



Caso clínico

Lo que puede esconder una meralgia parestésica: tumor renal como causa infrecuente

Marco Aurelio Ramírez Huaranga^{a,*}, Andrés Ariza Hernández^a, Claudia Carolina Ramos Rodríguez^b y Jesús González García^b

^a Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Anatomía-Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de agosto de 2012

Aceptado el 28 de septiembre de 2012

On-line el 20 de abril de 2013

Palabras clave:

Meralgia parestésica
Nervio femorocutáneo
Tumor renal

R E S U M E N

La meralgia parestésica es una mononeuropatía del nervio femorocutáneo con una presentación clínica característica, usualmente secundaria a lesión o atrapamiento en algún punto de su recorrido, siendo más habitual las producidas a nivel inguinal. Sin embargo, se publican casos excepcionales asociados a compresiones originadas por masas ocupantes de espacio a nivel retroperitoneal, por lo que se debería ampliar su estudio con pruebas de imagen ante dicho cuadro clínico. A continuación presentamos un caso asociado a un tumor renal.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

What meralgia paresthetica can hide: Renal tumor as an infrequent cause

A B S T R A C T

Meralgia paresthetica is a mononeuropathy of the femoral cutaneous nerve with characteristic findings, usually secondary to injury or compression, being most common in the inguinal area. Exceptional cases associated with compressions caused by abdominal or pelvic tumors have been published, so it is always advisable to extend the study with imaging tests. We present a case associated with a renal tumor.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Meralgia paresthetica
Femoral cutaneous nerve
Renal tumor

Introducción

La meralgia parestésica (MP) es una mononeuritis del nervio femorocutáneo, nervio puramente sensitivo, que se caracteriza por dolor y/o parestesias en la cara anterolateral del muslo; esta afectación neurológica es causada principalmente por un traumatismo o compresión en algún punto a lo largo de su recorrido, que comprende desde su origen en las raíces L2-L3, atravesando el borde lateral del músculo psoas iliaco (justo por encima de la cresta iliaca), saliendo de la pelvis por la escotadura que forman las espinas ilíacas antero superior e inferior, pasando finalmente al muslo por debajo del ligamento inguinal^{1,2}. Esta neuropatía suele presentarse entre los 30-40 años, con una incidencia de 0,43

por cada 10.000 habitantes según algunos estudios, siendo el sexo masculino el más afectado³.

Según su origen, se puede dividir en espontáneas o de causa iatrogénica tras algún tipo de intervención, como cirugías ortopédicas, laparoscopia, accesos intravasculares por vía femoral, fracturas o extracción de injertos óseos; las espontáneas, a su vez, se pueden dividir en idiopáticas, metabólicas (como las relacionadas con la diabetes, la intoxicación por plomo, la lepra o el hipotiroidismo) y/o mecánicas, produciéndose estas por algún tipo de compresión directa, interna o externa, sobre el nervio femorocutáneo en algún punto de su recorrido¹. Dentro de la MP espontánea de origen mecánico por compresión externa se incluyen la obesidad, el aumento de la presión abdominal (como en el embarazo), la presión por cinturones, corsés o pantalones ajustados; las causas secundarias a compresión interna pueden ser debidas a masas ocupantes de espacio en el retroperitoneo, la cavidad pélvica o en la zona del ligamento inguinal⁴.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hurauma@hotmail.com (M.A. Ramírez Huaranga).

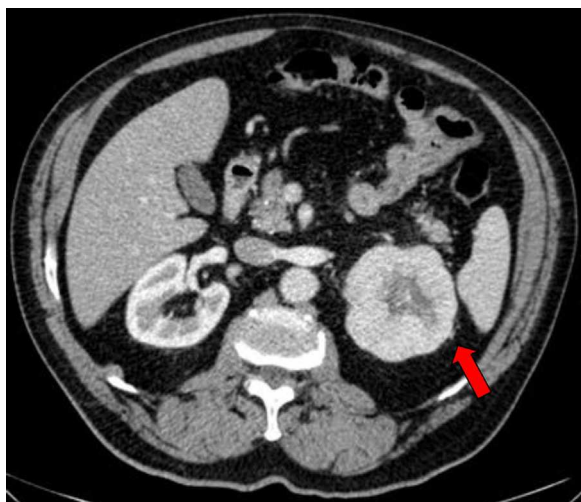


Figura 1. Tomografía computarizada donde se objetiva una masa de 79 mm en el polo superior del riñón izquierdo, con centro necrótico y posibles focos de invasión grasa perirrenal en su margen superior.

A continuación, presentamos un caso de MP de presentación clínica típica con una etiología inhabitual, que fue diagnosticado y tratado a tiempo.

Caso clínico

Se trata de un varón obeso de 67 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento y con buena estabilidad clínica. Acudió a consulta externa de reumatología por presentar un cuadro de dolor lumbar bajo de características mecánicas, así como también parestias de moderada intensidad en la cara anterolateral de muslo izquierdo, de 3 meses de evolución, que se exacerbaban con la bipedestación prolongada y cedían con el reposo; negó algún otro síntoma asociado. En el examen físico destacó un abdomen globuloso, ausencia de dolor a la presión en las apófisis espinosas de todo el componente axial, maniobras radiculares negativas y exploración de cadera dentro de la normalidad, siendo el diagnóstico clínico compatible con una MP. Dado que las radiografías de columna y de caderas no mostraron alteraciones significativas, se solicitaron una analítica y una tomografía abdominal para completar los estudios. Los resultados del hemograma, la bioquímica, los marcadores tumorales y el examen de orina estuvieron dentro de lo normal; sin embargo, en la tomografía computarizada se objetivó una masa de 79 mm en el polo superior del riñón izquierdo, con centro necrótico y posibles focos de invasión grasa perirrenal en su margen superior, sospechosa de neoplasia, sin otra afectación ni adenopatías patológicas (fig. 1). A continuación, se remitió el paciente al Servicio de Urología, procediéndose a una nefrectomía izquierda, con evolución favorable en el postoperatorio. Posteriormente, el paciente cursó con desaparición del dolor lumbar y las parestias. La pieza quirúrgica fue enviada para el estudio anatomopatológico, siendo los hallazgos histológicos una proliferación sólida de células monomorfas con escasa atipia nuclear y amplio citoplasma eosinófilo de límites definidos, todo ello compatible con un oncocitoma renal (fig. 2).

Discusión

El diagnóstico de MP se establece por una presentación clínica muy típica e indicativa, asociado a una exploración neurológica característica; sin embargo, es importante, para un adecuado diagnóstico diferencial, indagar acerca de la presencia de otros

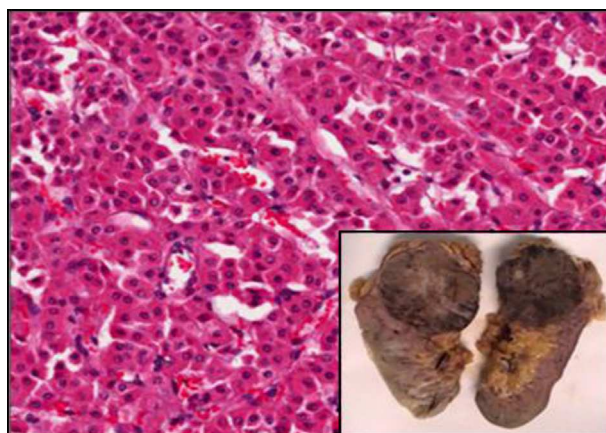


Figura 2. Macroscopia: tumoración nodular pardo-rojiza bien delimitada de 8 x 7 cm con zonas centrales de aspecto fibroso. Microscopia: proliferación sólida de células monomorfas con escasa atipia nuclear y amplio citoplasma eosinófilo de aspecto oncocítico.

síntomas asociados, dado que otras afecciones osteomusculares, neurológicas, urogenitales o gastrointestinales pueden estar relacionadas con la MP⁴. Inicialmente, el estudio radiográfico y una analítica completa nos permitirán descartar la presencia de tumores óseos o alteraciones metabólicas, respectivamente; asimismo está indicado el uso de resonancia magnética, tomografía o ecografía ante la sospecha de un tumor pélvico o retroperitoneal^{5,6}. Finalmente, el estudio neurofisiológico mediante el uso de potenciales evocados somatosensoriales y el test de conducción, así como las pruebas de bloqueo nervioso con anestésico y corticoides, pueden confirmar el diagnóstico^{7,8}.

La lesión por compresión del nervio femorocutáneo está favorecida por su largo recorrido y las características anatómicas particulares, siendo más frecuente las producidas a nivel inguinal, originadas por compresión externa por el uso de cinturones, ropa ajustada, un abdomen globuloso⁹ o por la presencia de alteraciones anatómicas como lipomas localizados a ese nivel¹⁰. Asimismo, se han descrito casos de MP secundarios a compresión del nervio femorocutáneo a nivel intraabdominal originadas por masas retroperitoneales, como las ocasionadas por la presencia de hematomas, pseudoaneurismas¹¹ o tumores de partes blandas u óseos^{4,12}. En el presente caso, tras el estudio con pruebas de imagen, se objetivó una tumoración renal de gran tamaño y características patológicas, por lo que ante la sospecha de malignidad se decidió realizar una nefrectomía radical izquierda, obteniendo como resultado anatomopatológico un oncocitoma renal bien diferenciado. Posteriormente, nuestro paciente cursó con buena evolución clínica y desaparición de su sintomatología. Si bien el oncocitoma renal es una neoplasia benigna que constituye una lesión rara del riñón (del 3 a 6% de todas las neoplasias renales), clínica y radiológicamente es indistinguible del carcinoma de células renales, por lo que su diagnóstico definitivo es solo mediante su estudio histológico; los oncocitomas suelen ser asintomáticos (del 58 al 83%), aunque en algunas ocasiones pueden comenzar con hematuria, dolor lumbar o síntomas provocados por su efecto de masa retroperitoneal. Por todas estas incertidumbres acerca del diagnóstico preoperatorio, la mayoría de los autores han señalado la necesidad de tratar a estos tumores en forma enérgica, con ablación térmica, nefrectomía parcial o nefrectomía radical, de acuerdo con las circunstancias clínicas individuales¹³.

Conclusiones

Nuestro caso clínico ilustra una presentación de MP en un paciente obeso con características suficientes que podrían haber

justificado dicha neuropatía; sin embargo, tras profundizar los estudios con el fin de descartar otras causas que podrían provocar lesión y/o atrapamiento en algún punto del recorrido del nervio femorocutáneo, se objetivó una tumoración renal izquierda con un centro necrótico, por lo que ante la sospecha de malignidad se procedió a un tratamiento radical, con buena evolución posterior.

El presente caso, así como otros mencionados en la literatura, justifican el hecho de realizar alguna prueba de imagen, como la ecografía, y una analítica en los pacientes con MP, incluso con una presentación típica y sin alguna otra sintomatología asociada.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Harney D, Patijn J. Meralgia parestésica: diagnosis and management strategies. *Pain Med.* 2007;8:669–77.
2. Aszmann OC, Dellon ES, Dellon AL. Anatomical course of the lateral femoral cutaneous nerve and its susceptibility to compression and injury. *Plast Reconstr Surg.* 1997;100:600–4.
3. Van Slobbe AM, Bohnen AM, Bernsen RM, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Incidence rates and determinants in meralgia paresthetica in general practice. *J Neurol.* 2004;205:294–7.
4. Patijn J, Mekhail N, Hayek S, Lataster A, Van Kleef M, Van Zundert J. Meralgia paresthetica. *Pain Practice.* 2011;11:302–8.
5. Grossman MG, Ducey SA, Nadler SS, Levy AS. Meralgia paresthetica: diagnosis and treatment. *J Am Acad Orthop Surg.* 2001;9:336–44.
6. Aravindakannan T, Wilder-Smith EP. High-resolution ultrasonography in the assessment of meralgia paresthetica. *Muscle Nerve.* 2012;45:434–5.
7. Seror P. Somatosensory evoked potentials for the electrodiagnosis of meralgia paresthetica. *Muscle Nerve.* 2004;29:309–12.
8. Haim A, Pritsch T, Ben-Galim P, Dekel S. Meralgia paresthetica: A retrospective analysis of 79 patients evaluated and treated according to a standard algorithm. *Acta Orthopaedica.* 2006;77:482–6.
9. Aszmann OC, Dellon ES, Dellon AL. Anatomical course of the lateral femoral cutaneous nerve and its susceptibility to compression and injury. *Plast Reconstr Surg.* 1997;100:600–4.
10. Rau CS, Hsieh CH, Liu YW, Wang LY, Cheng MH. Meralgia paresthetica secondary to lipoma. *J Neurosurg Spine.* 2010;12:103–5.
11. Yi TI, Yoon TH, Kim JS, Lee GE, Kim BR. Femoral neuropathy and meralgia paresthetica secondary to an iliacus hematoma. *Ann Rehabil Med.* 2012;36:273–7.
12. Suber DA, Massey EW. Pelvic mass presenting as meralgia paresthetica. *Obstet Gynecol.* 1979;53:257–8.
13. Costilla-Montero A, Guadarrama-Benítez B, Aragón-Castro MA, Gutiérrez-Rosales R, Morales-Ordaz O, Cisneros-Chavez R, et al. Oncocytoma renal incidental. *Rev Mex Urol.* 2011;71:360–2.