



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Meralgia parestésica

Juan David Vega Padilla

Centro de Atención Primaria. Chiquinquirá, Boyacá, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de octubre de 2015

Aceptado el 2 de junio de 2016

On-line el 20 de febrero de 2017

Palabras clave:

Meralgia parestésica

Definición

Diagnóstico

Tratamiento

R E S U M E N

La meralgia parestésica se produce por compresión del nervio fémoro-cutáneo debajo del ligamento inguinal y se manifiesta por dolor y hormigueo en la cara ántero-lateral del muslo. El diagnóstico debe ser clínico; cuando existen dudas se debe realizar estudio de neuroconducción. Su tratamiento consiste en perder peso, evitar ropa ajustada, modificaciones de postura, terapia física, infiltraciones locales con corticosteroides y en casos refractarios se realizará tratamiento quirúrgico.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.W

Meralgia paresthetica

A B S T R A C T

Meralgia paresthetica is caused by compression of the lateral femorocutaneous nerve under the inguinal ligament. It's manifested through pain and tingling in the anterolateral aspect of the thigh. The diagnosis must be clinical and in case of doubt nerve conduction study should be performed. Its treatment consists on losing weight, avoiding tight clothing, changes in posture, physical therapy, local injections with corticosteroids, and in refractory cases surgical treatment will be performed.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 50 años de edad, con único antecedente de gastritis crónica; toma ocasionalmente esomeprazol (40 mg en ayunas). Niega antecedente de alergias o enfermedades familiares de importancia.

Consulta por cuadro clínico de un mes de evolución, consistente en parestesias en la cara anterior del muslo derecho, que se presentan al conducir su automóvil o estar mucho tiempo

sentado; desaparecen minutos después de terminar dichas actividades.

En el examen físico no se evidencia déficit sensitivo, motor o vascular de la extremidad ni se presentan hallazgos patológicos.

Se considera como impresión diagnóstica una neuropatía del miembro inferior bajo estudio. Debido a la falta de hallazgos

Correo electrónico: ddavids89@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.007>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

confirmatorios del examen físico, se solicita estudio de neuroconducción y electromiografía de los miembros inferiores. No se solicitan otros estudios diagnósticos.

En el estudio de neuroconducción de los miembros inferiores se observa:

- Potenciales motores del peroneo y del tibial posterior con latencias, amplitudes y velocidades normales.
- Potenciales sensitivos del fémoro-cutáneo lateral derecho con latencias pico prolongadas y amplitudes normales.
- Peroneo superficial con latencias pico y amplitudes normales.

En la electromiografía de los miembros inferiores los músculos explorados, incluyendo la musculatura paraespinal lumbo-sacra, mostraron un patrón de inserción normal sin signos de inestabilidad de membrana en reposo y con un patrón de reclutamiento proporcional para el esfuerzo.

La conclusión de ambos estudios es compatible con una neuropatía compresiva aguda del nervio fémoro-cutáneo derecho, tipo meralgia parestésica; no se evidencian en la actualidad signos evidentes de radiculopatía motora lumbo-sacra. La electromiografía se considera normal.

Por parte de medicina general se entregan recomendaciones para el control del peso, corrección postural, orden de terapia física y remisión a fisioterapia para definir la necesidad de infiltración local.

En la valoración de fisioterapia, además de las recomendaciones y la terapia física, se añade tratamiento con tiamina (300 mg, vía oral al día durante 2 meses).

En la consulta médica de seguimiento a los 3 meses se observa que el paciente evoluciona satisfactoriamente y se ha producido la desaparición de los síntomas.

Comentario

Se trata de una neuropatía por atrapamiento del nervio fémoro-cutáneo, el cual es únicamente sensitivo y procede de L2-L3¹.

La frecuencia real de la meralgia parestésica es desconocida; se estima que su incidencia en atención primaria es de 4,3 pacientes por cada 10.000 habitantes al año. Es la segunda mononeuropatía por atrapamiento más frecuente en el miembro inferior.

Se han descrito casos de la enfermedad en todos los grupos de edad y no existen diferencias en la incidencia en función del sexo o de la raza².

El atrapamiento del nervio suele ocurrir en la espina iliaca ántero-superior, donde el nervio pasa a través del extremo lateral del ligamento inguinal. Son factores predisponentes el embarazo, un abdomen prominente, sentarse mucho tiempo con las piernas cruzadas, y el uso de corsés, bragueros o cinturones demasiado apretados¹.

Se manifiesta por dolor y hormigueos en la cara anterior y lateral del muslo. La compresión de la cresta iliaca mientras el paciente descansa en decúbito contralateral al lado afectado mejora los síntomas, a diferencia de los síntomas secundarios en patología del disco intervertebral³.

La exploración física revela disminución de la sensibilidad en la parte lateral externa alta del muslo. En casos aislados puede aparecer hiperestesia en ese área⁴. La presión sobre la parte lateral o superior del ligamento inguinal o la extensión posterior del muslo, que origina estiramiento del nervio, puede reproducir o agravar los síntomas.

El diagnóstico de la meralgia parestésica es clínico y generalmente solo es necesario realizar este tipo de estudios en caso de que la historia clínica y la exploración física no sean confirmatorias. La prueba de rutina para confirmar el diagnóstico de esta neuropatía es el estudio de neuroconducción de los miembros inferiores⁵.

El tratamiento consiste en perder peso, evitar ropas ajustadas, modificación postural, fisioterapia y, en ocasiones, son útiles las infiltraciones locales con corticosteroide⁶.

En casos refractarios se realizará tratamiento quirúrgico. Se han descrito dos tipos de técnicas: la neurectomía y la neurectomía⁷.

Se ha demostrado que la neurectomía (liberación del nervio del ligamento inguinal y transposición medial) es eficaz para controlar el dolor en 60-95 % de los casos; sin embargo, tiene como principales inconvenientes la posible presencia de un neuroma, las variaciones anatómicas en el trayecto del nervio, una inadecuada descompresión y una posible recurrencia de los síntomas.

La neurectomía se considera la mejor opción si el nervio está muy dañado o están afectadas múltiples ramas. La posibilidad de recurrencia también parece ser menor si el nervio está bien localizado⁸.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bierma-Zeinstra S, Ginai A, Prins AD, Geleijnse M, Van den Berger H, Bernsen R, et al. Meralgia paresthetica is related to degenerative pubic symphysis. *J Rheumatol*. 2000; 27: 2242-5.
2. Haim A, Pritsch T, Ben-Galim P, Dekel S. Meralgia paresthetica: A retrospective analysis of 79 patients evaluated and treated according to a standard algorithm. *Acta orthopaedica*. 2006; 77: 482-6.
3. Andreu Sánchez JI. Neuropatías por atrapamiento. En: Alperi López M, editor. *Manual SER de Reumatología*. 6ª ed. España: Elsevier; 2014. p. 117-21.
4. Shapiro BE, Preston DC. Entrapment and compressive neuropathies. *Med Clin North Am*. 2009; 93: 285-315.
5. Harney D, Patijn J. Meralgia paresthetica: diagnosis and management strategies. *Pain Medicine*. 2007; 8: 669-77.
6. Toussaint CP, Perry EC, Pisansky MT, Anderson DE. What's New in the diagnosis and treatment of peripheral nerve entrapment neuropathies. *Neurol Clin*. 2010; 28: 979-1004.
7. Verdera MF, Leclerc HR, Pastor JP. Dos casos de meralgia parestésica del nervio femorocutáneo. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2003; 50: 154-6.
8. Moreno-Egea A. Tratamiento laparoscópico de la meralgia parestésica. Revisión de la bibliografía. *Rev Hispanoam Herma*. 2015; 3: 59-64.