

Meralgia parestésica de presentación posquirúrgica

Sr. Editor:

La meralgia parestésica es una neuropatía periférica focal del nervio femorocutáneo externo¹. Se debe a un daño producido en el nervio a nivel de la pala ilíaca, generalmente por compresión en su salida desde la pelvis hacia el muslo. Es una entidad que se da con cierta frecuencia en adultos, pero raramente se ha descrito en niños^{1,2}, aunque se conoce desde hace 100 años³.

En lo referente a su etiología, la mayoría de los casos son idiosincráticos, aunque parece existir una mayor incidencia asociada con cirugía inguinal previa y también con la gestación y la obesidad. La forma de presentación clínica está presidida por 2 síntomas principales, el primero es el dolor; éste aparece en la cara lateral del muslo pero puede irradiarse distalmente a la rodilla o proximalmente a la nalga y región lumbar. El segundo lo constituyen las parestesias o disestesias en una localización más limitada, generalmente circunscritas al muslo lateral. En la exploración, a menudo se demuestra un área más o menos extensa de hiperestesia en la cara lateral del muslo, mientras que la exploración motora es normal. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque por la rareza del cuadro habitualmente es demorado⁴. Otras herramientas útiles se basarían en la electrofisiología, mediante la utilización de potenciales evocados somatosensoriales, que proporciona un diagnóstico objetivo^{4,5}, o mediante una respuesta positiva a la inyección local de anestésicos y esteroides⁶.

El tratamiento es sintomático, precisando a menudo infiltraciones de anestésicos y corticoides. Al ser un dolor neuropático, puede mejorar con antidepresivos o anticonvulsivantes, como la carbamazepina o la gabapentina^{7,8}. En casos refractarios se puede realizar descompresión quirúrgica del nervio.

Aunque se resuelve espontáneamente en la mayoría de los pacientes, en algunos, puede persistir durante muchos años.

Presentamos el caso de una niña de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que ingresa por sospecha de abdomen agudo quirúrgico de menos de 24 h de evolución. Se realiza apendicectomía, confirmando una afectación flemonosa, sin incidencias intraoperatorias. En el postoperatorio inmediato comienza con dolor intenso en extremidad inferior derecha, en zona anterolateral proximal del muslo e inguinal, con disestesia. A la exploración se detecta sensibilidad térmica y a la presión disminuida. Exploración de caderas y rodillas normales. Impotencia funcional debido al dolor y pérdida de fuerza de la musculatura de dicha zona.

Las pruebas de imagen realizadas, entre ellas ecografía abdominal, de caderas y resonancia magnética de columna dorsolumbar y abdominal no revelan alteraciones significativas. En los estudios analíticos se constata leucopenia mínima de 2.560 leucocitos/ μ l con 800 neutrófilos y proteína C reactiva máxima de 5,5 mg/dl con normalización posterior. Los valores de LDH, CPK, dímero D y cultivo de orina fueron normales.

A la semana de evolución, ante la persistencia del dolor, y sospecha de origen neuropático por afectación del nervio femorocutáneo derecho se deciden realizar infiltraciones anestésicas locales de dicho nervio (hasta en tres ocasiones), junto a tratamiento sistémico con gabapentina y tramadol. Aproximadamente al sexto día postratamiento comienza a manifestar mejoría evidente en su cuadro álgico. Al mes el dolor ha desaparecido por

completo, recuperando motilidad espontánea y se recupera casi totalmente la sensibilidad. A los 2 meses queda sólo un déficit sensitivo mínimo y precisa únicamente tratamiento con gabapentina en disminución progresiva de dosis hasta supresión.

Este es un caso raro en su presentación en niños, pero que no debemos olvidar tanto por el contexto en que aparece, requiriendo un elevado índice de sospecha, como por el enfoque diagnóstico y terapéutico.

**E. Blanca Jover, L. Olivares Sánchez,
J.M.^a Gómez Vida, A. Valenzuela Soria,
S. Broncano Lupiáñez y A. Rodríguez Leal**
Departamento de Pediatría. Hospital Comarcal
Santa Ana. Motril. Granada. España.

Correspondencia: Dr. E. Blanca Jover.
Avda. Martín Cuevas, s/n. 18600 Motril. Granada. España.
Correo electrónico: enriqjover@supercable.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Richer LP, Shevell MI, Stewart J, Poulin C. Pediatric meralgia paresthetica. *Pediatr Neurol*. 2002;26:321-3.
2. Edelson R, Stevens P. Meralgia paresthetica in children. *J Bone Joint Surg (Am)*. 1994;76:993-9.
3. Nahabedian MY, Dellon AL. Meralgia paresthetica: Etiology, diagnosis, and outcome of surgical decompression. *Ann Plast Surg*. 1995;35:590-4.
4. Seror P. Somatosensory evoked potentials for the electrodiagnosis of meralgia paresthetica. *Muscle Nerve*. 2004;29:309-12.
5. Po HL, Mei SN. Meralgia paresthetica: The diagnostic value of somatosensory evoked potentials. *Arch Phys Med Rehabil*. 1992;73:70-2.
6. Siu TL, Chandran KN. Neurolysis for meralgia paresthetica: An operative series of 45 cases. *Surg Neurol*. 2005;63:19-23.
7. Mc Graw T, Stacey BR. Gabapentin for treatment of neuropathic pain in a 12-years-old girl. *Clin J Pain*. 1998;14:354-6.
8. De Dios del Valle R, González Torrejón M, Sacristán Rodea A. Manejo del dolor neuropático: La gabapentina como primera opción. *Medifam*. 2001;11:224-7.