

MERALGIA PARESTÉSICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Marco Antonio Oriundo Verástegui

Resocentro, Lima, Perú

marco.oriundo@resocentro.com.pe

Declaro no presentar conflictos de interés

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

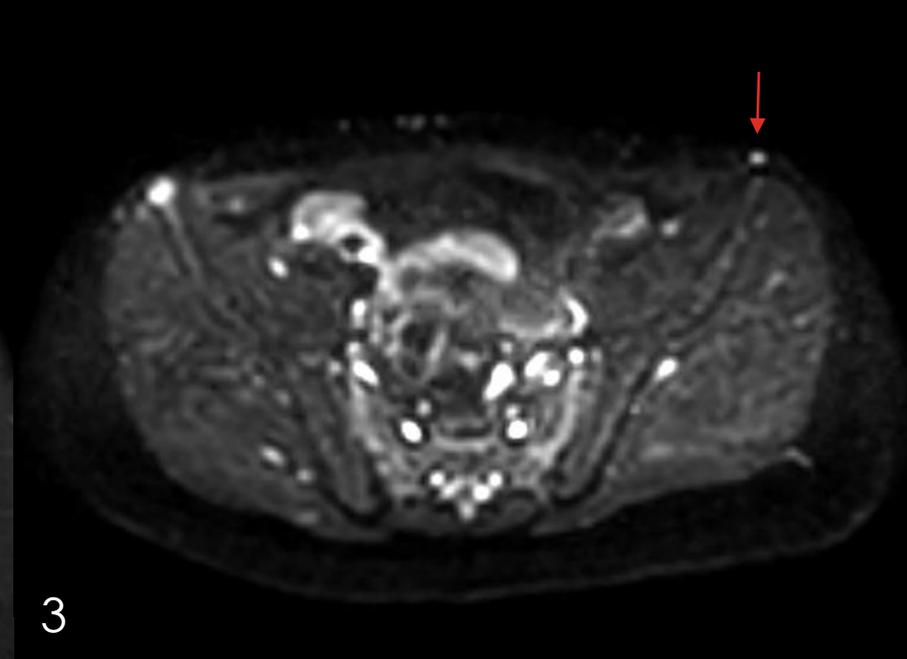
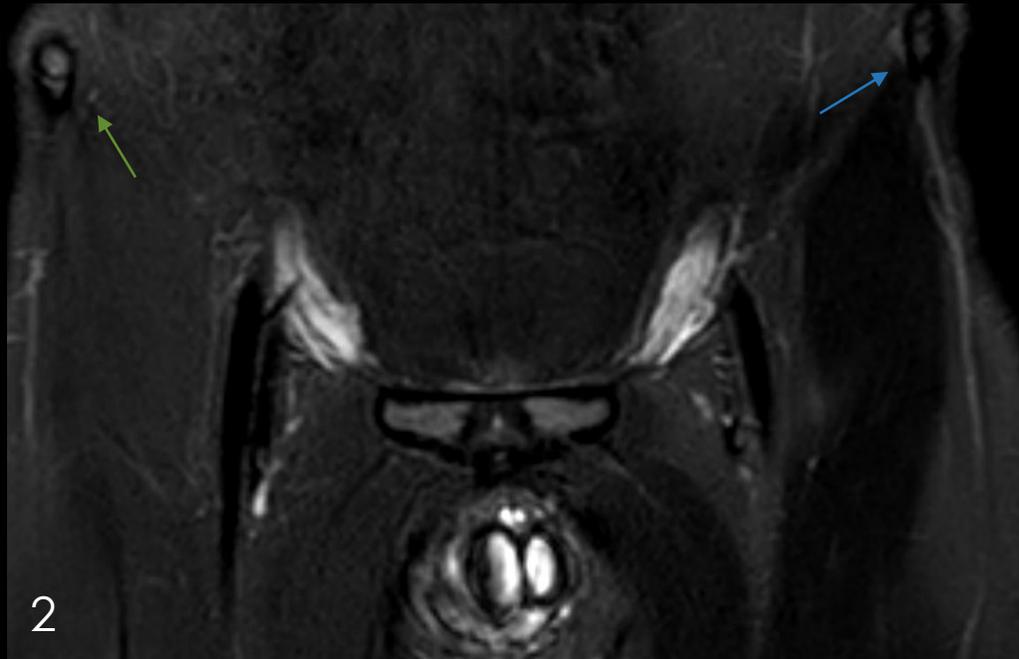
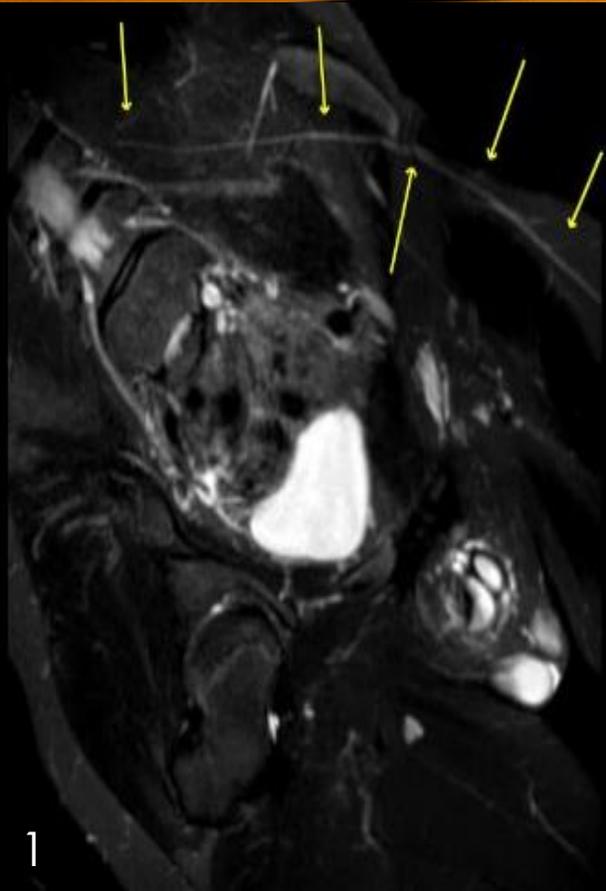
Paciente varón de 13 años de edad, acude por dolor en la cara anterior y lateral del muslo izquierdo de inicio gradual, se asocia a parestesias, sin palpase tumoraciones.

Niega traumas recientes u otros antecedentes de importancia.

Acude a resonancia magnética con electromiografía positiva para neuropatía del nervio femorocutáneo lateral izquierdo.

Se realizó resonancia magnética de pelvis con neurografía de plexo lumbosacro en equipo Ingenia dStream 1.5T Philips®, con antena dS Torso de 32 canales. Se utilizó para las imágenes de neurografía la secuencia 3D STIR coronal post contraste endovenoso con posteriores reconstrucciones curvas.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



RM de pelvis: Figura 1. Reconstrucción coronal curva 3D STIR post contraste endovenoso para neurografía del nervio femorocutáneo lateral; Figura 2. Coronal STIR; Figura 3. Axial difusión Bo800. Se visualiza el nervio femorocutáneo lateral izquierdo desde su nacimiento en la raíz L3 izquierda hasta sus ramas distales en el tejido celular subcutáneo profundo de la región anterior del muslo izquierdo (→ de figura 1), de mayor grosor e intensidad de señal en STIR y difusión Bo800 (→ figura 2 y → figura 3) en comparación con el contralateral (→ en figura 2), que transcurre superficial al ligamento inguinal y espina iliaca anteriosuperior (flecha roja en difusión). No se observan lesiones expansivas en su trayecto. El nervio contralateral es medial a la EIAS y por debajo del ligamento inguinal (→ figura 2).

DISCUSIÓN

- La meralgia parestésica es la neuropatía usualmente compresiva del nervio femorocutáneo lateral a nivel de su emergencia extrapelvica, a nivel de la espina iliaca anterosuperior y el ligamento inguinal (1,2), en nuestro caso podemos apreciar una de las variantes anatómicas que condiciona una ubicación más superficial del nervio, quedando expuesto a compresión extrínseca.
- Al ser una neuropatía puramente sensitiva no se evidencia signos de denervación muscular motora, y al ser un nervio muy delgado es muy difícil la visualización directa.
- Siendo el principal rol de las imágenes descartar tumoraciones que lo compriman, lesiones tumorales neurogénicas u otras causantes del dolor (2,3), sin embargo, con las nuevas técnicas de resonancia magnética podemos visualizar este nervio desde su origen hasta sus ramas terminales, indicando su recorrido y mencionar si presenta alguna variante anatómica.
- La incidencia es de 32 en 100 000 personas (1), más común entre los 30 y 40 años (02), siendo nuestro caso (13 años) uno de los pocos presentes en la literatura.

CONCLUSIÓN

- El rol principal de la resonancia magnética en el estudio de los nervios periféricos es descartar la presencia de tumores neurogénicos o masas extrínsecas que compriman al nervio.
- Con las nuevas técnicas de resonancia magnética podemos demostrar la neuropatía (engrosamiento e incremento de señal) de los nervios periféricos, así como visualizarlo en todo su recorrido, y describir sus variantes anatómicas, como en el presente caso, el nervio femorocutáneo lateral demostrando el punto de compresión a nivel de su pasaje por el ligamento inguinal corroborando el diagnóstico clínico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morimoto, D. (2021). Lateral Femoral Cutaneous Nerve Entrapment Neuropathy. In: Isu, T., Kim, K. (eds) Entrapment Neuropathy of the Lumbar Spine and Lower Limbs. Springer, Singapore. SA J Radiol. 2019 Aug 21;23(1):1745. doi: 10.4102/sajr.v23i. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6214-8 9.
2. Ally RM, Velleman MD, Suleman FE. Meralgia paresthetica: Now showing on 3T magnetic resonance neurography. SA J Radiol. 2019 Aug 21;23(1):1745. PMID: 31754539; PMCID: PMC6837795.
3. Bashiar Thejeel, Ji Lin, Sophie Queler, Clare Nimura, Yenpo Lin, Alejandro Gonzalez Della Valle, Darryl B. Sneag, Magnetic resonance imaging of femoral nerve injury in the setting of anterior approach total hip arthroplasty, Clinical Imaging, Volume 108, 2024, 110112, ISSN 0899-7071, https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2024.110112.