

Mal sub-occipital.

Tratamento cirurgico em paciente morfinomana

por

Cesar Abila

Docente da Faculdade de Medicina de P. Alegre

Estavamos, no ano de 1938, de passagem por cidade do planalto serrano do Rio Grande do Sul quando fomos chamados em conferência por distinto colega para ver um caso já de ha muito reputado perdido. Encontramos, em decúbito dorsal no leito, mulher emagrecida, contendo com ambas as mãos a cabeça que era sede de bruscos movimentos, provocados por contraturas musculares. Acabára de receber dose grande de morfina que sistematicamente vinha usando, ha vários meses, diversas vezes ao dia. Chamava desde logo a atenção a energia excepcional desta pobre doente que pedia insistentemente intervenção decisiva para seu caso, sujeitando-se a todos os riscos e sofrimentos e mesmo a mais um insucesso.

Era uma brasileira, descendente de italianos, branca, solteira, com 36 anos de idade, e que ha quatro anos começou a sentir dores na região sub-occipital e a notar que a cabeça assumia posições defeituosas.

Desde então, seu estado vêm-se agravando continuamente a despeito de todos os tratamentos a que foi submetida: injeções de ouro, de tuberculina, imobilização em minerva gessada, etc. etc. Mostrou-nos cópia enorme de exames de laboratório e de radiografias. As opiniões todas combinavam quanto ao diagnóstico: mal de Pott sub-occipital.

Ao exame, dificultado pelos sintomas dolorosos, encontramos exagerada a mobilidade do segmento cefálico, forte dôr à pressão em toda região cervical, contratura dos músculos do pescoço e alguns gânglios palpáveis supraclaviculares. Empastamento das regiões cervical posterior e occipital. Instada a tomar posição sentada, com esforço ingente, sofrendo dôres cruciantes, segurando a cabeça com ambas as mãos, conseguiu fazê-lo a despeito do exagêro, agora perfeitamente notado, da hiperextensão do segmento cefálico.

Nas radiografias, processo destrutivo do atlas e comprometimento do axis.

HISTÓRICO

Em 1779 e 1783, Percival Pott mostrou as relações entre as lesões ósseas e nervosas. Mais tarde, Delpech e Nélaton provam a natureza tuberculosa da afecção. Vitor Menard, em 1900, escreve magistral descrição que, ao lado de trabalhos mais recentes, de E. Sorrél e Mme. Sorrél-Dejerine, parecem ser o que ha de mais preciso e mais completo no assunto.

O tratamento do mal de Pott, como de outras tuberculoses cirúrgicas é que tem variado grandemente. Do tratamento mutilante da éra das resecções — que só não iam até o mal de Pott por sua localização na coluna vertebral — passamos para o tratamento conservador sistemático e daí para o período das artrodéses extra articulares e, mais modernamente ainda, para as intervenções focais de Robertson Lavalle.

ETIOLOGIA

O mal sub-ocipital é mais raro do que outras localizações vertebrais da tuberculose e entra nas estatísticas com percentagem próxima dos 2%. E' muito raro nas crianças menores e se torna mais comum nos jôvens, para faltar quasi absolutamente nos adultos, como no caso em apreço.

ANATOMIA PATOLÓGICA

O atlas possúe quatro articulações, com duas interlinhas: interlinha occipito-atloidiãna com as articulações direita e esquerda e interlinha atloideo axoidiana, da mesma forma com duas articulações simétricas laterais.

A interlinha geralmente mais atacada é a atloideo axoidiana.

O mal sub-ocipital pôde ser uni ou bilateral conforme ataca as articulações de um só lado ou de ambos.

A "ulceração compressiva" de Lannelongue condiciona as luxações patológicas que derivam de um duplo mecanismo: esmagamento vertical do corpo vertebral e deslizamento para frente. Esse esmagamento é tanto mais precóce quanto mais caseoso fôr o processo que, em casos graves, pôde ser primariamente caseoso.

Em nosso caso não havia luxação patológica que se notasse e sim desvio em báciaula, para cima, do axis. O outro desvio atloidiãno, fáse primeira da luxação, é o desvio "em gaveta" para frente.

O gráu e a rapidês dos resvios condicionam a sintomatologia nervosa. Quando lentos, a compressão é mais bem tolerada, quando bruscos pôdem produzir disturbios gravíssimos. A paquimeningite externa caseosa é por si só capaz de determinar acidentes de compressão medular. A ela seguem os abcessos ossifluentes que, no mal sub-ocipital, pôdem ser abcessos frios retro-faríngeus. As adenopatias acompanham a evolução da moléstia.

SINAIS CLÍNICOS

Primeiro período — A dôr comumente é que primeiro chama a atenção. Nevralgica, irradiando-se para o occiput, orelhas, regiões parotidianas, pescoço e espáduas, provocada pelas compressões do tuberculoma inicial e das adenoptias.

A contração muscular é reflexo de defesa da dôr.

Ha um empastamento constante da região, mais ou menos, extenso.

O caminhar é cuidadoso em atitude de quem equilibra a cabeça

que se mantém rígida, em hiperextensão, sem movimentos de rotação lateral; o olhar para o lado obriga a movimentação de toda a cintura escapular como se tratasse de um boneco sem articulação a êsse nível.

Segundo período — No fim de três a quatro meses aparecem sinais de luxação lenta, é o começo do segundo período. A cabeça roda para o lado do maior desgaste e ha uma aproximação do queixo ao torax.



No caso que discutimos, pelo contrário, havia hiperextensão, com reflexão para trás e rotação para esquerda. O arco do atlas se poderá sentir pelo toque faríngeo.

Terceiro período — Compressão do neuro-eixo. Complicação rara que obscurece grandemente o prognóstico da afeção. A compressão brusca pôde ocasionar morte fulminante.

Ombredanne sintetiza com clareza o assunto: "Existem casos em que a morte sobrevem de maneira fulminante. Tal o desse soldado que, transportado numa padiola, deixou repentinamente penderem os braços inertes, estava morto. Um rapaz sufoca ao deglutir, outro cai fulminado quando um companheiro lhe bate nas costas.

"Sem ser tão brusca pôde vir muito rapidamente. Por ocasião de mudança de atitude, de gesto aparentemente inofensivo, bruscamente os quatro membros se tornam inertes; o doente não tarda a se cianozar; a asfixia faz progressos rápidos e o drama termina em poucos minutos ou em algumas horas.

"Nas crianças tratadas em decúbito horizontal, os acidentes de compressão evoluem mais lentamente.

Estes acidentes são na maioria das vezes paralisias traduzindo compressão das pirâmides bulbares. Por vezes, a paralisia dos membros superiores precede a dos membros inferiores, o que é evidente se nos lembrarmos das disposições das fibras motoras a este nível. É provavelmente também porque o plano das fibras sensitivas é mais posterior do que o das fibras motoras, que as anestésias só aparecem depois. Quando a compressão é lateral, a anestesia é na maioria das vezes cruzada com a paralisia unilateral, o que parece indicar que o ponto de compressão se faz acima do nível de cruzamento das pirâmides.

"Existem também sinais de compressão dos nervos bulbares, influenciados em seus núcleos ou em suas emergências. O nervo mais comumente atingido é o grande hipoglosso, cujas fibras ao nível de sua emergência são também as mais expostas; daí os distúrbios da palavra e da deglutição por inércia da língua. Assinalamos também os distúrbios dos territórios dos óculo-motores, do pneumogástrico e do espinal. Os distúrbios asfíxicos aparecem e se agravam e são êles que levam o doente em plena lucidez."

Em nosso caso apenas tínhamos o exagêro dos reflexos.

DIAGNÓSTICO

Excluídas a artrite cervical e a sífilis, o síndrome não deixa dúvidas quanto ao diagnóstico.

PROGNÓSTICO

Ô prognóstico, como vimos, é sombrio. Mas, a gravidade aos poucos se dissipa à medida que nos afastamos da época dos acidentes da luxação. Broca acha o mais curável dos males de Pott.

No caso em aprêço o prognóstico era péssimo dado o grande enfraquecimento da doente, proveniente principalmente das altas doses de morfina, já habituais. Nenhum tratamento déra resultado. Não tinha porém sido tentado o meio terapêutico perfeitamente indicado: *a artrodése por enxerto*.

TRATAMENTO

O tratamento do mal sub-ocipital do adulto é unico — excetuando o processo de Robertson Lavalle — a artrodése por enxerto, com ponto de apóio occipital e nas apófises espinhósas das vértebras cervicais.

A colocação clássica do enxerto é o processo de Albee que firma a síntese nas apófises espinhósas fendidas ao meio, em calha.

Preferimos, no caso presente, dada a grande mobilidade do segmento cefálico, para evitar quanto possível traumatismo bulbar no momento de eriar o leito nas apófises, a modificação de Leon BERARD, fazendo não como êsse autor um leito ao lado das lâminas vertebraes e sim na face lateral das apófises espinhósas.

A operação foi executada sob anestesia local no Hospital Sto. An-

tônio de Caxias. Foram nossos auxiliares o professor J. C. Gomes da Silveira e o Dr. Fracasso. Anestesia local da região tibial esquerda e da face posterior do pescoço e occiput com infiltração de novocaína a meio por cento com algumas gotas de solução millesimal de adrenalina. Retirada de um forte enxerto tibial. Preparação do leito lateral direito compreendendo o descolamento sub-perióstio do occipital com avivamento, e das faces laterais das apófises cervicais de II e a VII. Colocação do enxerto que foi fixado com categú lento N. 4. Fechamento da ferida com erina. Colocação de uma minerva de Celona. Doze dias após foi retirado o aparelho por causa da supuração da ferida cervical. Na mesma ocasião foram retirados os agráfos da incisão da perna que estava perfeitamente bem. Imobilização da cabeça e pescoço com talas. Curativos com óleo de fígado de bacalhau. Cicatrização muito lenta. Após cinco meses, retirada da parte alta do enxerto que incomodava muito.

O estado local atual está representado na radiografia. A doente tendo melhorado das dores logo depois da artrodése, abandonou o uso da morfina. Atualmente (1940), está perfeitamente restabelecida, engordou cerca de 20 quilos e retomou suas ocupações quotidianas e tem, como resto do incêndio, a anquilóse providencial e curadora.

Eis pois, um caso muito interessante dadas as condições precaríssimas da paciente e o resultado da terapêutica indicada.