



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

349/27 - NO PUEDO CASI ANDAR, ME DUELE EL MUSLO

T. Gil Pérez¹; I. Pérez Valero¹; M. Vilanova Barceló²; A. González Albert¹; M. González Lozano¹; I. García de León Sánchez¹.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.; ²Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Mariano Yago. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años que acude a consulta por dolor en muslo izquierdo, de 15 días de evolución con empeoramiento progresivo. El dolor es a nivel de inserción aductores e ingle con irradiación a región superior de muslo y cadera, con quemazón y pinchazos “como si le clavasen alfileres”. Refiere que por la noche se encuentra bien, pero que cuando se levanta y da 2-3 pasos comienza con un dolor tan intenso que apenas puede deambular. Previamente había acudido a Urgencias con diagnóstico de Pterocanteritis izquierda. Pautan: Pazital 1 c/8h, Omeprazol 20 mg, Arcoxia 120 mg. No nota mejoría con el tratamiento pautado. Se remite a Urgencias para valoración por Traumatología, quién solicita valoración por Cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración: Dolor a la palpación a nivel de ligamento inguinal, psoas, región izquierda hipogastrio. Dolor intenso a la palpación del ligamento de aductor. Dilatación del anillo herniario con mínima protrusión. Eco Abdominal: Hernia inguinal izquierda con pasaje de segmento intestinal por orificio herniario de 1.8 cm aprox. en tercio inguinal medial. Valorado por Cirugía: Recomienda completar estudio RMN dada la sintomatología (dolor intenso a nivel de aductores) y remitir de manera no urgente por la hernia. RMN muslo izquierdo: Sin alteraciones. Tras varias consultas a urgencias por mal control del dolor pese analgesia a dosis altas, se programa intervención quirúrgica preferente.

Juicio clínico: Hernia inguinal izquierda.

Diagnóstico diferencial: Meralgia parestésica. Tendinitis aductor mayor/mediano. Contractura/Rotura fibrilar aductor.

Comentario final: Aunque de entrada la sintomatología parecía indicar que se trataba de una patología osteomuscular, esta era debida a los síntomas compresivos de la hernia en las estructuras adyacentes. Por lo que además de los diagnósticos diferenciales clásicos, según la localización, debemos de tener en cuenta estas posibilidades.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. Elsevier.

Romo Rodríguez R, Clifton Correa JF, López Almejo L et al. Neuropatía compresiva del nervio femoral. Ortho-tips 2014; 10 (2): 79-84.