

Meralgia parestésica secundária a laparoscopia cirúrgica para miomectomia. Relato de caso*

Meralgia paresthetica due to laparoscopic myomectomy. Case report

Léa Menezes Couceiro¹, Luíza Helena Castelo Branco¹, Tania Cursino de Menezes Couceiro², Roberto de Oliveira Couceiro Filho³

* Recebido do Ambulatório de Dor do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital Barão de Lucena (HBL). Recife, PE.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Meralgia parestésica é uma síndrome disestésica e/ou de anestesia na distribuição do nervo cutâneo femoral lateral. É uma mononeuropatia compressiva ou traumática, caracterizada por dor em queimação e/ou desconforto na face anterolateral da coxa, sem alterações motoras ou de força muscular, com reflexos preservados. Tem sido descrita após diversos procedimentos cirúrgicos, inclusive laparoscópicos. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de meralgia parestésica após laparoscopia ginecológica e seu tratamento, assim como rever a literatura relacionada.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 52 anos, submetida à miomectomia laparoscópica, apresentou no pós-operatório imediato, anestesia em face anterolateral da coxa esquerda. Após sete dias, relatava dor paroxística, disestésica e dor ao toque na mesma topografia. Foi medicada com analgésicos e anti-inflamatórios, sem melhora. Após avaliação no ambulatório de dor, foi realizado diagnóstico clínico e eletroneuromiográfico de meralgia parestésica e iniciado tratamento com gabapentina. Houve melhora substancial da sintomatologia, de

forma que, após 90 dias, a paciente apresentava apenas dor paroxística ocasional.

CONCLUSÃO: A meralgia parestésica é uma complicação possível da miomectomia laparoscópica, cujo diagnóstico raramente é considerado. O tratamento conservador com anticonvulsivantes bloqueadores do canal de cálcio $\alpha 2\text{-}\delta$ foi efetivo para essa paciente.

Descritores: Anticonvulsivante, Dor pós-operatória, Neuropatia.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Meralgia paresthetica is a disesthetic and / or anesthetic syndrome in the distribution of the lateral femoral cutaneous nerve. It is a compressive or traumatic mononeuropathy, characterized by burning pain and / or discomfort in the anterolateral thigh, without motor or muscle strength changes, with preserved reflexes. It has been described after several surgical procedures, including laparoscopies. This study aimed at reporting a case of meralgia paresthetica after gynecological laparoscopy and its treatment, as well as at reviewing relevant literature.

CASE REPORT: Female patient, 52 years old, submitted to laparoscopic myomectomy who presented in the immediate postoperative period anesthesia in left anterolateral thigh. Seven days later she reported paroxysmal and disesthetic pain and pain at touch in the same topography. She was medicated with analgesics and anti-inflammatory drugs without improvement. After evaluation in the pain outpatient setting, clinical and electroneuromyographic diagnosis of meralgia paresthetica was established and treatment was started with gabapentin. There has been significant symptoms improvement so that 90 days later she presented just occasional paroxysmal pain.

CONCLUSION: Meralgia paresthetica is a possible

1. Médica Residente em Anestesiologia pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Recife, PE, Brasil.

2. Médica Anestesiologista; Responsável pelo Centro de Estudo e Treinamento do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); Mestre em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

3. Médico Anestesiologista; Instrutor do Centro de Estudo e Treinamento do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Recife, PE, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Tania Cursino de Menezes Couceiro
Rua Jornalista Guerra de Holanda, 158/1602
52061-010 Recife, PE.
Fone: (81) 9971-8060
E-mail: taniacouceiro@yahoo.com.br

complication of laparoscopic miomectomy, the diagnosis of which is seldom considered. Conservative treatment with α 2- δ calcium channel blocker anticonvulsants was effective for this patient.

Keywords: Anticonvulsant, Neuropathy, Postoperative pain.

INTRODUÇÃO

O nervo cutâneo femoral lateral é um ramo colateral sensitivo do plexo lombar, responsável pela sensibilidade da porção anterolateral da coxa¹. É formado a partir das raízes espinhais de L₂ e L₃ e, em seu trajeto, tem relação com a porção posterolateral do músculo psoas maior. Passa por baixo do ligamento inguinal em direção à coxa, em posição medial à crista ilíaca anterossuperior^{1,2}. Devido às suas relações pélvicas e extrapélvicas, este nervo pode ser lesado por tumores, processos inflamatórios pélvicos, hematomas do músculo psoas ou trauma na região inguinal^{3,4}.

Meralgia parestésica (meros: coxa, algos: dor) é uma mononeuropatia resultante de trauma ou compressão do nervo cutâneo femoral lateral, caracterizada por dor e/ou parestesia na porção anterolateral da coxa⁴⁻⁶. Não há dor lombar, alterações motoras ou de força muscular e os reflexos encontram-se preservados⁷.

Esta entidade nosológica pode ocorrer após procedimentos laparoscópicos devido a variações anatômicas no trajeto do nervo, mobilização dos instrumentos cirúrgicos, dissecação retroperitoneal extensa ou posicionamento do paciente no perioperatório⁸⁻¹⁰.

O objetivo deste estudo foi descrever a ocorrência de meralgia parestésica em paciente submetida à laparoscopia para miomectomia, seu tratamento e rever a literatura relacionada ao tema.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 52 anos, submetida à miomectomia por via laparoscópica, referiu anestesia em face anterolateral da coxa esquerda no pós-operatório imediato. No sétimo dia de pós-operatório, passou a sentir dor paroxística, disestésica e dor ao toque de intensidade 5 a 8 pela escala numérica de 0 a 10, contínua e com períodos de exacerbação. Foi medicada com analgésicos e anti-inflamatórios, sem melhora da sintomatologia.

Chegou para o primeiro atendimento no ambulatório de dor após 15 dias do procedimento cirúrgico, com fácies de sofrimento, segurando as vestes para evitar a deflagração da dor. Durante o exame físico, foi detectada

alodínia tátil e térmica. A dor foi avaliada por meio do questionário para dor neuropática (DN4), resultando em pontuação igual a 7. Na interpretação deste questionário, considera-se dor neuropática caso a pontuação seja maior ou igual a quatro - sensibilidade 82,9%, especificidade 89,9% e valor preditivo 86%¹¹. Para esclarecimento diagnóstico, foi solicitada eletroneuromiografia de membros inferiores, a qual detectou potencial sensitivo de baixa amplitude no nervo cutâneo femoral lateral esquerdo em comparação ao contralateral.

Diante destes achados, foi realizado diagnóstico clínico e eletroneuromiográfico de meralgia parestésica. O cirurgião informou maior manipulação do trocater do lado esquerdo. Foi iniciado tratamento com gabapentina (600 mg/dia) e agendada reavaliação para ajuste das doses. Após sete dias em uso de gabapentina na referida dose, houve melhora da disestesia, com redução de 80% do paroxismo e de 50% da alodínia. A dose da gabapentina foi mantida, pois a paciente apresentou tontura.

Após uso contínuo por 30 dias de 600 mg/dia de gabapentina, a paciente permaneceu sem disestesia e apresentava dor paroxística ocasional e alodínia de leve intensidade. Após 90 dias do início do tratamento, a queixa da paciente resumia-se a dor paroxística ocasional, sendo mantido o tratamento por mais 90 dias e realizar reavaliações mensais.

DISCUSSÃO

O nervo cutâneo femoral lateral é mais frequentemente composto por fibras originadas majoritariamente da raiz de L₂¹. Este nervo transita através do retroperitônio até a fáscia do músculo psoas e entra na região da virilha após passar por baixo do ligamento inguinal, em posição medial à espinha ilíaca anterossuperior¹ (Figura 1). Existe variabilidade neste trajeto, na sua relação com a espinha ilíaca anterossuperior e no seu ponto de saída^{2,5}. Na maioria dos casos, o nervo cutâneo femoral lateral pode ser localizado a uma distância de até 2 cm da espinha ilíaca anterossuperior no plano horizontal e entre 2 a 3 cm da mesma no plano vertical¹. Entretanto, alguns autores relatam localização deste nervo entre as fibras do ligamento inguinal, acima da espinha ilíaca ou até lateral à mesma^{12,13}. Estas variações anatômicas podem proporcionar maior probabilidade de lesão nervosa pelo instrumental utilizado nas cirurgias laparoscópicas ginecológicas, tendo em vista a proximidade dos portais às espinhas ilíacas nestes procedimentos.

Levando em consideração suas características anatômicas, este nervo é mais vulnerável e suscetível à compressão e

aprisionamento no seu ponto de saída⁵. A compressão do nervo cutâneo femoral lateral em qualquer ponto de seu trajeto produz uma síndrome típica denominada meralgia parestésica ou síndrome de Bernhardt-Roth, a qual é uma mononeuropatia sensorial rara (4,3 casos por 10.000 pessoas-ano). É caracterizada por dor, parestesia ou prejuízo sensorial na distribuição do nervo cutâneo femoral lateral¹⁴. Os pacientes geralmente queixam-se de queimação, formigamento ou alfinetada na face anterolateral da coxa, na ausência de lombalgia, fraqueza ou alterações nos reflexos¹⁵. As sintomatologias são mais comumente unilaterais, apesar de 20% dos pacientes apresentarem sintomatologia bilateral¹⁵. Neste caso a sintomatologia apresentou-se unilateralmente, em conformidade com a maioria dos casos relatados na literatura.

A maioria dos casos de meralgia parestésica é idiopática, ocorrendo com maior frequência em pacientes obesos, diabéticos ou que vestem calças ou roupas íntimas apertadas. Esta síndrome também pode ser precipitada pela gestação¹⁵. Entretanto, a meralgia parestésica também pode ocorrer por iatrogenia, tendo sido descrita após artroplastia total de quadril, cirurgia de coluna vertebral, transplante renal, transplante hepático, cateterismo cardíaco percutâneo, cesariana e procedimentos laparoscópicos como miomectomia, hernioplastia inguinal, colecistectomia e apendicectomia^{5,8,9,10,15-18}. O caso descrito pode ser considerado como iatrogênico, uma vez que foi decorrente da manipulação cirúrgica ou do posicionamento durante miomectomia laparoscópica.

No que concerne à técnica das cirurgias ginecológicas por via laparoscópica, a maioria dos cirurgiões inicia o procedimento com uma incisão intra ou infraumbilical¹⁹. Três portais acessórios são utilizados para a maioria das cirurgias: dois laterais e um suprapúbico¹⁹. Os portais laterais devem estar localizados ao nível da crista ilíaca, lateralmente aos músculos retos abdominais e inferiormente aos vasos epigástricos inferiores (Figura 2)¹⁹. A proximidade dos portais laterais com o trajeto do nervo cutâneo femoral lateral, especialmente na presença de variações anatômicas, alerta para a possibilidade de compressão ou lesão nervosa deste.

No caso descrito, a paciente apresentou sintomatologia típica de meralgia parestésica e nexa causal com o procedimento laparoscópico (miomectomia). Para corroborar a hipótese, houve relato do cirurgião de que, por dificuldade cirúrgica e pelo fato do mioma estar localizado na parede uterina esquerda, houve necessidade de maior mobilização do trocater lateral esquerdo. Além disso, também foi relatado que a paciente permaneceu posicionada em decúbito dorsal e com os membros inferiores

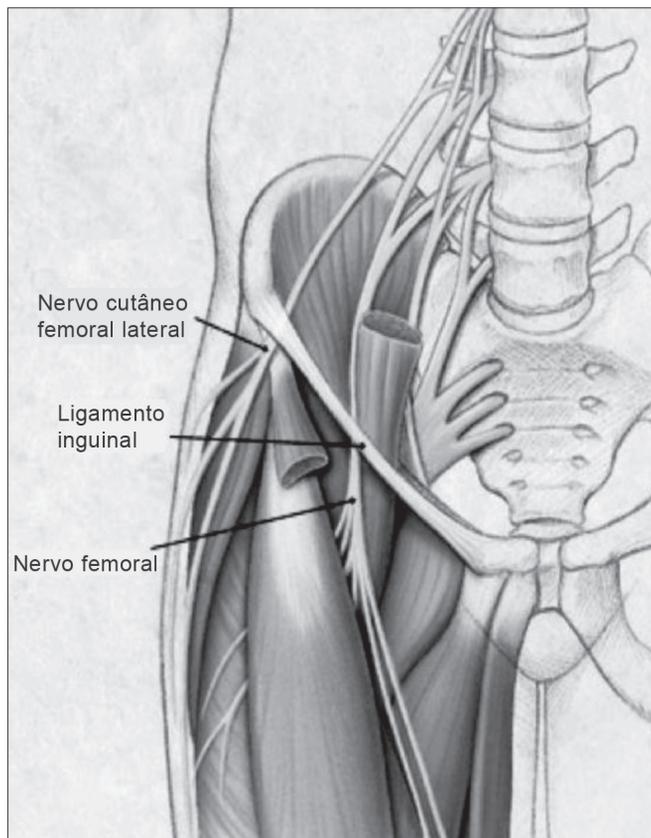


Figura 1 – Origem, trajeto e relações anatômicas do nervo cutâneo femoral lateral (Extraída de: Mattera D, Matínez F, Soria V, et al. Surgical anatomy of the lateral femoral cutaneous nerve in the groin region. Eur J Anat 2008;12(1):33-7).

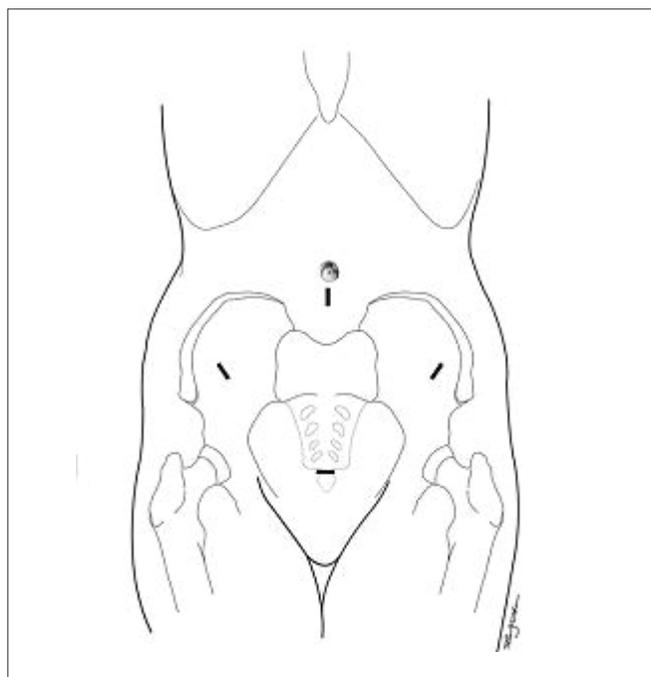


Figura 2 – Localização dos portais na laparoscopia ginecológica (Extraída de: DeSimone CP, Ueland FR. Gynecologic Laparoscopy. Surg Clin N Am 2008;88(2):319-41).

abduzidos durante todo o procedimento. A permanência prolongada dos membros inferiores em abdução exagerada pode ser causa de estiramento do nervo cutâneo femoral lateral, desencadeando meralgia parestésica. Levando em consideração a precocidade da sintomatologia, que iniciou no pós-operatório imediato, a possibilidade de aprisionamento por tecido cicatricial no caso descrito é remota.

Estudo descreveu um caso semelhante, em que a paciente desenvolveu parestesia na região superior da coxa esquerda após submeter-se à miomectomia laparoscópica¹⁰. Neste caso, a lesão nervosa foi atribuída à dissecação extensa do espaço retroperitoneal esquerdo. A paciente foi observada por quatro meses, quando houve resolução espontânea da sintomatologia.

O aprisionamento do nervo cutâneo femoral lateral como fonte de dor na região anterolateral da coxa já foi reconhecido há mais de um século. Apesar deste reconhecimento histórico, seu diagnóstico e tratamento são tardios, uma vez que seu diagnóstico é raramente considerado²⁰. A importância do pronto reconhecimento da meralgia parestésica advém da necessidade de tratamento precoce, a fim de evitar o desenvolvimento de dor neuropática crônica. No caso descrito, houve dificuldade diagnóstica por parte da equipe cirúrgica e retardo do diagnóstico devido a não coincidência entre a localização da dor e o local das incisões. No entanto, a dor é justificada pela relação entre a localização anatômica do nervo cutâneo femoral lateral e a introdução e/ou mobilização dos trocateres, além de poder ser consequente ao posicionamento prolongado necessário à realização do procedimento.

O tratamento da dor neuropática é um desafio, uma vez que vários pacientes não apresentam alívio adequado da sintomatologia. Esta dificuldade no tratamento pode ser resultante da heterogeneidade dos seus mecanismos desencadeantes²¹.

A maioria dos pacientes com meralgia parestésica, aproximadamente 85%, apresenta remissão total da sintomatologia em quatro a seis meses de tratamento conservador¹⁵. Na linha de tratamento conservador, os anti-inflamatórios não hormonais, antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes podem ser efetivos em amenizar os sintomas¹⁵. Uma opção promissora para o tratamento das neuropatias periféricas é o grupo dos anticonvulsivantes ligantes do canal de cálcio $\alpha 2\text{-}\delta$, que inclui a gabapentina e a pregabalina. Estes fármacos ligam-se aos canais de cálcio nos terminais centrais dos nociceptores aferentes primários, gerando diminuição da liberação de neurotransmissores. Os principais efeitos adversos são

sedação, tontura e edema periférico²¹. No caso descrito, a paciente apresentou melhora expressiva da sintomatologia após tratamento com 600 mg/dia de gabapentina, e como efeito adverso, apresentou apenas tontura, motivo pelo qual não foi realizado aumento progressivo da dose.

CONCLUSÃO

A meralgia parestésica é uma complicação possível da miomectomia laparoscópica, cujo diagnóstico raramente é considerado. O tratamento conservador com anticonvulsivantes bloqueadores do canal de cálcio $\alpha 2\text{-}\delta$ foi efetivo para essa paciente, apresentando mínimos e toleráveis efeitos colaterais.

REFERÊNCIAS

1. Mattera D, Matínez F, Soria V, et al. Surgical anatomy of the lateral femoral cutaneous nerve in the groin region. *Eur J Anat* 2008;12(1):33-7.
2. Murata Y, Takahashi K, Yamagata M, et al. The anatomy of the lateral femoral cutaneous nerve, with special reference to the harvesting of iliac bone graft. *J Bone Joint Surg Am* 2000;82(5):746-7.
3. Haim A, Pritsch T, Ben-Galim P, et al. Meralgia paresthetica: a retrospective analysis of 79 patients evaluated and treated according to a standard algorithm. *Acta Orthop* 2006;77(3):482-6.
4. Martínez F, Lyford-Pyke P, Rodriguez C, et al. Meralgia parestésica. *Rev Mex Neuroci* 2007;8(5):205-10.
5. Cho KT, Lee HJ. Prone position-related meralgia paresthetica after lumbar spinal surgery: a case report and review of the literature. *J Korean Neurosurg Soc* 2008;44(6):392-5.
6. Ivins GK. Meralgia paresthetica, the elusive diagnosis. Clinical experience with 14 adult patients. *Ann Surg* 2000;232(2):281-6.
7. Shapiro BE, Preston DC. Entrapment and compressive neuropathies. *Med Clin North Am* 2009;93(2):285-315.
8. Polidori L, Magarelli M, Tramutoli R. Meralgia paresthetica as a complication of laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc* 2003;17(5):832.
9. Peters G, Larner AJ. Meralgia paresthetica following gynecologic and obstetric surgery. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;95(1):42-3.
10. Hutchins FL Jr, Huggins J, Delaney ML. Laparoscopic myomectomy - an unusual cause of meralgia paresthetica. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998;5(3):309-11.
11. Ferreira KASL, Teixeira MJ. Tradução e validação da

versão brasileira do questionário DN4 para identificação de dor neuropática. *Dor é Coisa Séria* 2008;4(1):26-9.

12. Erbil KM, Sargon FM, Sem F, et al. Examination of variations of lateral femoral cutaneous nerves: report of two cases. *Anat Sci Int* 2002;77(4):247-9

13. Tejwani SG, Scaduto AA, Bowen RE. Transient meralgia paresthetica after pediatric posterior spine fusion. *J Pediatr Orthop* 2006;26(4):530-3.

14. Philip CN, Candido KD, Joseph NJ, et al. Successful treatment of meralgia paresthetica with pulsed radiofrequency of the lateral femoral cutaneous nerve. *Pain Physician* 2009;12(5):881-5.

15. Sasson M, Pesach S. Simvastatin-induced meralgia paresthetica. *J Am Board Fam Med* 2011;24(4):469-73.

16. Chung KH, Lee JY, Ko TK, et al. Meralgia paresthetica affecting parturient women who underwent cesarean section - A case report. *Korean J Anesthesiol* 2010;59(Suppl):86-9.

17. Ahsan MR, Curtin J. Meralgia paresthetica following total hip replacement. *Ir J Med Sci* 2001;170(2):149.

18. Atamaz F, Hepgüler S, Karasu Z, et al. Meralgia paresthetica after liver transplantation: a case report. *Transplant Proc* 2005;37(10):4424-5.

19. DeSimone CP, Ueland FR. Gynecologic Laparoscopy. *Surg Clin N Am* 2008;88(2):319-41.

20. Shetty VD, Shetty GM. Persistent bilateral anterior hip pain in a young adult due to meralgia paresthetica: a case report. *Cases J* 2008;1(1):396-8.

21. Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol* 2010;9(8):807-19.

Apresentado em 16 de novembro de 2011.

Aceito para publicação em 29 de fevereiro de 2012.

Conflito de interesses: Nenhum – Fontes de fomento: Nenhuma