

**Meralgia parestésica durante el embarazo. A propósito de un caso**  
**Meralgia paresthetica during pregnancy. About a case.**

Geovani Rodríguez Romero (1), Seidel Guerra López (2), María Pedroso Rodríguez (3), Miriala González Martínez (4), Rolando Torrecilla Díaz (5).

**Resumen**

La compresión del nervio femorocutáneo da lugar a parestesias desagradables y a afectación sensorial en su distribución cutánea, entidad conocida como meralgia parestésica (meros = muslo, algia = dolor). Se presenta un caso de una paciente de 31 años de edad con embarazo de 32 semanas que consulta por entumecimiento y aumento de la sensibilidad de la piel al roce de la ropa, así como dolor localizado en la cara externa del muslo derecho. Se realizan estudios de conducción nerviosa periférica y electromiografía de aguja, planteándose el diagnóstico de meralgia parestésica. No se impone tratamiento específico. Se reevalúa 4 semanas después del parto, no encontrándose alteraciones clínicas ni electrofisiológicas.

**Palabras clave:** ESTUDIOS DE CONDUCCION NERVIOSA, ELECTROMIOGRAFIA, EMBARAZO.

1. Especialista de Primer Grado en Gineco-Obstetricia. Profesor Instructor. Unidad Docente Morón.
2. Especialista de Primer Grado en Neurofisiología Clínica. Profesor Instructor. FCM Ciego de Ávila.
3. Especialista de Primer Grado en Neurofisiología Clínica.
4. Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación.
5. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.

**INTRODUCCIÓN**

La compresión del nervio femorocutáneo da lugar a parestesias desagradables con afectación sensorial en su distribución cutánea, entidad conocida como meralgia parestésica (1) (Meros: muslo y algia: dolor). Descrita por Roth (2) y Bernhardt (3) hace más de 100 años y padecida por Sigmund Freud (4), quien le atribuyó una causa psicógena.

El nervio femorocutáneo está formado por las II y III raíces lumbares. Se trata de un nervio sensitivo que inerva la cara anterolateral del muslo, desde el nivel del ligamento inguinal hasta casi la rodilla, penetra en el muslo por debajo del ligamento inguinal y se puede producir compresión del mismo a su salida de la pared abdominal a nivel de la espina ilíaca anterosuperior (1).

Se presenta un caso de una paciente embarazada con diagnóstico clínico y electrofisiológico de meralgia parestésica.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente MPR de 31 años de edad, HC 68031504210, g2 p1 a0, parto anterior por cesárea.

Motivo de consulta: Entumecimiento y sensación extraña en la cara externa del muslo derecho de  $\pm$ 1 mes de evolución.

Edad gestacional: 32 semanas por FUM.

Examen físico: AU35, cefálico, DI, FF148, MFR, tono uterino normal, TA12/7, FC 80.

Neurológico: Disminución de la sensibilidad táctil y dolorosa en la cara externa del muslo derecho, no debilidad muscular, reflejo rotuliano conservado, no signos de focalización.

Se realizan estudios de conducción nerviosa periférica sensitiva bilateral ortodrómica del nervio femorocutáneo. Por la gravidez de la paciente el examen resulta un poco difícil de realizar, se constata un enlentecimiento de la velocidad de conducción sensitiva en el nervio femorocutáneo derecho.

Se explora con técnicas electromiográficas el músculo cuádriceps femoral del miembro inferior derecho y no se constatan signos de denervación ni de irritación radicular. El patrón de contracción por interferencia electromiográfica de aguja es normal.

Se plantea el diagnóstico de meralgia parestésica y no se impone tratamiento específico.

Parto distócico por cesárea a las 39 semanas con diagnóstico de cesareada anterior en inicio de trabajo de parto.

Vista en consulta de neurofisiología clínica cuatro semanas después del parto. Totalmente asintomática con examen físico, estudio de conducción nerviosa y electromiografía normal.

Se cierra el caso como una meralgia parestésica en el curso del embarazo.

## COMENTARIO

La meralgia parestésica es una entidad de carácter benigno, originada por la compresión del nervio femorocutáneo en su trayecto por el ligamento inguinal a nivel de las espinas ilíacas anterosuperiores (1).

Son factores contribuyentes la obesidad, el embarazo y la Diabetes Mellitus y los síntomas generalmente empeoran en ciertas posiciones como estar de pie o andar durante largos períodos, aunque en ocasiones no es favorable la posición sentada, sobre todo en personas obesas y en etapas avanzadas del embarazo (5). Generalmente la neuropatía es unilateral, aunque en el 20% de los casos puede ser bilateral (6).

El diagnóstico incluye una adecuada valoración clínica y la realización de estudios de conducción nerviosa y electromiografía en los que el embarazo no constituye una contraindicación (7,8).

Para realizar el diagnóstico diferencial debe quedar bien establecido que la única estructura afectada es el nervio femorocutáneo (5). El estudio electromiográfico del cuádriceps femoral permite diferenciarla de la neuropatía femoral y de la L4 radiculopatía; se debe tener presente además la hernia discal lumbar a nivel de L2-3 o L3-4, así como las lesiones retroperitoneales que pueden afectar el plexo lumbar (9). La mayoría de los pacientes con Meralgia Parestésica no demandan tratamiento. Cuando el embarazo es el factor causal, el dolor desaparece poco tiempo después del parto, recuperándose la sensibilidad en la zona (5).

En ocasiones severas han sido útiles las inyecciones con esteroides (hidrocortisona) en el sitio de compresión y muy pocos casos necesitan de neurectomía (5,6).

Algunos autores recomiendan el tratamiento quirúrgico consistente en liberar el nervio en el sitio de compresión por incisión del ligamento inguinal (10).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Raymond A, Maurice V. Principios de neurología. Segunda ed. Ciudad de La Habana. Editorial Científico Técnica, 1983, tomo II, 495.
2. Roth WK. Meralgia parestésica. Berlín. S Karque, 1895.
3. Bernhardt M. Uber isoliert in gebiete des nervus cutaneus femoris externus vorkommende paresthesia. Neurol Centralbl 1895;14:242.
4. Freud S. Uber die Bernhardt sche sensibilitats storungam oberschenkel. Neurol Centralbl 1895;14:491.
5. Dawson D. Lateral femoral cutaneus nerve entrapment. En: Entrapment Neuropathies. 2da ed. Boston. Editorial Little, Brown and Company, 1990:301-5
6. Ecker D, Woltman W. Meralgia paresthetica. A report of one hundred and fifty cases. JAMA 1938;110:1650.
7. Stevens A, Rosselle N. Sensory nerve conduction velocity of N. Cutaneus femoris lateralis. Electromiogr Clin Neurophysiol 1970;10:397. Butler E, Johnson E, Kaye A. Normal conduction velocity in lateral femoral cutaneus nerve. Arch Phys Med Rehabil 1974;55:31.
8. Sarala P, Nisihara T, Oh S. Meralgia paresthetica. Electrophysiologic study. Arch Phys Med Rehabil 1979;60:30.
- Aldrich E, Vanden Heeven C. Suprainguinal ligament approach for surgical treatment of meralgia paresthetica. Journal Neurosurg 1989;70:492