



MEDX 2025

III Congresso Internacional Médico Estudantil e
II Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina
I Mostra Científica IESC / PIEPE

DESAFIOS NO MANEJO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA EM PACIENTE COM LÚPUS E NEOPLASIA GINECOLÓGICA REICIDIVADA

Vanessa Lima do Nascimento Silva¹; Érica Giovanna Mailho Ismael de Carvalho¹; Marcus Eduardo Siqueira Feitosa¹; Victor Gabriel Costa Campos de Azevedo Nery¹; Alinne Beserra de Lucena¹; Antônio Fernando Soares Menezes Segundo¹.

¹Afya Paraíba Faculdade de Ciências Médicas, Cabedelo – PB

Linha: Pesquisa

Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune inflamatória crônica caracterizada pela perda da tolerância imunológica e pela formação de autoanticorpos que se depositam em diversos tecidos, causando inflamação e destruição celular. Segundo Harrison (2022), é “uma condição de curso flutuante, com períodos alternados de remissão e atividade, capaz de acometer qualquer órgão ou sistema”.

A ativação anormal de linfócitos B e T e a liberação de citocinas inflamatórias explicam o dano tecidual cumulativo. No espectro neurológico, o lúpus neuropsiquiátrico (NPS-LES) inclui manifestações periféricas como polineuropatias, neuropatias desmielinizantes e plexopatias inflamatórias, observadas em até 10% dos casos (Robbins; Cotran, 2021).

Margarida Aires (2021) destaca que a neuropatia periférica no LES resulta da agressão imune aos nervos e da ativação de vias pró-inflamatórias, gerando dor neuropática e perda funcional. Além disso, quimioterápicos como carboplatina e paclitaxel podem causar neuropatia periférica induzida por quimioterapia (DynaMed, 2024), e a radioterapia pélvica, plexopatia actínica tardia. A sobreposição desses mecanismos autoimunes, tóxicos e actínicos torna o diagnóstico e o manejo complexos, exigindo integração entre reumatologia, oncologia e neurologia.

Neste contexto, este trabalho apresenta um caso de neuropatia periférica complexa em paciente com lúpus eritematoso sistêmico e neoplasia ginecológica recidivada, discutindo os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, os desafios diagnósticos



MEDX 2025

III Congresso Internacional Médico Estudantil e
II Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina
I Mostra Científica IESC / PIEPE

diferenciais e a importância da abordagem multiprofissional no manejo terapêutico.

Métodos

Trata-se de um relato de caso clínico descritivo e observacional, vinculado ao projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – AFYA (CAAE nº 89318825.0.0000.5178), intitulado “Integração multidisciplinar no diagnóstico e tratamento de doenças raras: estudo em um centro de referência médica”.

A paciente, 52 anos, apresentava lúpus eritematoso sistêmico há 14 anos, inicialmente na forma cutâneo-articular, evoluindo para artropatia de Jaccoud e nefrite lúpica. Foi tratada com pulsoterapia (metilprednisolona e ciclofosfamida), seguida de metotrexato e hidroxiclороquina. Em 2019, diagnosticou-se carcinoma epidermoide de colo uterino, com recidiva em 2020 e neoplasia de corpo uterino em 2021, tratadas com quimioterapia (carboplatina e paclitaxel) e radioterapia pélvica.

Após o tratamento oncológico, desenvolveu dor neuropática intensa, parestesias e fraqueza distal progressiva. O exame físico revelou hipoestesia em “luva e meia” e redução dos reflexos patelar e aquileu, compatível com polineuropatia sensitiva axonal e possível plexopatia lombo-sacral. A equipe multiprofissional (reumatologia, oncologia, neurologia, fisioterapia e medicina da dor) considerou neuropatia induzida por quimioterapia, neuropatia inflamatória lúpica e plexopatia actínica. Foi solicitada eletroneuromiografia (ENMG) para definição topográfica. O caso seguiu os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012, com sigilo e respeito à paciente.

Resultados e Discussão

Os achados clínicos sugerem etiologia mista de neuropatia periférica, combinando mecanismos autoimunes, tóxicos e actínicos. O padrão inicial difuso e simétrico, seguido por fraqueza assimétrica, indica coexistência de polineuropatia sensitiva axonal e plexopatia lombo-sacral unilateral. A neuropatia induzida por quimioterapia (CIPN) é um efeito adverso dose-limitante do paclitaxel e da carboplatina, decorrente da disfunção dos microtúbulos axonais e degeneração distal das fibras sensitivas (DynaMed, 2024).



Clinicamente, manifesta-se com dor em queimação, parestesias e ataxia sensitiva, podendo persistir após o tratamento.

No LES, a neuropatia periférica decorre de vasculite dos vasa nervorum e desmielinização inflamatória, resultando em dor e perda funcional (Robbins; Cotran, 2021; Margarida Aires, 2021). Já a plexopatia actínica, complicação tardia da radioterapia pélvica, relaciona-se à fibrose e isquemia progressiva do plexo lombo-sacral, produzindo dor neuropática profunda e fraqueza assimétrica (UpToDate, 2024). Estudos recentes evidenciam que essas condições podem coexistir (Liu et al., 2023; Moreira et al., 2024).

A eletroneuromiografia (ENMG) foi essencial para identificar o padrão de acometimento neural. O tratamento baseou-se em analgesia multimodal (gabapentina, pregabalina e duloxetina) e fisioterapia voltada à reeducação proprioceptiva e prevenção de quedas, conforme o NICE (2023) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2023). A literatura reforça que o manejo integrado reduz complicações e melhora a funcionalidade (Kim; Lee, 2022). O prognóstico depende da precocidade diagnóstica e da reversibilidade da causa predominante.

Considerações Finais

O presente caso demonstra a complexidade diagnóstica e terapêutica da neuropatia periférica em paciente com lúpus eritematoso sistêmico e múltiplas neoplasias ginecológicas recidivadas. A sobreposição de fatores autoimunes, tóxicos e actínicos exige abordagem individualizada e multiprofissional. O reconhecimento precoce da plexopatia actínica e da neuropatia induzida por quimioterapia é essencial para reduzir o dano neurológico permanente.

A integração entre neurologia, reumatologia, oncologia e fisioterapia constitui o principal pilar para um manejo eficaz. O tratamento das manifestações neurológicas sistêmicas deve considerar não apenas a lesão anatômica, mas também os mecanismos imunes e metabólicos que a sustentam. O caso reforça a importância da reabilitação precoce e da vigilância contínua para melhora da funcionalidade e da qualidade de vida.



MEDX 2025

III Congresso Internacional Médico Estudantil e
II Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina
I Mostra Científica IESC / PIEPE

Referências:

BRASIL. *Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Dor Neuropática*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

DYNAMED. *Chemotherapy-induced peripheral neuropathy*. Ipswich: EBSCO, 2024.

HARRISON, T. R. **Princípios de Medicina Interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2022.

KIM, H.; LEE, S. *Multimodal management of radiation-induced lumbosacral plexopathy: a systematic review*. *European Journal of Neurology*, v. 31, n. 4, p. 550–562, 2022.

LIU, C.; ZHANG, W.; LIN, X. *Radiation-induced peripheral nerve injury: mechanisms and prevention strategies*. *Frontiers in Oncology*, v. 13, p. 1123–1132, 2023.

MARGARIDA AIRES, L. F. **Fisiopatologia Humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

MOREIRA, G. P.; SANTOS, R. L.; ALMEIDA, M. C. *Clinical overlap between chemotherapy-induced neuropathy and radiation plexopathy: diagnostic pitfalls*. *Journal of Clinical Oncology*, v. 42, n. 2, p. 201–210, 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings (Clinical Guideline CG173)*. London: NICE, 2023.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

UPTODATE. *Radiation-induced plexopathy*. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 25 out. 2025.