

Meralgia Parestésica

La meralgia parestésica (MP) es un trastorno neuropático caracterizado por sensaciones anormales como hormigueo, entumecimiento o dolor urente en la parte externa del muslo. La condición es más comúnmente unilateral, pero puede ocurrir bilateralmente en aproximadamente el 20% de los casos. Aunque la MP es más prevalente en adultos de 40 a 60 años, también se ha reportado en poblaciones pediátricas. La causa principal de la MP es el atrapamiento o irritación del nervio cutáneo femoral lateral (NCFL), que proporciona sensación a la piel de los aspectos lateral y anterolateral del muslo. Aunque la MP es generalmente benigna, puede afectar significativamente la calidad de vida.

Fisiopatología y Etiología

El nervio cutáneo femoral lateral, que surge del plexo lumbar (específicamente de los nervios espinales L2 y L3), es vulnerable a la compresión a lo largo de su trayecto. El NCFL viaja a través de la pelvis y el ligamento inguinal antes de ramificarse hacia la piel del muslo. Este nervio puede verse comprometido de varias maneras, llevando a los síntomas característicos de la MP. La condición a menudo se exacerba por la presión externa sobre el nervio, como se ve en pacientes con aumento del perímetro abdominal, obesidad o embarazo, todos los cuales elevan la presión sobre el NCFL en la región pélvica.

Varios factores han sido identificados como contribuyentes al desarrollo de la MP, incluyendo obesidad, diabetes, embarazo y compresión externa (p. ej., por ropa ajustada o cinturones). Adicionalmente, trauma, procedimientos quirúrgicos cerca de la región inguinal, o ciertos medicamentos (como las estatinas) han sido vinculados al inicio de la MP. Causas menos comunes de la condición incluyen hematoma del ilíaco, lipomas sobre el músculo sartorio y apendicitis aguda. La fisiopatología subyacente a la MP a menudo involucra daño isquémico o compresión mecánica, llevando a irritación o atrapamiento del NCFL.

Presentación Clínica y Diagnóstico

La característica distintiva de la MP es dolor y parestesias localizadas en la parte externa del muslo, que pueden manifestarse como ardor, hormigueo o entumecimiento. Los síntomas a menudo se agravan al estar de pie o con extensión de cadera, y el alivio típicamente se experimenta al sentarse. Sin embargo, algunos pacientes reportan ninguna correlación entre los síntomas y la posición corporal. El diagnóstico de la MP es principalmente clínico, basado en una historia detallada del paciente y examen físico.

- **Historia:** Una historia exhaustiva debe incluir una investigación sobre compresión externa por ropa, cinturones, corsés u otras prendas restrictivas. Es importante preguntar a los pacientes sobre cirugías previas, particularmente en la región inguinal o espina, ya que estas pueden contribuir a la compresión nerviosa. La presencia de diabetes mellitus debe ser evaluada debido a la mayor incidencia de MP en estos pacientes.
- **Examen Físico:** En el examen, los pacientes con MP pueden experimentar dolor localizado a la palpación de la región anterior-inferior de la cadera, donde el NCFL es más vulnerable. La prueba de compresión pélvica es otra herramienta diagnóstica útil. En esta prueba, el paciente se acuesta sobre su lado no afectado, y el examinador aplica presión hacia abajo sobre la cadera afectada durante 45 segundos. El alivio de los síntomas durante esta maniobra sugiere que la presión sobre el NCFL está siendo reducida, ayudando a confirmar el diagnóstico de MP.

Pruebas diagnósticas adicionales pueden ser requeridas si la historia y el examen clínico no proporcionan un diagnóstico claro. Esto puede incluir evaluación de los niveles de glucosa debido a la mayor prevalencia de MP en pacientes con diabetes mellitus. También pueden ordenarse pruebas de función tiroidea y niveles sanguíneos de plomo, ya que hay correlaciones entre hipotiroidismo, envenenamiento por plomo y MP. Si no se identifica una causa subyacente clara, estudios de imagen (como resonancia magnética o tomografía computarizada) pueden considerarse para descartar anomalías espinales o masas que compriman el NCFL.

Opciones de Tratamiento

El manejo de la MP generalmente comienza con medidas conservadoras, dirigidas a aliviar los síntomas y prevenir mayor compresión nerviosa.

➤ **Tratamientos Conservadores:**

- **Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs):** Medicamentos comunes de venta libre, como ibuprofeno o naproxeno, pueden ayudar a reducir la inflamación y manejar el dolor en las etapas tempranas de la MP.
- **Pérdida de Peso:** En pacientes obesos, la reducción de peso puede aliviar la presión sobre el NCFL y mejorar significativamente los síntomas.
- **Evitar Ropa Ajustada:** Se aconseja a los pacientes evitar cinturones, pantalones ajustados u otra ropa restrictiva que pueda exacerbar la compresión nerviosa.
- **Acolchado Protector:** Medidas protectoras alrededor de la cadera inferior o región pélvica pueden ayudar a prevenir la compresión externa del NCFL.

➤ **Terapias Farmacológicas:**

- **Inyecciones de Lidocaína/Metilprednisolona:** Para pacientes que no responden a terapias conservadoras, las inyecciones locales de anestésicos y corticosteroides (p. ej., lidocaína y metilprednisolona) en el área afectada han mostrado proporcionar alivio a largo plazo.
- **Gabapentina:** Este anticonvulsivo es comúnmente usado para manejar el dolor neuropático. La gabapentina es a menudo efectiva en aliviar el hormigueo, ardor o dolor punzante asociado con la MP.
- **Antidepresivos Tricíclicos (ATC):** Estos medicamentos, como la amitriptilina, son también comúnmente usados para tratar el dolor neuropático al alterar la neurotransmisión de las señales de dolor en el sistema nervioso central.
- **Agentes Tópicos:** La crema de capsaicina y los parches de lidocaína han mostrado ser efectivos en reducir el dolor y malestar localizado en la región del muslo.

➤ **Tratamientos Intervencionistas:**

- **Inyecciones de Toxina Botulínica:** Aunque usado fuera de indicación, las inyecciones de toxina botulínica (Botox) han mostrado éxito en aliviar los síntomas de la MP en algunos reportes de casos al reducir la tensión muscular local y la inflamación.
- **Ablación por Radiofrecuencia (ARF):** Esta técnica mínimamente invasiva usa calor para interrumpir la conducción nerviosa y se ha reportado que proporciona alivio para pacientes con MP refractaria.
- **Estimulación de Médula Espinal:** En casos donde las terapias conservadoras e intervencionistas fallan, la estimulación de médula espinal (EME) puede considerarse como último recurso. Esta técnica involucra implantar un dispositivo que envía impulsos eléctricos a la médula espinal, modulando las señales de dolor y proporcionando alivio del dolor neuropático crónico.

➤ **Terapias Alternativas:**

- **Fisioterapia:** La fisioterapia dirigida a mejorar la postura, fortalecer los músculos de la cadera y abdomen, y aliviar la presión sobre el NCFL puede ser beneficiosa para algunos pacientes.
 - **Vendaje Kinesio:** Esta técnica involucra la aplicación de cinta terapéutica elástica para reducir la presión sobre el NCFL, potencialmente aliviando el dolor y malestar.
 - **Acupuntura:** Algunos pacientes pueden beneficiarse de la acupuntura, una forma de medicina tradicional china que ha mostrado tener un efecto positivo sobre el dolor neuropático.
- **Opciones Quirúrgicas:**
- **Cirugía de Descompresión:** Para pacientes con síntomas severos y refractarios, la descompresión quirúrgica del nervio cutáneo femoral lateral puede considerarse. Este procedimiento busca aliviar la presión sobre el nervio removiendo cualquier estructura que lo comprima, como tejido fibroso o tejido cicatricial de cirugías previas.

Pronóstico y Curso de la Enfermedad

El pronóstico de la MP es generalmente favorable con manejo apropiado, ya que muchos pacientes experimentan alivio significativo de los síntomas siguiendo tratamientos conservadores y terapias intervencionistas. Sin embargo, si se deja sin tratar o se maneja inadecuadamente, la MP puede causar dolor persistente y malestar, afectando el funcionamiento diario y la calidad de vida. La intervención quirúrgica generalmente se reserva para casos refractarios o cuando los tratamientos no invasivos fallan en proporcionar alivio adecuado.

Conclusión

La meralgia parestésica es un trastorno neuropático relativamente común que típicamente resulta del atrapamiento o compresión del nervio cutáneo femoral lateral. Se presenta con síntomas como ardor, hormigueo y entumecimiento en la parte externa del muslo y a menudo se asocia con obesidad, diabetes, embarazo y presión externa. El diagnóstico es principalmente clínico, aunque pruebas adicionales pueden ser necesarias para descartar otras causas. Las opciones de tratamiento van desde medidas conservadoras como pérdida de peso y uso de AINEs hasta intervenciones más avanzadas como inyecciones de toxina botulínica y estimulación de médula espinal. La descompresión quirúrgica puede considerarse en casos severos o refractarios. Con manejo apropiado, la mayoría de los pacientes pueden esperar alivio significativo de los síntomas y mejora en la calidad de vida.

Referencias

- ❖ Brock, D. G., & Kramer, C. K. (2020). Surgical decompression for meralgia paresthetica. *Journal of Neurological Surgery*, 5(4), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.04.004>
- ❖ Fahmy, A. M., Salama, A. M., & Abdel-Aal, H. M. (2017). Radiofrequency ablation in the treatment of meralgia paresthetica: A case series. *Pain Medicine*, 18(11), 2222-2228. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx202>
- ❖ Jiang, L., Zhang, L., & Zhang, Y. (2019). Clinical diagnosis and management of meralgia paresthetica. *Frontiers in Neurology*, 10, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00216>
- ❖ Ramlall, V., & Lee, M. (2020). Meralgia paresthetica: A review of pathophysiology, diagnosis, and management strategies. *Journal of Clinical Neuroscience*, 73, 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.10.032>
- ❖ Tan, M. P., & Tan, B. (2020). Botulinum toxin in the treatment of meralgia paresthetica: A review of the evidence. *Neurology International*, 12(1), 74-81. <https://doi.org/10.4081/ni.2020.8462>
- ❖ Williams, J. H., Choi, M., & Lee, S. (2018). Topical and injectable treatments for meralgia paresthetica: A systematic review. *Journal of Pain Research*, 11, 2817-2825. <https://doi.org/10.2147/JPR.S188400>