

Meralgia Parestésica como Complicação Pós-Operatória de Histerectomia e de Cesariana. Relato de dois casos

Natan Treiger, TSA¹

Treiger N - Meralgia Paresthetica as a Postoperative Complication of Hysterectomy and of Cesarean Section. A report of two cases

KEY WORDS: ANESTHETIC TECHNIQUES, Regional: epidural; COMPLICATIONS: nerve compression syndrome; SURGERY: Gynecology, Obstetrics

A meralgia parestésica (MP) é uma neuropatia sensitiva decorrente do pinçamento do nervo cutâneo lateral da coxa. Os sintomas mais freqüentes são dor em queimação e parestesias na face ântero-lateral da coxa. Descrita por Bernhardt em 1895 e, no mesmo ano também por Roth, que propôs seu nome, do grego *meros*=coxa e *algos*=dor. Inicialmente a queixa é perda da sensibilidade na área afetada, que progride para zonas de total anestesia ou de hiperestesia, acompanhada de dormência e formigamento, às vezes confundido com prurido, que pode levar a paciente a se coçar tão intensamente a ponto de provocar ferimentos e zonas de alopecia¹⁻³. Os sintomas ocorrem geralmente na posição ereta e melhoram quando na deitada, com a coxa em flexão. Trata-se de lesão neurológica não relacionada com a anestesia, mas seu desconhecimento pode confundir o diagnóstico, principalmente se ocorrer após uma anestesia espinal. O paciente mais famoso foi Sigmund Freud que, ao ler o trabalho de Bernhardt, publicou seus próprios padecimentos, tendo-os relacionado com o uso de calças justas na cintura⁴. De fato, em tempos recentes são relatados episódios epidêmicos de meralgia parestésica depois que surgiu a moda de calças justas tipo *jeans*⁵⁻⁷. Existem mais de 80 causas apontadas na literatura⁸, porém são raros os casos descritos como resultantes de cirurgia abdominal⁸⁻¹¹.

Caso 1

Paciente primípara de 28 anos, 1,65 m, na 42ª semana de gestação, peso atual 66 kg (aumentou 8 kg durante a gravidez), em bom estado geral, alérgica a iodo, mertiolato e esparadrapo, sem história de diabetes melito, neuropatias ou uso de drogas, com exames clínico e laboratoriais considerados compatíveis com estado físico I (ASA), foi submetida à anestesia peridural lombar para cesariana eletiva. Sem medicação pré-anestésica, foi conduzida à sala de operações onde, após instalação de venóclise, aparelho para verificação da pressão arterial e de eletrodos para ECG, foi colocada em decúbito lateral esquerdo. Após limpeza da pele com hexaclorofeno, éter e mercuriocromo foi realizada punção mediana com agulha de Tuohy entre L2 e L3. Ao atingir o espaço peridural a paciente referiu "choque" ao longo do membro inferior *esquerdo*. A agulha foi imediatamente retirada e nova punção realizada entre L1 e L2, sendo o espaço peridural identificado pelo sinal da perda de resistência. O anestésico usado foi a bupivacaína 0,5% + adrenalina 1:200.000 recentemente preparada. Três minutos após dose-teste de 15 mg, foram injetadas duas doses de 50 mg e outra de 35 mg, esta última, com 2 mg de sulfato de morfina, sem conservante. A anestesia alcançou níveis de T4 a S5, e o útero foi mantido deslocado para a esquerda até o momento da extração do feto.

O cirurgião fez incisão de Pfannenstiel e, próximo ao nascimento, a mesa cirúrgica foi inclinada para a posição de céfalo-declive. Após extração manual da placenta um afastador de Balfour foi colocado na cavidade abdominal para melhor exposição do campo operatório durante a sutura do útero. Terminada a sutura do peritônio parietal a mesa retornou à posição horizontal. A operação durou 60 minutos e salvo diazepam, ocitócico e antibiótico, após o nascimento, nada mais foi necessário.

¹ Anestesiologista

Correspondência para Natan Treiger
R Bom Pastor 193 Ap 404
20521-060 Rio de Janeiro- RJ

Apresentado em 13 de janeiro de 1993
Aceito para publicação em 03 de fevereiro de 1992

© 1993, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

A paciente deambulou com razoável desembaraço 24 horas depois, queixando-se de zonas de anestesia, formigamento e câibras na face lateral da coxa *direita*, sintomas atribuídos inicialmente a efeito prolongado da bupivacaína. No dia seguinte surgiu dor em queimação, provocada pela própria paciente ao testar a sensibilidade mediante palpação da face lateral da mesma coxa, e hiperestesia cutânea ao atrito da roupa naquela região. Não foram assinaladas alterações motoras e os reflexos tendinosos estavam todos preservados. Medicada com anti-inflamatório (diclofenaco) referiu pouca melhora. Dias depois foi examinada por neurologista que diagnosticou **meralgia parestésica** e prescreveu carbamazepina, obtendo algum resultado. Porém, o aparecimento de dermatite com queda de cabelo fez com que a paciente desistisse do tratamento. Três meses depois ainda reclamava de dor na coxa quando ficava de pé por período prolongado. O quadro neurológico durou nove meses.

Dois anos depois da primeira, foi novamente submetida à operação cesariana, e, dessa vez, sob anestesia geral, tendo sido usada a mesma técnica cirúrgica. No dia seguinte queixou de zonas de anestesia e dormência na face lateral da coxa direita. Os sintomas persistiram por cerca de 30 dias e dispensaram tratamento.

Três anos depois da primeira operação, raramente queixa-se de dor ou disestesias no membro afetado, e quando ocorrem, geralmente estão relacionadas à posição ereta por período prolongado.

Caso 2

Paciente de 33 anos, 1,68 m, 57 kg, em bom estado geral, sem história de diabetes melito ou uso de drogas, com exames clínico e laboratoriais compatíveis com estado físico I (ASA), foi submetida à anestesia peridural lombar para histerectomia total abdominal. A medicação pré-anestésica consistiu de 15 mg de midazolam sublingual. Após instalação de venóclise, aparelho para a medida da pressão arterial e de eletrodos precordiais para monitor de ECG, foi colocada em decúbito lateral esquerdo. Realizada a antisepsia da pele com álcool iodado, o espaço peridural foi alcançado pela via mediana entre L2 e L3 por intermédio de agulha de Tuohy, tendo sido usado o sinal da perda de resistência para sua identificação. O anestésico foi a bupivacaína 0,5% + adrenalina 1:200.000 recentemente preparada. Três minutos após dose teste de 15 mg foram injetadas duas doses

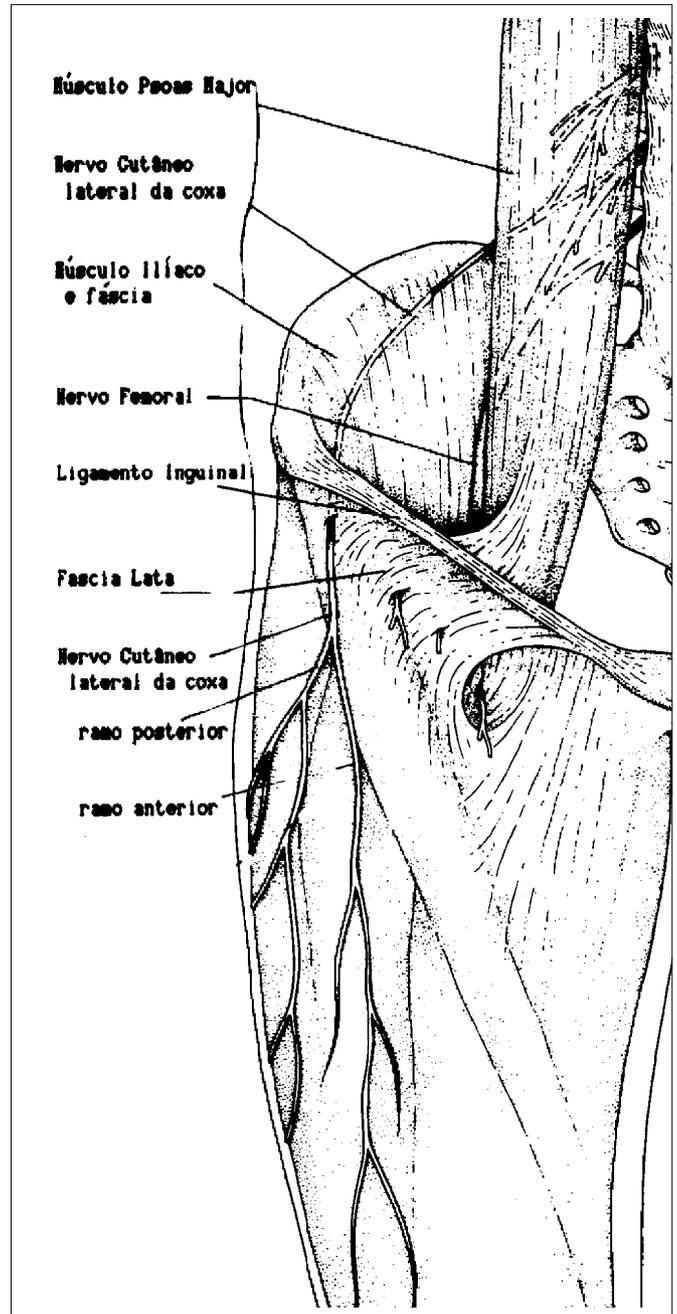


Fig 1 - O pinçamento do nervo cutâneo lateral da coxa pode se dar em qualquer ponto de seu trajeto na espessura da fáscia do músculo ilíaco, sendo mais freqüente quando de sua passagem através do ligamento inguinal. O estiramento, o atrito mecânico e a irritação neural podem dar origem à formação de pseudogânglios e conseqüente meralgia (adaptado de Warfield, 1991)⁷.

de 50 mg cada e introduzido cateter peridural. Após nova dose teste de 15 mg pelo cateter, foram administradas doses subseqüentes a fim de alcançar níveis de T4 a S5, totalizando, 150 mg de bupivacaína. A operação durou duas horas e a paciente foi mantida sedada com midazolam. Ao término, e antes da retirada

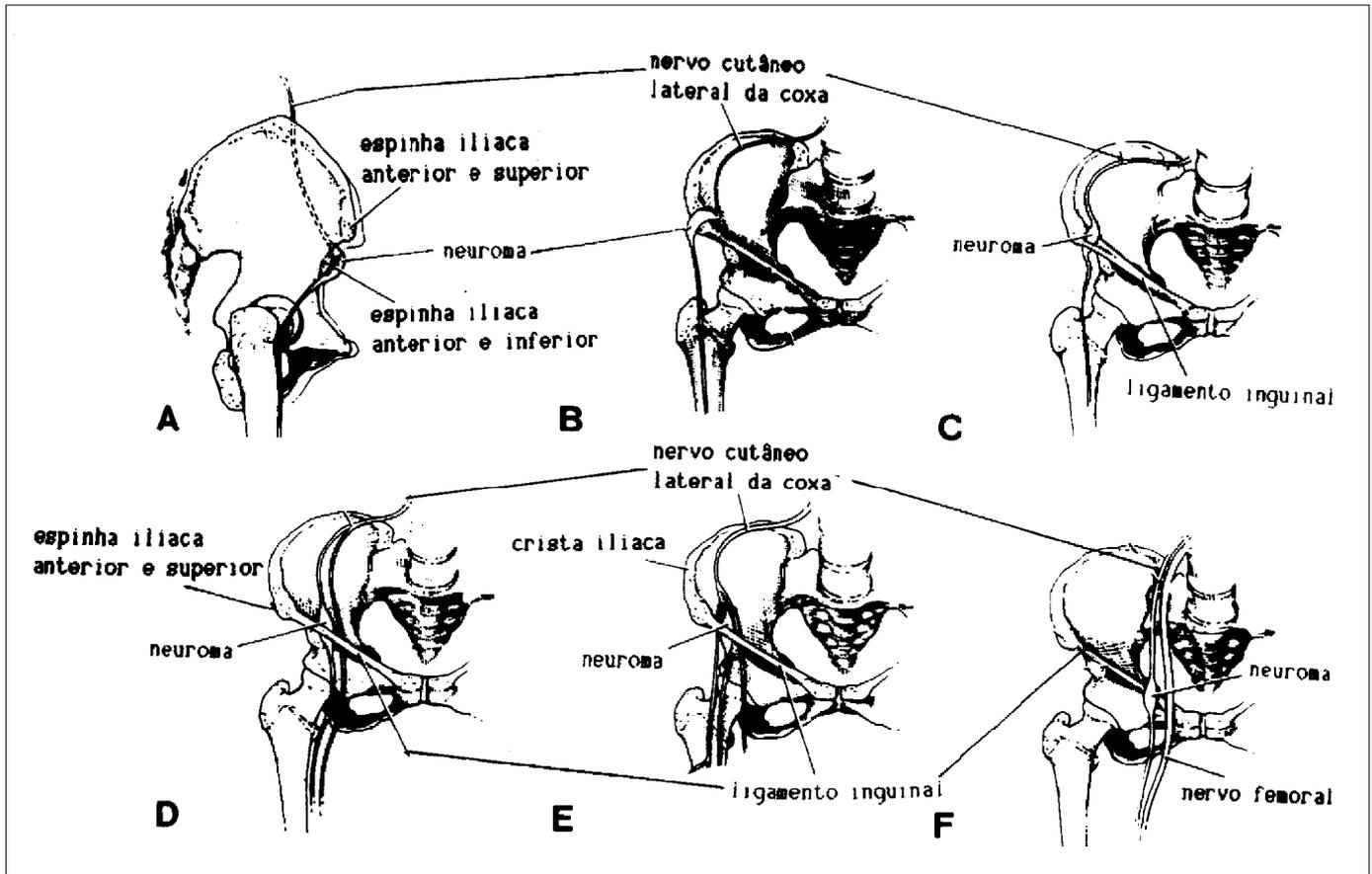


Fig 2 - Variações anômicas do nervo cutâneo lateral da coxa (NCLC). A: vista lateral da pelvis mostrando a formação de neuroma no momento em que o NCLC passa através de uma chanfradura entre as espinhas ilíacas anteriores; B: o NCLC deixando a pelvis sobre a crista ilíaca formando um neuroma; C: o NCLC deixando a pelvis na espessura do ligamento inguinal com formação de neuroma; D: o NCLC deixando a coxa em dois ramos, com formação de neuroma em um deles; E: o NCLC deixando a pelvis em três ramos, com formação de neuroma no ramo do meio; F: o NCLC deixando a pelvis próximo à tuberosidade púbica, adjacente ao nervo femoral (adaptação de Williams e col, 1991)³.

do cateter, foram injetados no espaço peridural 2 mg de sulfato de morfina sem conservante, diluídos em 10 ml de solução de ClNa 0,9%.

O cirurgião usou incisão de Pfannenstiel e afastador de Balfour, o qual permaneceu no campo operatório por cerca de 90 minutos. A posição de Trendelenburg foi usada entre a abertura e o fechamento do peritônio parietal. A paciente deambulou com razoável desembaraço menos de 24 horas depois.

No dia seguinte começou a se queixar de zonas de dormência, ardência, formigamento e dor em queimação na face ântero-lateral da coxa esquerda, à qual se somava a dor do local operado; ambas pioravam durante a deambulação. Palpando-se levemente a área afetada, a sensação era a de anestesia, porém, comprimindo-se os mesmos locais, a impressão era a de punhaladas (sic). Não foram observadas alterações motoras e os reflexos tendinosos estavam todos preservados. Feito diagnóstico de **meralgia parestésica** foi medicada com diclofenaco.

Ao exame no décimo dia já movimentava o membro afetado com menos dificuldade, sendo a queixa principal, hiperestesia cutânea bastante desagradável, provocada pelo atrito da roupa com a face lateral da coxa. O quadro todo ressurgia quando se comprimia pequena área da face anterior da coxa logo abaixo do ligamento inguinal, cerca de 4 cm medialmente à espinha ilíaca ântero-superior, ou quando ficava na posição ereta. Melhorava quando em decúbito lateral e com os membros inferiores em flexão. Trinta dias depois da operação persistia dor em queimação quando se palpava a face lateral da coxa; a hiperestesia cutânea vinha sendo contornada com o uso de calças compridas de malha fina de algodão tipo colante, diminuindo assim o atrito da roupa com a pele. Três meses depois, tendo reassumido todas as suas atividades, queixava-se ainda de dormência e ardência na coxa afetada quando em pé por longo tempo.

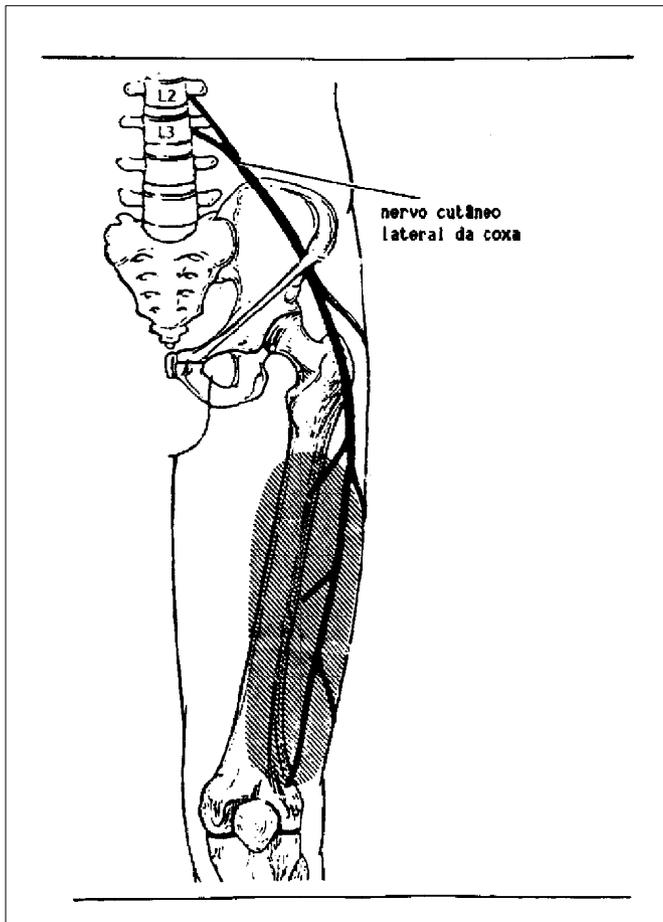


Fig 3 - Trajeto do nervo cutâneo lateral da coxa, mostrando em cinzento a área de inervação na face ântero-lateral da coxa, do grande trocanter até o joelho (adaptação de Streiffer, 1986)¹.

DISCUSSÃO

Anatomia - Os tratados de anatomia descrevem o nervo cutâneo lateral da coxa (NCLC) como nervo único, que deixa a pelve junto à espinha ilíaca ântero-superior (EIAS), por trás do ligamento inguinal¹². Keegan e col(1962)¹³ e Williams e col(1991)³, porém, assinalam 30% de variações anatômicas que propiciam a diversidade imprevisível quanto a etiologia do trauma. O nervo mede 2 a 3 mm de diâmetro, só possui fibras sensitivas e provém das raízes posteriores de L2 e L3. Após emergir da borda lateral do músculo grande psoas, logo acima da crista ilíaca e adiante do músculo quadrado lombar, onde pode estar anastomosado ao nervo femoral e sempre acompanhado de uma arteríola, faz trajeto retroperitoneal na pelve ao longo da fossa ilíaca interna, margeando a crista ilíaca entre a fáscia e o músculo ilíaco; prossegue em direção à EIAS e entra na coxa através do ligamento inguinal, como nervo único ou dividido em dois ou três

ramos, que podem se situar:

- 1) detrás, adiante ou na espessura daquele ligamento;
- 2) junto ou medialmente à EIAS;
- 3) próximo à tuberosidade púbica, adjacente ao, ou derivado do nervo femoral;
- 4) passando sobre a crista ilíaca ou por uma chanfradura entre as espinhas ilíacas anteriores (Figuras. 1, 2 e 3).

Na coxa o nervo perfura a fáscia lata e se divide em ramos anterior e posterior, cerca de dez centímetros abaixo da EIAS. Os dois ramos inervam a pele da região ântero-lateral da coxa, do grande trocanter até o joelho, podendo seus ramos terminais estar anastomosados aos ramos cutâneos do nervo femoral.

A lesão do NCLC pode ocorrer em qualquer ponto de seu longo e tortuoso trajeto, sendo mais freqüente no local onde o nervo perfura a fáscia lata ou durante sua passagem pelo ligamento inguinal, seja por estiramento, na posição de litotomia prolongada, ou, por pinçamento, devido a:

- a) atrito mecânico constante pelo uso de cinturões largos (bombeiros), cintas, coletes ortopédicos;
- b) aumento da pressão intra-abdominal na gravidez, na ascite, que provocam aumento da tensão sobre o ligamento inguinal^{8,9,14};
- c) compressão do nervo por tumor pélvico^{15,16};
- d) compressão externa na grande obesidade e cirurgia nas proximidades do ligamento inguinal¹⁰;
- e) cirurgia pélvica- Schneiderman e col(1967)¹¹ parecem ter sido os primeiros a descrever a MP como complicação da cirurgia pélvica, e relacionada ao afastador de Balfour.

São fatores predisponentes as variantes anatômicas quando o nervo passa sobre a crista ilíaca entre dois feixes do ligamento inguinal ou próximo à tuberosidade púbica^{13,17,18} (Fig 2-B, C e F); e, também, o diabetes melito, o alcoolismo e a intoxicação pelo chumbo, que propiciam neurites.

O quadro de MP surge quando a lesão do nervo é devido a isquemia. Durante o processo de regeneração haverá crescimento das fibras finas tipo C¹⁹, tornando os terminais sinápticos supersensíveis aos

neurotransmissores, propiciando a formação de conexões anômalas suscetíveis de respostas exaltadas a qualquer estímulo. A dor forte e parestesias na área de distribuição do nervo poderão ser provocadas até por leve palpação da coxa (desaferentação)^{2,7}, e/ou quando se comprime o nervo no local de sua passagem pelo ligamento inguinal.

Williams e col³, realizando tratamento cirúrgico da MP, encontraram neuromas nos locais do pinçamento em 67% dos casos (Fig 2).

Conduta - O diagnóstico é clínico. Alguns autores recomendam a termografia de contato^{6,20,21}. Bonica(1990)¹⁶, porém, considera patognomônico do pinçamento do NCLC a presença de dor em queimação e formigamento na face lateral da coxa. A melhora imediata após infiltração de anestésico local na região em que o NCLC atravessa o ligamento inguinal confirmará o diagnóstico. Injeção de corticosteroide de ação prolongada é feita em seguida pela mesma agulha^{1,22-24}.

Outras medidas conservadoras são indicadas:

- Aplicação de gelo na provável área do pinçamento;
- Repouso relativo, evitando atividades que resultem em dor ou parestesias;
- As cintas habitualmente usadas no período pós-operatório não deverão exercer compressão sobre a virilha;
- Antiinflamatório não-esteróide é usado inicialmente. O antidepressivo amitriptalina tem sua indicação na dor crônica e nas neuralgias. A carbamazepina (Tegretol[®]) reduz a descarga dos estímulos neuronais periféricos e é usada em qualquer neuropatia que resulte em dor e hiperestesia. Seus efeitos colaterais, no entanto, fazem-na droga de exceção na MP^{1,7,25}.

Os casos refratários são suscetíveis de tratamento cirúrgico. Benini (1992)²⁶ recomenda a

descompressão do nervo. Williams e col³ preferem a neurectomia com retirada de um segmento de cerca de 4 cm, incluindo a região lesada.

Diagnóstico diferencial deve ser feito com:

- a) hérnia de disco lombar por intermédio de tomografia computadorizada, ressonância magnética ou mielografia;
- b) lesão do nervo femoral: os sintomas sensitivos estarão localizados na região ântero-medial da coxa e medial da perna até a panturrilha. As pacientes queixam-se de dormência, formigamento e redução ou ausência de sensibilidade à palpação. A parte motora estará comprometida, impedindo a permanência em pé e incapacidade de mover a perna para caminhar; haverá dificuldade de flexão da coxa, incapacidade de extensão da perna e instabilidade do joelho com redução ou ausência dos reflexos patelares. A eletro-neuromiografia auxiliará no diagnóstico²⁷⁻³⁰.

Treiger N - Meralgia Parestésica como Complicação Pós-Operatória de Histerectomia e de Cesariana. Relato de dois casos

UNITERMOS: CIRURGIA: Ginecológica, Obstétrica; COMPLICAÇÕES: lesão nervosa; TÉCNICA ANESTÉSICA, Regional: epidural

REFERÊNCIAS

01. Streiffer RH - Meralgia Paresthetica. Am Fam Physycian, 1986; 3: 141-44.
02. Tasker RR - Meralgia Paresthetica. J Neurosurg, 1991; 75: 168.
03. Williams PH & Trzil KP - Management of Meralgia Paresthetica. J Neurosurg, 1991; 74: 76-80.
04. Schiller F - Sigmund Freud's Meralgia Paresthetica. Neurol, 1985; 35: 557-58.
05. Boyce JR - Meralgia Paresthetica and Tight Trousers. JAMA, 1984; 251: 1553.
06. Gateless D & Gilroy J - Tight-Jeans Meralgia: Hot or Cold?. JAMA, 1984; 252: 42-3.
07. Warfield CA - Meralgia Paresthetica. In: Manual of Pain Management. Philadelphia, JB Lippincott Co, 1991: 200-02.
08. Stevens H - Meralgia Paresthetica. AMA Arch Neurol Psychiatry, 1957; 77: 557-74.
09. Eisen SM, Rosen N, Winesanker H et al - The Routine Use of Lumbar Epidural Anaesthesia in Obstetrics: A Clinical Review of 9.532 Cases. Canad Anaesth Soc J, 1960; 7: 287.
10. Parsonnet V, Karasakalides A, Gielchinsky I et al - Meralgia Paresthetica After Coronary Bypass Surgery. J Thorac Cardiovasc Surg, 1991; 101: 219-21.
11. Schneiderman BI, Bonze EA - Paresthesias of the Lateral Femoral Cutaneous Nerve After Pelvic Surgery. Am Surg, 1967; 33: 84-7.
12. Testut L - Traité d'Anatomie Humaine. Paris, Octave Doin et Fils, 1911. Tomo 3: 207.
13. Keegan JJ & Holyoke EA - Meralgia Paresthetica. An Anatomical and Surgical Study. J Neurosurg, 1962; 19: 341-45.
14. Kitchen C & Simpson J - Meralgia Paresthetica. A Review of 67 Patients. Acta Neurol Scandinav, 1972; 48: 547-55.
15. Amarenco P, Cohen P, Amarenco G et al - Globe Vésical à l'Origine d'Une Méralgie Paresthésique. La Presse Médicale, 1987; 16: 1287-88.
16. Bonica JJ - Specific Nerve Entrapment Syndromes. In: The Management of Pain. Second Edition, Lea & Febiger, Philadelphia, 1990; 1525.
17. Ghent WR - Meralgia Paresthetica. Canad MAJ, 1959; 81: 631-33.
18. Ghent WR - Further Studies on Meralgia Paresthetica. Canad MAJ, 1961,85: 871-75.
19. Bromage PR - Brief Literature Review of Peripheral Nerve Sequelae Unassociated With Epidural Anesthesia. In: Epidural Analgesia. WB Saunders Co., Philadelphia, 1978: 693-98.
20. Ecker AD - Diagnostic of Meralgia Paresthetica. JAMA, 1985; 253: 976 (carta à referência 6).
21. Gateless D & Gilroy J - Carta-resposta à referência 20. JAMA, 1985; 253: 976.
22. Amaral JLG & Rodrigues RC - Anestesia do Membro Inferior. In: Atlas de Técnicas de Bloqueios Regionais. Rev Bras Anest, 1988; 38 supl. 8: 104.
23. Hopkins PM, Elis FR, Halsall PJ - Evaluation of Local Anaesthetic Blockade of the Lateral Femoral Cutaneous Nerve. Anaesthesia, 1991; 46: 95-6.
24. Prabhakar Y, Bahadur R, Mohanty PR et al - Meralgia Paresthetica. J Indian Med Assoc, 1989; 87: 140-41.
25. Blom S - Tic Doloureux Treated With New Anticonvulsant. Arch Neurol, 1963; 9: 285-90.
26. Benini A - Die Meralgia Paraesthetica. Pathogenese, Klinik und Therapie der Kompression des Nervus cutaneus femoris lateralis. Schweiz Rundsch Med Prax, 1992; 81: 215-21.
27. Barbosa JS, Rabello RP, Saraiva RA et al - Lesão de Nervo Periférico nem sempre é Complicação da Anestesia Regional. Rev Bras Anest, 1992; 42: 239-42.
28. Goldman JA, Feldberg D, Dicker D et al - Femoral Neuropathy Subsequent to Abdominal Hysterectomy. A comparative study. Europ J Obstet Gynec Reprod Biol, 1985; 20: 385-92.
29. Hassan AA, Reiff RH, Fayez JA - Femoral Neuropathy Following Microsurgical Tuboplasty. Fertility and Sterility, 1986; 45: 889-91.
30. Tondare AS, Nadkarni AV, Sathe CH et al - Femoral Neuropathy: A Complication of Lithotomy Position Under Spinal Anaesthesia. Report of Three Cases. Canad Anaesth Soc J, 1983; 30: 84-6.