

# Notalgia parestésica: uma síndrome multidisciplinar

Notalgia paresthetica: a multidisciplinary syndrome

Nelson Guimarães Proença<sup>1</sup>, Mariana de Figueiredo Silva<sup>2</sup>

## Resumo

Notalgia parestésica é uma síndrome neurocutânea que envolve raízes posteriores sensitivas da medula espinal, desencadeando crises pruriginosas que levam à coçadura e conseqüente hiperpigmentação. Sua posição exata dentro da nosologia médica foi motivo de muitas discussões. Numerosos trabalhos publicados demonstraram algum tipo de compressão associada às raízes sensitivas como causa subjacente, como alterações degenerativas vertebrais ou acidente com trauma. Com o objetivo de contribuir para um atendimento que traga melhores possibilidades de êxito terapêutico, sugerimos cooperação multidisciplinar para adequada avaliação clínica, complementada por estudo de imagem da coluna torácica.

**Descritores:** Prurido, Parestesia, Coluna vertebral, Nervos periféricos, Síndromes de compressão nervosa

## Abstract

Notalgia paresthetica is a neurocutaneous syndrome that involves sensory posterior roots of the spinal cord, triggering pruritic crises that lead to scratching and consequent hyperpigmentation. Its exact position on medical nosology is discussed. Numerous studies have shown some kind of compression associated with sensory roots as an underlying cause, such as degenerative spinal changes or thoracic trauma. In order to contribute to better chances of therapeutic success, we suggest multidisciplinary evaluation, associated with the orthopedic team for accurate clinical and imaging study of the thoracic spine.

**Key words:** Pruritus, Paresthesia, Spine, Peripheral nerves, Nerve compression syndromes

## Introdução

Notalgia parestésica (NP) é, com certa frequência, motivo de consulta ao dermatologista. A posição exata deste quadro clínico, dentro da nosologia médica, tem sido motivo de muitas discussões. Nas décadas dos anos sessenta e setenta foram utilizadas denominações descritivas, como “prurido dorsal com hiperpigmentação”, “melanose dorsal pruriginosa”, ou ainda “prurido melanótico de Pierini e Borda”.

Durante longo período houve tendência de considerá-la como uma das variedades clínicas da amiloidose cutânea primária, chegando a receber a denominação de “líquen amiloidótico dorsal”. A este respeito, uma contribuição que esclareceu a controvérsia foi dada por Malvido et al<sup>(1)</sup>. Estes autores acompanharam, de modo prospectivo e com protocolo, 40 pacientes com prurido dorsal intenso, acompanhado de hiperpigmentação. Destes casos, 31 puderam ser seguidos pelo tempo programado. A presença de substância amilóide na derme superficial só foi demonstrada em nove pacientes. A conclusão dos autores, acertada, é de que a deposição de substância amilóide não é a causa mas, sim, a consequência do prurido.

Os conceitos mudaram totalmente desde os anos 80 até o presente. Em dois trabalhos publicados em 1981, tanto Massey e Pleet<sup>(2)</sup> como Streib e Sun<sup>(3)</sup> sugeriram que algum tipo de compressão de raízes sensitivas seria a causa subjacente da NP. Em 1997, alinhando-se a este conceito, Eisenberg et al<sup>(4)</sup> descreveram o caso de um paciente que foi submetido a estudo radiológico de coluna, sendo possível diagnosticar alterações vertebrais no mesmo segmento anatômico onde se localizava a melanose pruriginosa.

Nestes últimos anos vários trabalhos demonstraram que é possível observar, em muitos casos de NP, a participação das raízes nervosas sensitivas, que correspondem ao mesmo metâmero no qual se situa a alteração cutânea. Além disso, verificou-se que não se trata de apenas uma, mas sim de diferentes causas, que tem em comum o fato de interferirem com

1. Professor Emérito da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Ex-chefe da Clínica Dermatológica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

2. Médica Especializanda em Dermatologia (Terceiro Ano) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Trabalho realizado:** Clínica de Dermatologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Endereço para correspondência:** Nelson Guimarães Proença. Rua Professor Artur Ramos, 241 – 10º andar – conjunto 104 – 01454-011 – São Paulo – SP – Brasil

Ausência de conflitos de interesse

a integridade do nervo sensitivo periférico<sup>(5-10)</sup>. Tudo isto levou a uma completa reviravolta conceitual. *Atualmente, aceita-se a NP como uma síndrome neurocutânea que envolve raízes posteriores sensitivas da medula espinal, desencadeando crises pruriginosas, que levam à coçadura e consequente hiperpigmentação.*

São diversas as causas aventadas como possíveis provocadoras da exaltação da sensibilidade dos nervos periféricos. Vamos destacar algumas, citadas na revisão bibliográfica: alterações degenerativas vertebrais compressivas (ósseas ou dos discos); acidente com trauma vertebral; atividades físicas com esforço não suportado pela coluna vertebral; predisposição genética<sup>(3-10)</sup>. Do ponto de vista anatômico, é importante destacar que o segmento metamérico afetado está situado entre a última vértebra cervical e a sexta ou a sétima vértebras torácicas. A área que se torna pruriginosa e hiperpigmentada pode ocupar todo o espaço interescapular, ou ser unilateral, ocupando apenas um dos espaços inter-escápulovertebrais. Na maioria das vezes, a NP é unilateral, mas há casos em que é bilateral e simétrica (Figura 1A).

Na histopatologia é observada uma acantose irregular, com alongamento das cristas epidérmicas e presença de apoptose (Figura 1B). Na derme papilar, em alguns casos, a coloração específica mostra presença de substância amorfa, de natureza amilóide.

Além dos estudos por imagem, habitualmente feitos nesta síndrome, foram também realizados estudos eletromiográficos e imunohistoquímicos. Foi evidenciada a participação exacerbada de neuropeptídeos, liberados a partir de fibras-C amielínicas, tanto epidérmicas como dérmicas.

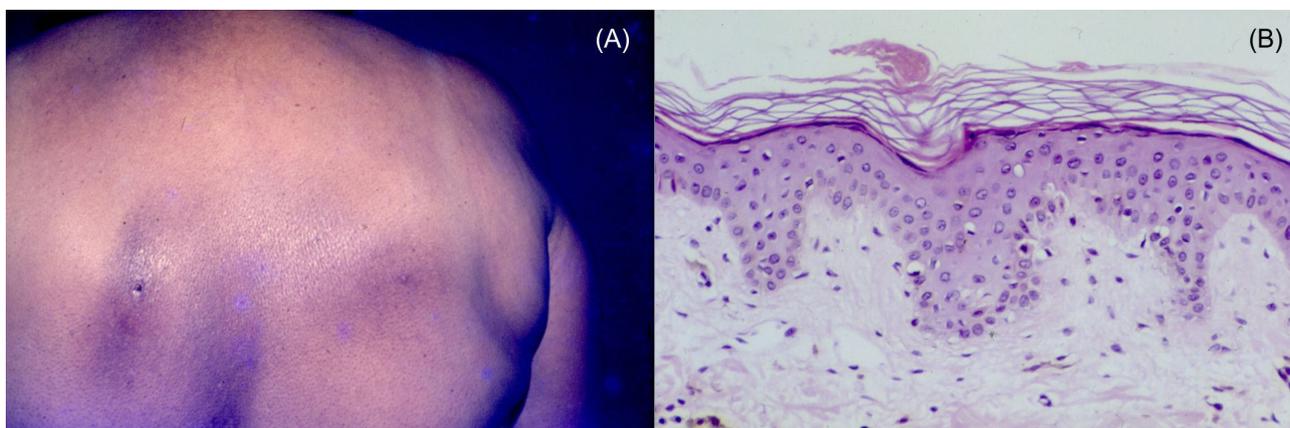
Um caso exemplar, que merece ser destacado, foi descrito por Richardson et al<sup>(5)</sup>. Uma mulher com histórico de acidente automobilístico, de baixo impacto, iniciou quadro compatível com NP, após três meses. Um estudo minucioso da coluna vertebral

permitiu constatar que a mesma havia adquirido uma postura anômala: escoliose para a esquerda e rotação das vértebras para a direita, ao nível de C7 a T6. A solução adotada foi o tratamento fisioterápico, para corrigir o vício de postura. Este foi bem sucedido, desde a primeira sessão. Um resultado inesperado foi a supressão, quase imediata, do prurido (vinte minutos após a primeira sessão).

No Quadro I reunimos as alterações encontradas em exames de imagem, tidas como possíveis causas de NP<sup>(4,6-10)</sup>. Dentre os estudos citados, é interessante destacar a investigação de Savk, Savk<sup>(6)</sup>, que analisaram 43 pacientes com um total de 61 áreas pigmentares. Destes, 34 possuíam alterações degenerativas espinais e, em 28 pacientes (65,1%), estas alterações foram correspondentes ao metâmero afetado pela dermatose. Os autores consideraram que não deve se tratar de mera coincidência, mas que esta deve ser uma associação relevante.

Apesar de a NP ser uma síndrome multidisciplinar, é comum que ocorram dificuldades para o encaminhamento adequado, tanto em relação ao diagnóstico etiológico, como em relação ao tratamento possível. Com o objetivo de contribuir para um atendimento multidisciplinar, que traga melhores possibilidades de êxito terapêutico, sugerimos a elaboração de um protocolo. Entre outros itens a serem discutidos, a revisão da literatura nos permite fazer as sugestões que se seguem.

- 1) Anamnese minuciosa, incluindo antecedentes mórbidos pessoais e familiares, atividades físicas e hábitos que possam ter desencadeado vício de postura, e ocorrência de traumas prévios.
- 2) Exame dermatológico, complementado por biópsia de pele.
- 3) Exame ortopédico da coluna cervical e da coluna torácica.
- 4) Tomografia da coluna cérvico-torácica.



**Figura 1** – (A) Notalgia Parestésica bilateral; (B) Acantose irregular com presença de células apoptóticas.

## Quadro I

## Notalgia parestésica – Causas presumidas, encontradas em Revisão Bibliográfica

Autores	Referência bibliográfica	Causa Presumida
Eisenberg et al, 1997	4	Osteófitos na coluna vertebral de um paciente
RaisonPeron et al, 1999	7	Osteoartrose em 9 de 12 pacientes analisados.
Savk et al, 2000	8	Alterações degenerativas em 7 de 10 pacientes analisados.
Durango et al, 2003	9	Escoliose em um paciente, e esclerose de corpos vertebrais com osteófitos em outro paciente.
Savk et al, 2005	6	Alterações degenerativas e herniação do núcleo pulposo relevantes em 28 dos 43 pacientes analisados (65,1%).
Alai et al, 2010	10	Estenose cervicoespinal em um paciente.

5) Ressonância nuclear da região dorsal, focada no metâmero acometido, para estudo das partes moles adjacentes às vértebras.

Diversos tratamentos já foram propostos para controle dos sintomas<sup>(11)</sup>. O uso tópico de capsaicina é a opção mais utilizada pelos dermatologistas<sup>(12)</sup>. Outras alternativas terapêuticas usadas com certa frequência são: gabapentina<sup>(13)</sup>, oxycarbamazepina<sup>(14)</sup>, anestésico injetável<sup>(15)</sup> e toxina botulínica<sup>(16)</sup>. Além disso, são descritas técnicas com estimulação elétrica<sup>(17,18)</sup>, radiofrequência pulsada<sup>(19)</sup> e descompressão cirúrgica do nervo<sup>(20)</sup>. Estudos recentes relataram casos que obtiveram melhora dos sintomas após sessões de fototerapia com UVB *narrow band*<sup>(21)</sup> e até mesmo com prática de exercícios físicos<sup>(22)</sup>.

## Conclusão

Pacientes com Notalgia Parestésica são, em geral, tratados apenas sintomaticamente. Procura-se tratar o prurido, sem se fazer uma investigação mais aprofundada, a qual poderia identificar possíveis causas. Para oferecer um melhor atendimento a estes pacientes, sugerimos a organização de um Protocolo, que permita o atendimento multidisciplinar.

## Referências Bibliográficas

- Malvado KA, Valente E, Vázquez MA, Della Giovanna PD, García S y Cabrera HN. Notalgia parestésica: sus vinculaciones con la amiloidosis bifásica. A propósito de 40 casos. Arch Argent Dermatol. 2001; 51: 197-204.
- Massey EW, Pleet AB. Electromyographic evaluation of notalgia paresthetica. Neurology. 1981; 31:642.
- Streib EW, Sun SF. Notalgia paresthetica owing to compression neuropathy: case presentation including electrodiagnostic studies. Eur Neurol. 1981; 20:64-7.
- Eisenberg E, Barmer E, Bergman R. Notalgia paresthetica associated with nerve root impingement. J Am Acad Dermatol. 1997; 37:998-1000.
- Richardson BS, Way BV, Speece AJ 3rd. Osteopathic manipulative treatment in the management of notalgia paresthetica. J Am Osteopath Assoc. 2009; 109:605-8.
- Savk O, Savk E. Investigation of spinal pathology in notalgia paresthetica. J Am Acad Dermatol. 2005; 52:1085-7.
- RaisonPeyron N, Meunier L, Acevedo M, Meynadier J. Notalgia paresthetica: clinical, physiopathological and therapeutic aspects. A study of 12 cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1999; 12:215-21.
- Savk E, Savk O, Bolukbasi O, Culhaci N, Dikicioğlu E, Karaman G, et al. Notalgia paresthetica: a study on pathogenesis. Int J Dermatol. 2000; 39:754-9.
- Durango A, Urbina M, Faria M. Notalgia parestésica: reporte de 8 casos. Dermatol Venez. 2003; 41:23-6.
- Alai NN, Skinner HB, Nabili ST, Jeffes E, Shahrokni S, Saemi AM. Notalgia paresthetica associated with cervical spinal stenosis and cervicothoracic disk disease at C4 through C7. Cutis. 2010; 85:77-81.
- Pérez-Pérez LC. General features and treatment of notalgia paresthetica. Skinmed. 2011; 9:353-8.
- Gooding SM, Canter PH, Coelho HF, Boddy K, Ernst E. Systematic review of topical capsaicin in the treatment of pruritus. Int J Dermatol. 2010; 49:858-65.
- Loosemore MP, Bordeaux JS, Bernhard JD. Gabapentin treatment for notalgia paresthetica, a common isolated peripheral sensory neuropathy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007; 21:1440-1.
- Savk E, Bolukbasi O, Akyol A, Karaman G. Open pilot study on oxycarbazepine for the treatment of notalgia paresthetica. J Am Acad Dermatol. 2001; 45:630-2.
- Goulden V, Toomey PJ, Highet AS. Successful treatment of notalgia paresthetica with a paravertebral local anesthetic block. J Am Acad Dermatol. 1998; 38:114-6.
- Weinfeld PK. Successful treatment of notalgia paresthetica with botulinum toxin type A. Arch Dermatol. 2007; 143:980-2.
- Savk E, Savk O, Sendur F. Transcutaneous electrical nerve stimulation offers partial relief in notalgia paresthetica patients with a relevant spinal pathology. J Dermatol. 2007; 34:315-9.
- Wang CK, Gowda A, Barad M, Mackey SC, Carroll IR. Serratus muscle stimulation effectively treats notalgia paresthetica caused by long thoracic nerve dysfunction: a case series. J Brachial Plex Peripher Nerve Inj. 2009; 22:17.
- Philip CN, Candido KD, Joseph NJ, Crystal GJ. Successful treatment of meralgia paresthetica with pulsed radiofrequency of the lateral femoral cutaneous nerve. Pain Physician. 2009; 12:881-5.

20. Williams EH, Rosson GD, Elsamanoudi I, Dellon AL. Surgical decompression for notalgia paresthetica: a case report. *Microsurgery*. 2010; 30:70-2.
21. Pérez-Pérez L, Allegue F, Fabeiro JM, Caeiro JL, Zulaica A. Notalgia paresthetica successfully treated with narrow-band UVB: report of five cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010; 24:730-2.
22. Fleischer AB, Meade TJ, Fleischer AB. Notalgia paresthetica: successful treatment with exercises. *Acta Derm Venereol*. 2011; 91:356-7.

---

Trabalho recebido: 11/03/2013  
Trabalho aprovado: 04/04/2013