Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2305

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1412 - ¿ALGO MÁS QUE UNA LUMBOCIÁTICA?

A. Murillo Martín, M. Valtueña Camacho, J. Silva Pereira y M. Simón Serrano

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años con antecedentes de lumbociática (RMN lumbosacra de 2008: protrusión discal L4-L5 sin compromiso radicular). Acudió a consulta en febrero de 2017 por dolor en glúteo izquierdo de 5 días de evolución, continuo que aumentaba de intensidad con los movimientos y se irradiaba a la región anterior y lateral del muslo izquierdo. Se pensó en una nueva lumbociática. En marzo, acudió dos veces a Urgencias por el mismo dolor. Se realizó analítica de sangre y orina, Rx de tórax y abdomen y una ecografía abdominal que resultaron normales. Se diagnosticó de dolor abdominal inespecífico. Veinte días después volvió a consulta refiriendo persistencia del dolor e hipoestesia en la cara anterolateral del muslo izquierdo. Le pautamos hidrocloruro de oxicodona/hidrocloruro de naloxona y solicitamos ENG por sospecha de meralgia parestésica. Volvió porque continuaba con dolor. Se prescribieron aines y relajantes musculares a la espera del ENG. Acudió de nuevo a Urgencias por un cólico nefrítico, aunque urología lo descartó. Vino a nuestra consulta porque seguía con dolor, náuseas, vómitos y pérdida ponderal de 4 Kg en un mes. Se remitió para estudio hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Exploración cardiopulmonar normal. PPRR(-) Hipoestesia del territorio femorocutáneo de la EII. Resto exploración neurológica normal. Analítica de sangre y orina: sin alteraciones. TAC abdominal: Masa hipodensa mal delimitada en la cola pancreática con vena esplénica trombosada. Contacta con glándula suprarrenal izquierda e infiltra bazo. Esplenomegalia con circulación colateral. Múltiples lesiones hepáticas hipodensas.

Juicio clínico: Carcinoma de páncreas estadio IV con afectación del nervio femorocutáneo.

Diagnóstico diferencial: Lumbociática. Meralgia parestésica.

Comentario final: La región anterolateral del muslo corresponde con el territorio del nervio femorocutáneo y es sensitivo. Se origina en L2 y L3, pasa por el psoas y sale por el agujero inguinal. La meralgia parestésica tiene causas mecánicas (obesidad, embarazo o corsés) e iatrogénicas (cirugías ortopédicas y laparoscopia). Pero las compresiones internas por masas en retroperitoneo, pelvis o ligamento inguinal pueden originarlo aunque son poco frecuentes.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de

Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Ramírez MA, Ariza A, Ramos C, González J. Lo que puede esconder una meralgia parestésica: tumor renal como causa infrecuente. Reumatología Clínica. 2012.

Palabras clave: Meralgia parestésica. Nervio femorocutáneo. Carcinoma de páncreas.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.