

TORCICOLO ESPASMÓDICO

A PROPÓSITO DE UM CASO OPERADO

DOMINGOS GUILHERME DA COSTA *

O torcicolo espasmódico é uma curiosa afecção que, sem pôr em perigo a vida do doente, torna-a qualquer coisa de insuportável, exigindo medidas terapêuticas eficazes e, por vezes, bastante enérgicas. Com efeito, as contrações espasmódicas, os movimentos violentos do pescoço restringem, se não impedem, a atividade social do paciente, incapacitando-o total ou parcialmente para o trabalho.

O torcicolo espasmódico é caracterizado por movimentos convulsivos tônicos, clônicos ou tônico-clônicos dos músculos do pescoço e da nuca, geralmente unilaterais e indolores, que levam a cabeça para um lado; muitas vezes este movimento é acompanhado pela elevação da espádua homolateral, em virtude da contração do trapézio. Observa-se claramente o relêvo dos músculos que, com o tempo, acabam por hipertrofiar-se.

Embora o doente tenha perfeita consciência dos movimentos, estes são involuntários, não sendo possível reproduzi-los com perfeição pela vontade. Diminuem ou cessam com o repouso e o sono, para aumentarem com o movimento, as emoções, principalmente quando o doente se sente observado. Alguns pacientes conseguem interromper ou “abortar” a crise convulsiva por meio de um gesto, de um movimento especial, de pressão em determinado ponto. Mais freqüentemente, porém, o doente não consegue interromper a crise e seus esforços, contraproducentes, redundam em aumentar-lhe a intensidade. Tais fatos, durante muito tempo, fizeram o torcicolo espasmódico ser considerado manifestação puramente funcional, histérica. Daí os nomes que lhe davam, entre outros, de “torcicolo mental”, “espasmo funcional”, “cãibra funcional” do pescoço.

Não resta a menor dúvida que alguns casos de torcicolo espasmódico são de origem funcional. O fato é francamente admitido por todos. No

Recebido para publicação em 28 de julho de 1944.

* Livre-docente da Faculdade Nacional de Medicina, Master of Science em Neurocirurgia pela Universidade de Minnesota (Clínica Mayo), Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Getúlio Vargas.

entanto, grande número é de origem orgânica. Já em 1900, Babinski¹ atribuía o torcicolo espasmódico a alteração motora central, partindo a irritação pela via piramidal. Com o melhor conhecimento da anátomo-fisiologia normal e patológica do sistema extrapiramidal, atribuiu-se a afecção a lesões daquele sistema. Foerster filiou o torcicolo espasmódico à hipercinesia estriada, aproximando-o da córeo-atetose. Aliás, é freqüente a coexistência de torcicolo espasmódico com manifestações córeo-atetóticas, da mesma maneira que aquêlé também pode ser observado como sintoma inicial, propagando-se os movimentos anormais, mais tarde, a outros grupos musculares.

Os movimentos espasmódicos seriam, assim, devidos a um reflexo partindo das terminações sensitivas cervicais, indo aos núcleos da base e descendo pelas vias motoras das raízes cervicais superiores e do espinal. E', segundo Barré, um reflexo complicado, que traduz a resposta estriada ao estímulo sensitivo cervical. A teoria reflexa para explicar o torcicolo espasmódico não é aceita por Wilson e sua escola. Freqüentemente, são encontradas lesões locais irritativas — miosite artrite, neurite — que influem no aparecimento do torcicolo espasmódico. Outras vezes, como em nosso caso, nenhuma lesão é encontrada e só se pode atribuir a afecção à alteração do mecanismo neural.

O tratamento medicamentoso tem sido, quase sempre, ineficaz. “A farmacopéia foi esgotada, mas as promessas dos sedativos raramente se realizam” (Wilson). No entanto, o tratamento das afecções concomitantes (sífilis, parkinsonismo) é de rigor, assim como o das lesões locais (artrite, miosite, etc.) existentes. O tratamento fisioterápico, massagens, correntes elétricas, deve ser aplicado aos casos menos graves e poderá trazer resultados satisfatórios. Wilson aconselha massagens e correntes elétricas estimulantes no grupo antagonico mais fraco. A psicoterapia e os cuidados higiênicos, isolados, raramente são suficientes, sendo, entretanto, excelentes coadjuvantes. Ryneanson e Woltmann², seguindo as idéias de Rosenow³ sôbre infecção focal, empregaram vacinoterapia autógena em grande número de casos da Clínica Mayo. Os resultados, no entanto, foram de tal modo incertos e inconstantes que é impossível chegar a uma conclusão sôbre o valor do método. Os aparelhos de contenção, imobilizando a cabeça no leito, por meio de sacos de areia ou apa-

1. Babinski — citado por Barré, A. Rev. Neurologique, 1929.

2. Ryneanson, H. E. e Woltmann, H. W. — Spasmodic torticollis. Results of removal of foci of infection and treatment with specific vaccine. Amer. J. Med. Sc. **183**: 55 (abril) 1932.

3. Rosenow, E. C. — Localisation in animals of streptococci from cases of epidemic hiccup, spasmodic torticollis, chorea. Arch. Neurol. a. Psychiat. **19**: 424 (março) 1928.

relhos de gesso tipo minerva, ou de extensão, já foram abandonados. A minerva gessada conta alguns sucessos em seu ativo, mas a maioria dos pacientes não toiera o aparelho.

Em grande número de casos, a intervenção cirúrgica se impõe. As intervenções sobre os ossos e os músculos não são mais praticadas, pelo menos como intervenções primitivas. Entretanto, tais intervenções têm sua indicação para corrigir deformidades secundárias.

Campbell Morgan ⁴ foi o primeiro a propor e executar a secção do espinhal no pescoço, no intuito de paralisar o esternocleidomastóideo. Depois de Morgan, a secção do espinhal foi largamente praticada e, embora tenha trazido bons resultados permanentes, é geralmente considerada como insuficiente. Com efeito, no torcicolo espasmódico é comprometido grande número de músculos e nem sempre é fácil estabelecer com segurança todos os músculos afetados. Esses músculos recebem inervações diversas. Assim, o esternocleidomastóideo é inervado pelo espinhal acessório, recebendo também fibras dos nervos cervicais superiores. A porção superior do trapézio, cuja contração resulta na elevação da espádua, é também inervada pelo espinhal e pelos quatro primeiros cervicais. Os músculos da camada profunda são inervados pelos quatro cervicais, enquanto os esplênios, o complexo, além daquela inervação, recebem também dos torácicos superiores.

Os freqüentes insucessos levaram os cirurgiões a procurar intervenção mais radical, que paralisasse maior número de músculos ou, de acôrdo com as idéias de hoje, interrompesse, o reflexo produtor do espasmo, agindo nas vias condutoras do impulso nervoso. Issi foi conseguido por dois tipos de intervenção, variando na forma mas idênticas em sua finalidade ⁵: a) operação de Keen, Finney e Hughson; b) operação de Foerster e suas variantes.

A primeira é intervenção extradural, ou melhor, extra-raqueana. Por meio de um retalho semelhante ao empregado por Adson na craniec-

4. Morgan, C. — citado por Whitman, Orthopedic Surgery.

5. A propósito das intervenções indicadas, consultar:

Dandy, W. — in Lewis, Loose Leaf Surgery.

Elsberg, C. — Surg'cal Diseases of the Spinal Cord, New York, 1942.

Finney, J. e Hughson, G. — Spasmodic torticollis. Ann. Surg. 81: 255, 1925.

Foerster, O. — citado por Putnam, T. J. — The Diagnosis and Treatment of Athetosis and Dystonias. J. Bone a. Joint Surg. 21:948, 1939.

Frazier, C. — Spasmodic Torticollis. Interruption of Afferent Systems alone in Treatment. Ann. Surg. 91: 848, 1930.

McKenzie, K. G. — Intrameningeal Division of the Spinal Accessory and Roots of the Upper Cervical Nerves for Treatment of Spasmodic Torticollis. Surg. Gynecol. a. Obst. 39: 5, 1924.

Wilson, S.A.K. — Neurology. Londres, 1942.

tomia suboccipital, identificam-se, em cuidadosa dissecação, o 2.º, o 3.º e o 4.º nervos cervicais, o grande e o pequeno nervos occipitais, e o espinhal, que são seccionados. Os resultados obtidos são constantemente favoráveis e a intervenção é perfeitamente lógica e racional. Trata-se, no entanto, de uma operação longa e penosa, de uma difícil dissecação anatômica.

A secção intradural das primeiras raízes cervicais e do espinhal, que interrompe, ao mesmo tempo, a via ascendente e a via descendente principal do reflexo, deve ser preferida. É mais fácil, mais segura, mais elegante e não apresenta riscos excepcionais. Alguns autores (Foerster, Elsberg) praticavam a secção unilateral dos ramos posteriores dos três ou quatro primeiros cervicais; outros (Frazier), seccionam os ramos anteriores e finalmente Dandy faz a secção dos ramos anteriores e posteriores (C_1 a C_3) do lado da lesão e o esmagamento dos ramos posteriores (C_1 a C_4) do lado oposto. Frazier procurava, ressecando parcialmente o buraco occipital, seccionar também o espinhal. A maioria dos autores julga que a ressecção do buraco occipital agrava inutilmente a operação e é mais fácil praticar a secção do espinhal no pescoço. McKenzie emprega técnica parecida com a de Frazier, seccionando as raízes e o espinhal pela mesma via de acesso.

Secção das raízes posteriores, secção das raízes anteriores ou de ambas, é mais, talvez, uma questão de preferência pessoal. Todos os autores são unânimes em afirmar seus bons resultados, empregando um ou outro método, embora não reste a menor dúvida que a operação de Dandy é a mais radical, porque faz desaparecer por completo as vias ascendente e descendente do reflexo. As seqüelas, quer motoras, quer sensitivas, são insignificantes. É preciso, porém, não esquecer a possibilidade do processo estender-se a outros grupos musculares, no mesmo lado ou no lado oposto.

Em nossa doente foi praticada a secção das raízes posteriores das três primeiras cervicais e do espinhal no pescoço, do lado da lesão. A hemilaminectomia praticada deu excelente campo e as raízes ficaram perfeitamente expostas. De regra, aliás, praticamos a hemilaminectomia nas intervenções altas sempre que possível e nunca fomos obrigados a ressecar a outra metade da lâmina. O resultado imediato foi excelente e mantém-se até hoje. Há pouco, um de nossos assistentes teve ocasião de observar longamente a paciente, durante quase uma hora, e não notou movimento convulsivo algum ou atitudes viciosas do pescoço, fazendo-se livremente os movimentos.

Se depois de um tratamento clínico bem conduzido persistirem os movimentos convulsivos característicos do torcicolo espasmódico, achamos que a intervenção tem indicação formal. É intervenção benigna, de

execução relativamente fácil em mãos experimentadas e cujos resultados são extremamente satisfatórios.

Embora a questão de prioridade não tenha, a nosso ver, importância maior, ao que sabemos, o caso apresentado é o primeiro operado no Brasil por via intradural para o tratamento do torcicolo espasmódico. A paciente foi-nos enviada pelo Prof. Deolindo Couto, que acompanhou o caso e aproveitamos a oportunidade para apresentar ao ilustre neurologista nosso agradecimento pela sua colaboração.

OBSERVAÇÃO — Augusta D., alemã, de 47 anos de idade, doméstica, deu entrada no Hospital Getúlio Vargas em 18 de março de 1942. Matrícula n. 3.536.

Nos antecedentes pessoais e familiares, nada há digno de registro.

História da moléstia atual: Há cerca de um ano a doente teve forte dor de cabeça, que durou vários dias. A dor era bastante violenta, tomava toda a cabeça, irradiava-se para a nuca e parte anterior do pescoço, irradiando-se, depois, para o lado esquerdo do pescoço, que ficou constantemente dolorido. Não sabe informar se teve febre ou não, lembrando-se apenas que ficou bastante abatida e prostrada. Tratou-se com remédios caseiros, que aliviaram a dor de cabeça, que aos poucos desapareceu. Algum tempo depois desse episódio, começou a notar que os músculos do pescoço se contraíam e a cabeça virava-se involuntariamente um pouco para a esquerda. A princípio, esses movimentos eram discretos e pouco frequentes, não sendo notados por outras pessoas. As contrações passaram a ser mais fortes e os movimentos de rotação da cabeça para a esquerda violentos e acompanhados de dor. A situação foi-se agravando, as contrações sucediam-se umas às outras, porém a dor desapareceu. Fez uso de vários tratamentos fisioterápicos, medicamentosos, porém sem resultado algum. Devido a sua moléstia, foi obrigada a abandonar o trabalho, procurando-nos, a mando do Prof. Deolindo Couto, para ser operada.

Exame: Trata-se de uma doente de cor branca, bem nutrida, com estado geral francamente satisfatório. Temperatura 36°,4 C, pulso 80, ritmado e cheio, pressão 140/80. O exame do sistema nervoso mostrou apenas reflexos vivos. Os demais aparelhos nada apresentam de anormal.

Durante o exame, observa-se que, constantemente, a doente leva violentamente a cabeça para a esquerda, com elevação do mento e da espádua. Durante o movimento, os músculos ficam violentamente contraídos, observando-se sua saliência e endurecimento, sobretudo do esternocleidomastóideo e do trapézio esquerdos. Levada a cabeça ao máximo da posição viciosa, por vezes há volta imediata à posição normal. Outras, a contratura muscular dura mais tempo, ficando a cabeça fixada na posição anormal por período mais longo, permanecendo assim cerca de 1 minuto. Há alguns momentos de repouso, de duração variável, seguidos de contratura e torcicolo. Quase nunca a volta à posição normal é completa, ficando sempre um desvio para a esquerda. Outras vezes, o movimento espasmódico não é completo, isto é, antes da cabeça atingir o máximo da posição viciosa, os músculos relaxam-se e há volta à posição normal. Outras, não chega a haver repouso completo: antes da cabeça voltar à posição normal, há nova contratura violenta dos músculos, o que faz a cabeça voltar imediatamente à posição viciosa. Durante o exame, com a paciente emocionada, as crises espasmódicas sucediam-se umas às outras. Os músculos à esquerda, principalmente o esternocleidomastóideo e o trapézio, estão hipertrofiados e endurecidos, notando-se nítida diferença com o lado direito.

Os exames de laboratório (hemograma, reações de Wassermann, Kahn, uréia, exame de urina) foram todos negativos, assim como a radiografia da coluna cervico-torácica, que nada revelou de anormal.

Primeira intervenção, em 1 de abril de 1942, sob anestesia local (paravertebral e infiltração de novocaína). Doente em posição sentada. Incisão mediana, partindo um pouco abaixo da protuberância occipital e descendo verticalmente até a apófise espinhosa da sexta vértebra cervical. Hemilaminectomia esquerda da primeira, segunda e terceira vértebras cervicais. Exposição da dura-máter, de aspecto normal, que foi incisada verticalmente. Reconhecimento, anestesia com novocaína a 2 por cento do primeiro nervo e das segunda e terceira raízes posteriores, que foram esmagadas e seccionadas. Quando fazíamos ligeira torção na medula, para melhor isolarmos as raízes, a doente queixou-se de violenta dor no braço esquerdo, dor essa que persistiu até o fim da intervenção. Não nos foi possível, apesar da excelente exposição, distinguir o espinhal. A ferida operatória foi fechada em quatro planos, com pontos separados de catgut cromada e sêda. A doente deixou a sala em condições satisfatórias: pulso 100, temperatura 37°C, pressão 140/85.

O período pós-operatório foi excelente, queixando-se apenas a doente de dor no membro superior esquerdo, que obrigou ao uso de morfina. A dor persistiu durante alguns dias, foi melhorando progressivamente, para ceder no fim de seis dias. No mesmo dia da intervenção, os movimentos espasmódicos do pescoço desapareceram. No quinto dia, porém, foram observados alguns movimentos, embora muito discretos. Os pontos foram retirados no oitavo dia e a ferida cicatrizou por primeira intenção. Depois de retirados os pontos, a doente movia francamente o pescoço, persistindo, porém, os discretos movimentos espasmódicos.

Segunda intervenção em 16 de abril de 1942, 16 dias após a primeira intervenção. Sob anestesia local, foi praticada a secção do espinhal no pescoço, à esquerda. Os pontos foram retirados em 22 de abril, com cicatrização *per primam*. Em 25 de abril de 1942 a paciente teve alta curada, com desaparecimento completo dos movimentos espasmódicos do pescoço.

A paciente retomou o trabalho e examinada repetidas vezes, verificou-se que os bons resultados persistem até hoje, dois anos e pouco depois das intervenções.

RESUMO

Depois de referir a sintomatologia e as idéias atuais sôbre a etiopatogenia do torcicolo espasmódico, o autor estuda os vários tratamentos até hoje empregados, terminando por considerar a intervenção cirúrgica sôbre o sistema nervoso como única medida terapêutica de real valor. Depois de expor os vários tipos de intervenções empregadas em tais casos — secções de nervos periféricos, secções extra-raquidianas ou intra-raquidianas de raízes cervicais e do servo espinhal — o autor expõe a observação de sua doente na qual a cura foi obtida pela secção intradural das três primeiras raízes cervicais posteriores, completada, em segundo tempo, pela secção do espinhal no pescoço.

SUMMARY

After referring to the symptomatology and the modern ideas about the etiopathogenesis of the spasmodic torticollis, the A. studies the va-

rious methods of treatments so far attempted, concluding that the surgical operation upon the nervous system is the only valuable therapeutic measure. The A. discusses the various types of intervention employed in those cases — section of the peripheral nerves, extarrachidean or intrarachidean section of the cervical roots or section of the spinal nerve. The author reports then his observation of a female patient whose cure was achieved by intradural section of the first three posterior cervical roots, completed, in a second operative séance by the section of the spinal nerve at the neck.

Rua São Clemente, 158, apart. 1 — Rio de Janeiro (D.F.)