

MERALGIA **PARESTÉSICA**

Ana María Pons Ruiz
MFYC Algemesí
26/03/2019

CASO CLÍNICO

- Mujer de 52 años de edad, obesa (IMC 31), diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico (HbA1C 8,7%) presenta parestesias en la región anterolateral del muslo derecho con crisis lancinantes ocasionales de unas 3 semanas de evolución.
- La paciente niega tener ningún antecedente traumático.
- La exploración física muestra una alteración sensitiva localizada en la región anterolateral del muslo sin déficit motor o neurológico asociado.
- No se objetiva alteración en la columna lumbar ni en la cadera.
- ¿Es necesario realizar alguna exploración complementaria para la confirmación diagnóstica? ¿Actitud terapéutica?

DEFINICIÓN DE MERALGIA PARESTÉSICA (MP)

Mononeuropatía causada por la lesión del nervio femorocutáneo lateral por compresión o atrapamiento en algún punto de su recorrido, en su origen (plexo lumbar), en su recorrido intrabdominal o en su salida de la pelvis a través del ligamento inguinal (localización más frecuente).

RECUERDO ANATÓMICO

Nervio femorocutáneo lateral (sensitivo puro)
Origen en L2-L3, desciende a lo largo de la región posterolateral del psoas, por encima del músculo ilíaco, hacia la región de la espina ilíaca anterosuperior.

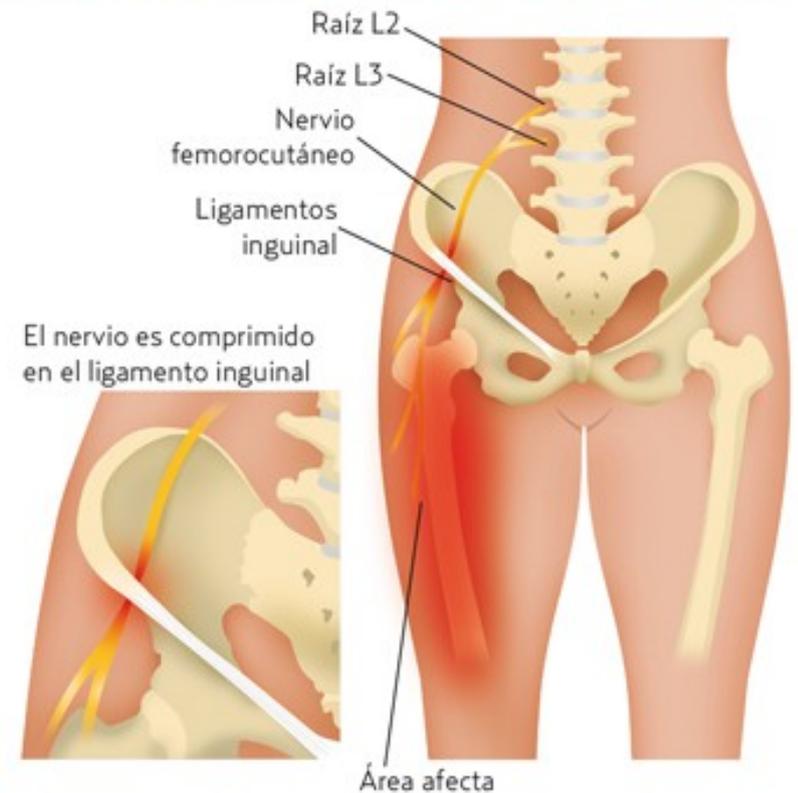
Entra en la región anterior del muslo pasando por debajo, a través o por encima del ligamento inguinal.

Se divide en un fascículo anterior y otro posterior

El fascículo anterior penetra en la fascia lata aproximadamente 10 cm por debajo de la espina ilíaca anterosuperior e inerva la piel de la región anterolateral del muslo hasta la rodilla. El fascículo posterior inerva la piel desde el trocánter mayor hasta el área inervada por el fascículo anterior

FIGURA 1

Trayecto anatómico del nervio femorocutáneo



ETIOLOGÍA

- Clasificamos en idiopáticas (mecánica o metabólica) y yatrogénica.
- Mecánicas: situaciones que aumentan la presión abdominal y situaciones que comprimen el nervio.
- Los factores metabólicos más destacados son la DM2 y el alcoholismo.
- Se ha descrito como complicación quirúrgica tras intervenciones de cadera, columna lumbar, cirugía abdominal u obstetricoginecológica, y ciertos actos intervencionistas

TABLA 1

Factores etiológicos

IDIOPÁTICO

- | | |
|-------------------|--|
| Mecánico | <ul style="list-style-type: none">• Obesidad• Embarazo• Ropa ajustada/cinturones• Contusiones• Espasmos musculares• Escoliosis• Dismetría de extremidades• Traumatismo directo• Ascitis• Procesos mecánicos retroperitoneales:<ul style="list-style-type: none">– Invasión tumoral– Hemorragia– Abscesos– Endometriosis• Aneurisma de aorta abdominal |
| Metabólico | <ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus• Alcoholismo• Hipotiroidismo• Intoxicación por plomo |

YATROGÉNICO

- Intervenciones quirúrgicas traumatológicas:
 - Injerto óseo cresta ilíaca
 - Osteotomía pélvica
 - Cirugía acetabular
- Intervenciones quirúrgicas abdominales:
 - Disección ganglios abdominales
 - Apendicectomía
 - Herniorrafia inguinal
- Intervenciones quirúrgicas obstétricas y ginecológicas
- Cateterismos con entrada por vía femoral

CLÍNICA

- Parestesias, disestesias, hipoestesias o dolor en la región anterolateral del muslo.
- Los pacientes lo describen como quemazón, escozor, hormigueo, pinchazos, entumecimiento, dolor sordo, dolor muscular o dolor lancinante en dicha localización.
- La forma de inicio suele ser subaguda, con una pérdida sensitiva discreta que con frecuencia se puede delimitar con bastante precisión.

FIGURA 2

Localización de la alteración sensitiva de la meralgia parestésica



CLÍNICA

- El dolor se suele exacerbar con maniobras de extensión de la cadera, bipedestación o deambulacion prolongada (estiramiento del nervio) y maniobras de Valsalva o aumento de la presión intrabdominal.
- La flexión de la cadera o la sedestación mejoran la clínica.
- Si la meralgia lleva tiempo de evolución, se puede objetivar la pérdida del vello en la superficie anterolateral del muslo secundario a la fricción constante que realizan los pacientes para mitigar las parestesias

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico clínico: descripción del dolor, la localización de la alteración sensitiva y ausencia de otras alteraciones neurológicas.
- Diagnóstico de exclusión: sus síntomas neurológicos pueden aparecer en un extenso número de patologías.
- La presencia de alteración motora, déficit sensitivo no limitado al dermatoma del femorocutáneo, alteración de los reflejos tendinosos o la presencia de sintomatología gastrointestinal o urogenital sugiere secundarismo a otra patología (exploraciones complementarias).
- Anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias???

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- El diagnóstico diferencial incluye patologías que producen dolor o parestesia en la región anterolateral del muslo.
- Las más frecuentes: la radiculopatía lumbar, la estenosis del canal lumbar, la hernia discal lumbar y la patología de cadera.

TABLA 2

Diagnóstico diferencial de la meralgia parestésica

Patología lumbar	<ul style="list-style-type: none">• Radiculopatía• Estenosis del canal vertebral• Espondilolistesis• Espondilosis lumbar
Patología de cadera	<ul style="list-style-type: none">• Dolor en cara anterior<ul style="list-style-type: none">– Artrosis de cadera– Bursitis iliopectínea• Dolor en cara lateral<ul style="list-style-type: none">– Bursitis trocantérea
Miscelánea	<ul style="list-style-type: none">• Polineuropatía• Enfermedad vascular• Enfermedad muscular• Enfermedad pélvica o retroperitoneal• Patología abdominal

EXPLORACIÓN

- Maniobras exploratorias que pueden ayudar a confirmar o descartar las sospechas diagnósticas y las exploraciones complementarias que serán de ayuda en caso de duda.
- **Test de sensibilidad dolorosa con aguja fina y de sensibilidad táctil con pincel o algodón:** determina el área afectada y distribución compatible con la lesión del nervio femorocutáneo lateral

EXPLORACIÓN

- **Maniobra de compresión pélvica:** paciente en decúbito lateral, apoyado en la camilla sobre el lado sano. Se realiza compresión de la pelvis durante 45 segundos; el alivio de los síntomas se considera positiva.

Esta maniobra se fundamenta en la idea de que el ligamento inguinal presiona el nervio femorocutáneo a su salida de la pelvis; con la compresión, el ligamento se destensa y disminuye la compresión del nervio

FIGURA 3



EXPLORACIÓN

- **Test neurodinámico:** paciente en decúbito lateral, apoyado en la camilla sobre el lado sano, se fija la pelvis con la mano del examinador y se coge la extremidad inferior por la rodilla. El examinador dobla la rodilla del paciente y hace una maniobra de extensión de la cadera con la intención de realizar un estiramiento del nervio femorocutáneo.

FIGURA 4

Maniobra de estiramiento del nervio femorocutáneo



EXPLORACIÓN

- Maniobra muy parecida a la anterior es el **Lasègue invertido**. Se consideran positivas cuando con el estiramiento se reproducen los síntomas neurológicos; hay que diferenciarlo del malestar que puede ocasionar el estiramiento del cuádriceps.
- **Signo de Tinel**: la percusión del nervio a su salida por el ligamento inguinal reproduce los síntomas.

FIGURA 5



EXPLORACIÓN

- **Sospecha de bursitis trocantérea:**

El paciente suele referir un dolor constante, localizado en la cara lateral de la cadera, que puede llegar hasta la rodilla, empeorando en sedestación o en decúbito lateral prolongado. Presenta dolor a la palpación del trocánter, que aumenta al realizar la rotación interna pasiva de la rodilla con la cadera flexionada 90°. También presenta dolor con la abducción de la cadera contra resistencia y la abducción pasiva forzada.

- **Sospecha de coxartrosis**

El paciente presenta dolor en la cara anterior del muslo, señalando habitualmente la región inguinal y, en ocasiones, con limitación funcional. En la exploración, presenta dolor a la movilización pasiva de la cadera con limitación principalmente de la rotación interna y la flexión.

EXPLORACIÓN

- **Sospecha de patología lumbar**

En pacientes con dolor lumbar irradiado o síntomas neurológicos sospechosos de radiculopatía, es adecuado realizar una exploración neurológica que incluya la maniobra de Lasègue, la valoración de la sensibilidad, la fuerza y los reflejos osteotendinosos.

Con la exploración de los reflejos osteotendinosos y la fuerza muscular mediante la marcha de puntillas (S1) y talones (L5), se evaluará la afectación motora.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Analítica:** etiología metabólica.
- **Estudios radiológicos:** no utilidad; si diagnóstico es dudoso o sospecha de patología lumbar, de cadera o abdominopélvica.
- **Ultrasonidos:** alternativo que permite confirmar el atrapamiento del nervio y puede descubrir su origen, orientando así su tratamiento.
- **Estudios electrofisiológicos:** los estudios de conducción nerviosa y los potenciales evocados somatosensoriales del nervio femorocutáneo muestran alteraciones en pacientes con MP, aunque los resultados de diversos estudios presentan discrepancias, no recomendándose su uso; además la obesidad dificulta la realización y fiabilidad de los resultados de los estudios de conducción y los potenciales evocados detectan alteraciones cuando la lesión del nervio es ya grave. En caso de realizarlas, siempre se deben estudiar ambas extremidades para tener comparador.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Electromiograma** no tiene utilidad diagnóstica al ser el femorocutáneo un nervio estrictamente sensitivo; utilidad si se sospecha una radiculopatía o polineuropatía.
- **Bloqueo del nervio femorocutáneo:** infiltración anestésica del nervio femorocutáneo, técnica utilizada como instrumento diagnóstico y terapéutico.

Distingue la MP de un dolor referido originado en las raíces lumbosacras, explora qué pacientes pueden responder bien a la manipulación quirúrgica del nervio femorocutáneo lateral y muestra al paciente la alteración sensitiva que experimentará tras la intervención.

Infiltrar lidocaína, bupivacaína o mepivacaína, 1 cm medial e inferior a la espina ilíaca anterosuperior o bien en el punto de máximo dolor. Se considera positiva si los síntomas mejoran o desaparecen a los 30-40 minutos, confirmando el diagnóstico.

- **Infiltraciones ecoguiadas** ayuda a localizar mejor el recorrido anatómico del nervio, mejora la tasa de éxito y precisa menor dosis anestésica

TRATAMIENTO (RECOMENDACIONES)

- **Tratamiento no quirúrgico**

Tranquilizar al paciente e informarle del curso benigno de su enfermedad.

Recomendaciones para disminuir la compresión del nervio (evitar la ropa ajustada, disminuir de peso y corregir las disimetrías de las extremidades inferiores)

Si la sintomatología persiste más de 4-8 semanas tras aplicar las medidas conservadoras, será necesario reevaluar al paciente para descartar la presencia de síntomas sugestivos de otras etiologías.

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos, anticonvulsivos (carbamazepina, fenitoína, gabapentina y pregabalina), antidepresivos tricíclicos, opiáceos o parches de capsaicina y lidocaína

TRATAMIENTO

- **La terapia física y la acupuntura** (escasa evidencia clinica)
- **Bloqueo nervioso** mediante infiltración con anestésico, glucocorticoide o ambos.
Buena respuesta (mejoría completa 73% , parcial 20% y una recurrencia del 7% tras más de 1 año de seguimiento).
- **Neuromodulación con radiofrecuencia pulsada** como alternativa de bajo riesgo para pacientes con MP refractaria al resto de tratamientos conservadores que no quieren someterse a cirugía. La aplicación de altas temperaturas genera neurodestrucción y desafereenciación, bloqueando así la transmisión del dolor. El hecho de ser pulsada o alterna produce menor daño tisular, aunque se ha de informar al paciente que tras la técnica puede quedar un entumecimiento permanente o una anestesia dolorosa como efectos secundarios. No hay ensayos clínicos al respecto.

TRATAMIENTO

- **Tratamiento quirúrgico**

Dolor muy intenso refractario al resto de medidas.

Los predictores de éxito quirúrgico incluyen el signo de Tinel positivo y alivio inmediato de los síntomas después del bloqueo del nervio femorocutáneo lateral.

Existen dos técnicas, la **descompresión nerviosa o neurólisis** y la **neurectomía**.

La descompresión intenta preservar la función sensorial (mejoran del 60 al 99%).

La neurectomía elimina los síntomas positivos, pero deja una hipoestesia permanente (mejoran del 85 al 100%). Se suele reservar para meralgias refractarias, intratables, en las que la neurólisis ha fallado.

EVOLUCIÓN

- Enfermedad benigna y autolimitada (62% remisión espontánea).
- El 90% de pacientes responde a medidas conservadoras aunque la recurrencia de los síntomas es frecuente.
- La cirugía en casos con dolor muy importante, refractario al resto de medidas terapéuticas, con una tasa de éxito muy elevada.
- Los casos de MP iatrógena secundaria a una intervención quirúrgica, principalmente de columna, presentan una tasa de recuperación durante el primer año superior al 90%. Las ocasionadas por compresión, posicionamiento o retracción (neuropraxia) se recuperan más rápidamente que las que han sufrido una lesión directa²⁰.

DERIVACIÓN

- Duda diagnóstica razonable.
- Necesidad de seguimiento por otra especialidad médica para el tratamiento etiológico de la meralgia, según los hallazgos encontrados en las pruebas de imagen (p. ej., patología abdominal, ginecológica, traumatológica).
- MP refractaria al tratamiento conservador, precisando una valoración por la unidad clínica del dolor o del servicio de traumatología.

MUCHAS GRACIAS



ARTICULO REVISTA AMF
“A propósito de un caso”
Numero Abril 2018