

Neuropatia periférica chagásica como diferencial de neuropatia diabética: relato de caso

Peripheral nerve disorder by Chagas' disease as a differential diagnosis of diabetic neuropath: case report

Fábio Batista¹, Antonio Augusto C. Magalhães², Mônica Gamba³

Resumo

Apresentamos relato de caso de neuropatia periférica crônica, secundária à forma crônica neurológica da Doença de Chagas, diagnosticado e tratado em nosso serviço. Como sua apresentação clínica pode ser bastante semelhante ao pé diabético neuropático, acreditamos ter esta descrição tamanha relevância epidemiológica, fazendo-se necessário a identificação adequada e o manejo terapêutico apropriado.

Descritores: Pé diabético/diagnóstico; Pé diabético/terapia; Pé diabético/reabilitação; Doença de Chagas/complicações; Nervos periféricos/patologia

Abstract

We present a case report regarding peripheral neuropathy on feet by Chagas' disease. The patient has been managed at our outpatient clinic. The clinical similarity to diabetic foot makes the case very important, since the case looks to be unusual in the foot and ankle clinic. We believe that the approach needs to be appropriated, in order to avoid dramatic evolution and complications, like ulcers, deep infection and lower extremity amputation.

Keywords: Diabetic foot/diagnosis; Diabetic foot/therapy; Diabetic foot/rehabilitation; Chagas' disease/complications; Peripheral nerves/patologia; Case reports [Publication type]

Correspondência

Fábio Batista
Rua Cantagalo, 1.426 - Vila Gomes Cardim
CEP 03319-001 - São Paulo/SP
Tel: (11) 6225-1175/6225-1475
Site: www.dr.fabiobatista.med.br
E-mail: dr.fabiobat@terra.com.br

Data de recebimento
13/12/2006
Data de aceite
16/06/2007

Trabalho realizado no Setor de Medicina e Cirurgia do Pé do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Médico Assistente-Concursado da Disciplina de Ortopedia, Mestre em Ciências e Pós-Graduando para Doutorado, Integrante do Setor de Medicina e Cirurgia do Pé do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

² Doutor em Medicina e Integrante do Setor de Medicina e Cirurgia do Pé do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

³ Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o comprometimento do sistema nervoso na Doença de Chagas envolve principalmente o sistema nervoso central. Por outro lado, sobretudo na forma crônica da doença, o acometimento neuromuscular periférico pode ser demonstrado por meios clínicos, eletroneurofisiológicos e histológicos⁽¹⁻⁵⁾.

O objetivo do trabalho é apresentar o relato de caso de paciente portador de Doença de Chagas (forma crônica) com comprometimento do sistema nervoso periférico como diagnóstico diferencial do pé diabético neuropático.

RELATO DO CASO

O estudo foi realizado por meio de um paciente proveniente do nosso ambulatório de pé diabético, 59 anos, gênero masculino, natural da Bahia, que apresentava perda da sensibilidade protetora dos pés ao teste clínico por meio do monofilamento de Semmes Weinstein 5.07 de 10g, úlcera neuropática tipo 1 de Brodsky (Figuras 1A e 1B), hiporreflexia miotendínea patelar e aquileu, pulsos podais bem palpáveis

e achados eletroneurofisiológicos e histológicos compatíveis com degeneração axonal sensitivo-motora (Figura 2)⁽⁶⁾.

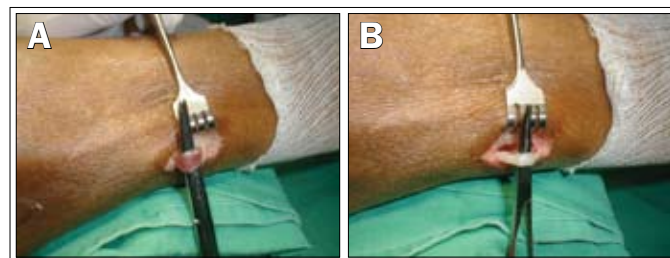
Clinicamente, também apresentava quadro de megacólon e megaesôfago chagásico, sendo manejado por equipe gastroenterológica especializada.

Os tecidos encaminhados para a anatomopatologia foram provenientes de biópsia incisional dos músculos fibulares (corpo muscular) e do ramo sensitivo do nervo sural (Figuras 3A e 3B), por serem freqüentemente sedes de comprometimento secundário de doenças sistêmicas, que podem cursar com neuropatia periférica⁽⁷⁾.

A lesão foi manejada ambulatorialmente (Figura 4), segundo programa de Tratamento Avançado de Feridas Complexas. Para ajuda nos mecanismos de cicatrização, o paciente usou uma órtese acomodativa de descarga e apoio cicatricial até o fechamento da ferida (Figura 5). Como manejo associado, o paciente ainda foi inserido em programa trifásico de reabilitação motora durante três meses, que visava à melhora dos padrões biomecânicos e conseqüente redução da possibilidade de recorrência da lesão. O programa era constituído por Exercícios de Relaxamento e Alongamento da Cadeia Posterior dos MMII, acrescido de Terapia



Figuras 1A e 1B - Apresentação clínica inicial.



Figuras 3A e 3B - Biópsia muscular e de nervo periférico, respectivamente.

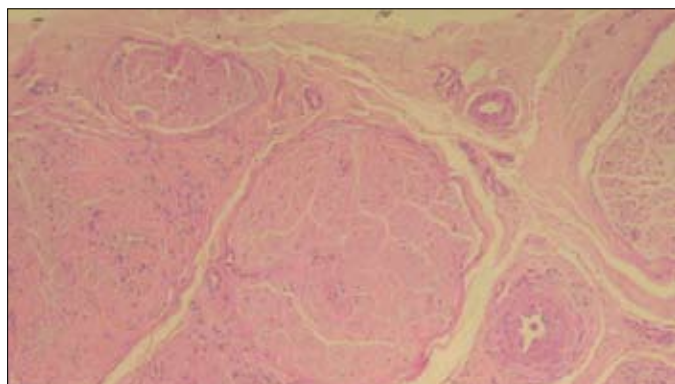


Figura 2 - Histologia muscular e do nervo, respectivamente, sugerindo padrões histológicos de denervação sensitivo-motora.



Figura 4 - Úlcera neuropática desbridada.

Manual para ganho de mobilidade articular em uma fase de ataque, fortalecimento muscular global e, por fim, trabalho sensório-motor⁽⁸⁾.

Não havia história prévia de diabetes, alcoolismo, hanseníase, radiculopatia, doenças reumatológicas, eventos traumáticos, cirurgias prévias ou outras comorbidades.

DISCUSSÃO

A neuropatia diabética (ND), definida como perturbação da função e estrutura do nervo periférico, é uma das complicações mais comuns do diabetes. Aproximadamente dois terços dos pacientes portadores de diabetes de longa duração apresentam sinais clínicos e sintomas sugestivos de ND, que podem se manifestar nas esferas sensitiva, motora e autonômica. O envolvimento da inervação sensitiva cutânea com a perda da sensibilidade dos pés é considerado o principal fator de risco primário para o desenvolvimento das úlceras plantares em portadores de diabetes e também o precursor para eventuais amputações da extremidade inferior^(9,10).

Diversas causas de neuropatia periférica já foram identificadas, entre elas, inflamatórias, traumáticas, compressivas, metabólicas, tumorais, nutricionais, tóxicas, imuno-mediadas e infecciosas.⁽²⁾

A exemplo da neuropatia diabética, a neuropatia chagásica pode assumir características clínicas bastante semelhantes às encontradas nos portadores de diabetes.

A neuropatia periférica chagásica assume real importância epidemiológica em nosso meio, uma vez que apresentamos baixo registro diagnóstico e de propostas terapêuticas em um país que apresenta um dos maiores índices de prevalência da Doença de Chagas, com condições socioeconômicas e culturais muito favoráveis para sua instalação e evolução clínica potencialmente alarmante.



Figura 5 - Úlcera cicatrizada.

O mecanismo de lesão do nervo periférico parece ser o mesmo relacionado às lesões por denervação dos plexos nervosos relacionados ao controle neurológico local do sistema digestivo. Segundo a literatura, a lesão neurológica periférica é ocasionada na forma crônica da doença e, comumente, a identificação do parasita não ocorre, assim como acontece nos quadros mais comuns e típicos da doença, que são nas formas cardíaca e digestiva⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Por extrema cautela e a fim de afastar o diabetes como comorbidade associada, em virtude de sua elevada prevalência em nosso meio ao denotar um cenário epidêmico e em detrimento de estimativas epidemiológicas específicas reportarem que 50% dos portadores de diabetes desconhecem o seu diagnóstico, o paciente relatado foi submetido à investigação clínica para *diabetes mellitus*, na qual não se confirmou o diagnóstico adjunto.

Conclui-se que a neuropatia periférica chagásica deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais do pé diabético, uma vez que nosso meio apresenta índices de prevalência bastante elevados da Doença de Chagas e que o baixo índice de casos identificados nos ambulatórios de cirurgia do pé parece estar relacionado à subnotificação e ao desconhecimento desta problemática.

REFERÊNCIAS

1. Genovese O, Ballario C, Storino R, Segura E, Sica RE. Clinical manifestations of peripheral nervous system involvement in human chronic Chagas disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 1996;54(2):190-6.
2. Said G. Infective neuropathies. *Curr Opin Neurol*. 1994;7(5):398-401.
3. Woodhouse JI. The prevalence of clinical peripheral neuropathies in human chronic chagas disease. *JR Army Med Corps*. 1993;139(2):54-5.
4. Defaria CR, Rezende JM, Rassi A. Desnervação periférica nas diferentes formas clínicas da doença de Chagas. *Arq Neuropsiquiatr*. 1988;46(3):225-37.
5. Barreira AA, Said G, Kretzli AU. Multifocal demyelinating lesions of peripheral nerves in experimental chronic Chagas's disease. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1981;75(5):751.
6. Levin ME, O'Neal LW, editors. *The diabetic foot*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
7. Nery CAS, Alloza JFM, Batista F. Sensibilidade térmica cutânea: estudo comparativo entre dois métodos de mensuração e proposta de simplificação. *Rev Bras Ortop*. 2000;35(9):358-63.
8. Batista F. *Atlas: pé diabético*. São Paulo: Lemos; 2007.

9. Batista F, Pinzur MS. Disease knowledge in patients attending a diabetic foot clinic. *Foot Ankle Int.* 2005;26(1):38-41.
10. Batista F, Pinzur MS, Nery CA. Cutaneous thermal sensitivity in diabetic neuropathy. *Foot Ankle Int.* 2005;26(11):928-31.
11. Sica RE, Gonzalez Cappa SM, Sanz OP, Mirkin G. Peripheral nervous system involvement in human and experimental chronic American trypanosomiasis. *Bull Soc Pathol Exot.* 1995;88(4):156-63.
12. Peters LJ, Castell DO. Motility disorders of the esophagus. *Compr Ther.* 1988;14(1):19-23. Review.
13. Moss AA, Goldberg HI. Intestinal pseudo-obstruction. *CRC Crit Rev Radiol Sci.* 1972;3(3):363-87. Review.
14. Sanz OP, Sica RE, Basso S, Fumo T. [Peripheral nervous system involvement in chronic Chagas disease]. *Medicina (B Aires).* 1980;40 Suppl 1:231-3. Spanish.