



Original

Tratamiento laparoscópico de la meralgia parestésica. Revisión de la bibliografía

Alfredo Moreno-Egea*

Unidad de Pared Abdominal, FEA de Cirugía General y Digestivo, Clínica Hernia, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de diciembre de 2014

Aceptado el 27 de diciembre de 2014

On-line el 18 de febrero de 2015

Palabras clave:

Meralgia parestésica
Nervio femorocutáneo lateral
Laparoscopia
Hernioplastia

Keywords:

Meralgia paresthetica
Lateral femoral cutaneous nerve
Laparoscopy
Hernioplasty

RESUMEN

Introducción: La meralgia parestésica es un síndrome de dolor y disestesia en la región anterolateral del muslo originada por el atrapamiento o la lesión del nervio femorocutáneo lateral. No disponemos todavía de evidencia sobre cuál debe ser su manejo clínico o su mejor forma de tratamiento. El propósito de este trabajo es presentar un caso y revisar la bibliografía.

Método: Se presenta un caso personal de diagnóstico complejo y demorado. Se realiza una búsqueda sobre la meralgia parestésica desde 1970 a 2014, usando las bases de PubMed, CINAHL y Proquest.

Resultado: El conocimiento anatómico es básico para prevenir la lesión nerviosa durante la cirugía. El diagnóstico puede ser muy complejo, y precisa un alto índice de sospecha y un adecuado estudio diferencial de otros procesos osteomusculares. El tratamiento quirúrgico parece ser la opción más eficaz, pero es todavía controvertido.

Conclusión: La neurectomía laparoscópica es una opción segura, eficaz y permanente para tratar la meralgia parestésica refractaria a otros tratamientos conservadores.

© 2014 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Laparoscopic treatment for meralgia paresthetica. Review of the literature

ABSTRACT

Introduction: Meralgia paresthetica is a syndrome of pain and dysesthesia in the anterolateral thigh caused by entrapment or lateral femoral cutaneous nerve injury. We have no evidence yet of which must be the clinical management or the best form of treatment. The aim of this paper is to present a case and review of the literature.

Methods: A personal case of complex and delayed diagnosis is presented. Search on meralgia paresthetica is done between 1970-2014 using PubMed, CINAHL, and Proquest databases.

Results: Anatomical knowledge is essential to prevent nerve injury during surgery. The diagnosis can be very complex and requires a high index of suspicion and an adequate

* Autor para correspondencia. Avda. Primo de Rivera 7, 5.º D, 30008. Murcia. España. Tel.: +968 905061; fax: +968 232484.

Correo electrónico: moreno-egae@ono.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2014.12.004>

2255-2677/© 2014 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

differential study of other musculoskeletal processes. Surgical treatment appears to be the most effective option but it is still controversial.

Conclusion: Laparoscopic neurectomy is a safe, effective and permanent option to treat meralgia paresthetica refractory to other conservative treatments.

© 2014 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La meralgia parestésica o mononeuropatía del femorocutáneo lateral (MP) es una afección rara y poco conocida por los cirujanos. Se caracteriza por dolor y parestesias sobre la zona anterolateral del muslo, y su incidencia en EE. UU. ha sido cifrada por van Slobbe en un 4.3 por cada 10000 habitantes/año¹. Sin embargo, esta condición puede ser mucho más frecuente si consideramos que es infravalorada y confundida con otras afecciones lumbares. El nervio femorocutáneo lateral (NFCL) es puramente sensorial, discurre lateral al músculo psoas y alcanza el ligamento inguinal cerca de la espina iliaca anterosuperior (EIAS) para después pasar a la pierna, donde transcurre superficial hasta alcanzar la rodilla. Aunque se han descrito múltiples etiologías, podemos considerar dos grandes formas, una idiopática (metabólica o mecánica) y otra iatrogénica (trauma o cirugía). La forma idiopática no tiene predominancia por sexo, aparece en la edad media de la vida, aunque se ha reportado en cualquier grupo de edad, y afecta típicamente de forma unilateral (20% bilateral). También se ha publicado una posible forma familiar¹⁻⁴.

El diagnóstico debe hacerse de forma clínica. El dolor típico es urente (como quemazón u hormigueo en la cara anterior del muslo) y se acompaña de cambios sensoriales en dicha zona. Este dolor aumenta cuando el paciente está parado de pie y al caminar. Deben excluirse otros procesos, como lesiones de la articulación sacroilíaca, alteraciones de cadera o columna, radiculopatías y espondilolistesis, metástasis en la cresta iliaca, apendicitis y hernia discal lumbar. La historia clínica, por tanto, es fundamental para orientar el diagnóstico, y debe completarse con una detallada exploración física por dermatomas. En la MP los reflejos y la fuerza muscular deben estar conservados. Una electromiografía y los potenciales provocados nos ayudaran después a confirmar la lesión⁴⁻⁶.

El tratamiento inicial de la MP debe ser conservador. Muchos casos pueden beneficiarse de la eliminación de los factores que conllevan la compresión del nervio (obesidad, ropa, cinturones, posturas defectuosas, etc.) y de una fisioterapia/rehabilitación. Cuando con estas medidas no es suficiente se puede recurrir a las infiltraciones y bloqueos, pero suelen ser una solución temporal, y al final los pacientes intratables deben ser evaluados para cirugía⁷⁻¹¹.

El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo caso de MP: la descripción de la técnica de neurectomía laparoscópica totalmente extraperitoneal y realizar una actualización del tema, remarcando sus puntos de interés para los cirujanos.

Material y métodos

Caso clínico

Varón de 55 años de edad, sin antecedentes de interés hasta que en el año 2006 se le realizó una coronariografía por punción en muslo derecho. A partir de entonces el paciente inició dolor incapacitante sobre ingle y muslo. El dolor se agudizaba con la bipedestación prolongada. Durante 5 años fue tratado de forma conservadora por múltiples especialistas, como anestesistas/unidades del dolor (fármacos para el dolor neuropático como antiinflamatorios, analgésicos, corticoides, benzodiazepinas, mórnicos, etc.), fisioterapeutas (masajes, calor local, descargas, etc.), traumatólogos (infiltraciones de aductor, pubis, piramidal, columna, cordón escrotal, trocánter, isquion, etc.), urólogos y neurólogos, sin conseguir mejoría clínica.

En el año 2010 se le diagnosticó una posible hernia inguinal oculta como causa del dolor (ecografía no concluyente), y fue intervenido mediante hernioplastia anterior con malla tipo tapón (polipropileno de alta densidad). El dolor no desapareció. Como técnicas de estudio se realizaron ecografías, tomografías, resonancias, gammagrafía y electromiografía, sin llegar a un diagnóstico claro. Además, se le realizaron diversos bloqueos anestésicos de los nervios periféricos, aparte de radiofrecuencias del genitofemoral, ganglio dorsal espinal, simpático cervical, toracolumbar, sacro, del nervio femoral y del abdominogenital. En el año 2012 se le aconsejó realizar una triple neurectomía, que se llevó a cabo sin que resultara eficaz para controlar el dolor sobre el muslo. Ante la persistencia de los síntomas, que llegaron a limitar de manera completa su calidad de vida (perdió su trabajo), fue enviado a nuestra Unidad para su valoración. El dolor se registró como 9 en una escala de 0 a 10. Tras una nueva historia, se realizó una nueva electromiografía, que mostraba una ausencia de potenciales sensitivos del NFCL derecho y un bloqueo selectivo del NFCL, que resultó positivo con una eliminación inmediata del dolor, que duró 40 min. Los resultados apoyaban una posible lesión de este nervio, y se planteó realizar una laparoscopia para neurectomía extraperitoneal de dicho nervio. El paciente no presentó complicaciones y fue dado de alta a las 24 h. A los 6 meses, aunque con alguna molestia (escala visual analógica de 1) y entumecimiento, no necesitó tratamiento médico analgésico, y ahora realiza ejercicio con normalidad (fig. 1).

Técnica quirúrgica

La técnica anestésica es una general con infusión de propofol, remifentanil y sufentanil. La técnica de abordaje es la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306089>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306089>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)