

Mini-Relato de CASO

O Bom, o Mau e o Feio (o nervo torácico longo, a amiotrofia neurálgica e a escápula alada)

The Good, the Bad and the Ugly (the long thoracic nerve, the neuralgic amyotrophy and the winged scapula)

*Karine Toledo da Matta¹
Cristiana Pessoa Q. F. Goes²
Péricles Maranhão-Filho³*

Estudante de medicina, 23 anos, apresentou dor intensa no ombro à direita seguido em dias por escápula alada (EA) homolateral (Fig. 1A). Tratada com corticóide a dor desvaneceu em aproximadamente trinta dias e a EA retrocedeu em seis meses. Dois anos depois ocorreu

recidiva do mesmo sintoma e sinal que, na vigência de anti-inflamatório não hormonal e pregabalina, também regrediram em alguns meses. Há quatro anos apresenta-se assintomática e com a disposição do músculo serrátil anterior totalmente recuperada (Fig. 1B).

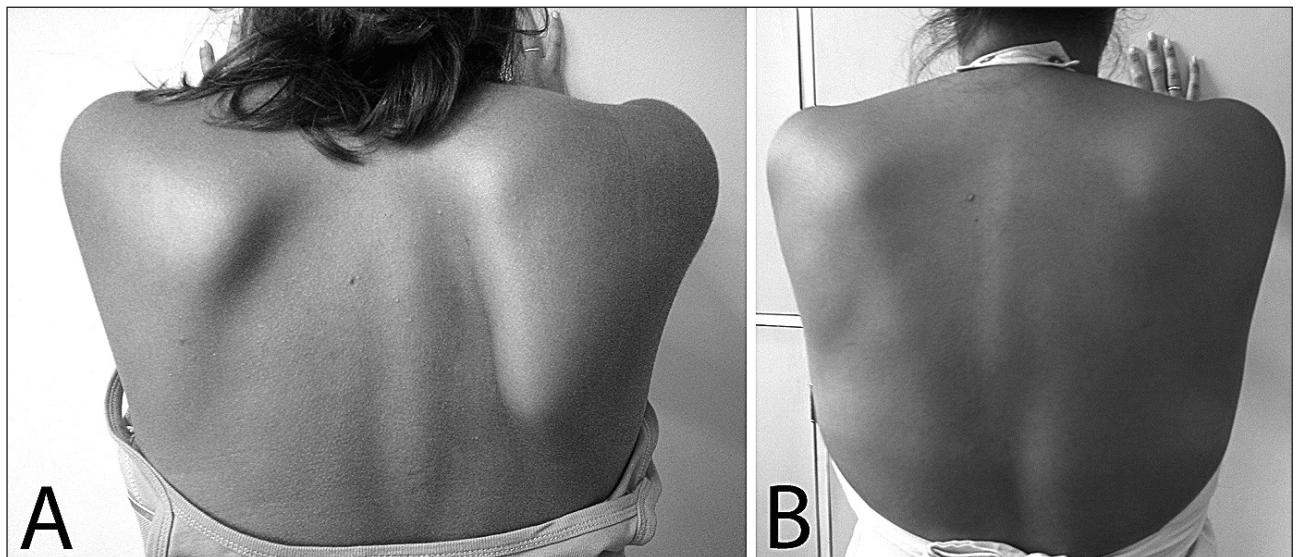


Figura 1. Fase aguda do primeiro episódio de amiotrofia neurálgica. Escápula alada à direita por comprometimento do nervo torácico longo (A). Rotação da escápula plenamente normal quatro anos depois (B).

Médica residente do serviço de Neurologia HUCCF - UFRJ¹, Doutora em Neurologia pela UFRJ. Neurologista do HUCCF - UFRJ e Hospital Federal do Andaraí², Professor Adjunto de Neurologia HUCCF - UFRJ. Neurologista do INCA I - RJ³.

Correspondência:
Dr. Péricles Maranhão-Filho. Av. Dulcídio Cardoso, 1680 / 1802. Rio de Janeiro - RJ. 22620-311.
e-mail: pmaranhaofilho@gmail.com

Comentários

A síndrome descrita por Maurice Parsonage e John Turner em 19481 recebe vários denominativos: amiotrofia neurálgica (AN), síndrome da cintura escapular, plexite braquial, neurite braquial, síndrome de Parsonage-Aldren Turner, síndrome de Parsonage-Turner, etc. Sua etiologia ainda não foi de todo esclarecida, mas no mecanismo fisiopatológico a resposta imune certamente está presente.

Dor aguda e intensa no ombro e braço ipsilateral geralmente abre o cortejo sintomático, seguida por fraqueza muscular e atrofia². Em ¼ dos casos o quadro clínico surge após infecção viral e em 15% após algum tipo de imunização. Outros fatores de risco incluem: cirurgia, exercício e traumatismo (mesmo em áreas remotas). Embora os nervos supraescapular e axilar também possam estar envolvidos na AN, o nervo emblemático é o torácico longo (C5-C7)³ (nervo respiratório externo de Bell) e o responsável pela escápula alada(*). AN bilateral ocorre em 33%

dos casos. Por vezes o comprometimento de um dos lados é apenas subclínico e só notado por meio de eletroneuromiografia (ENMG) que evidencia degeneração axonal. O plexo lombar pode ser acometido. Estudos ENMG's demonstram tratar-se de um processo axonal com a presença de ondas sharp e potenciais de fibrilação nos músculos envolvidos, além da redução do recrutamento de unidades motoras⁴. O exame de ressonância magnética contribui para o diagnóstico evidenciando a presença de alto sinal ponderado em T2, envolvendo componentes neurais pertencentes ou oriundos do plexo braquial⁵. A dor da AN é tratada com anti-inflamatórios não esteroidais e opióides. O uso de corticoterapia e menos frequentemente imunoterapia, ainda é controverso necessitando estudos que comprovem a eficácia⁶. A fisioterapia ocupa lugar de destaque no planejamento terapêutico. Ocorre plena recuperação motora em aproximadamente 36% dos pacientes em 1 ano, em 75% em 2 anos, e em 89% dos pacientes em 3 anos.

Agradecimento:

Os autores são gratos ao jovem Péricles Maranhão Neto pelo auxílio técnico com as imagens.

(*) Dois são os principais nervos responsáveis por manter a escápula acoplada à parede torácica. O nervo espinhal e o nervo torácico longo que inervam o músculo trapézio e o serrátil anterior respectivamente. A lesão do primeiro promove escápula alada, melhor observada ao se abduzir o braço no plano coronal do corpo, quando a escápula mostra-se alada e deslocada para baixo, tendo sua margem vertebral afastada da linha média. Na lesão do segundo (devido comprometimento do músculo serrátil anterior), a escápula alada é mais notada ao se elevar os braços para frente, quando então ocorre elevação da mesma com desvio da sua borda vertebral para próximo da linha média.

Referências

1. Parsonage MJ, Turner JW. Neuralgic amyotrophy; the shoulder-girdle syndrome. *Lancet* 1948;1(6513): 973-978.
2. Pan Y-w, Wang S, Tian G, Li C, Tian W, Tian M. Typical Brachial Neuritis (Parsonage-Turner Syndrome) With Hourglass-Like Constrictions in the Affected Nerves. *J Hand Surg* 2011;36A:1197-1203.
3. Cruz-Martinez A, Barrio M, Arpa J. Neuralgic Amyotrophy: Variable Expression In 40 Patients. *Journal of the Peripheral Nervous System*, 2002;7:198-204.
4. Feinberg J H, Doward D A, Gonsalves A. Cervical Radiculopathy versus Parsonage-Turner Syndrome: a Case Report. *Musculoskeletal journal of Hospital for Special*, Cambridge, 2007; 3: 106-111.
5. Gaskin C M, Helms C A. Parsonage-Turner Syndrome. MR Imaging Findings and Clinical Information of 27 Patients. *Radiology*, 2006;240 (2): 501-507.
6. Feinberg J H, Radecki J. Parsonage-Turner Syndrome. *Musculoskeletal Journal of Hospital for Special* 2010;6:199-205.