

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MERALGIA PARESTÉSICA

Relato de caso

*Maurus Marques de Almeida Holanda¹, Ussânio Mororó Meira¹,
Francisco Neuton de Oliveira Magalhães², José Alberto Gonçalves da Silva³*

RESUMO – Meralgia parestésica é caracterizada por dor, parestesia ou queimação e diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa na face antero-lateral da coxa. Isto ocorre por uma neuropatia do nervo cutâneo femoral lateral (NCFL). O tratamento conservador é frequentemente bem sucedido aliviando os sintomas na maioria dos pacientes. Descrevemos o caso de uma paciente de 37 anos de idade que necessitou de tratamento cirúrgico pelos sintomas intratáveis. Apesar da neurólise com transposição ser o procedimento mais comum, preferimos a neurectomia com remoção de parte do NCFL por ser sua taxa de recorrência baixa em oposição à neurólise. A área de anestesia que ocorre pelo procedimento no trajeto do NCFL tende a reduzir com o tempo. A paciente teve uma evolução excelente com o emprego desta técnica.

PALAVRAS-CHAVE: meralgia parestésica, nervo cutâneo femoral lateral, neuropatia compressiva.

Surgical treatment of meralgia paresthetica: case report

ABSTRACT – Meralgia paresthetica is characterized by pain, paresthesias or burning, and decreased touch and pain sensation on the anterolateral aspect of the thigh. It is due to neuropathy of the lateral femoral cutaneous nerve (LFCN). Conservative treatment is usually successful in relieving the symptoms in most of the patients. We describe a case of a woman, 37 years old, who required surgical treatment for intractable symptoms. Although neurolysis with transposition is the most common procedure, we preferred neurectomy with excision of a portion of the LFCN for its very low recurrence rate as opposed to neurolysis. The area of anesthesia generated by this procedure in the distribution of the LFCN tends to shrink with time. This patient achieved excellent outcome following this surgical technique.

KEY WORDS: meralgia paresthetica, lateral femoral cutaneous nerve, entrapment neuropathy.

As neuropatias por compressão nos membros inferiores são menos comuns que as dos membros superiores. A meralgia parestésica, de acordo com Rousseau et al.¹, foi descrita primordialmente por Bernhardt e Roth (1895). O termo meralgia origina-se do grego *meros* = tocar e *algos* = dor, sendo uma condição provocada por compressão do nervo cutâneo femoral lateral (NCFL) em sua passagem pelo ligamento inguinal, desencadeada ao toque. Usualmente ocorre em pessoas obesas e pode ser exacerbada por roupas e cintos apertados, posição ortostática prolongada e caminhada. Há incidência elevada entre diabéticos. O tratamento clínico alivia os sintomas na maioria dos casos e deve ser empregado antes da indicação do tratamento cirúrgico, que é controverso².

No caso ora relatado, houve falência do tratamento clínico, optando-se, então, pela cirurgia que teve bons resultados, o que nos incentivou esta publicação.

CASO

Mulher branca, 37 anos, cabelereira, com história iniciada há um ano e caracterizada por parestesia e disestesia, na face anterolateral da coxa esquerda, agravando-se o quadro clínico na posição ortostática e tendo alívio na posição de decúbito dorsal. A paciente foi orientada, durante o tratamento clínico, a perder peso e evitar usar roupas apertadas. Com o uso de gabapentina houve melhora da sintomatologia, porém manteve o quadro algico em posição ortostática nos últimos três meses. O estudo eletroneuromiográfico mostrou neurocondução do NCFL com prolongamento da latência, redução das amplitudes

¹Serviço de Neurocirurgia Unineuro; ²Acadêmico de Medicina; ³Serviço de Neurocirurgia do Hospital Santa Isabel - João Pessoa PB, Brasil.

Recebido 20 Junho 2002, recebido na forma final 19 Novembro 2002. Aceito 25 Novembro 2002.

Dr. Maurus M.A. Holanda - Rua Santos Coelho Neto 200/802 - 58038-450 João Pessoa PB - Brasil. E-mail:maurus@zaitex.com.br

dos potenciais de ação sensitivos e redução da velocidade de condução sensitiva. Devido ao insucesso do tratamento clínico, empregado durante 90 dias, foi indicada a cirurgia, realizando-se neurectomia dos ramos, anterior e posterior do NCFL, expostos abaixo da fáscia lata e acima do músculo sartório (Figs 1 e 2).

DISCUSSÃO

O NCFL é um ramo puramente sensitivo com contribuição das raízes de L 2 e L 3, o qual emerge lateralmente ao músculo psoas maior, cruza obliquamente o ilíaco e segue o trajeto em direção a espinha ilíaca anterosuperior (EIAS). Do lado esquerdo passa através da parte inferior do colo descendente e do lado direito atrás e lateralmente ao ceco. Trafega posteriormente ou através do ligamento inguinal a uma distância variável, sendo medial à EIAS e, anteriormente, ou através do músculo sartório da coxa, onde se divide nos ramos anterior e posterior^{3, 4}. Ghent⁵ descreveu 4 variações no curso do NCFL 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 fáscia 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 fáscia lata e, finalmente, na quarta variação, o NCFL penetra na coxa, cruzando a crista ilíaca lateralmente e, posteriormente, à EIAS⁵.

As lesões do NCFL causam a meralgia parestésica, a qual é caracterizada, clinicamente, por sensação de desconforto na face anterolateral da coxa, sob a forma de formigamento, queimação, hiperestesia, dor de pequena intensidade ou anestesia superficial. Os sintomas usualmente são unilaterais sendo amenizados pela postura supina ou pela flexão da coxa na posição ortostática. Os pacientes costumam massagear a área afetada para obter alívio da dor, sendo esta uma característica desta enfermidade⁵. Os sintomas são precipitados por fatores como obesidade, roupas e cintos apertados, cicatrizes cirúrgicas abdominais, gravidez, retirada de enxerto do osso ilíaco, ascite, massas pélvicas e abdominais, entre outras causas⁴⁻⁷.

O diagnóstico diferencial é feito com a neuropatia femoral e radiculopatias que envolvem a segunda e a terceira raízes lombares que, comumente, provocam fraqueza muscular. Herniação dos discos situados entre L 1 – L 2 ou L 2 – L 3 podem mimetizar a meralgia parestésica, não se devendo esquecer que

lesões do íleo-ceco, colon sigmóide ou qualquer lesão alta do espaço retroperitoneal podem comprimir o nervo na altura do músculo psoas^{3,8}. Nesses casos ocorreria sintomatologia gastrointestinal ou urinária concomitantes^{4,9}. 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 ultra-sonografia, empregados para excluir outras patologias^{4,10}.

O tratamento é clínico em 90 % dos casos, podendo o quadro regredir espontaneamente, mas a recorrência é comum¹¹. O paciente é orientado a perder peso, evitar roupas e cintos apertados e eliminar atividades que envolvam extensão do quadril. Além destas medidas coadjuvantes, empregam-se anti-inflamatório não hormonal durante 7 a 10 dias, bem como aplicação de gelo local. Anestesia local com ou sem o emprego de corticóide no ponto de gatilho ou medialmente à EIAS, pode levar à melhora e



Fig 1. Exposição da região inguinal, com incisão transversal ao NCFL.

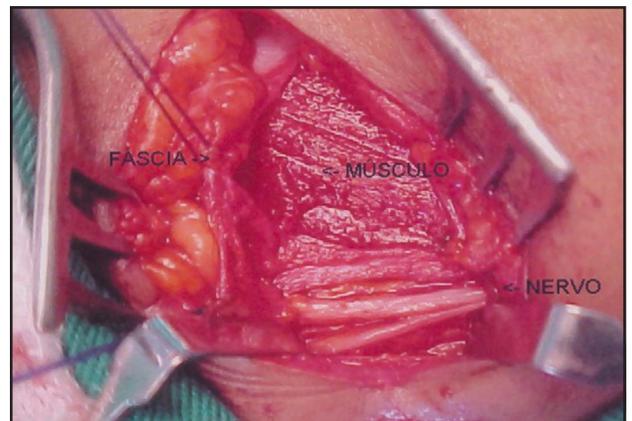


Fig 2. Exposição da bifurcação do NCFL, músculo sartório e fáscia lata tracionada por fio.

servir para confirmar o diagnóstico¹². Grossman et al.⁶ afirmam que, na presença da dor persistente intratável clinicamente, a opção de tratamento cirúrgico, seja neurectomia, seja neurectomia, é controverso.

Nahabedian e Dellon⁸ operaram 23 pacientes, dos quais 22 evoluíram de forma excelente, apenas com a descompressão do nervo. Por outro lado, Williams e Trzil¹¹ seccionaram o NCFL em 24 pacientes, obtendo sucesso em 23, sendo que o único caso no qual os sintomas não regrediram, apresentava uma neoplasia pélvica. Os mesmos resultados favoráveis foram obtidos nos dois casos operados por Kalangu¹⁴, que cita a neurectomia como tratamento cirúrgico mais efetivo, por apresentar menor índice de recorrência e, quanto à anestesia local resultante, tende a reduzir com o passar do tempo.

A incisão pode ser vertical ou horizontal e situada a 2,5 cm medialmente à EIAS^{9,15}. Esta abordagem expõe o NCFL entre os músculos tensor da fáscia lata e o sartório. Esta fáscia é incisada e retraída cuidadosamente com exposição do NCFL^{9,13,15}.

No caso descrito foi realizada incisão paralela ao ligamento inguinal a 2,5 cm abaixo da EIAS, sabendo-se que o NCFL está situado 1,5 +/- 0,84 cm, medialmente a esta¹⁶. Julgamos que a incisão transversal da fáscia lata aumenta a possibilidade de se encontrar os ramos do NCFL como mostra a Figura 1. Outro ponto de referência é o músculo sartório, onde é cruzado proximamente pelo NCFL, em grande parte dos casos^{13,16,17}, como evidenciado na Figura 2. A nosso ver, o uso de incisão vertical, como propõe Kempe⁹, pode ser a causa de insucesso, principalmente em pacientes obesos, nos quais o NCFL

seria tracionado junto com a fáscia lata, o que dificultaria a identificação do mesmo.

O resultado pós-operatório obtido com a neurectomia foi excelente nesta paciente. Durante os 8 meses de acompanhamento, observamos nítida redução da zona de anestesia, não diferindo dos autores que optaram por esta técnica^{11,14}.

REFERÊNCIAS

1. Rousseau JJ, Reznik M, Lejeune GM. Sciatic nerve entrapment by pentazocine induced muscle fibrosis. *Arch Neurol* 1979;36:723-725.
2. Kesterson L. Entrapment neuropathies of the lower extremity. In Benzell EC (ed): *Practical approaches to peripheral nerve surgery*. Chicago: AANS, 1992:95-96.
3. Henry G. Gray anatomia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979:987-988.
4. Trummer M, Flaschka G, Unger F, Eustacchio S. Lumbar disc herniation mimicking meralgia paresthetica: case report. *J Neurosurg* 1991;74:76-80.
5. Ghent WR. Further studies on meralgia paresthetica. *Can Med Assoc J* 1961;85:871-875.
6. Grossman MG, Ducey AS, Nadler SS, Levy AS. Meralgia paresthetica: diagnosis and treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 2001;9:336-344.
7. Mirovsky Y, Neuwirth M. Injuries to the lateral femoral cutaneous nerve during spine surgery. *Spine* 2000;15:25:1266-1269.
8. Nahabedian MY, Dwellon AL. Meralgia paresthetica: etiology, diagnosis, and outcome of surgical decompression. *Ann Plast Surg* 1995;35:590-594.
9. Kempe LG. *Operative neurosurgery*. New York: Springer Verlag, 1970:203-232.
10. Sarala PK, Nishihara T, Oh SJ. Meralgia paresthetica: electrophysiologic study. *Arch Phys Med Rehabil* 1979;60:30-31.
11. Williams PH, Trzil KP. Management of meralgia paresthetica. *J Neurosurg* 1991;74:76-80.
12. Sotaniemi KA. Slimmer's paralysis peroneal neuropathy during weight reductions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984;47:564-566.
13. De Ridder VA, De Lange S, Popta JV. Anatomical variations of the lateral femoral cutaneous nerve and the consequences for surgery. *J Orthop Trauma* 1999;13:207-211.
14. Kalangu KK. Meralgia paresthetica: a report on two cases treated surgically. *Cent Afr J Med* 1995;41:227-230.
15. Aldrich EF, Van den Heever CM. Suprainguinal ligament approach for treatment of meralgia paresthetica. *J Neurosurg* 1989;70:492-494.
16. Surucu HS, Tanyeli E, Sargon MF, Karahan ST. An anatomic study of the lateral femoral cutaneous nerve. *Surg Radiol Anat* 1997;19:307-310.
17. Aszmann OC, Dellon ES, Dellon AL. Anatomical course of the lateral femoral cutaneous nerve and its susceptibility to compression and injury. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:600-604.