Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):22

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/870 - NEUROPATÍA: LA MERALGIA PARESTÉSICA

J. Gentille Lorente[a], C. Herrero Montes[b], N. Martín Andrade[c], C. Bastias Villar[d], A. Pumares Pumares[c], B. Satué Vallvé[e] y M. Mulet Barberá[f]

[a]Médico de Familia; [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [f]DUE. Área Básica de Salud Tortosa Oeste. Tarragona. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. [c]Médico de Familia. Área Básica de Salud Amposta. Tarragona. [e]Médico de Familia. Centro de Atención Primaria. Tortosa. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 56 años. AP: varices intervenidas 2012, presenta adormecimiento cuádriceps sospecha ciatalgia/patología venosa, tratamiento AINES y reposo, reconsulta a la semana, persistencia disestesias en territorio nervio femorocutáneo, no dolor ni molestias urinarias/digestivas, diagnóstico meralgia parestésica (MP) inicia gabapentina. Mejoría 15 días, ausencia clínica al mes.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración hipoestesia rama anterior n. femorocutáneo izquierdo, movilidad conservada, ROTS presentes/simétricos. Lassegue y Bragard negativos. IMC: 26,57. Glicemia y tiroides normales. Presenta mejoría clínica y sin otra sintomatología no se realizan pruebas de imagen.

Juicio clínico: La MP está producida por atrapamiento nervio femorocutáneo, trayecto L2/L3 oblicuamente hasta espina iliaca antero-superior, atraviesa ligamento inguinal hasta muslo. Diagnóstico clínico basado anamnesis y exploración. Clínica típica afectación nerviosa, parestesias y disestesias territorio inervado (rama anterior: cara antero lateral muslo, rama posterior cara posterior de trocánter hasta rodilla). Los pacientes refieren molestias zona bolsillos pantalón. Importante exploración para descartar patologías más graves asociadas. Realizar complementarias si sospecha etiología compresión patología no benigna (lesión ocupante de espacio). Asociación con DM. Tratamiento conservador (mejoría 80%) medicación dolor neuropático (antidepresivos, antiepilépticos...) y disminución desencadenantes: obesidad, ropa ajustada, cinturones. Nuestro caso mejora con gabapentina, no factores predisponentes.

Diagnóstico diferencial: Por localización y clínica diferencial patología lumbosacra (hernias discales, artropatías, espondilolistesis, plexopatía lumbar diabética). Nervio sensitivo no clínica debilidad motora ni alteraciones de ROTS, ni clínica urológica ni digestiva si existen: patología concomitante.

Comentario final: Clínica compatible pensar en esta entidad. Incidencia 4,3/10.000 hab/año. Es importante conocerla, puede ser primera manifestación de patologías no benignas, si sospecha realizar complementarias. Descartar DM ya que se asocia. El tratamiento es conservador.

Bibliografía

1. Ramírez Huaranga MA, Ariza Hernández A, Ramos Rodríguez CC, González García J. Lo que puede esconder una meralgia parestésica: tumor renal como causa infrecuente. Reumatol Clin. 2013;9:319-21.
2. Martínez Benia F, Lyford-Pyke P, Piera S, Rodríguez C, Rega I. Meralgia parestésica. Rev Mex Neuroci. 2007;8:205-10.
3. Cabriales E. Revisión bibliográfica: Meralgia Parestésica. Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Palabras clave: *Neuropatía. Femorocutáneo. Compresión nervio. Parestesias.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.