



Meralgia parestésica por compressão de cinta modeladora

Meralgia paresthetica by compression from a modeling girdle

DAYANA GARCIA ALVES ^{1,2*}
FILIPE FRAINER FUZINATTO ²
CARLOS SÉRGIO PRAÇA CONSALTER ²
ANTÔNIO EGÍDIO RINALDI ^{1,2}
MARIANA MAGALY RUBIO VILCA ²
LUCAS ALVAREZ RINALDI ²

Instituição: Clínica Privada de Dra. Dayana Garcia Alves, associada ao Serviço de Residência em Cirurgia Plástica Prof. Dr. Oswaldo de Castro.

Artigo submetido: 25/8/2012.
Artigo aceito: 3/9/2012.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0021

■ RESUMO

Meralgia parestésica é caracterizada por dor, parestesia ou queimação e diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa na face anterolateral da coxa. Isto ocorre por uma neuropatia do nervo cutâneo femoral lateral (NCFE). O tratamento conservador é frequentemente bem-sucedido, aliviando os sintomas na maioria dos pacientes. Descrevemos o caso de uma paciente de 44 anos de idade que apresentou os sintomas descritos após uso pós-operatório de malha modeladora por cirurgia estética.

Descritores: Parestesia; Malha cirúrgica; Dor; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Coxas; Neuropatia femoral.

■ ABSTRACT

Meralgia paresthetica is characterized by pain, paresthesia or burning sensation, and reduction of tactile and pain sensitivity in the anterolateral surface of the thigh. This disability is caused by a neuropathy of the lateral femoral cutaneous nerve (LFCN). Conservative treatment is often successful at relieving the symptoms in the majority of patients. We describe the case of a 44-year-old patient who presented with these symptoms caused by postoperative use of a surgical girdle after aesthetic surgery.

Keywords: Paresthesia; Surgical girdle; Pain; Reconstructive surgical procedures; Thighs; Femoral neuropathy.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital São Luiz, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Meralgia parestésica (síndrome de Bernhardt-Roth) foi primeiramente descrita por um neuropatologista alemão, Martin Bernhardt (1844-1915), em 1878, mas foi Wladimir Karlovich Roth (1848-1916), um neurologista russo, que cunhou o termo “meralgia” das palavras gregas *meros*, para coxa, e *algos*, para dor¹. Classicamente, a meralgia parestésica é descrita como uma síndrome disestésica ou anestesia na distribuição do nervo cutâneo femoral lateral (NCFL), isto é, trata-se de uma mononeuropatia compressiva do NCFL (Figura 1²).

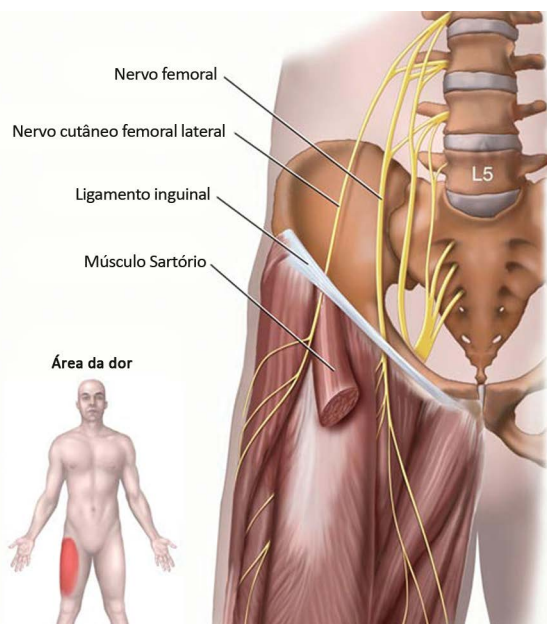


Figura 1. Anatomia região inguinal, nervo cutâneo lateral do fêmur²
Fonte: Netter, F.H. Atlas de Anatomia Humana. 3ª edição Porto Alegre.

É mais comum nos homens e se caracteriza, frequentemente, por dor em queimação na face anterolateral da coxa. Na área acometida há uma sensação de desconforto, mas não se observam alterações motoras e/ou de força muscular. Os reflexos estão preservados, diferenciando-se esta condição das radiculopatias³.

Tem causas diversas como: obesidade, gravidez, ascite, cintas, órteses, cintos apertados, trauma direto, escoliose, diferença no comprimento dos membros e espasmo muscular. O NCFL também pode ser lesado por incisões abdominais ou pélvicas, tais como apendicectomias ou retirada de enxerto ósseo ilíaco. A compressão também pode ocorrer dentro da pelve, havendo relato de casos associados a mioma uterino, abscessos, lipofibrossarcoma retroperitoneal e periostite do íleo. Cirurgias para reparo de hérnia inguinal via laparoscópica podem provocar lesão do NCFL⁴.

O tratamento inicial da meralgia parestésica é conservador e os pacientes podem beneficiar-se do uso

de analgésicos, anti-inflamatórios não hormonais, uso de roupas folgadas, perda de peso e o uso criterioso de esteroides e anestésicos locais. Quando o tratamento conservador falhar, deve-se considerar a cirurgia, entretanto, não há consenso sobre o melhor procedimento: ressecção ou descompressão do nervo pela retirada da porção lateral do ligamento inguinal^{1,3,4}.

No caso ora relatado, houve compressão do NCFL esquerdo pela cinta modeladora, iniciado o quadro parestésico em pós-operatório (PO) precoce após cirurgia de lipoabdominoplastia e implante mamário e que nos incentivou esta publicação.

RELATO DE CASO

D.F.P., feminina, 44 anos, submetida à lipoabdominoplastia e implante mamário, apresentando no pós-operatório precoce (aproximadamente 3 dias de PO) parestesia e disestesia, na face anterolateral da coxa esquerda. Paciente afirmava que a malha modeladora estava apertada sobre a raiz da coxa, bilateralmente, sem alterações de motricidade do membro acometido e ausência de alterações cutâneas na área parestésica.

O estudo eletroneuromiográfico mostrou acometimento do NCFL esquerdo com moderada degeneração de fibras nervosas sensitivas. Sem evidência de acometimento de outros nervos periféricos, miopatia, polineuropatia periférica, plexopatia lombossacra ou radiculopatia lombossacral motora proximal nos níveis de L2 a S1 bilateralmente.

Orientada a tratamento clínico, optou-se por utilizar anti-inflamatório não esteroidal por 10 dias associado a medidas de recorte da malha modeladora, mantendo apenas a compressão acima das cristas ilíacas anterossuperiores, além de evitar atividades que envolvessem a extensão do quadril. Houve melhora gradual dos sintomas pela paciente observada com 30 dias de pós-operatório. Com 9 meses de pós-operatório, relata leve disestesia do lado esquerdo em comparação ao lado direito. Sem outras queixas.

DISCUSSÃO

Com incidência anual desta condição estimada em 4/10.000 pessoas, a meralgia parestésica tem como alvo o NCFL, nervo puramente sensitivo, que inclui fibras simpáticas eferentes que carregam impulsos vasomotores, pilomotores e sudomotores. Ele é muito variável e pode ser formado de algumas diferentes combinações de raízes lombares, incluindo L2-L3, L1-L2, L2 isolado e L3 isolado. Situa-se atrás do músculo psoas, seguindo abaixo da fâscia ilíaca e cruzando a superfície do músculo ilíaco (Figura 1²).

Ao se aproximar da espinha ilíaca anterossuperior, ele penetra na fâscia ilíaca e emerge através de um túnel fibroso em direção à coxa⁵. Ghent⁶ descreveu quatro

variáveis no curso do NCLF que concorrem para a instalação do quadro clínico. Na primeira, o nervo passa através do ligamento inguinal; na segunda, é deformado por uma ponte afiada da fâscia ilíaca, que se encontra posteriormente ao nervo, provocando sua compressão, quando o paciente assume a posição ortostática; na terceira, penetra no músculo sartório, próximo da EIAS e trafega distalmente ao músculo, antes de emergir através da fâscia lata; e, finalmente, na quarta variação, o NCLF penetra na coxa, cruzando a crista ilíaca lateralmente e, posteriormente, EIAS⁶.

Os pacientes que apresentam meralgia parestésica tipicamente descrevem sensação de queimação, frio, choque, dolorimento na musculatura da coxa, alteração na sensibilidade da pele, franca anestesia ou queda dos pelos na porção anterolateral da coxa. Os sintomas podem ser leves e fugazes, desaparecendo espontaneamente, ou intensos, limitando o paciente por anos⁷. Pode haver queixa de dor no quadril, joelho ou panturrilha e, por isso, os pacientes tentam modificar suas atividades para minimizar os sintomas. Os sintomas podem piorar quando o quadril é estendido e os pacientes tendem evitar a posição ereta e referir dificuldade para dormir. Sentar pode aliviar as queixas em algumas pessoas e piorar em outras.

Em casos mais intensos, não há posição que alivie o desconforto⁸. Ao tornar-se superficial, o NCLF é suscetível a traumas e compressão por causas diversas como: obesidade, gravidez, ascite, cintas, órteses, cintos apertados, trauma direto, escoliose, diferença no comprimento dos membros e espasmo muscular. Ele também pode ser lesado por incisões abdominais ou pélvicas, tais como apendicectomias ou retirada de enxerto ósseo ilíaco. A compressão também pode ocorrer dentro da pelve, havendo relato de casos associados a mioma uterino, abscessos, lipofibrossarcoma retroperitoneal e periostite do íleo.

Procedimentos cirúrgicos para reparo de hérnia inguinal via laparoscópica podem provocar lesão do NCLF⁴. O diagnóstico é clínico, podendo, em casos duvidosos, serem necessários exames complementares, como a eletroneuromiografia, que mostra redução na velocidade da condução sensitiva, tomografia, ressonância magnética e ultrassonografia, empregados para excluir outras patologias⁸.

O tratamento é clínico em 90% dos casos, podendo o quadro regredir espontaneamente, mas a recorrência

é comum⁹. O tratamento inicial da meralgia parestésica é conservador e os pacientes podem beneficiar-se do uso de analgésicos, anti-inflamatórios não hormonais, uso de roupas folgadas, perda de peso e o uso criterioso de esteroides e anestésicos locais. Quando o tratamento conservador falhar, deve-se considerar a cirurgia, entretanto, não há consenso, segundo Grossman et al.¹⁰, sobre o melhor procedimento: ressecção ou descompressão do nervo pela retirada da porção lateral do ligamento inguinal.

CONCLUSÃO

A literatura é escassa quanto ao seguimento e conduta nestes casos^{1,3-7,10}. Há necessidade de observar o grau de compressão da cinta elástica, na região inguinal, avaliando cuidadosamente queixa da paciente quanto à compressão inguinal. Houve melhora gradual dos sintomas pela paciente, e com 9 meses de acompanhamento leve disestesia quando comparada ao lado contralateral.

REFERÊNCIAS

1. Pearce JM. Meralgia paraesthetica (Bernhardt-Roth syndrome). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(1):84. PMID: 16361600 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnmp.2005.072363>
2. Meralgia parestésica: sintomi, segni, cause, diagnosi e trattamenti [Internet] [acesso 15 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.informazionimediche.com/2011/09/meralgia-paraesthetica-sintomi-segni-cause-diagnosi-e-trattamenti.html>
3. Erbay H. Meralgia paresthetica in differential diagnosis of low-back pain. *Clin J Pain*. 2002;18(2):132-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00002508-200203000-00010>
4. Perry CP. Peripheral neuropathies and pelvic pain: diagnosis and management. *Clin Obstet Gynecol*. 2003;46(4):789-96. PMID: 14595220 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00003081-200312000-00008>
5. Fabre T, Bébezis I, Bouchain J, Farlin F, Rezzouk J, Durandea A. Meralgia Paresthetica: a rare cause of groin pain: surgical management of 119 cases between 1987 on 1999. *Orthop Proc*. 2004;86-B:SUPP I:40.
6. Ghent WR. Further studies on meralgia paresthetica. *Can Med Assoc J*. 1961;85:871-5.
7. Haim A, Pritsh T, Ben-Galim P, Dekel S. Meralgia Paresthetica: clinical experience with 79 patients. *J Bone Joint Surg*. 2005;87-B:SUPP III:393.
8. Sarala PK, Nishihara T, Oh SJ. Meralgia paresthetica: electrophysiologic study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1979;60(1):30-1. PMID: 420568
9. Holanda MMA, Meira UM, Magalhães FNO, Silva JAG. Tratamento Cirúrgico da Meralgia Parestésica: relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(2A):288-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000200026>
10. Grossman MG, Ducey SA, Nadler SS, Levy AS. Meralgia paresthetica: diagnosis and treatment. *J Am Acad Orthop Surg*. 2001;9(5):336-44.

*Autor correspondente:

Dayana Garcia Alves

Rua Vergueiro, 1353 cj 2001 - Vila Mariana - São Paulo, SP, Brasil
CEP 04101-000

E-mail: dayana@dayanagarciaalves.com.br