motoras (congestão conjuntival e da mucosa nasal), lacrimejamento, salivação e miose; c) otalgia dependente da participação do VIIº par (intermediário de Wrisberg); d) distúrbios da gustação e deglutição decorrentes da participação do IXº par (alteração da gustação no terço posterior da língua e perturbação no 1.º tempo da deglutição); e) dores na nuca devidas à participação do nervo occipital de Arnold ou ramo posterior do 2.º par cervical.

Mesmo quanto à *terapêutica* devemos separar as neuralgias secundárias das neuralgias essenciais.

Nas formas secundárias, o tratamento é etiológico. Quando, por qualquer circunstância, a causa não pode ser removida, faz-se a medicação sintomática. Quando o característico clínico de uma neuralgia é o das secundárias, sem contudo ter-se apreendido a causa, deve-se pensar numa moléstia a vírus ou reumatismal e tratá-la como tal. São indicados os anti-infecciosos (ácido salicílico e derivados) e

2. Portugal, J. Ribe — Neuralgias da face. Medicina, Cirurgia e Farmacia (Rio de Janeiro) 76:518-528 (Julho) 1942.

3. Gama, Carlos — Contribuição para o estudo das neuralgias do trigêmeo. Tese de docência, 1938, São Paulo.

4. Sicard, J. A. — Les algies et leur traitement. Questions neurologiques d'actualité, Masson Cie, 1922, pgs. 311-342.

a vitamina B1. Em nosso meio, dada a grande incidência do impudismo, deve-se sempre experimentar o quinino. Pode-se recorrer, também, ao uso da fisioterapia.

O tratamento das nevralgias essenciais pode ser medicamentoso, fisioterápico ou cirúrgico. Sem dúvida este último é o mais util e, por vezes, o único eficaz. Há autores que consideram a nevralgia essencial como uma forma atípica do zona do trigêmio. Assim sendo, pode-se tentar um tratamento anti-infeccioso e vitamínoterápico como para as nevralgias secundárias cuja causa não se apurou.

No terreno fisioterápico as nevralgias do trigêmio beneficiam-se com a galvanização (metodo de Bergonié), a ionização e a radioterapia. A *galvanização* pelo metodo de Bergonié consiste em submeter a totalidade do territorio de distribuição periférica do trigêmio à ação do polo positivo, fazendo atravessar uma corrente de alta intensidade (40, 50 ou mesmo mais miliampères). Na técnica de Bergonié o electrodo deve ser esponjoso, de forma particular, especie de hemimáscara facial, capaz de se moldar exatamente sobre as depressões do rosto. Em média, devem-se fazer applicações durante 3 mezes, diariamente.

O emprego da *ionização* no tratamento das nevralgias do trigêmio, é feito pela applicação de uma corrente galvânica de fraca intensidade, cujos electrodos são embebidos em soluções contendo os diferentes ions medicamentosos. Entre estes, devemos assinalar: o quinino, utilizado por meio de uma corrente de 15 a 20 miliampères em secções de 10 a 40 minutos (as doses fortes têm o inconveniente de provocar edema); o ion salicílico, usado em solução de salicilato de sódio a 2% sob uma intensidade de 10 a 15 miliampères. O ion calcio é aconselhado por Bourguignon, com a técnica da ionização transcerebral (solução de cloreto de cálcio sob a intensidade de 2 a 3 miliampères). O ion aconitina tem sido o mais recomendado ultimamente, parecendo ser o que fornece resultados mais nitidos, porém os eletroterapeutas ainda não estão de acordo quanto à tecnica e posologia, por se tratar de substância altamente tóxica: Barré⁵ preconiza soluções de 2 miligramas por 1.000; Juster e Lehmann⁶ trataram 15 casos de nevralgias do trigêmio com solução de 20 miligramas por 1.000, usando uma corrente de 40 ou 60 miliampèrese, gradativamente, até o fim da secção para evitar vertigens (sessões diarias de meia hora, durante 10 dias). Duhem⁷ emprega soluções de 250 miligramas por 1.000, o que impede de elevar a corrente acima de 15 miliampères, devido à sensação de ardor que pode aparecer quando a corrente ultrapassa aquele limite com solução tão concentrada. Segundo Duhem os resultados são os mais animadores, aparecendo, depois de cada sessão, uma hipostesia que perdura por 24 horas. As sessões não devem ir além de 15 a 30 minutos, não sendo aconselhavel empregar mais de 10 consecutivamente.

A eficácia da *radioterapia* é ainda muito discutida mas em muitos casos tem dado bons resultados. Deve ser usada a radioterapia semipenetrante, dirigindo o feixe para a zona do gânglio de Gasser, isto é, na zona temporal, acima da apófise zigomática e para traz da apófise orbitária. A dose total deve ser de 3.000 R. distribuida em 3 semanas de 2 sessões, com 5500 R, no maximo, em cada sessão.

O *tratamento cirúrgico*, é sem duvida, o mais eficaz tendo, porem, alguns inconvenientes. Antes de indica-lo deve-se tentar o tratamento medicamentoso e eletroterápico. Vários metodos são empregados para o tratamento cirúrgico: secção dos ramusculos e troncos periféricos, destruição do gânglio de Gasser, secção total ou parcial da raiz posterior e a cordotomia que atinge, diretamente, as fibras sensitivas intra-nevraxiais do trigêmio.

5. Cit. por A. Zimmern e J. A. Chavany — Diagnostic et thérapeutique electro-radiologiques des maladies du système nerveux. Masson Cie. Paris, 1930, pgs. 532.

6. Cit. por A. Zimmern e J. A. Chavany.⁵

7. Cit. por A. Zimmern e J. A. Chavany.⁵

O primeiro — *secção dos ramúsculos e troncos periféricos* — nasceu da idéa de que nos tegumentos estaria a séde inicial da dor. Assim sendo, a secção cirúrgica ou a neurolise química das terminações periféricas do trigêmio, determinaríam o desaparecimento das dores. Estas terminações podem ser facilmente atingidas, pela alcoolização ao nível dos orifícios supra-orbitário, infra-orbitário e mentoniano. Em geral este procedimento não corresponde aos resultados desejados, pois o efeito é muito transitório e, por vezes, incompleto.

A *destruição do gânglio de Gasser* pode ser cirúrgica (gasserectomia), por neurolise química (alcoolização) ou pela electrocoagulação. A gasserectomia está hoje completamente abandonada por ser de técnica difícil e por acarretar graves perturbações, principalmente oculares.

A *alcoolização do gânglio de Gasser* é ainda empregada, embora a tendência actual nos meios neuro-cirúrgicos seja a de abandoná-la completamente. Para a alcoolização, o gânglio é atingido através do buraco oval. O método mais usado é o de Haertel, no qual Carlos Gama⁸ introduziu modificações técnicas muito úteis. A alcoolização pode determinar numerosas complicações, algumas sem gravidade e outras muito sérias. Entre todas, destacam-se as oculares (paralísias dos nervos motores oculares, blefarite escamosa, enoftalmo, queratites). Ainda hoje discute-se o mecanismo patogénico das queratites. Para alguns, seriam devidas à supressão da acção simpática sobre o trofismo tissular, para outros a traumatismos múltiplos e sucessivos a que é exposta a córnea insensibilizada, e ainda para terceiros, seriam devidas a traumatismo do gânglio de Gasser como sucede não só na gasserectomia e na alcoolização mas também na neurotomia retrogasseriana tipo Frazier ou Stookey. Qualquer seja o mecanismo patogénico, foi essa complicação que fez com que se abandonasse a gasserectomia e que se recesse a alcoolização do gânglio de Gasser. A queratite constitue uma complicação em 25% das alcoolizações do gânglio de Gasser, segundo a estatística de Haertel.⁹ Carlos Gama⁸ relata 31 casos nos quais houve complicações oculares diversas: 9 casos de queratite neuroparalítica e 4 de úlcera da córnea. Segundo J. Ribe Portugal,¹⁰ outra grande contra-indicação da alcoolização, é que ela dificulta uma tentativa ulterior de neurotomia diferenciada quando a alcoolização não tenha dado os resultados desejados. Essa dificuldade seria devida a aderências e neovascularização produzidas pela alcoolização. Não podendo diferenciar os filetes sensitivos e mesmo a raiz motora, o cirurgião é obrigado a fazer a neurotomia retro-gasseriana total, operação que pode determinar as mesmas complicações que a gasserectomia.

Na destruição pela *electrocoagulação* (metodo de Kirschner) o gânglio de Gasser é atingido pela mesma via e com a mesma técnica com que é realizada a alcoolização. Tato e Caratcoche,¹¹ operaram 45 doentes por este metodo e não tiveram acidente fatal. Como complicações observaram um caso de meningite e 9 com úlcera córnea. Noutro trabalho os mesmos autores¹² relatam os ótimos re-

8. Gama, Carlos — Alcoolização do gânglio de Gasser (aperfeiçoamento da técnica). Bol. Soc. Med. e Cir. S. Paulo. 11 (Fevereiro) 1929.

Gama, Carlos — Alcoolização do gânglio de Gasser (novos aperfeiçoamentos da técnica). Bol. Soc. Med. e Cir. S. Paulo. 13 (Outubro e Novembro) 1929.

9. Cit. por J. Ribe Portugal.² Pg. 521.

10. Portugal, J. Ribe — Diagnóstico e tratamento das neuralgias da face. Separata de Anaes do Inst. Brasil. de Estomatol. (Rio de Janeiro), 1936.

11. Tato e Caratcoche — Neuralgia essencial del trigemino e electrocoagulation del ganglio de Gasser. Rev. Argent. de Neurol. e Psiq. 5:186-192 (Setembro) 1940.

12. Tato e Caratcoche — Neuralgia essencial del trigemino. Su tratamiento por la electrocoagulation del ganglio de Gasser (Estatística). Rev. Argent. de Neurol. e Psiq. 5:272-273 (Dezembro) 1940.

sultados obtidos quanto à cessação da dor, mencionando, porém, alta percentagem de queratites.

A *neurotomia retrogasseriana* pode ser total ou parcial. A total consiste em sectionar toda a raiz do trigêmio atrás do gânglio de Gasser. Esta operação não impede o aparecimento da queratite. Daí o emprego da neurotomia retrogasseriana diferenciada, pela secção das fibras correspondentes apenas ao ramo onde se manifestou a nevralgia.

Como vimos atrás, as fibras do oftálmico ocupam o terço interno da raiz do trigêmio, as fibras correspondentes ao maxilar superior, o terço médio, ficando no terço inferior as correspondentes ao maxilar inferior. Baseado nestes fatos Frazier¹³ preconizou a *neurotomia retrogasseriana parcial*, com a qual o cirurgião pode respeitar as fibras correspondentes ao oftálmico e as fibras motoras: impede-se, assim, o aparecimento da queratite e das perturbações da mastigação. A secção das fibras providas do oftálmico só será indicada quando a trigeminalgia se localizar no território desse ramo o que, como vimos, é relativamente raro. Stookey¹⁴ propoz a neurotomia diferenciada que, em princípio, não se distingue da neurotomia parcial, uma vez que ela se propõe a diferenciar a raiz motora e as fibras oftálmicas das fibras providas dos ramos maxilar superior e inferior, conforme os resultados desejados.

A via de acesso da neurotomia retrogasseriana é a temporal. Dandy,¹⁵ para evitar traumatismo do gânglio de Gasser durante a neurotomia por via temporal, preconizou a *neurotomia justa-protuberancial*. Esta operação parece ser realmente a única que evita a queratite. Em 88 pacientes assim operados, Dandy refere não ter tido caso algum de queratite; interessante notar que esta complicação não surgiu em qualquer caso, ainda que na operação de Dandy só seja respeitada a raiz motora.

Além dessas operações, outra pode ser praticada no tratamento da nevralgia essencial do trigêmio. Consiste na *secção da raiz descendente do trigêmio*, ao nível do terço superior da oliva bulbar. Segundo, Olof Sjöqvist,¹⁶ essa operação permite obter uma anestesia dissociada, isto é, analgesia e termoanestesia com conservação da sensibilidade tátil. Weinberg e Grant¹⁷ praticaram esta operação em 19 casos e verificaram, em quasi todos, complicações neurológicas. Estas são atribuídas à maior profundidade da incisão que são obrigados a fazer para obter analgesia completa. Segundo eles, outros neuro cirurgiões que praticaram esta intervenção, em doentes que não tiveram complicações, não atingiram a analgesia completa desejada, e isso seria devido à superficialidade da incisão. Dos 19 casos operados eles praticaram a incisão de Sjöqvist em 10. Nos 9 restantes modificaram a incisão e diminuíram as complicações. Weinberger e Grant concluem o seu trabalho dizendo que a tractotomia está ainda no período experimental e só deve ser indicada nos casos em que, devido a tumores malignos da face, língua, faringe, etc., deve-se intervir ao mesmo tempo sobre o glosso-faríngeo e nervos cervicais superiores.

13. Frazier, Ch. H. — Subtotal resection of sensory root for relief of major trigeminal neuralgia. Arch. Neurol. a. Psych. 13:378-284 (Março) 1925.

14. Stookey, B. — Differential section of the trigeminal root in the surgical treatment of trigeminal neuralgia. Arch. Surgery 87:172-178 Fevereiro) 1928.

15. Dandy, W. E. — An operation for the cure of tic douloureux. Arch. Surgery 18:687-734 (Fev.) 1929.

16. Sjöqvist, O. — Novo metodo operatorio para o tratamento da nevralgia do trigêmio: corte da raiz descendente do trigêmio. Zentralbl. f. Neurochirurgie 5:6 (Jan.) 1938 — in Lisboa Médica (Fev.) 1938.

17. Weinberger, L. M. e Grant, F. C. — Experiences with intra medullary tractotomy. Arch. of Neurol. a. Psych. 49:665-282 Maio) 1943.

Simpatalgias faciais.

As simpatalgias faciais — neuralgias simpáticas da face, neuralgismos, causalgia facial ou neuralgias atípicas da face — estão muitas vezes associadas à neuralgia do trigêmio, sendo, porisso, consideradas uma complicação desta última. Devem ser, porém, individualizadas, pois podem aparecer ou persistir mesmo após a neurtomia retrogasseriana ou a alcoolização do gânglio de Gasser.

O simpático aproveita a via do trigêmio e de outros pares cranianos para atingir a face, o que faz de modo abundante e difuso. A dor da simpatalgia facial é difusa, contínua, dando a impressão de queimadura e provocando máo estar. Não sendo viva nem intolerável é, no entanto, pertinaz e incomodativa, pondo o doente em estado angustioso. A dor é exacerbada pela emoção e pela preocupação. Em geral, ultrapassa os limites de inervação do trigêmio, irradiando-se para fóra da face, para a nuca, pescoço, ombro e, às vezes, para o membro superior do mesmo lado. Ha, quasi sempre, hiperestesia cutânea no territorio doloroso. Frequentemente notam-se outras perturbações de caracter simpático (vaso-congestão ocular e facial, edema, lacrimejamento, síndrome de Claude Bernard-Horner).

Entre as simpatalgias da face já foram destacados dois tipos bem distintos: 1) síndrome do gânglio ciliar ou síndrome do nervo nasal que se caracteriza por dôres oculo-nasais, congestão conjuntival, lacrimejamento, coriza, edema das pálpebras, hiperestesia corneana e, às vezes, ulceração corneana; 2) síndrome do gânglio eseno-palatino que, comumente, surge como complicação das sinusites esfenoidais. A dor localisa-se na base do nariz, ao redor do globo ocular e ao nível dos dentes do maxilar superior. Frequentemente o doente acusa uma sensação de alongamento dos dentes e de obstrução do ouvido. Ha também intenso coriza com congestão da mucosa nasal e ocular.

No tratamento das neuralgias de tipo simpático, devemos sempre fazer a extirpação de infecções focais visinhas (dentes infectados, sinusites, polipos, amigdalites, germes dentários embrionários) que podem ser o ponto de origem dessas neuralgias reflexas. Além disso, deve-se prescrever medicação sintomática da dor. A eletroterapia não dá resultado. Em geral as dôres de caracter simpático são muito resistentes à terapêutica. Quando a zona atingida é extensa, tomando a face, o ombro, o pescoço e o braço do mesmo lado, pode-se obter resultados satisfatórios pelas intervenções cirúrgicas (simpatectomia peri-arterial, gangliotomia cervical). Quando a neuralgia tem o tipo da síndrome do gânglio eseno-palatino, o melhor tratamento consiste na alcoolização desse gânglio ou sua anestesia pelo líquido de Bonain (ácido fênico e cloridrato de cocaina). Esta pode ser feita, atravez da mucosa nasal, pelo bloqueio das terminações periféricas, por intermédio de um tampão de algodão embebido naquela substância e colocado sob o corneto médio.

Neuralgia do glosso-faríngeo.

O glosso-faríngeo é um nervo de funções motora, sensitiva, sensorial e vegetativa. No momento, nos interessam apenas as tres ultimas. As células nervosas que dão origem às fibras sensitivas estão localizadas nos gânglios de Andersch e de Ehrenditter, situadas na base do crânio. Estas celulas recolhem, pelos seus dendritos, a sensibilidade do terço posterior da língua, da fossa amigdaliana, da face anterior da epiglote, da parte da caixa do timpano, da trompa de Eustachio e das células mastoidianas. As impressões sensitivas, recolhidas na periferia são veiculadas, depois, pelos cilindro-eixos que terminam na parte média do núcleo solitário (bulbo-raquidiano): depois são levadas para os hemisférios cerebrais pelos feixes bulbotalâmico e tálamo-parietal.

Fora do território lingual, que os autores são acordes em admitir como exclusivo do glosso-faríngeo, as outras zonas sensitivas atribuíveis a este nervo são de limites discutidos e, até, negados por alguns. A neuro-cirurgia trouxe contri-

buição valiosa para esclarecer o assunto. Dandy¹⁸, Chavany e Welti¹⁹ concluíram, após neurotomia, que o glosso-faríngeo recolhe a sensibilidade geral do terço posterior da mucosa lingual e de toda a extensão da parede anterior, lateral e posterior do faringe. No entanto, Temple Fay²⁰, depois de neurotomias intracranianas do IX^o par no homem, admitiu que toda sensibilidade geral, atribuída a este nervo, corre por conta de anastomoses com o pneumogástrico e que o glosso-faríngeo tem apenas função gustativa. Para este autor, a chamada nevralgia do glosso-faríngeo seria, na realidade, nevralgia do pneumogástrico.

As fibras do glosso-faríngeo são acompanhadas, na sua distribuição periférica, por fibras para-simpáticas responsáveis pelas funções vegetativas do IX^o par; tais fibras, provindas do núcleo salivar inferior, presidem à inervação da parótida, controlando parte importante da secreção salivar. Estas fibras atingem a parótida seguindo as raízes do glosso-faríngeo, o gânglio de Andersch, o nervo de Jacobson, o pequeno nervo petroso profundo, o gânglio ótico e o nervo aurículo-temporal. Complicando ainda mais a físiopatologia do IX^o par, deve-se lembrar que este nervo envia ao seio carotidiano o nervo de Hering o qual, nascendo um pouco para baixo da base do crânio de uma anastomose com o pneumogástrico, se anastomosa depois com ramos do simpático para formar o plexo carotidiano: a secção do nervo de Hering ou nervo do seio carotidiano determina taquicardia e elevação permanente de tensão arterial. A sua excitação provoca, ao contrário, hipotensão arterial e bradicardia.

A nevralgia do glosso-faríngeo foi descrita, pela primeira vez, em 1910, por Weisenburg²¹. Até essa data, era confundida com a nevralgia do trigêmeo. A nevralgia do glosso-faríngeo também deve ser dividida em secundária e essencial; para Dandy ela é, quasi sempre, sintomática. As causas mais comuns são os tumores do néuro-eixo, a aracnoidite da fossa crâniana posterior e as nevrites infecciosas.

A nevralgia do glosso-faríngeo caracteriza-se por dores localizadas profundamente na base da língua, no ângulo da mandíbula e na região amigdaliana. A dor é descontínua e estritamente unilateral. Desencadeia-se por motivos banais (tosse, espirro, deglutição). A crise dolorosa é de forte intensidade, sendo a dor comparada à de uma facada. Logo depois de iniciada, se irradia para a região submaxilar, véo do paladar e caixa do tímpano. Em geral, encontra-se no fundo da boca um ponto cuja excitação dá origem à dor; é, por assim dizer, a zona metamérica (trigger-zone para os americanos) cuja cocainização poderá impedir momentaneamente as crises ou diminuir sua intensidade.

O único tratamento eficiente é o cirúrgico, que consiste na *neurotomia* a qual pode ser: 1) Exocraneana, atingindo o nervo logo após a emergência do estojo craneano e que, em geral, é completada pela alcoolização do coto central do nervo; 2) Endocraneana, após trepanação da fossa craneana posterior. Esta

18. Dandy, W. E. — Glosso-Pharyngeal neuralgia. Its diagnosis and treatment. Arch. of Surgery 15: 198-214 (Agosto) 1927.

19. Chavany e Welti — La neuralgie du glosso-pharyngien. Sa symptomatologie. Presse Médicale (Junho, 25) 1932 pag. 999.

20. Temple Fay — Observations and results from intracranial section of the glosso-pharyngens and vagus nerves in man. Journ. of Neurol. a. Psycho-pathol. 30: 110 (Outubro) 1927.

21. Weisenburg, T. H. — Cerebello-pontile tumor diagnosed for six years as tic douloureux. The symptoms of irritation of the ninth and twelfth cranial nerves. Jour. Am. Med. Assoc. 54: 1600-1604 (Maio, 14) 1910.

intervenção é muito mais difícil, porem tem a vantagem de permitir a exploração da fossa craneana posterior, onde o cirurgião poderá, muitas vezes, encontrar a causa da neuralgia, mormente nos casos em que esta causa seja insuficiente ainda para determinar o aparecimento de sinais neurológicos.

Neuralgia do facial.

Entende-se por neuralgia do facial a dôr que faz parte do quadro sintomático da síndrome de Ramsay-Hunt, isto é, do zona auricular ou zona do gânglio geniculado.

O nervo facial, exclusivamente motor, é acompanhado por fibras sensitivas, constituintes do nervo intermediário de Wrisberg, as quais são as responsáveis pela sintomatologia dolorosa. O intermediário de Wrisberg tem sua origem no gânglio geniculado, localizado na pirâmide do rochedo. Os dendritos das celulas deste gânglio recolhem a sensibilidade da zona de Ramsay-Hunt — conduto auditivo — região de cuja sensibilidade compartilham quatro outros nervos: trigêmio, pneumogástrico, glosso-faríngeo e plexo cervical superficial. Além disso, os dendritos das celulas do gânglio geniculado recolhem também parte da sensibilidade superficial, principalmente térmica, e a gustação dos dois terços anteriores da língua. Os cilindro-eixos das celulas do gânglio geniculado dirigem-se para a porção superior do núcleo solitário, onde começa o deuto-neuronio sensitivo que se encaminha para o tálamo e, depois, para o cortex parietal.

A síndrome de Ramsay-Hunt ou zona do gânglio geniculado, caracteriza-se pelo aparecimento de vesículas, que podem ser limitadas à parede posterior do meato auditivo externo e aos dois terços anteriores da lingua, acompanhadas de dôr nesses territórios. Via de regra, a dôr é comparada à queimadura e precede ao aparecimento das vesículas; pode desaparecer quando as vesículas secam, mas geralmente perdura por muitas semanas e até meses. Por vezes as vesículas estendem-se ao pilar anterior do véo do paladar e ao pavilhão da orelha. Pode aparecer, também, uma paralisia facial do tipo periférico, 4 a 5 dias depois do aparecimento das vesículas. Raramente a paralisia precede ou é concomitante à erupção zoosteriana. Não raras vezes, as vesículas são em tão pequeno número ou tão discretas que passam desapercibidas. Uma paralisia facial acompanhada de dôr no pavilhão da orelha, deve fazer pensar no zona do gânglio geniculado. Sinais vestibulares ou auditivos (vertigem, leve surdês ou zumbidos) podem fazer parte do quadro sintomático e seu aparecimento pode preceder a dôr e à erupção.

As teorias sobre a patogênese do herpes zoster são varias. Mais geral é a tendência a considera-lo não como simples ganglionite, mas como processo infeccioso ascendente, devido a um virus filtravel específico, com reações sorológicas bem definidas e produção de anti-corpos. (Ralph Fenton)²². O frio, o exgotamento físico, os traumatismos, a perda súbita do equilibrio endócrino, são fatores desencadeantes ou predisponentes dessa infecção.

O tratamento do zona auricular não é específico, uma vez que o virus não foi isolado. O soro de convalescentes atenua e abrevia a duração das dôres post-herpéticas. Alguns aconselham a auto-hemoterapia. Os raios ultra-violeta parecem influir favoravelmente na evolução da moléstia, diminuindo o tempo de duração das dôres. É aconselhavel, também, o tratamento anti-infeccioso pelo salicilato de sódio a 10% por via venosa ou o iodureto de sódio estabilizado a 5%, pela mesma via. Grandes doses de vitamina B atenuam as dôres e facilitam a

22. Fenton, Ralph — Fattori diagnostici riguardanti l'herpes-zoster auricolare. *Gaz. Ospedale e d. Clin.* 56: 568 (Jan.) 1935 in *Tour. Am. Med. Assoc.* (Agosto, 18) 1934, pag. 468.

evolução da moléstia, principalmente no que se refere à parte paralítica. Deve-se ter cuidado especial com as vesículas para evitar sua ulceração e infecção secundária.

Neste capítulo, além do zona do gânglio geniculado devemos nos referir ao *tic doloroso do nervo intermediário*, admitido por Furlow²³ como entidade clínica, ainda que extremamente rara. Este autor discordando da opinião de outros que, em casos semelhantes atribuíram a dor ao glosso-faríngeo, praticou a neurotomia do intermediário de Wrisberg no ângulo cerebello-pontino e obteve a cura da sua paciente. Neste caso, a sintomatologia pode-se resumir em dor intensa, essencialmente intermitente, dentro do ouvido esquerdo. Essa dor não aparecia pela deglutição ou excitação do faringe. O exame neurológico foi inteiramente negativo, assim como todos os exames complementares. A excitação de uma pequena zona no canal auditivo externo desencadeava a dor e a sua cocainização fazia desaparecer, provisoriamente, as crises dolorosas. Durante a operação, as manipulações sobre o intermediário de Wrisberg reproduziram a mesma dor. A operação evoluiu favoravelmente e a paciente, curando-se completamente não apresentou sequelas dignas de reparo.

Psicoalgias faciais.

Conforme as teorias clínicas e psicológicas adotadas, variam as denominações para este tipo de dores: topoalgias (Blocq), algias psíquicas (Huchard), dores de habito (Brissaud), cenesopatias (Dupré), neuralgias neurastênicas (Jendrassik), neuralgismo (Sicard), dores histéricas (Gordon). A denominação de psicoalgias é de Pratt, Golden e Rosenthal.

O diagnóstico das psicoalgias faciais só pôde ser feito por exclusão. São elas frequentemente acompanhadas de movimentos anormais, simulando, assim, o tique doloroso da face. Um dos principais característicos é a mutabilidade dos sintomas, principalmente da sede, do caráter e da extensão da dor. Marcos Victoria²⁴ chamou a atenção para as modalidades todo especiais das crises dolorosas, a localização anatômica e a propagação anômalas, e o ritmo inusual, subordinado muitas vezes a um horário especial do doente ou a um momento propício determinado pelas ocupações do mesmo. Por isso Walton as englobou sob o rotulo de "ocupation neuroses". Em geral, trata-se de doentes grandemente impressionáveis, facilmente sugestionáveis; uma psicoterapia de prova deve sempre ser tentada para esclarecimento diagnóstico. Firmado o diagnóstico e cuidadosamente eliminadas todas as outras formas de nevralgias da face, deve-se estabelecer o tratamento que só pode ser psicoterápico. A psicoterapia pode ser aplicada de variadas formas, usando desde uma injeção inofensiva ao torpedeamento, desde a persuasão à psicoanálise, tudo dependendo das relações psico-afetivas entre o médico e o doente.

Ruc. Quilombo, 109 — S. Paulo

23. Furlow, T. — Tic douloureux of the nervus intermedius (so called idiopathic geniculate neuralgia). *J. A. M. A.* 119: 255-259 (Maio, 16) 1942.

24. Marcos Victoria — *Estudios de Neurologia y Psicopatologia* (3.ª Serie) — El Ateneo Buenos Aires, 1941.