
TRATAMENTO CIRURGICO DA NEURALGIA DO TRIGEMIO
COM PRESERVAÇÃO DA SENSIBILIDADE

PAULO NIEMEYER FILHO *

A microcirurgia introduziu novos conceitos quanto à etiologia e tratamento de várias patologias, inclusive da neuralgia essencial do trigêmio. Já em 1932, Dandy observara a olho nú, nas explorações da fossa posterior, que grande número de pacientes com neuralgia do trigêmio apresentavam artérias tortuosas que comprimiam e distorciam a raiz do V nervo. Dandy, entretanto, nunca tentou a simples transposição arterial, seguindo a seccionar a raiz do trigêmio. Novas observações neste sentido foram feitas por Gardner em 1962.

O grande desenvolvimento, entretanto, deve-se a Jannetta, que com o auxílio do microscópio passou a encontrar em todos os casos ditos idiopáticos, uma alça arterial ou venosa comprimindo e distorcendo a raiz do V nervo craneano, em sua origem na protuberância. Na apresentação dos resultados de seus primeiros 100 casos operados, 12 pacientes apresentavam pequenos processos expansivos não diagnosticados no pré-operatório, más formações vasculares ou placas de esclerose múltipla. Nos demais 88 pacientes foram encontradas compressões por vasos "normais". Nestes casos então foi feita a simples decompressão neuro-vascular, com a interposição de músculo ou material plástico, preservando-se totalmente o nervo e conseqüentemente a sensibilidade em seu território. Os resultados obtidos com essa técnica em nossos primeiros 6 casos, são descritos a seguir.

MATERIAL E METODOS

Os primeiros 6 pacientes submetidos a decompressão neuro-vascular neste serviço, no período de março a maio de 1979, foram operados em decúbito lateral, pela via sub-occipital unilateral de Dandy. O material usado para interposição foi músculo, em todos os casos. O único exame radiológico pré-operatório foi RX simples de crânio.

Todos os pacientes eram homens (Tab. 1), variando a idade entre 52 e 83 anos, com nevralgia de 2 à 12 anos, com os períodos característicos de remissão. Todos eles apresentavam exame neurológico normal, incluindo reflexo corneano palpebral, e eram refratários ao tratamento clínico. A dor era unilateral em todos, com zona de gatilho. Os territórios mais atingidos foram V₂₋₃ à direita em quatro e V₂₋₃ à esquerda em dois. Estes pacientes foram operados, três por Paulo Niemeyer e três por Paulo Niemeyer Filho.

Caso Nº-Nome	Idade	Sexo	Lado	Ramos	Duração	Data cirúrgica
1 SA	68	M	D	V ₂	2A	15.3.79
2 CR	77	M	E	V ₂	3A	20.3.79
3 MF	52	M	E	V ₂₋₃	9A	17.4.79
4 RC	68	M	D	V ₂₋₃	3A	30.4.79
5 SM	83	M	D	V ₂₋₃	12A	07.5.79
6 TC	64	M	D	V ₃	3A	11.5.79

Tabela 1 — Dados dos 6 pacientes operados no período de março a maio de 1979.

Caso	Achado cirúrgico	Material usado	Resultado	Sensibilidade da face
1	SCA	músculo	sem dor	prcservada
2	AICA	músculo	sem dor	preservada
3	SCA	músculo	sem dor	preservada
4	SCA	músculo	sem dor	preservada
5	VEIA *	coagulação	sem dor	preservada
6	SCA	músculo	com dor 1 mês	preservada

Tabela 2 — Resultados cirúrgicos: SCA = artéria cerebelar superior; AICA = artéria cerebelar anterior inferior; * veia não identificada.

RESULTADOS

Em todos os pacientes (Tab. 2), encontrou-se compressão vascular proximal do nervo, em sua origem na protuberância, com exceção de um, em que a compressão era distal. Nos 5 casos de compressão e distorção proximal foram encontradas alças arteriais (Fig. 1A). No único caso de compressão distal foi encontrada grande veia, tortuosa e calibrosa, que formava um sulco profundo no nervo junto à ponta do rochedo (Fig. 1B).

Dos 5 casos arteriais, 4 foram considerados alongamentos arterioscleróticos da artéria cerebelar superior, sendo encontradas grandes alças que comprimiam a raiz do nervo medialmente, formando um sulco nesta raiz junto a protuberância. O outro caso arterial foi considerado alongamento arteriosclerótico da artéria cerebelar anterior inferior, sendo encontrada grande alça que comprimia a raiz do nervo em longa extensão inferiormente, formando sulco profundo. Em todos esses casos foi feita a dissecação do nervo e da artéria, mantendo-se o afastamento com a interposição de músculo (Fig. 2A). No único caso em que o sulco era causado por veia, foi feita sua coagulação, havendo retração espontânea da compressão (Fig. 2B).

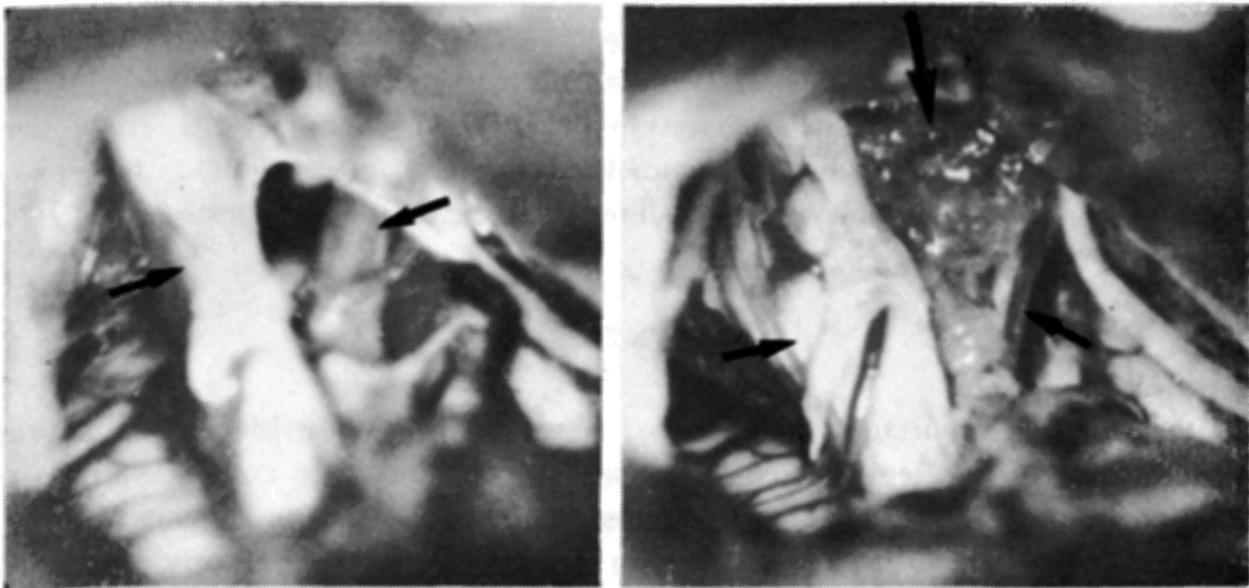


Fig. 1A — A seta da esquerda indica o V nervo e a seta da direita indica grande alça arterial comprimindo o nervo próximo à protuberância.

Fig. 1B — A seta da esquerda indica o V nervo, seta da direita indica alça arterial, seta central maior mostra o pedaço de músculo usado na interposição.

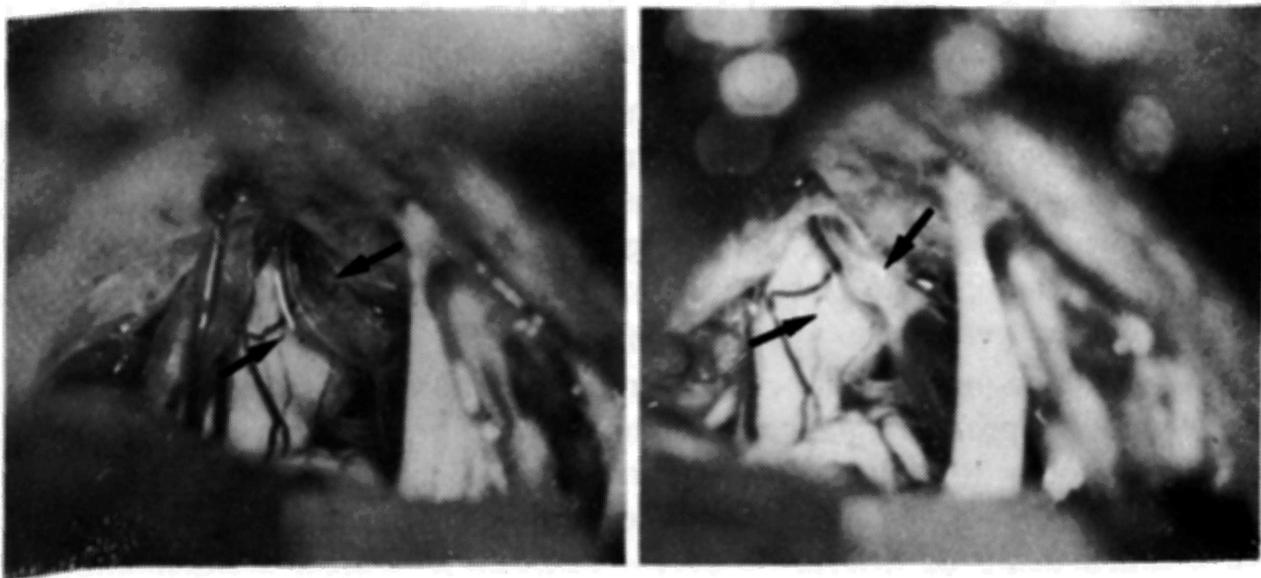


Fig. 2A — A seta da esquerda indica grande sulco no V nervo, causado por alça venosa indicada na seta à direita.

Fig. 2B — Após coagulação da veia as setas mostram grande sulco no V nervo.

Em todos os pacientes, com a exceção de um, houve desaparecimento imediato da dor no pós-operatório. Este paciente, entretanto, que tinha dor no território V_2-V_3 à direita no pré-operatório, teve sua dor limitada à língua no pós-operatório, com muito menor intensidade e frequência, desaparecendo totalmente sem medicação em um mês.

De todos os casos, este era o que tinha menor compressão aparente do nervo, sendo encontrada uma alça da artéria cerebelar superior encostada na emergência da raiz do V nervo, sem distorcê-lo com a mesma intensidade encontrada nos demais.

Todos os pacientes tiveram a sensibilidade da face preservada em suas várias formas, inclusive o reflexo corneano palpebral. As complicações foram sem maior importância, havendo um dos pacientes apresentado instabilidade na marcha nos primeiros dias de pós-operatório, recuperando-se espontaneamente ainda internado. Outro paciente apresentou grande depressão psíquica no pós-operatório, sendo normal seu exame neurológico e tomografia computadorizada a que foi submetido. Este paciente entretanto já apresentara quadro semelhante anteriormente após anestesia.

COMENTARIOS

Em face dos resultados alcançados, parece fora de dúvida que a nevralgia essencial do trigêmeo em pacientes idosos é causada pela compressão da raiz do V nervo por alongamentos arterioscleróticos de vasos normais, em sua origem aparente na protuberância. Em todos os casos operados houve desaparecimento da dor e preservação de todas as formas de sensibilidade com a simples transposição arterial e interposição de músculo.

Segundo Jannetta, nos casos em que a manipulação cirúrgica do nervo é pequena ou nenhuma, o paciente pode continuar sofrendo por um período variável de 30 à 60 dias. Este parece ser o caso do paciente nº 6, que continuou ainda com alguma dor por 30 dias. Em seu caso a compressão era mínima e a dissecação da artéria e do nervo não apresentou qualquer dificuldade, sendo praticamente nenhuma a manipulação do nervo.

A idade avançada é considerada por Rand como contra-indicação para a cirurgia. Ao contrário de Rand, entretanto, que opera seus pacientes na posição sentada, nossos casos foram operados em decúbito lateral, o que diminui acentuadamente os riscos de embolia gasosa e insuficiência vascular cerebral. Tomamos, portanto, como risco cirúrgico não a idade cronológica do paciente, mas seu estado geral, sua idade biológica.

Nosso follow-up é ainda curto para avaliar os resultados a longo prazo, mas segundo o próprio Jannetta e comunicações pessoais de outros cirurgiões experientes como Rhoton Jr., G. Dohrmann e Paulo Niemeyer, os casos em que houve recidiva anos após, foram devidos a deslizamento do material usado para o afastamento da artéria do nervo, voltando a ficarem assintomáticos após correção cirúrgica.

Parece sem dúvida, portanto, a importância do procedimento Jannetta, podendo ser discutida agora a parte técnica da cirurgia e o material a ser

usado para interposição. A nosso ver, a neurotomia retrogasseriana e a termo-coagulação percutânea vão se limitando aos casos em que há processo expansivo inextirpável ou pacientes sem condições clínicas para cirurgia.

RESUMO

No período de março a maio de 1979, foram operados 6 pacientes com neuralgia do trigêmio, por via sub-occipital, sendo feita decompressão neurovascular. Em 5 casos encontrou-se alça arterial comprimindo a raiz do V nervo em sua origem aparente na protuberância, e em 1 caso encontrou-se grande veia calibrosa e tortuosa, comprimindo o nervo na porção próxima ao rochedo. Dos 6 casos, 5 tiveram alívio imediato da dor e 1 obteve melhora, com desaparecimento total da dor após 1 mês. Em todos os casos a sensibilidade da face foi preservada em suas várias formas.

SUMMARY

Surgical treatment of trigeminal neuralgia with preservation of the sensitivity of the face: report of six cases.

In the period March to May 1979, 6 patients with trigeminal neuralgia were operated on, neurovascular decompression being carried out in the posterior fossa. In 5 cases an arterial loop was found compressing the root of the V nerve at its apparent origin in the protuberance, and in one case a large calibrous twisted vein was found, compressing the root at its distal portion near the temporal bone. Of the 6 cases, 5 experienced immediate relief and one improved with the total disappearance of the pain after a month.

In all the cases, the sensitivity of the face was preserved in all its various forms.

REFERENCIAS

1. DANDY, W. E. — The treatment of trigeminal neuralgia by the cerebellar route. *Ann. Surg.* 96:787, 1932.
2. GARDNER, W. J. — Concerning the mechanism of trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. *J. Neurosurg.* 19:947, 1962.
3. JANNETTA, P. J. — Complications from microsurgical treatment of tic douloureux. *J. Neurosurg.* 40:675, 1974.
4. JANNETTA, P. J. & HOINES, S. J. — Arterial cross compression of the trigeminal nerve at the pons in trigeminal neuralgia. *J. Neurosurg.* 50:257, 1979.
5. JANNETTA, P. J. — Treatment of trigeminal neuralgia by suboccipital and transtentorial cranial operations. *Clinical Neurosurgery* 24:538, 1977.
- 6" MOSLEY, T. P. — Summary of panel on controversies in the management of trigeminal neuralgia. *Clinical Neurosurgery* 24:584, 1977.

7. PORTUGAL, J. RIBE — O tratamento cirúrgico da trigeminalgia: neurtomia retro-gasseriana por via temporal, intra-dural. O Hospital (Rio de Janeiro) 5 501, 1946.
8. RAND, R. W. — Microsurgical operation in trigeminal and glossopharyngeal neuralgia. Microneurosurgery. 2nd edition. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1978, Chapter 15.
9. SATO, O. — Trigeminal neuralgia caused by compression of pontine Vein. Surg. Neurol. 2:285, 1979.
10. WAGA, S. — Trigeminal neuralgia: compression of the trigeminal nerve by an elongated and dilated basilar artery. Surg. Neurol. 2:13, 1979.

Serviço de Neurocirurgia, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro — Rua Santa Luzia 206 — 20020 Rio de Janeiro, RJ — Brasil.