

MONONEUROPATIA MÚLTIPLA: relato de caso

MULTIPLE MONONEUROPATHY: CASE REPORT

LAYLA VIEIRA DOS SANTOS ^a ;
GABRIELA JANIS RIBEIRO DE CARVALHO ^a ;
AMANDA APARECIDA RIBEIRO LOUREIRO ^a ;
TIAGO ANTONIOL ^b



laylavsantos@outlook.com

^a Discente do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC - Ubá/MG

^b Discente de Pós-Graduação em Psicologia Analítica no Instituto Solaris Educacional, Uberlândia, MG, Brasil

^c Docente do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC - Ubá/MG

RESUMO

Introdução: Mononeurite múltipla consiste em um grupo heterogêneo de distúrbios dos nervos periféricos. Manifesta-se com déficits sensitivos e motores na distribuição de nervos periféricos específicos, e pode ser aguda, subaguda ou, raramente, crônica. **Relato:** Apresentamos um relato de caso de paciente do sexo masculino, 54 anos, que procurou um médico ortopedista por fraqueza no membro superior direito, com posterior cirurgia no membro acometido. Não houve melhora no quadro, evoluindo para membros inferiores. Ao exame físico apresentava marcha atípica, atrofia em membro inferior direito, fasciculações em quadríceps, atrofia de músculos em membro superior direito e reflexos normais. Os exames de ENMG mostraram axonoestenose de longa duração do nervo radial direito e, com a evolução do caso, desnervação distal de membro superior direito e em membro inferior direito, mais do que o esquerdo. O exame laboratorial apontou anticorpos anti-gangliosídeos Ig M positivos. O diagnóstico final foi de mononeuropatia múltipla com bloqueio de condução.

Palavras-chave: Mononeuropatias. Neurologia. Exame Neurológico.

ABSTRACT

Introduction: Mononeuritis multiplex consists of a heterogeneous group of peripheral nerve disorders. Mononeuritis multiplex consists of a heterogeneous group of peripheral nerve disorders. It manifests with sensory and motor deficits in the distribution of specific peripheral nerves, and can be acute, subacute, or, rarely, chronic. **Report:** We present a case report of a 54-year-old male patient who sought an orthopedic physician for weakness in the right upper limb, with subsequent surgery on the affected limb. The patient's condition did not improve and evolved to the lower limbs. The physical examination showed atypical gait, atrophy in the right lower limb, quadriceps fasciculations, muscle atrophy in the right upper limb, and normal reflexes. The ENMG exams showed long-lasting axonostenosis of the right radial nerve and, as the case progressed, distal denervation of the right upper limb and right lower limb, more than the left. Laboratory examination showed positive Ig M anti-ganglioside antibodies. The final diagnosis was multiple mononeuropathy with conduction block.

Keywords: Mononeuropathies. Neurology. Neurological Examination..

INTRODUÇÃO

As mononeuropatias múltiplas (MNM) são incomuns e caracterizam-se pela presença de acometimento multifocal e assimétrico dos nervos periféricos.¹ Manifestam-se com déficits sensitivos e motores progressivos na distribuição desses nervos, que se

somam no tempo, e pode ser aguda, subaguda ou, raramente, crônica.^{2,3}

Há diversas causas, associando-se a vasculites, hanseníase ou diabetes mellitus, se for comprometimento axonal e à polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante crônica, polineuropatia sensível à pressão, neuropatia sensorial e motora desmielinizante multifocal adquirida ou neuropatia motora multifocal, se for comprometimento desmielinizante.⁴ Por ser pouco comum, as taxas de incidência e prevalência das mononeurites múltiplas a nível global e local são desconhecidas.²

Nas neuropatias do tipo axonais, tem-se a diminuição das amplitudes dos potenciais sensitivos ou motores, havendo pouca ou nenhuma alteração da velocidade de condução e das latências distais. Já nas neuropatias do tipo desmielinizantes, observa-se grande diminuição das velocidades de condução, assim como prolongamento das latências distais, bloqueios de condução motora, dispersão temporal do potencial motor, além de prolongamento das latências das ondas F ou sua persistência diminuída³.

Este estudo relata o caso de paciente portador de MNM com bloqueio de condução, que apresentou diagnóstico tardio, sendo submetido a procedimentos previamente ao diagnóstico.

Nesse sentido, o registro, o estudo e a análise de casos de MNM proporciona o aumento de informações disseminadas acerca do assunto entre médicos e interessados, ajudando o desenvolvimento de tratamentos efetivos de futuros pacientes.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 54 anos, nega comorbidades, jogador de tênis de mesa, apresentou quadro súbito de plegia distal no membro superior direito há 13 anos, deixando cair um copo de sua mão. Após esse episódio, o paciente foi evoluindo com paresia distal do mesmo membro. Diante disso, procurou um ortopedista, realizando fisioterapia, porém não houve melhora do quadro, o qual evoluiu com perda do movimento de pinça da mão direita.

Foi solicitado ressonância nuclear magnética (RNM) do crânio e coluna cervical, sem alterações, e eletroneuromiografia (ENMG) dos membros superiores, com evidência de axonoestenose de longa duração do nervo radial direito.

Assim, foi submetido à cirurgia ortopédica no antebraço direito para avaliação da região, todavia, não havia alterações e, com intuito de promover o retorno do movimento de pinça, foi realizada a transposição de tendão.

Há quatro anos o paciente procurou neurologista, devido a progressão da paresia axial para os membros inferiores, com predominância à direita, e atrofia importante da mão direita.

Ao exame neurológico: marcha atípica, atrofia em membro inferior direito, fasciculações em quadríceps, reflexos tendinosos profundos normais e atrofia dos músculos interósseos na mão direita. Queixava-se de fraqueza, sem disestesia, disfagia

ou outros déficits neurológicos.

Realizou, novamente, ENMG dos membros superiores e inferiores, que constou desnervação distal no membro superior direito e nos membros inferiores, mais pronunciada à direita. Em nova ENMG de membros superiores, houve a evidência de neuropatia motora crônica por bloqueio de condução, sem sinais de doença ativa. Ademais, possuía níveis adequados de vitamina B12 e IgM positivo para anticorpos anti-gangliosídeos nos exames laboratoriais, confirmando a etiologia autoimune da neuropatia motora do paciente.

Portanto, firmou-se o diagnóstico de MNM, sendo instaurada terapia com imunoglobulina.

Atualmente o paciente deambula normalmente, porém não consegue correr, devido a progressão da paresia distal no membro inferior direito. Além disso, persiste com paresia axial no membro superior direito e atrofia da mão direita com perda do movimento de pinça.

DISCUSSÃO

A mononeuropatia usualmente afeta a mão ou a perna, uma vez que consistem em regiões inervadas por nervos mais longos e mais vulneráveis a lesões.⁵

No membro superior, a lesão pode acometer o nervo mediano, resultando na forma mais comum de mononeuropatia, a síndrome do túnel do carpo. Também pode haver lesão do nervo ulnar, gerando a síndrome do túnel cubital (dormência, formigamento, fraqueza da parte externa e inferior do braço, palma, anelar e dedo mínimo) e nervo radial, comprometendo o movimento do braço e punho e a sensibilidade na região posterior do braço ou dorso da mão.⁶

Já em membro inferior, atinge o nervo fibular, assim, há hipoparesia ou hipoestesia no pé e na perna, o nervo ciático, gerando hipoparesia ou paresia dos músculos da região posterior de coxa e da região crural, além de hipoestesia ou anestesia da parte posterior da coxa, parte inferior da perna e região plantar. Também pode envolver o nervo femoral, o que resulta em hipoparesia ou paresia da região anteromedial da coxa e hipoestesia ou anestesia da região anterolateral da perna⁶.

O paciente em questão, apresentou acometimento predominante motor no membro superior direito, mais especificamente do nervo radial, além de apresentar hipoparesia em membros inferiores mais acentuada à direita.

Dentre as diversas causas de MNM, estão: traumas; compressões nervosas; doenças inflamatórias; efeitos colaterais de medicações; doenças infecciosas ou neoplásicas e lesões por terapia de radiação. Entretanto, mesmo na ausência dessas, a doença pode se manifestar.⁷

Ademais, qualquer nervo sujeito a compressão prolongada ou outro estresse pode ser afetado. Isso pode ocorrer com atletas que realizam movimentos repetitivos, como o

caso descrito, o qual o paciente é esportista, jogador de tênis de mesa e destro. Dessa forma, o esforço repetitivo principalmente dos músculos do antebraço e mão direitos pode ter contribuído para a sintomatologia de hipoparesia importante dessas regiões, cursando com atrofia dos músculos do dorso da mão.⁷

Os sintomas da mononeuropatia podem ser diferentes dependendo de sua gravidade. Formas leves podem apresentar sintomas de alteração de sensibilidade discreta, enquanto lesões acentuadas podem produzir grave perda de força e atrofia, como o ocorrido com o paciente relatado.⁷

Quando o nervo é puramente motor, o único sintoma apresentado pode ser perda de força. Já nos nervos puramente sensitivos, dormências ou formigamentos⁸. Em contraponto, apesar do paciente ter apresentado lesão em nervo radial, que é misto, não cursou com sintomas sensitivos.

Dentre os exames indicados, para diagnóstico estão inclusos a história clínica e exame neurológico, exames laboratoriais, RNM e a ENMG, que analisa a atividade elétrica dos músculos⁷.

Os exames laboratoriais são particularmente úteis nas mononeuropatias difusas e fazem parte da investigação das mononeurites. De todos os exames, o diagnóstico de mononeuropatia é confirmado pelo exame de ENMG⁵.

Todos esses foram realizados no relato, sendo a ENMG efetiva, demonstrando axonoestenose de longa duração do nervo radial direito, e os exames laboratoriais auxiliares, uma vez que se excluiu hipovitaminose B12 e observou-se a presença de anticorpos IgM anti-gangliosídeos, aventando a etiologia autoimune do caso.

O tratamento desta condição depende exclusivamente da causa do nervo afetado, sendo que, em casos de neuropatia motora de etiologia autoimune, é indicado o uso de imunoglobulina, como administrado no paciente.

A dosagem habitual é de 0,4g/kg/dia por via endovenosa. A dose total do primeiro pulso é de 2g/kg. A recomendação é que essa dose seja ministrada de três a cinco dias. A dose de manutenção deve ser indicada caso a caso. A aplicação pode ser feita em regime ambulatorial ou na residência do paciente. É recomendável que a primeira dose seja feita no hospital, por causa do risco de reações adversas, como fadiga, febre, náusea e aumento da pressão arterial que podem ocorrer nas primeiras 24 horas pós-infusão.⁸

Em relação ao prognóstico, é importante ressaltar que a mononeuropatia é tratada quando reconhecida. Se detectada precocemente, a deficiência de longo prazo pode ser evitada. Caso contrário, o paciente pode apresentar lesão permanente, dessa forma a condição se torna dolorosa e incapacitante.⁷

Apesar do diagnóstico tardio, o paciente não apresenta déficits incapacitantes, consegue deambular normalmente, apresentando apenas dificuldade para correr. Ademais, permanece com paresia axial no membro superior direito e atrofia da mão direita com perda do movimento de pinça, porém sem evolução após instauração do tratamento.

CONCLUSÃO

A MNM possui ampla gama de sinais e sintomas progressivos que podem ser sutis no início do quadro. Tal fato dificulta o diagnóstico precoce da doença, afetando o prognóstico dos pacientes. O paciente em questão teve um diagnóstico tardio, sendo submetido a um procedimento invasivo que não mudou o curso da doença. Dessa forma, é necessário ampliar o conhecimento sobre a MNM dentre os médicos, para que ela faça parte do rol de diagnósticos diferenciais de déficits motores e sensitivos.

REFERÊNCIAS

- 1- Machado JNP. Neuropatia Periférica em Indivíduos HIV positivos [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- 2- Scott KR. Mononeurite múltipla. Londres (RU): BMJ Best Practice; 2019. 58 p.
- 3- Félix EPV, Oliveira ASB. Diretrizes para abordagem diagnóstica das neuropatias em serviço de referência em doenças neuromusculares. RevNeurociencia 2010;18(1):74-80.
- 4- Kraychete DV, Sakata RK. Neuropatias periféricas dolorosas. Rev Brasileira de Anestesiologia; 2011; 61(5): 641-658. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000500014>
- 5- Mononeuropatia - Causas e Sintomas [Internet]. Brasil: Diego de Castro; 02 jun 2020. Eletroneuromiografia, Neuropatias; Disponível em: <https://drdiegodecastro.com/mononeuropatia/>.
- 6- Mononeuropatia [Internet]. [placeunknown]: MedlinePlus; 2020. Enciclopédia Médica, Mononeuropatia; [revisado 23 jun 2020]; Disponível em: <https://medlineplus.gov/ency/article/000780.htm>.
- 7- Mononeuropathy: Mononeuropathy is damage that happens to a single nerve, usually one that is close to the skin and near a bone. One of the best known forms of mononeuropathy is carpal tunnel syndrome. Treatments range from relieving the pressure on the nerve to analgesics and steroid injection to surgery. [Internet]. Cleveland, Ohio: Cleveland Clinic; 2021. Health Library :Disease&Conditions; [revisado 12 mar 2021]; Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/16014-mononeuropathy>.
- 8- Imunoglobulinas no tratamento de doenças neurológicas [Internet]. Brasil: Vanessa Thees; 21 nov 2016. Disponível em: <https://pebmed.com.br/imunoglobulinas-no-tratamento-de-doencas-neurológicas/#top>

REVISTA CIENTÍFICA UNIFAGOC

SAÚDE



UNIFAGOC

CENTRO UNIVERSITÁRIO
GOVERNADOR OZANAM COELHO

www.unifagoc.edu.br
0800 037 5600