

## 349/27 - NO PUEDO CASI ANDAR, ME DUELE EL MUSLO

T. Gil Pérez<sup>1</sup>; I. Pérez Valero<sup>1</sup>; M. Vilanova Barceló<sup>2</sup>; A. González Albert<sup>1</sup>; M. González Lozano<sup>1</sup>; I. García de León Sánchez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.; <sup>2</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años que acude a consulta por dolor en muslo izquierdo, de 15 días de evolución con empeoramiento progresivo. El dolor es a nivel de inserción aductores e ingle con irradiación a región superior de muslo y cadera, con quemazón y pinchazos “como si le clavasen alfileres”. Refiere que por la noche se encuentra bien, pero que cuando se levanta y da 2-3 pasos comienza con un dolor tan intenso que apenas puede deambular. Previamente había acudido a Urgencias con diagnóstico de Pertrocanteritis izquierda. Pauta: Pazital 1 c/8h, Omeprazol 20 mg, Arcoxia 120 mg. No nota mejoría con el tratamiento pautado. Se remite a Urgencias para valoración por Traumatología, quién solicita valoración por Cirugía.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración: Dolor a la palpación a nivel de ligamento inguinal, psoas, región izquierda hipogastrio. Dolor intenso a la palpación del ligamento de aductor. Dilatación del anillo herniario con mínima protrusión. Eco Abdominal: Hernia inguinal izquierda con pasaje de segmento intestinal por orificio herniario de 1.8 cm aprox. en tercio inguinal medial. Valorado por Cirugía: Recomienda completar estudio RMN dada la sintomatología (dolor intenso a nivel de aductores) y remitir de manera no urgente por la hernia. RMN muslo izquierdo: Sin alteraciones. Tras varias consultas a urgencias por mal control del dolor pese analgesia a dosis altas, se programa intervención quirúrgica preferente.

**Juicio clínico:** Hernia inguinal izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Meralgia parestésica. Tendinitis aductor mayor/mediano. Contractura/Rotura fibrilar aductor.

**Comentario final:** Aunque de entrada la sintomatología parecía indicar que se trataba de una patología osteomuscular, esta era debida a los síntomas compresivos de la hernia en las estructuras adyacentes. Por lo que además de los diagnósticos diferenciales clásicos, según la localización, debemos de tener en cuenta estas posibilidades.

### Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4<sup>a</sup> edición. Elsevier.

Romo Rodríguez R, Clifton Correa JF, López Almejo L et al. Neuropatía compresiva del nervio femoral. Ortho-tips 2014; 10 (2): 79-84.