

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM QUEIXAS SENSITIVAS

HISTÓRIA CLÍNICA

Determinar o tipo de queixa sensitiva, sua distribuição corporal, a forma de início e evolução do quadro, fatores de agravamento e melhora e outros sintomas associados

1. Definir o tipo específico de alteração sensitiva

Anestesia: ausência de sensibilidade

Hipoestesia: sensibilidade reduzida

Parestesias: sensações anormais que surgem na ausência de um estímulo sensitivo (ou seja, são espontâneas).

Alodinia: percepção de dor desencadeada por estímulo não doloroso

Hiperalgisia: reação exagerada, desproporcional, desencadeada por estímulos dolorosos

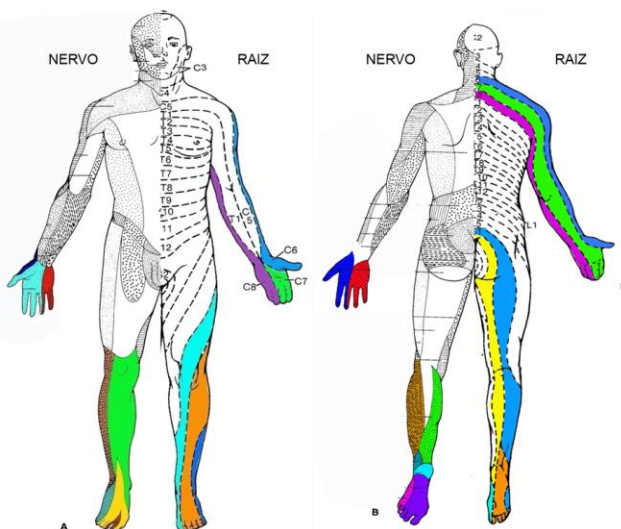
Hiperpatia: reação exagerada, desproporcional, a estímulos álgicos intensos ou repetitivos aplicados em regiões hipoestésicas

Disestesia: sensação desagradável não-dolorosa, desencadeada por estímulo não apropriado, por exemplo: sensação de queimação desencadeada por estímulo táctil

Hiperestésias: sensação exagerada a um certo estímulo sensitivo

C

2. Determinar sua distribuição corporal



3. Se houver dor, excluir causas músculo-esqueléticas

ANTECEDENTES

1. Tem história de alguma doença sistêmica?
2. Abusa de álcool ou drogas?

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO GERAL

- a. Peso e altura
- b. PA, FC, ritmo e ausculta cardíaca
- c. ausculta pulmonar
- d. pulsos
- e. edema.

EXAME NEUROLÓGICO

- a. Sensibilidade táctil, dolorosa e vibratória dos 4 membros e do tronco
- b. Força muscular
- c. Sinais de atrofia e fasciculações
- d. Reflexos profundos
- e. Exame neurológico completo se houver qualquer suspeita de lesão no SNC

4. Se o problema for neurológico, localizar a lesão

O QUADRO CLÍNICO SUGERE :

Lesões dos ramos terminais	spots de anestesia dolorosa e diminuição da sudorese
Polineuropatia	Alterações distribuídas em forma de botas e luvas
Lesões radiculares	território da raiz (ou raízes) comprometida (as)
Lesões de nervos periféricos	território do nervo (s) comprometido (s)
Lesão medular	nível sensitivo
Lesão central supra-medular	Alterações hemicorporais ou dissociações sensitivas

DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

Exames complementares são necessários? ENMG, RNM

TRATAMENTO

TEXTO PARA ESTUDO

Como atender um paciente com queixas sensitivas

Prof Vitor Tumas

Prof Wilson Marques Jr

Introdução e aspectos gerais

As queixas sensitivas somáticas gerais mais comuns são: dor, parestesias e mais raramente diminuição ou perda da sensibilidade. Outras queixas são bem mais raras. Quando o clínico atende um paciente com queixas sensitivas, além da descrição dos sintomas, ele vai precisar se basear no exame neurológico, mais especialmente na avaliação da sensibilidade, para definir as anormalidades sensitivas realmente presentes. Isso significa dizer, que o clínico terá que categorizar as alterações sensitivas apresentadas pelos pacientes em termos específicos (Tabela 1). Além disso, ele precisa delimitar com precisão a distribuição dessas alterações sensitivas na superfície corporal do paciente. Esse procedimento é fundamental para o correto diagnóstico sindrômico e etiológico do problema.

TABELA 1. QUADROS SENSITIVOS ESPECÍFICOS	
Definição	Queixa
Anestesia: ausência de sensibilidade	Adormecimento, dormência
Hipoestesia: sensibilidade reduzida	
Parestesias: sensações anormais que surgem na ausência de um estímulo sensitivo (ou seja, são espontâneas).	Queimação, agulhada, formigamento, pinicação, incômodo, dormência
Alodinia: percepção de dor desencadeada por estímulo não doloroso	
Hiperalgesia: reação exagerada, desproporcional, desencadeada por estímulos dolorosos	
Hiperpatia: reação exagerada, desproporcional, a estímulos álgicos intensos ou repetitivos aplicados em regiões hipoestésicas	
Disestesia: sensação desagradável não-dolorosa, desencadeada por estímulo não apropriado, por exemplo: sensação de queimação desencadeada por estímulo tátil	
Hiperestésias: sensação exagerada a um certo estímulo sensitivo	

Os quadros clínicos que se apresentam com anestesia, hipoestesia ou parestesias são em geral decorrentes de lesões que acometem de alguma forma e extensão as vias da sensibilidade somática, ou seja, quase sempre indicam a existência de algum distúrbio localizado no sistema nervoso central e/ou periférico. Assim, essas alterações logo sinalizam para a provável presença de algum problema neurológico. Entretanto, pode ocorrer eventualmente que pacientes com problemas circulatórios também refiram parestesias ou hipoestесias, especialmente acometendo a porção distal dos membros. Isso ocorre por exemplo naqueles que apresentam o fenômeno de Raynaud, ou então, em pacientes com edemas periféricos importantes. Sintomas neurológicos sensitivos costumam ser na maioria das vezes contínuos, enquanto sintomas de origem vascular tendem a ser intermitentes. Um breve exame do sistema circulatório é suficiente para auxiliar na diferenciação dos quadros.

Por outro lado, os quadros clínicos que se apresentam com dor nos membros ou tronco, podem eventualmente ter sua origem em problemas neurológicos, ou, mais comumente estão relacionados a processos de dano tecidual ou à presença de atividade inflamatória local, como ocorre nos problemas musculoesqueléticos e reumatológicos. Nesses casos, a dor é causada por substâncias do processo inflamatório que ativam os receptores periféricos da sensibilidade dolorosa. Assim, a maioria dos pacientes de um ambulatório geral com queixa de dor nos membros apresenta os sintomas em decorrência de problemas musculoesqueléticos variados. Entretanto, não podemos nos esquecer que problemas neurológicos também podem causar dor.

Dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que pode ser decorrente de lesões que afetam as vias neurais da dor, tanto no sistema nervoso central como no periférico. Lesões que afetam essas vias podem provocar dor. Por exemplo, pacientes que apresentam neuropatias periféricas com acometimento das fibras de sensibilidade dolorosa podem sentir dor nas extremidades, bem como pacientes com lesões talâmicas acometendo núcleos que processam os estímulos dolorosos, podem apresentar a chamada “dor talâmica”, que é intensa e afeta todo o hemicorpo. As lesões de partes distintas das vias da sensibilidade dolorosa podem tanto provocar anestesia como dor, ou as duas coisas ao mesmo tempo. Isso vai depender da localização e do tipo de lesão.

Quando uma lesão provoca dor de origem neurológica, ela própria pode induzir modificações plásticas no sistema nervoso central e periférico que perpetuam e amplificam a própria dor, tornando-a crônica e debilitante. A dor de origem neurológica, ou “dor neuropática”, é portanto um tipo especial de dor. Ela está associada a alterações anatômicas e funcionais no sistema nervoso, que por sua vez resultam em atividade espontânea e/ou excessiva das fibras nervosas nociceptivas. A dor neuropática costuma assumir um caráter bastante perturbador ao paciente, e ela é muito mais comumente desencadeada por lesões que afetam o sistema nervoso periférico que por lesões acometendo o sistema nervoso central. A dor neuropática, frequentemente assume um caráter misto, combinando as sensações de dor contínua e episódios sobrepostos de dor lancinante aguda. Ela pode ser provocada, ou ser acentuada, por manobras que estiram as fibras nervosas comprometidas e pela palpação do nervo. Na vigência de dor neuropática, o toque, a palpação ou a movimentação podem desencadear alodinia, hiperalgesia, hiperpatia, disestesias e hiperestesias.

Toda a vez que não há uma causa músculo-esquelética óbvia para justificar um quadro de dor num membro, devemos ponderar sobre a possibilidade de tratar-se de uma dor neuropática. A presença de outros sintomas e sinais sensitivos associados à dor tais como: hipoestesia, anestesia, parestesias, etc., geralmente indicam a presença de alterações das fibras nervosas decorrentes do acometimento das vias da sensibilidade. Quando há alguma lesão neurológica causando dor nos membros, também podemos encontrar outros sinais de acometimento do sistema nervoso como: fraqueza e atrofia muscular, fasciculações e alterações dos reflexos profundos.

Por outro lado, a dor de origem musculoesquelética não provoca normalmente alterações sensitivas além da dor, e costuma piorar imediatamente com a palpação local e a mobilização articular. Eventualmente, pacientes com esse tipo de dor podem simular ao examinador a presença de uma fraqueza muscular na avaliação clínica. Isso se deveria ao fato da contração muscular voluntária ser apenas parcial e não máxima, devido à limitação da contração pelo fenômeno doloroso.

Pacientes com problemas circulatórios graves podem eventualmente também se queixar de dor nas extremidades ou apresentar claudicação intermitente dolorosa.

O exame físico

Como discutimos acima, os distúrbios da sensibilidade, como a hipoestesia, anestesia e parestesias, são quase sempre provocados por distúrbios ou lesões envolvendo o sistema nervoso periférico e/ou central. As alterações da sensibilidade se distribuem em territórios cutâneos bem delimitados, revelando a estrutura nervosa acometida. Por isso, é muito importante delimitar com precisão no exame neurológico as áreas corporais que apresentam sensibilidade alterada.

Nas lesões dos ramos nervosos terminais surgem *spots* de anestesia.

Nas polineuropatias ocorrem alterações da sensibilidade com distribuição “em botas” e “em luvas”, nas lesões radiculares a dor se distribui no território da raiz (ou raízes) comprometida(as), nas lesões medulares unilaterais costuma haver um nível sensitivo e a perda da sensibilidade é unilateral, enquanto que nas lesões medulares bilaterais

ou amplas, há nível sensitivo e os dois lados do corpo são afetados. Nas lesões localizadas na cápsula interna a sensibilidade de todo um dimídio está alterado, enquanto nas lesões corticais pode haver o comprometimento de somente um membro, havendo frequentemente alterações gnósticas associadas.

Nos diferentes tipos de lesões destrutivas que afetam as fibras motoras além das sensitivas, ocorrem fraqueza (paresia) ou paralisia muscular, hipotonia e até atrofia muscular, enquanto que nas lesões irritativas que afetam as fibras motoras podem surgir fasciculações ou outras atividades espontâneas anormais. Os reflexos de estiramento podem apresentar respostas alteradas. Como já dissemos, em certos problemas de origem musculoesquelética pode ocorrer que o paciente apresente dor muito intensa, e por isso, ele pode ter dificuldade e receio em realizar um certo movimento, não exercendo sua potência máxima de contração em um teste de força muscular, iludindo assim o examinador.

Síndromes sensitivas	
Lesões dos ramos terminais	<i>spots</i> de anestesia dolorosa e diminuição da sudorese
Polineuropatia	Alterações distribuídas em forma de botas e luvas
Lesões radiculares	território da raiz (ou raízes) comprometida (as)
Lesões de nervos periféricos	território do nervo (s) comprometido (s)
Lesão medular	nível sensitivo

A avaliação clínica dos pacientes com sintomas sensitivos nos membros deve incluir sempre o exame da sensibilidade, a inspeção dos músculos, a pesquisa da força e do tônus muscular, a avaliação dos reflexos de estiramento e a realização de manobras especiais que possam revelar o acometimento do sistema nervoso periférico. Entre essas últimas manobras, vale destacar a pesquisa do sinal de Tinel, que nada mais é que a produção de parestesias ou disestesias, causadas pela aplicação de um leve golpe com o dedo ou com o martelo de reflexos sobre um nervo comprometido. As parestesias assim induzidas, se apresentam pelo próprio território de inervação do nervo golpeado, indicando a existência de uma lesão focal no local percutido. Outra manobra muito conhecida é a pesquisa do sinal de Laségue, em que se desencadeia dor irradiada no membro inferior pelo estiramento das fibras do nervo ciático, e que revelam normalmente o sofrimento de raízes lombares.

Durante a avaliação clínica, as alterações sensitivas devem sempre ser bem definidas quanto às suas características e distribuição corporal. Vale a pena pedir ao paciente que descreva e localize as alterações sensitivas antes da realização do exame formal. Lembre-se que no exame neurológico, as alterações da sensibilidade sempre são subjetivas, não há como comprová-las objetivamente, e por isso é importante estabelecer uma boa comunicação com o paciente, para se obter uma informação clínica mais precisa, especialmente no exame físico. A anestesia (ausência de sensação) ou hipoestesia podem ser delineadas ao exame clínico, assim como as áreas de disestesias ou hiperestesias.

A grande maioria das causas neurológicas de sintomas sensitivos nos membros superiores e inferiores são as afecções do sistema nervoso periférico, especialmente das raízes nervosas, plexos ou nervos periféricos. Na maioria das vezes essas lesões periféricas acabam por comprometer vários tipos de sensibilidade ao mesmo tempo e, dependendo da sua localização, também provocam alterações de reflexos e sinais de lesão do neurônio motor inferior. No tronco, as queixas sensitivas são menos frequentes, e podem decorrer tanto de lesões periféricas quanto centrais. No último caso, sempre no contexto de alterações mais generalizadas, acometendo membros e face

As afecções do sistema nervoso central podem também provocar sintomas sensitivos nos membros, e a distribuição corporal revela o nível em que

a via sensitiva foi comprometida na medula ou no encéfalo. As lesões centrais provocam geralmente sintomas sensitivos hemicorporais, ou com nível medular bem caracterizado, ou com sintomas que acometem todo o membro sem definir territórios de inervação específicos. Nesses casos, as alterações sensitivas podem ser limitadas a um tipo especial de modalidade ou englobar todos os tipos de sensibilidade. Lesões centrais também podem produzir dissociações clássicas da sensibilidade, como a dissociação siringomiélica ou a tabes dorsalis. Nas síndromes centrais, as alterações motoras que acompanham o quadro sensitivo decorrem de lesão do neurônio motor superior ou inferior.

A avaliação dos casos de queixas sensitivas supostamente de origem neurológica deve sempre incluir o exame neurológico dos 4 membros, do tronco e face. Um conhecimento básico sobre a neuroanatomia do sistema nervoso periférico é fundamental (ANEXO).

Além do exame físico, exames complementares importantes são a eletroneuromiografia (ENMG) e a ressonância nuclear magnética (RNM). A ENMG serve como um excelente instrumento para identificar, caracterizar, graduar, prognosticar e localizar as lesões que acometem o sistema nervoso periférico. Ela deve ser solicitada em todos os casos em que há dúvida diagnóstica ou quando é preciso caracterizar melhor a neuropatia. A RNM é especialmente útil para identificar e determinar a etiologia de lesões que acometem as raízes nervosas na coluna e lesões nos plexos braquiais. Além das lesões do sistema nervoso central.

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS COMUNS CAUSANDO SINTOMAS SENSITIVOS NOS MEMBROS SUPERIORES

MONONEUROPATIAS

Síndrome do túnel do carpo (STC)

A síndrome do túnel do carpo (STC) é um problema clínico muito comum causado pela compressão do nervo mediano no punho, mais especificamente, em sua trajetória através do túnel do carpo. Essa estrutura anatômica peculiar pode ser naturalmente estreita em alguns indivíduos e também é susceptível ao desenvolvimento de processos inflamatórios na forma de tenosinovite localizada, o que pode causar ou predispor à compressão do nervo. O uso repetitivo e prolongado das mãos, especialmente em atividades de flexão-extensão ou de manter uma flexão prolongada do punho, podem causar ou desencadear o problema. Várias doenças sistêmicas afetam a fisiologia dos nervos e raízes e os tornam mais susceptíveis a desenvolverem lesões localizadas por lesões mínimas. Assim, o diabetes, o hipotireoidismo, a insuficiência renal, a artrite reumatoide, o lúpus, entre outras, predispõe ao aparecimento da STC, assim como de outras neuropatias compressivas.

Os pacientes com STC geralmente se queixam de formigamento ou dormência acometendo toda a mão ou, mais especificamente, os 3 primeiros dedos e a metade medial do dedo IV da mão. Também ocorre dor, que pode estar localizada na mão, no braço, no cotovelo ou algumas vezes até mesmo no ombro. É comum que os pacientes sejam despertados durante a noite por causa desses sintomas. Em geral, eles costumam chacoalhar ou dependurar a mão para baixo da cama com o intuito de obter alívio dessas manifestações. Esses sintomas podem ser persistentes, mas costumam ser intermitentes e podem ser desencadeados por atividades manuais. Nos casos mais graves, surge fraqueza dos músculos da mão inervados pelo nervo mediano (especialmente para abdução do polegar) e atrofia da eminência tenar. O exame físico pode revelar hipoestesia da face ventral dos dedos I, II, III e metade lateral do dedo IV, mas muitas vezes a perda sensitiva é leve, e só é detectada com testes especiais como da discriminação espacial entre 2 pontos. Os pacientes geralmente apresentam o sinal de Tinel positivo à percussão do nervo mediano no punho, com parestesias percebidas nos dedos da mão. Eles podem também apresentar

o sinal de Phalen, que é obtido pedindo-se ao paciente para que com os cotovelos abduzidos coloque o dorso de uma mão voltado contra o dorso da outra, mantendo os punhos assim fletidos durante 1 minuto. Se o sinal for positivo, ocorrerão parestesias no território do nervo mediano na mão.

Na STC não ocorre alteração dos reflexos osteotendinosos ou de estiramento.

A STC pode ser unilateral ou bilateral, e se não diagnosticada e tratada pode causar perda sensitiva, atrofia e fraqueza irreversíveis, que resulta em perdas funcionais manuais significativas. A ENMG confirma o diagnóstico e estabelece a gravidade da lesão.

O tratamento consiste na identificação e controle das doenças sistêmicas que predispõe ao problema, na imobilização do punho com órteses próprias para facilitar a regeneração da lesão, e eventualmente, nos casos graves, na liberação cirúrgica do nervo através da secção das fibras do ligamento carpal que formam o túnel do carpo. Outras compressões ao longo do trajeto do nervo mediano são bastante raras. Intervenções locais, com a injeção de corticosteroides no túnel do carpo são eventualmente realizadas, mas as evidências são fracas em demonstrar sua eficácia

Síndrome de compressão do nervo ulnar

A compressão do nervo ulnar geralmente ocorre no cotovelo, logo posteriormente ao epicôndilo medial no sulco retrocondilar, onde o nervo é facilmente palpável, ou então no túnel cubital. O problema pode obviamente ocorrer em consequência de traumas ou fraturas locais, mas também pode surgir em indivíduos que realizam movimentos repetitivos com o cotovelo, ou que permanecem longos períodos com o antebraço fletido.

Os pacientes geralmente se queixam de sintomas sensitivos afetando o V dedo e a metade medial do dedo IV, ou todo o território de inervação ulnar na mão. Pode ocorrer dor no antebraço e cotovelo e fraqueza dos músculos inervados pelo nervo ulnar. Ao exame físico pode haver sinais de alteração sensitiva no território de inervação do nervo ulnar e o sinal de Tinel positivo à percussão do nervo ulnar logo atrás do epicôndilo ou na fossa cubital. Se houver fraqueza muscular, ela será percebida nos músculos interósseos (que aduzem e abduzem os dedos e ajudam na flexão da articulação metacarpofalangeana) e

dos músculos adutor e flexor curto do polegar. A lesão grave do nervo ulnar provoca na mão o sinal da “postura da benzedura”. As lesões do nervo ulnar podem causar apenas sintomas sensitivos. A presença de sintomas motores sugere maior gravidade do acometimento das fibras nervosas.

Uma neuropatia compressiva muito rara do nervo ulnar pode ocorrer na mão, e é mais comum em ciclistas que pedalam grandes distancias com as mãos estendidas apoiadas no guidão. Isso coloca uma pressão persistente sobre os ossos hamato, que pode resultar em compressão e lesão do nervo ulnar na mão.

Síndrome de compressão do nervo radial

O nervo radial pode ser comprimido na axila, mais comumente pelo uso inadequado de muletas, ou na fossa espiral, localizada na parte anterior e proximal do antebraço. Essa última compressão pode ocorrer quando o individuo dorme com o braço dependurado sobre uma cadeira ou com o antebraço sob a corpo de sua (seu) companheiro(a) (“paralisia dos amantes”). Uma vez que ocorre com maior frequência em indivíduos alcoolizados, ou muito cansados, costuma ser designada de paralisia do sábado à noite (“*saturdays night palsy*”). O paciente acorda no dia seguinte com a mão caída, devido ao comprometimento dos músculos extensores do punho. O nervo radial pode também ser lesado por traumas locais e fratura do úmero. Os sintomas dessa neuropatia são alterações da sensibilidade afetando o território do nervo radial na mão e o comprometimento dos músculos inervados por ele que são os músculos supinadores, braquioradiais e músculos extensores dos punhos e dos dedos. O quadro motor clássico é o da mão caída, pela paralisia ou paresia dos músculos extensores do punho e dos dedos. A compressão axilar do nervo radial na axila promove o mesmo quadro mas com alterações da força do musculo tríceps braquial (extensor do antebraço).

PLEXOPATIAS BRAQUIAIS

As plexopatias braquiais são relativamente raras e podem ser difíceis de diferenciar de quadros que produzem o acometimento de múltiplas raízes cervicais. A causa mais comum de plexopatia é provavelmente a plexopatia braquial idiopática (síndrome de Parsonage-Turner). A síndrome do desfiladeiro torácico é muito rara, e seria causada pela compressão do tronco inferior do

plexo braquial por uma costela cervical ou por um processo transversal alongado de C7. Também podem ocorrer plexopatias associadas a doenças neoplásicas, por infiltração tumoral local ou em consequência de radioterapia local.

A síndrome de Parsonage-Turner é um problema imunomediado que afeta várias regiões do plexo braquial. Trata-se de quadro agudo ou subagudo, caracterizado pelo aparecimento de dor intensa no ombro e parte proximal do braço, que pode ser exacerbada por movimentos cervicais, do ombro ou do braço. O quadro evolui com o aparecimento de fraqueza dos músculos do ombro e do braço. Apesar de haver predileção pelo acometimento dos músculos proximais, qualquer músculo do membro superior pode ser afetado. Alterações sensitivas podem ocorrer, mas costumam ser mínimas. Pode haver redução ou abolição dos reflexos de estiramento dependendo das fibras afetadas. A dor em geral desaparece em algumas semanas, mas o quadro motor pode persistir por meses ou anos, sendo que algumas vezes a recuperação é incompleta. Na grande maioria dos casos somente um lado é comprometido, embora uma avaliação clínica e eletrofisiológica detalhada possam mostrar alterações no plexo contralateral. Muito raramente os dois lados são comprometidos de maneira intensa. A ENMG confirma o diagnóstico e a RNM pode afastar lesões compressivas e infiltrativas do plexo braquial. Não há tratamento comprovadamente eficaz. Pode-se tentar o uso de corticosteroides ou infusão intravenosa de imunoglobulina humana quando o paciente é atendido nas primeiras semanas. Deve-se, no entanto, tratar a dor com drogas sintomáticas e orientar a fisioterapia. A recuperação ocorre lentamente na maioria dos casos e pode demorar meses.

RADICULOPATIAS CERVICAIS

Vários tipos de doenças podem comprometer as raízes nervosas na coluna cervical. Geralmente os sintomas percebidos incluem dor cervical além das queixas sensitivas nos membros superiores. Traumatismos cervicais, especialmente os do tipo com movimento em chicote, são causas frequentes de dor cervical e radiculopatia em pacientes que sofrem acidentes automobilísticos. Na clínica ambulatorial, são mais frequentes os problemas decorrentes de alterações degenerativas da coluna cervical, na forma de espondilartroses ou hérnias discais que podem comprimir as raízes cervicais. A dor costuma ser

inicialmente intermitente e se desenvolve de maneira gradual até ficar constante. A sensação de dor e as parestesias geralmente se irradiam pelo membro superior acompanhando os dermatômos radiculares. Os pacientes costumam descrever e localizar essas sensações ao longo das faces laterais ou mediais do braço ou do antebraço. Pacientes com dor cervical intensa podem assumir uma posição antálgica e deixam de realizar movimentos cervicais amplos, ficando com o pescoço imóvel. A compressão radicular cervical mais comum é a da raiz C7, seguida de C6 e C5

Ao exame pode haver dor à palpação da região cervical próxima a compressão. Na radiculopatia C7 geralmente há irradiação dos sintomas sensitivos posteriormente no braço e e pela face póstero-lateral do antebraço até o dedo médio. Pode ocorrer fraqueza do músculo tríceps braquial e redução ou abolição do reflexo tricipital. Na radiculopatia C6 os sintomas sensitivos se irradiam anteriormente no braço e pela face lateral do antebraço até o polegar e o dedo indicador. Pode ocorrer fraqueza do musculo bíceps braquial (flexão do antebraço) e redução ou abolição do reflexo bicipital.

Nos casos de lesão radicular cervical é sempre muito importante avaliar os membros inferiores, porque lesões compressivas radiculares podem estar associadas ao estreitamento do canal medular cervical. Dessa forma, o problema pode causar compressão da medula espinhal e provocar sintomas e sinais nos membros inferiores.

O diagnóstico de radiculopatia pode ser comprovado pelo exame de ENMG em casos de duvidas quanto a origem dos sintomas, especialmente na diferenciação de lesões radiculares, do plexo braquial ou dos nervos periféricos. A RNM é fundamental para a determinação exata da etiologia da compressão.

O tratamento desses problemas deve ser individualizado, mas se baseia numa combinação de medidas físicas (imobilização por colar cervical, fisioterapia, etc), uso de anti-inflamatorios e analgésicos e eventualmente em casos muito seletivos no tratamento cirúrgico da compressão.

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS COMUNS CAUSANDO SINTOMAS SENSITIVOS NOS MEMBROS INFERIORES

MONONEUROPATIAS

Neuropatia do nervo femoral-cutâneo lateral

Mais conhecida como meralgia parestésica, essa neuropatia é caracterizada pela presença de sensação de dormência e/ou formigamento localizadas na face antero-lateral da coxa. Os sintomas podem ser muito incômodos e constantes com exacerbações ao levantar-se ou ao caminhar. O nervo femoral-cutâneo lateral se origina como um ramo do nervo femoral ou do gêmeo-femoral na borda lateral do músculo psoas, e segue seu trajeto na pelve até passar pela borda lateral do ligamento inguinal para distribuir suas terminações sobre a face lateral da coxa. O ponto mais comum de compressão é na passagem pelo ligamento inguinal. O exame neurológico revela alterações sensitivas localizadas na área de distribuição da inervação desse nervo, sem outras anormalidades. Pode ser possível provocar ou acentuar os sintomas, palpando-se o nervo na sua emergência na região inguinal. A ENMG pode ser útil apenas para diagnosticar ou afastar outras possíveis anormalidades. Um exame de neuroimagem só é útil se houver suspeita de alguma massa pélvica ou retroperitoneal como causa do problema, o que é muito raro.

Neuropatia do nervo fibular (L4-S2)

O nervo fibular nasce como um ramo do nervo ciático na fossa poplíteia onde dá origem ao nervo sural, e em sequência ele se dirige para a parte lateral da perna passando logo abaixo da cabeça da fíbula, para em seguida se dividir em nervo fibular superficial e profundo. Esses 2 nervos conduzem as fibras sensitivas que inervam a face dorsal do pé. O nervo fibular profundo também inerva o músculo tibial anterior, o músculo extensor longo do hálux e os músculos extensores longo e curto dos dedos. Lesões do nervo fibular provocam um “pé-caído”, com paresia da dorsiflexão e eversão do pé e da dorsiflexão do hálux e sintomas sensitivos leves com alterações da sensibilidade na face lateral da perna e no dorso do pé. Entre as causas mais comuns estão os traumatismos na região da cabeça da fíbula, e a manutenção de posturas com compressão prolongada nessa mesma região, como pode ocorrer por exemplo, em cirurgias

demoradas. O diagnóstico diferencial mais importante é com a radiculopatia L5, plexopatia ou lesão do nervo ciático.

Neuropatia do nervo ciático

É uma neuropatia muito rara, geralmente causada por traumatismos ou ferimentos profundos. A síndrome do piriforme é uma neuropatia compressiva do nervo ciático que ocorre por compressão do nervo na sua passagem sob o músculo piriforme, e que alguns consideram como um problema relativamente frequente. Na verdade, o principal diagnóstico diferencial das lesões no nervo ciático são as radiculopatias L5-S1, e a síndrome do piriforme poderia simular um quadro comum de cialgia (dor neuropática que se irradia da nádega por detrás da coxa até a face latero-medial da perna e do pé). Trata-se porém, de um diagnóstico controvertido e difícil de se confirmar.

A lesão completa do nervo ciático causa paralisia da flexão da perna e de todos os movimentos abaixo do joelho, com perda da sensibilidade nas áreas inervadas pelos nervos fibular e tibial.

PLEXOPATIAS LOMBARES

A radiculoplexite diabética (amiotrofia diabética) é uma neuropatia aguda ou subaguda associada ao diabetes que acomete simultaneamente nervos, raízes, e troncos do plexo lombar. O paciente apresenta um quadro de dor intensa, geralmente irradiada pela face anterior da coxa, refletindo em parte o território de sensibilidade do nervo femural, que pode apresentar redução da sensibilidade. Há fraqueza de vários músculos, mas costuma prevalecer bem nitidamente a paresia para extensão da perna, e há redução ou abolição do reflexo patelar. O quadro tem um curso protraído, com atrofia, especialmente do músculo quadríceps femural e dor persistente. Esse problema está em geral associado a quadros de diabetes mal controlados, embora possa ocorrer em diabéticos bem controlados e até ser a primeira manifestação clínica de um diabetes ainda não diagnosticado.

Também podem ocorrer plexopatias lombares associadas a doenças neoplásicas.

RADICULOPATIAS

As radiculopatias lombares são provavelmente um dos problemas neurológicos mais comuns no dia-a-dia. Como nas radiculopatias cervicais, os pacientes costumam apresentar dor lombar e queixas sensitivas nos membros inferiores. Quando um paciente se apresenta com dor lombar e dor do tipo ciática é bem provável que ele tenha algum tipo de compressão radicular. A maior parte das compressões radiculares ocorre em nível L5-S1 e depois L4-L5. A principal etiologia em adultos é a compressão por hérnia de disco. Pacientes mais idosos costumam apresentar compressão radicular por osteoartrose e estenose do forame intervertebral. O quadro normalmente se instala de forma aguda e subaguda. Algumas manifestações servem de alerta para possíveis etiologias alternativas e mais sérias como: presença de febre, dor noturna intensa, espasmos dorsais dolorosos, sinais nítidos e precoces de paresia e alterações de sensibilidade e emagrecimento.

O exame físico deve incluir a inspeção e palpação da coluna lombar, e em casos agudos, é frequente observarmos rigidez dos músculos paravertebrais com retificação da lordose lombar. A manobra de Laségue costuma ser positiva, indicando comprometimento radicular. Dependendo da gravidade da compressão, o exame neurológico pode mostrar sinais de compressão das raízes L5 ou S1, causando respectivamente paresia para dorsiflexão do pé e do hálux no primeiro caso, e paresia da flexão plantar no segundo. Os pacientes podem apresentar alterações da sensibilidade no dorso do pé e do hálux e redução ou abolição do reflexo do tendão de Aquiles. A ENMG pode ajudar no diagnóstico mas a RNM é o exame mais importante para confirmar a compressão radicular e estabelecer sua etiologia. O tratamento habitual é clínico, raramente se indica o tratamento cirúrgico para esse problema.

POLINEUROPATIAS E OUTRAS NEUROPATIAS

Polineuropatias periféricas

Polineuropatias periféricas são geralmente causadas por distúrbios sistêmicos ou generalizados que acometem de maneira difusa e simétrica os nervos periféricos. As fibras nervosas mais longas são as mais afetadas pelo processo, e por isso, a apresentação clínica típica se caracteriza por alterações da sensibilidade que se distribuem de maneira simétrica e predominantemente distal nos membros, desenhando áreas de alterações da sensibilidade na forma de luvas e botas. As polineuropatias mais comuns afetam especialmente a fibras da sensibilidade, mas também podem acometer fibras motoras e autonômicas.

São várias as causas de polineuropatias, muitas doenças sistêmicas podem provocar o problema, entre elas podemos destacar o diabetes, a insuficiência renal, a desnutrição, a carência de vitaminas específicas, doenças linfoproliferativas, hepatites etc., entre outras inúmeras causas. Pacientes com polineuropatias são mais susceptíveis para apresentar neuropatias periféricas por compressão. O diagnóstico é feito pelo exame clínico, que revela a típica distribuição das alterações da sensibilidade, e confirmada pelo exame de ENMG. O diagnóstico etiológico pode ser difícil em alguns casos.

Neuropatia na moléstia de Hansen

A neuropatia na moléstia de Hansen pode assumir várias formas de apresentação, e pode, ou não, se manifestar associada à presença de lesões típicas da doença na pele, o que facilita em muito o diagnóstico. A forma mais comum de apresentação é o acometimento de vários nervos distintos (mononeurite múltipla), sendo o sintoma inicial a perda da sensibilidade termoalgésica e a preservação das demais formas de sensibilidade. Geralmente, as áreas indolores formam ilhas ou áreas localizadas que não configuram inicialmente o território de um nervo específico, mas que podem evoluir posteriormente para esse formato. Em fases tardias e avançadas, as outras modalidades de sensibilidade são também acometidas.

OUTROS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

Herpes zoster

O herpes zoster é um problema neurocutâneo causado pela reativação do vírus latente nos gânglios sensitivos, e que ai ficou recluso desde a infecção original, que normalmente é sintomática na forma de varicela (catapora). O vírus é reativado em virtude de alguma redução da capacidade imunológica causada pela própria idade ou por outras causas. O problema causa o aparecimento de sensações dolorosas distribuída em dermatômos da inervação radicular tanto em membros quanto no tronco, e eventualmente na face. Nessas regiões surgem então, na maioria dos casos, as lesões eritemato-vesiculares características, que perduram por dias até desaparecerem. A sensação dolorosa local é bastante desagradável e intensa. Os sintomas podem ficar restritos a um dermatomo, mas eventualmente mais de um pode ser acometido ao mesmo tempo. Em muitos casos as lesões desaparecem progressivamente ao cabo de alguns dias e a sensação dolorosa vai se reduzindo gradativamente. Entretanto, muitos pacientes podem persistir com um quadro de neuralgia pós-herpética, que costuma ser bastante desconfortável e pode requerer tratamento específico para o sintoma. O tratamento na fase aguda requer o uso de drogas antivirais como o aciclovir ou drogas semelhantes.

Esclerose Múltipla

A esclerose múltipla (EM) é uma doença inflamatória do sistema nervoso central de etiologia não definida. Ela se caracteriza inicialmente pelo aparecimento de sintomas e sinais neurológicos em surtos, que remitem parcial ou completamente, para recorrerem posteriormente com as mesmas manifestações ou com manifestações diferentes. A doença se caracteriza por uma reação imunológica autoimune dirigida às bainhas de mielina das fibras nervosas do sistema nervoso central. Algumas vezes a doença pode se manifestar inicialmente com sintomas neurológicos progressivos. A EM afeta especialmente as mulheres entre os 20 e os 40 anos de idade, e pode ser difícil diagnosticar o problema quando surgem os primeiros sintomas da doença. Entre as várias formas de apresentação dos surtos podem ocorre sintomas sensitivos nos membros e face, que sugerem uma localização central quando se

manifestam como quadros de alterações hemicorporais ou com nível sensitivo bem evidente. Porém, muitas vezes as manifestações sensitivas podem ser localizadas e simularem manifestações de lesões periféricas. A EM pode provocar surtos com sintomas apenas sensitivos, motores, ou combinados, além de sintomas de acometimento dos nervos cranianos e do cerebelo. Assim, toda vez que uma paciente apresenta sintomas sensitivos de difícil caracterização ou com diagnóstico incerto, especialmente se há história de eventos com sintomas neurológicos progressivos, o clínico deve se lembrar do diagnóstico de EM.

O diagnóstico final envolve a caracterização de aspectos clínicos, mas especialmente a doença se caracteriza por produzir alterações muito sugestivas de desmielinização no exame de RNM do encéfalo ou da medula. O tratamento envolve o tratamento do surto com corticosteroides e o tratamento crônico com drogas imunomoduladoras como os interferons.

DISTURBIOS MUSCULOESQUELETICOS COMUNS NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Vários tipos de problemas musculoesqueléticos podem causar dor nos membros e eventualmente criar problemas na diferenciação com problemas de origem neurológica

Tendinite do manguito rotador (rotador cuff)

Provavelmente uma das causas mais comuns de dor no ombro. O manguito é formado pelos tendões dos músculos teres menor, subescapular, supra e infraespinhoso. A compressão desses tendões contra o acrômio provocam trauma e inflamação local. A dor típica no ombro surge em seguida ou durante um atividade física. Os pacientes podem ter dificuldade para deitar de lado sobre o ombro por causa da dor e também para fazer a abdução do braço, simulando uma paresia. Um teste diagnóstico importante é solicitar ao paciente para que faça a abdução completa do braço, desde a posição colada ao corpo até acima, realizando um arco de 180°. A dor que surge entre os 60° e 180° desse arco é típica desse problema. Os pacientes também apresentam certa fraqueza para a rotação interna do braço. O tratamento pode se resumir a fisioterapia com alongamento, ou a cirurgia em casos graves e persistentes

Tendinite bicipital

É a inflamação do tendão da cabeça longa do músculo bicipital. Os pacientes reclamam de dor na região anterior do ombro, que pode se irradiar pelo antebraço através do território do nervo radial. Pode ocorrer ruptura do tendão em casos graves. O tratamento em geral é conservador

Ombro congelado

É uma síndrome de imobilidade dolorosa do ombro que se instala frequentemente em pacientes com hemiplegia. Sua etiologia não está totalmente esclarecida e sua prevenção e tratamento inclui a mobilização do braço com exercícios de alongamento.

Cotovelo de tenista

Também chamada de epicondilite lateral, produz dor na região lateral do cotovelo, e pode ocorrer em quem não pratica tênis. A dor se acentua quando o paciente fecha os dedos da mão e ergue algum objeto. A dor pode limitar o movimento simulando uma parésia. O problema é causado por uma lesão por esforço repetitivo do músculo extensor radial curto.

DISTRIBUIÇÃO CORPORAL DAS ÁREAS SENSITIVAS

