

Quando as Pernas Falam: Relato de Caso

When the Legs Speak: A Case Report

Mariana Ribeiro^{1*}, Ana Camões²

***Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Mariana Ribeiro [marianasrho@gmail.com]

ORCID iD: 0000-0001-7644-3674

RESUMO

A neuropatia periférica é uma entidade vasta que engloba diversos diagnósticos diferenciais, nomeadamente, a meralgia parestésica, que traduz uma lesão do nervo femoral cutâneo lateral.

Neste artigo os autores descrevem um caso de meralgia parestésica abordado nos cuidados de saúde primários. Pretende-se com a descrição do mesmo alertar para a importância do conhecimento desta entidade para um diagnóstico atempado e, conseqüente, diminuição do sofrimento dos doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Saúde Primários; Neuropatia Femoral; Síndromes de Compressão Nervosa

1. Mariana Ribeiro - USF Horizonte, Matosinhos, Portugal. 2. Ana Camões - UCSP São Mamede, Matosinhos, Portugal.

Recebido/Received: 2023/03/28 - Aceite/Accepted: 2023/07/03 - Publicado online/Published online: 2023/09/07 - Publicado/Published: 2023/12/31

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2023. Re-use permitted under CC BY 4.0. No commercial re-use. © Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY 4.0

ABSTRACT

Peripheral neuropathy is a vast entity that encompasses several differential diagnoses, namely meralgia paresthetica, which reflects a lesion of the lateral cutaneous femoral nerve. In this article, the authors describe a case of meralgia paresthetica addressed in the primary healthcare. This case highlights the importance of knowing this entity for a timely diagnosis and, consequently, reduction of the patients' suffering.

KEYWORDS: Femoral Neuropathy; Nerve Compression Syndromes; Primary Health Care

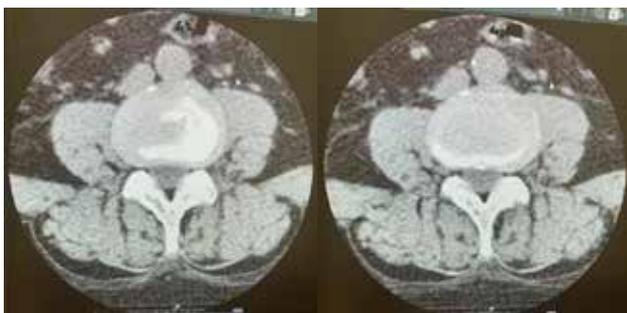
INTRODUÇÃO

A neuropatia periférica é uma entidade que engloba diversos diagnósticos diferenciais, nem sempre fáceis de descortinar. No entanto, faz parte das competências do médico de família saber qual a melhor forma de gerir as queixas inespecíficas dos utentes, com recurso às informações clínicas recolhidas. Neste contexto, um dos diagnósticos diferenciais a ter em conta é a meralgia parestésica, que resulta de uma lesão do nervo femoral cutâneo lateral (L2-L3). A lesão deste nervo pode ser mecânica, por exemplo, pelo uso de roupa justa, gravidez, obesidade, cinto de viaturas automóveis, ou pode ser iatrogénica, como resultado de intervenções cirúrgicas.¹⁻⁷ Quanto aos fatores de risco identificados elencam-se os seguintes: diabetes *mellitus*, obesidade e idade avançada.^{3,7,8} Geralmente, a forma de apresentação inicial é dor e parestesia na região cutâneo lateral da coxa, sem alterações do exame neurológico, nomeadamente défices motores.³ O doente refere alívio da dor quando se senta, e agravamento desta com a marcha.² O diagnóstico da meralgia parestésica é clínico (dor e parestesias unilaterais em localização característica, e alterações sensitivas ao exame objetivo) e sustentado por eletromiografia.^{9,10} Embora os sintomas possam ter resolução espontânea, pode ser necessário intervir. Nestas situações o tratamento pode variar desde uma abordagem mais conservadora com recurso à prescrição de anti-inflamatórios não esteroides e prescrição de fisioterapia, a uma mais invasiva, com recurso a bloqueios nervosos com injeção de corticosteroides ou anestesia local, ou mesmo cirurgia, como a neurectomia e descompressão nervosa. A abordagem não farmacológica, como o repouso, perda ponderal e evicção do uso de roupa justa, é muito importante.^{2,7,9,11-13} Os autores, com a descrição deste caso clínico, pretendem alertar para uma patologia frequentemente subdiagnosticada nos cuidados de saúde primários.

CASO CLÍNICO

Mulher de 66 anos, doméstica, com antecedentes pessoais de excesso ponderal, hipertensão arterial, dislipidemia, bócio eutiroideu, síndrome do túnel cárpico

bilateral e síndrome depressivo. Estava medicada com losartan 50 mg, atorvastatina 20 mg, sertralina 100 mg, referindo adesão terapêutica. Negava hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas, bem como a prática de exercício regular. Desde 2010, que recorria frequentemente a consultas dos cuidados de saúde primários e secundários por queixas álgicas em ambas as coxas que irradiavam aos joelhos. Referia também parestesias e di-sestesias, com sensação de queimadura. Em 2016 realizou tomografia computadorizada lombar que demonstrou "...uma protrusão posterior circunferencial L2-L4 com contacto dos respetivos trajetos radiculares, e acentuada protrusão do disco L4-L5, com provável compromisso da raiz L4 e sofrimento radicular à direita". Em 2018, pelas mesmas queixas, foi requisitada uma eletromiografia dos membros inferiores que não demonstrou alterações de relevo. As queixas foram sempre interpretadas como derivadas de radiculopatias. Chegou a ter agendamento de consulta hospitalar de ortopedia, mas faltou. Durante este espaço temporal de mais de 10 anos, foi sendo irregularmente medicada com diferentes analgésicos, com pouco alívio álgico. Em setembro de 2020, recorreu a consulta de intersubstituição nos cuidados de saúde primários por agravamento progressivo das queixas nos últimos 4 meses. Mencionava que a dor inicialmente se manifestava como uma sensação de ardor e queimadura na coxa direita, com posterior alodínia. Não apresentava outras queixas. Ao exame objetivo apresentava hipoes-tesia na região cutâneo lateral da coxa direita, com alteração da sensibilidade, que descrevia como um "choque", sem défices motores nem de reflexia. Foi solicitado novo estudo eletromiográfico dos membros inferiores que demonstrava "ausência de potencial sensitivo registável em relação ao nervo femorocutâneo, bilateralmente, compatível com compromisso do mesmo nervo, provavelmente ao nível da espinha ilíaca ântero-superior e em congruência com clínica de "meralgia parestésica bilateral." Foi instituída como primeira abordagem terapêutica farmacológica, com necessidade de ajustes frequentes, bem como fornecidas orientações não farmacológicas. À data a doente está sob pregabalina 100 mg (2x/dia) e amitriptilina 10 mg, com controlo sintomático.



FIGURAS 1 E 2. Tomografia computadorizada realizada em 2016.

DISCUSSÃO

A meralgia parestésica é uma das mononeuropatias mais comuns do membro inferior, sendo mais prevalente do que se pensava¹⁴ provavelmente por ser frequentemente diagnosticada como uma radiculopatia. Porém, através de uma adequada história clínica e rigoroso exame objetivo é possível fazer o diagnóstico diferencial entre estas duas entidades.^{7,15} Embora nenhum sintoma motor esteja associado a esta condição clínica, as disfunções sensoriais são potencialmente debilitantes para os doentes. Como tal, é fundamental que o médico de família consiga estabelecer os diagnósticos diferenciais de neuropatia periférica, para que esta entidade clínica possa ser diagnosticada de forma atempada. Só desta forma é que se poderá instituir a escalada terapêutica de forma adequada, e, conseqüentemente, diminuir o sofrimento destes doentes. Apesar de não ter sido possível aferir uma possível relação, é provável que o contexto laboral da utente tenha tido algum impacto no desenvolvimento deste quadro. Este caso clínico demonstra a necessidade de o médico de família ter sempre um espírito crítico, curioso e inquieto. Foram estas características, que neste caso clínico, permitiram estabelecer o diagnóstico, propor um tratamento, e, conseqüentemente, possibilitar uma melhor qualidade de vida à doente.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO/ CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

MR e AC: Conceptualização, pesquisa, redação e revisão final do artigo

MR and AC: Conceptualization, research, writing and final revision of the article

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Blake SM, Treble NJ. Meralgia paraesthetica--an addition to 'seatbelt syndrome'. *Ann R Coll Surg Engl.* 2004;86:W6-7. doi: 10.1308/14787080456.
2. Cheatham SW, Kolber MJ, Salamh PA. Meralgia paraesthetica: a review of the literature. *Int J Sports Phys Ther.* 2013;8:883-93.
3. Mondelli M, Rossi S, Romano C. Body mass index in meralgia paraesthetica: a case-control study. *Acta Neurol Scand.* 2007;116:118-23. doi: 10.1111/j.1600-0404.2007.00814.x.
4. Weng WC, Wei YC, Huang WY, Chien YY, Peng TI, Wu CL. Risk factor analysis for meralgia paraesthetica: A hospital-based study in Taiwan. *J Clin Neurosci.* 2017; 43:192-5. doi: 10.1016/j.jocn.2017.04.024.
5. Omichi Y, Tonogai I, Kaji S, Sangawa T, Sairyō K. Meralgia paraesthetica caused by entrapment of the lateral femoral subcutaneous nerve at the fascia lata of the thigh: a case report and literature review. *J Med Invest.* 2015;62:248-50. doi: 10.2152/jmi.62.248.
6. Jones CD, Guiot L, Portelli M, Bullen T, Skaife P. Two Interesting Cases of Meralgia Paraesthetica. *Pain Physician.* 2017;20:E987-9.
7. Kesserwani H. Meralgia Paraesthetica: A Case Report With an Update on Anatomy, Pathology, and Therapy. *Cureus.* 2021;13:e13937. doi: 10.7759/cureus.13937.
8. Parisi TJ, Mandrekar J, Dyck PJ, Klein CJ. Meralgia paraesthetica: relation to obesity, advanced age, and diabetes mellitus. *Neurology.* 2011;77:1538-42. doi: 10.1212/WNL.0b013e318233b356.
9. Harney D, Patijn J. Meralgia paraesthetica: diagnosis and management strategies. *Pain Med.* 2007;8:669-77. doi: 10.1111/j.1526-4637.2006.00227.x.

10. Ng E, Ekladius A, Gahlot P. Horses or zebras: a delayed diagnosis of meralgia paraesthetica. *BMJ Case Rep.* 2018;2018:bcr2018226905. doi: 10.1136/bcr-2018-226905.
11. Ivins GK. Meralgia paresthetica, the elusive diagnosis: clinical experience with 14 adult patients. *Ann Surg.* 2000;232:281-6. doi: 10.1097/0000658-200008000-00019.
12. Khalil N, Nicotra A, Rakowicz W. Treatment for meralgia paraesthetica. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 ;12:CD004159. doi: 10.1002/14651858.CD004159.pub3.
13. Haim A, Pritsch T, Ben-Galim P, Dekel S. Meralgia paresthetica: A retrospective analysis of 79 patients evaluated and treated according to a standard algorithm. *Acta Orthop.* 2006;77:482-6. doi: 10.1080/17453670610046433.
14. van Slobbe AM, Bohnen AM, Bernsen RM, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Incidence rates and determinants in meralgia paresthetica in general practice. *J Neurol.* 2004;251:294-7. doi: 10.1007/s00415-004-0310-x.
15. Sanjaya A. Meralgia paresthetica: finding an effective cure. *Postgrad Med.* 2020;132:1-6. doi:10.1080/00325481.2019.1673582.