

## Meralgia parestésica: manejo y tratamiento.

## Meralgia paresthetica: management and treatment.

Montserrat Solano Villalobos<sup>1</sup>, Jessica Elescano Delgado<sup>2</sup>, Dylana Rodríguez Jarquín<sup>3</sup>.

1 y 2 Médico general, Universidad de Ciencias Médicas, UCIMED, San José, Costa Rica.

3 Médico general, Universidad de Iberoamérica (UNIBE), Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: Montserrat Solano Villalobos m.solanov14@gmail.com

### RESUMEN

La meralgia parestésica o neuralgia del nervio femorocutáneo es una enfermedad que se caracteriza por parestesias, adormecimiento, debilidad y dolor tipo quemante en la parte externa del muslo. La principal causa de esta patología es la compresión del nervio cutáneo femoral lateral, el cual es un nervio sensitivo puro, formado por la unión de las raíces nerviosa de L2-L3. Además, el principal encargado de la sensibilidad de la región anterior y la mitad superior de la cara lateral del muslo. Es una enfermedad que afecta predominantemente a pacientes entre los 30 y 40 años con mayor incidencia en el género masculino. En la mayoría de los casos, las causas más frecuentes se deben a obesidad, embarazo, ropa ajustada, así como a un traumatismo local o a una enfermedad como la diabetes mellitus.

En la mayoría de los casos, el manejo consiste en medidas moderadas, tales como la reducción de peso, eliminar factores de compresión, fortalecimiento de músculos abdominales. Sin embargo, en casos graves el tratamiento puede constar de medicamentos analgésicos y, en raras ocasiones, tratamiento quirúrgico.

**Palabras Clave:** neuropatía femoral, muslo, mononeuropatía, descompresión, parestesia

### ABSTRACT

Meralgia paresthetica or neuralgia of the femorocutaneous nerve is a disease characterized by paresthesia, numbness, weakness, and burning pain on the outside of the thigh. The main cause of this pathology is the compression of the lateral femoral cutaneous nerve, which is a pure sensory nerve, formed by the union of the nerve roots of L2-L3. Besides is mainly responsible for the sensitivity of the anterior region and the upper half of the lateral aspect of the thigh. It is a disease that predominantly affects patients between the ages of 30 and 40 with a higher incidence in the male gender. In most cases, the most frequent causes are due to obesity, pregnancy, tight clothing, as well as local trauma or a disease such as diabetes mellitus.

In most cases, management consists of moderate measures, however, in severe cases, treatment may consist of analgesic drugs and, rarely, surgical treatment.

**Keywords:** femoral neuropathy, thigh, mononeuropathy, decompression, paresthesia

#### Cómo citar:

Solano Villalobos, M.,  
Elescano Delgado, J. .,  
& Rodríguez Jarquín, D.  
Meralgia parestésica:  
manejo y tratamiento.  
Revista Ciencia Y  
Salud, 7(1). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i1.588>

Recibido: 30/Nov/2022

Aceptado: 22/Feb/2023

Publicado: 16/Mar/2023



## INTRODUCCIÓN

La meralgia parestésica (MP) es una mononeuropatía sensorial de etiología multifactorial caracterizada por afectación del nervio cutáneo femoral lateral a nivel del muslo (1). Es un nervio susceptible a trauma, atrapamiento e inflamación a nivel del ligamento inguinal lo cual provoca hormigueo, entumecimiento, ardor y dolor en la parte anterior y/o lateral del muslo (2). Se asocia con factores de riesgo tales como obesidad, edad avanzada, diabetes, trauma, masas pélvicas y/ o retroperitoneales. Se presenta con una incidencia de 32.6 por cada 100,000 pacientes-año (3).

Al ser un trastorno meramente sensorial y bien circunscrito, el diagnóstico, en su mayoría, es clínico basado en la anamnesis y una adecuada exploración física. El tratamiento depende de la severidad de la neuropatía, la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento conservador, sin embargo, el tratamiento definitivo para casos refractarios consta de diversas técnicas tales como bloqueos de nervios periféricos, neurectomía, descompresión nerviosa o neulolisis y estimulación por radiofrecuencia pulsada.

## Metodología

Para la presente revisión bibliográfica se han utilizado artículos y publicaciones científicas relevantes de los últimos 5 años, en idiomas español e inglés, consultados en bases de datos como Google Académico, Elsevier, Cochrane Database, Journal of Neurosurgery, British Journal of Neurosurgery, Pubmed. Se recolectaron los datos científicamente más importantes y posteriormente se enfatizó en los aspectos más actuales e importantes de dicha patología.

## Anatomía

El nervio cutáneo femoral lateral (NCFL) es un nervio sensitivo puro, formado por la unión de las raíces nerviosas de L2-L3 (4). Durante su trayecto, el nervio rodea el borde lateral del músculo psoas mayor y se dirige hacia el ligamento inguinal emergiendo a través de la fascia lata y medial a la espina iliaca anterosuperior. A medida que sale del abdomen, el nervio muestra un curso muy variable. En mayoría de los casos, el nervio se posiciona medial al músculo sartorio, pero con una distancia cambiante de la espina ilíaca anterosuperior, siendo susceptible a sufrir atrapamiento. Su salida de la cavidad abdominal es variable, con un paso que oscila entre 4 cm posterior y 6 cm medial a la espina ilíaca anterosuperior (5,6).

Se cree que en pacientes en los que el nervio se encuentra muy cerca de la espina ilíaca anterosuperior, aproximadamente a < 2 cm, tiene predisposición para desarrollar MP, así como también, una localización donde penetre el ligamento inguinal (7).

Una vez que el nervio atraviesa la región inguinal, este sufre una angulación de aproximadamente 80° donde se bifurca en su división anterior y posterior. La rama anterior penetra hasta la fascia lata y transmite la sensación de la región anterolateral del muslo, mientras que la rama posterior es más pequeña e inerva la región lateral del muslo (8).

Conocer la anatomía es fundamental para el abordaje terapéutico, ya que se debe confirmar la distribución del NCFL y su trayecto. Por ejemplo, en pacientes candidatos a descompresión del canal, se aplica electroestimulación percutánea en el ligamento inguinal, se secciona el ligamento, junto con la aponeurosis del músculo oblicuo externo, la fascia del músculo oblicuo interno abdominal y la pared posterior del canal del NCFL (9).

## Epidemiología

La MP se define como un trastorno neurológico caracterizado por síntomas localizados en la región circunscrita del NCFL, siendo su etiología más frecuente la compresión local del nervio afectado (12).

La MP es una patología multifactorial y se asocia con factores de riesgo, divididos en 2 grupos: a) idiopáticos (metabólicos o mecánicos) b) iatrogénicos (trauma o cirugía) (1,2,13). La forma idiopática es la más común y aparece tanto en hombres como en mujeres, principalmente en la edad media de la vida. Dentro del subgrupo de factores mecánicos se menciona la obesidad, embarazo, uso de prendas ajustadas, escoliosis, traumatismo directo en el NCFL y condiciones clínicas que aumenten la presión intraabdominal como, por ejemplo, los tumores pélvicos y/o retroperitoneales (1,11). La diabetes mellitus es la principal causa metabólica asociada a la meralgia parestésica, otros factores metabólicos son el alcoholismo y el envenenamiento por plomo (4,13). La neuropatía periférica asociada con el consumo de alcohol es predominantemente axonal y de tipo sensorial de fibras pequeñas, siendo la causa probablemente una deficiencia de tiamina o el efecto tóxico directo del etanol (4).

Los factores iatrogénicos incluyen las cirugías realizadas en la parte inferior del abdomen y pelvis, cirugías ortopédicas de cadera y pelvis, posterior a una apendicectomía, herniorrafia, cesárea, cateterismo de la arteria femoral, extracción de injerto de hueso iliaco y el antecedente de traumatismo directo y/o indirecto (11,13). El antecedente de traumatismo directo en el músculo sartorio es una causa importante de MP, puesto que se ha descrito el diagnóstico de neuropraxia del NCFL postraumático secundario al edema y al efecto irritante del hematoma adyacente (6).

## Diagnóstico

### Hallazgos clínicos

En la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico basado en la anamnesis y en la exploración física. El cuadro clínico se caracteriza por ser un cuadro subagudo y unilateral, generalmente asociado a parestesias o hipoestésias, dolor y entumecimiento de la cara lateral o anterolateral del muslo (14). También se ha descrito la presencia de alopecia local en la zona de distribución del nervio. Se desconoce la causa exacta de la alopecia, sin embargo, se especula un origen traumático al masajear la zona parestésica por parte del paciente, o bien, una influencia del sistema nervioso sobre el vello (13).

Los síntomas se tienden a agravar con la bipedestación prolongada, caminatas y maniobras que generen extensión de la cadera y, por lo general, se alivian al sentarse. En pacientes en periodo de embarazo y/o postparto, se pueden presentar neuropatías periféricas y dentro de ellas una de las más frecuentes es la MP, por lo que es de vital importancia tomar en cuenta a esta población (15).

Cuando los síntomas se manifiestan, suelen presentarse durante un periodo prolongado con duraciones de hasta 30 años o de forma intermitente con resolución espontánea de la sintomatología (8,10,11).

Siempre se debe descartar primero patologías comunes que generen síntomas sensitivos a nivel del muslo y que usualmente también presentan alteración motora como, por ejemplo, una estenosis lumbar, hernia discal o una radiculopatía. Es por esta razón que es una enfermedad compleja de diagnosticar por su tendencia a simular síntomas neurológicos presentes en las patologías señaladas anteriormente (15,16,17). Sin embargo, la MP se incluye dentro de las disestesias neurocutáneas con etiología variada, por lo que el hallazgo de alopecia junto con los síntomas previamente señalados, debe hacer sospechar en la mononeuropatía del nervio cutáneo femoral lateral (18).

## Pruebas diagnósticas

Por lo general, la MP se diagnostica clínicamente, sin embargo, ante casos atípicos o ambiguos, se suelen utilizar técnicas como la electromiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada y ecografía.

La prueba de compresión pélvica puede ser útil cuando se sospecha MP. Para realizar la prueba, el paciente debe posicionarse de lado con la región afectada hacia arriba. Luego, el examinador aplica presión y compresión hacia abajo en la pelvis durante aproximadamente 45 segundos. Esta prueba se basa en que el NCFL es comprimido por el ligamento inguinal, por lo que la fuerza aplicada relaja el ligamento inguinal y remiten los síntomas temporalmente (11). Si el paciente experimenta alivio de los síntomas, la prueba se considera positiva. La precisión de la prueba de compresión pélvica para diagnosticar MP es limitada, sin embargo, algunos estudios señalan una sensibilidad y especificidad del 95% y 93,3% respectivamente (15,16).

Las pruebas electrofisiológicas pueden considerarse como la prueba estándar para el diagnóstico. Existen dos tipos de pruebas electrofisiológicas disponibles: los potenciales evocados somatosensoriales (SEP) y las pruebas de conducción nerviosa sensorial, las cuales poseen una sensibilidad del 81,3% y 65,2% respectivamente (11,17). No obstante, existen limitantes para la realización del estudio y una de ellas es la presencia de tejido adiposo prominente que dificulta el registro adecuado de los impulsos nerviosos. El SEP registra una activación secuencial de las estructuras nerviosas a lo largo de la vía somatosensorial y tiene la ventaja de que se puede aplicar especialmente en pacientes obesos.

En las pruebas de conducción nerviosa se estimula el nervio utilizando una sonda y se registra el potencial de acción en algún punto del trayecto del nervio. Una conducción nerviosa enlentecida o una pérdida de la respuesta al estímulo podría ser una herramienta útil para ayudar en el diagnóstico de MP. El hallazgo más sensible consiste en la lentitud de las conducciones sensoriales del NCFL en el segmento inguinal (12,15,16). Otra prueba electrofisiológica es la relación de amplitud, sin embargo, no se ha establecido su utilidad con claridad.

Las pruebas de imagen como la resonancia magnética, tomografía computarizada, o rayos X no tienen utilidad diagnóstica. Pueden ser útiles para descartar otras patologías tales como hernia de disco, tumores que afecten la raíz nerviosa o propiamente el nervio.

La ecografía se utiliza principalmente para localizar y verificar la trayectoria del NCFL y como guía para los bloqueos nerviosos, pero como herramienta diagnóstica no se ha establecido con claridad. El hallazgo ultrasonográfico de la MP consiste en un nervio hipocogénico e inflamado (1, 16). Sin embargo, hasta la fecha, pocos estudios han demostrado su utilidad diagnóstica.

Si el diagnóstico de MP no está claro, es útil una prueba de bloqueo nervioso. Esto implica inyectar lidocaína a nivel del ligamento inguinal, 1 cm medial e inferior a la espina ilíaca anterosuperior o en el punto de máximo dolor. Si el paciente refiere un alivio temporal inmediatamente después de la inyección, la prueba de bloqueo nervioso se considera positiva. (15)

## Tratamiento

El enfoque terapéutico de la meralgia parestésica se divide en manejo conservador y quirúrgico.

El tratamiento inicial es el conservador, el cual proporciona resultados positivos en el 85% de la población (3,5). Este incluye la reducción de peso, el fortalecimiento de los músculos abdominales, el uso de ropa holgada, evitar factores de compresión, el uso de terapia física, los analgésicos neuropáticos (gabapentina y pregabalina) y/o antiinflamatorios no esteroideos AINES (19,20).

Tras el fracaso de medidas conservadoras, la primera opción de tratamiento incluye el bloqueo nervioso periférico con analgésicos y/o corticoesteroides, guiado por ultrasonido o por estimulador nervioso (1, 14, 20). Las combinaciones de anestésicos que se han utilizado son la metilprednisolona o triamcinolona combinados con mepivacaína o bupivacaína, aproximadamente unos 10-15 ml de volumen deberían ser adecuados (16). La ubicación adecuada para el sitio de inyección es 1cm medial y 1cm inferior a la espina iliaca anterosuperior (13).

Se han descrito otros tratamientos conservadores que, aunque no hay suficientes reportes en la literatura, se han utilizado para el tratamiento de la MP, incluidos la electroacupuntura, la toxina botulínica, la quiropraxia así como el uso de la terapia regenerativa con plasma rico en plaquetas (11).

Las opciones de tratamiento invasivo quirúrgico se recomiendan ante el fracaso de los bloqueos de nervios periféricos. Las dos opciones consisten en neurectomía (descompresión nerviosa) y neurectomía (3). Hasta la fecha, no se ha establecido un consenso de las guías clínicas sobre la mejor elección entre uno u otro (3,8).

En la neurectomía, el objetivo es liberar o descomprimir el nervio a lo largo de su trayecto (9). El éxito de este procedimiento varía entre un 60-99% con un promedio del 80% (10,16). Esto se logra con una triple técnica: cortar el ligamento inguinal, luego la fascia iliaca subyacente al nervio y, por último, cortar distalmente a lo largo de la fascia (16). A pesar de que la tasa de éxito no es muy alta, la neurectomía tiene la ventaja al ser una cirugía "mínimamente invasiva", evita la denervación sensorial del muslo anterolateral observándose exitosos resultados con un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes (8). En algunos casos, durante la neurectomía o descompresión profunda del NCFL, se realiza transposición del nervio a una mejor localización para reducir la tensión del nervio si se requiere (9).

El otro abordaje invasivo es la neurectomía, la cual se refiere a la técnica empleada para seccionar el nervio a nivel del ligamento inguinal (3), la cual se considera la intervención más eficaz y definitiva para el tratamiento de la meralgia parestésica. Posee una tasa de éxito del 85-100% sin embargo, un efecto adverso posterior al procedimiento es la aparición de entumecimiento leve en la zona hasta anestesia permanente (3,9). No se ha establecido cuál intervención quirúrgica es más eficaz, sin embargo, algunos autores plantean que la neurectomía se considera para pacientes en los que los síntomas persistan por más de 1 año, o en casos extremos o refractarios (9,16).

Con los avances en la ciencia, se han establecido nuevas terapias prometedoras, dentro de ellas se menciona la neuromodulación por radiofrecuencia pulsada (PRF), la ablación por radiofrecuencia y la ablación química (17, 20). La radiofrecuencia pulsada ha surgido como una opción para la MP refractaria, con un resultado positivo para los pacientes y con mínimas complicaciones. Consiste en un procedimiento mínimamente invasivo que utiliza energía controlada en el NCFL, interfiriendo con las señales nerviosas al reducir los mediadores inflamatorios, como el factor de necrosis tumoral alfa e interleucina 6 (5,16,19). La radiofrecuencia se puede aplicar en corta duración (2 minutos) o duración prolongada (8 minutos)(5). Este último ha tenido éxito en pacientes con neuralgia trigeminal y en gonalgia crónica, sin embargo, su aplicación ha sido un tema en debate para la MP por la escasez de estudios, aún así, un estudio ha reportado efectos positivos en pacientes con MP a largo plazo (5).

La ablación por radiofrecuencia (RFA) utiliza altas temperaturas para lograr la degeneración walleriana, neurodestrucción y un efecto de desaferenciación sin dañar el tejido circundante (17). Esta técnica se ha utilizado comúnmente en el tratamiento de la neuralgia del trigémino, neuralgia postherpética, dolor del miembro fantasma, dolor crónico postquirúrgico y en otras neuropatías periféricas (17).

Los avances recientes en la tecnología han permitido terapias más efectivas y menos invasivas en comparación con el estimulador de la médula espinal que, históricamente, se utilizó para estimular estos nervios periféricos

(20). En el embarazo, se recomienda intentar primero los tratamientos conservadores, ya que los síntomas suelen remitir en el período posparto (15).

## **CONCLUSIÓN**

La MP es una afección relativamente común con características fácilmente reconocibles, sin embargo, se ha considerado un reto médico debido a que puede llegar a confundirse con otras enfermedades frecuentes como los desórdenes lumbares o radiculopatías.

La MP puede ocurrir sin alguna causa conocida (idiopática), o bien, puede ser secundaria a procedimientos quirúrgicos o presencia de masas en el área inguinal. Se requiere de un alto índice de análisis basado en la anatomía, etiología, clínica del paciente y un adecuado examen físico para diagnosticarla clínicamente y, en aquellos casos atípicos, se puede optar por el uso de complementos diagnósticos que ayuden a determinar la causa, como lo son las pruebas electrofisiológicas y las pruebas de imagen. Su tratamiento también es sencillo y va desde un manejo conservador, el uso de bloqueos nerviosos periféricos hasta intervenciones quirúrgicas. Dependiendo de la severidad de la enfermedad y la respuesta terapéutica del paciente, se puede obtener resultados favorables y un excelente pronóstico a largo plazo en la mayoría de los pacientes, por lo que es de vital importancia el diagnóstico correcto y oportuno de la enfermedad.

## **Declaración de conflicto de interés**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## **Declaración de financiamiento**

Los autores declaran que este artículo se realizó sin un financiamiento externo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Onat SS, Ata AM, Ozcakar L. Ultrasound-guided diagnosis and treatment of Meralgia paresthetica. *Pain Physician*. 2016; 19(4):E667-9. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/27228536>
2. Lee S-H, Shin K-J, Gil Y-C, Ha T-J, Koh K-S, Song W-C. Anatomy of the lateral femoral cutaneous nerve relevant to clinical findings in meralgia paresthetica: Topography of LFCN. *Muscle Nerve*. 2017; 55(5):646-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27543938/>
3. Payne Russell, et al. "Evaluating the Evidence: Is Neurolysis or Neurectomy a Better Treatment for Meralgia Paresthetica?" *Acta Neurochirurgica*, vol. 159, no. 5, 1 May 2017:931-936, [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28283866/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28283866/), 10.1007/s00701-017-3136-x. Accessed 7 Dec. 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28283866/>
4. Weng Wei-Chieh, et al. "Risk Factor Analysis for Meralgia Paresthetica: A Hospital-Based Study in Taiwan." *Journal of Clinical Neuroscience*, vol. 43, Sept. 2017:192-195, 10.1016/j.jocn.2017.04.024. Accessed 15 June 2022. Disponible en: [https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868\(16\)30774-3/fulltext](https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868(16)30774-3/fulltext)
5. Ghai Babita, et al. "Extended Duration Pulsed Radiofrequency for the Management of Refractory Meralgia Paresthetica: A Series of Five Cases." *The Korean Journal of Pain*, vol. 31, no. 3, 1 July 2018:215-220, [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30013736/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30013736/), 10.3344/kjp.2018.31.3.215. Accessed 7 Dec. 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30013736/>

6. Lee Brian, and Euan Stubbs. "Sartorius Muscle Tear Presenting as Acute Meralgia Paresthetica." *Clinical Imaging*, vol. 51, Sept. 2018:209-212, [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29864729/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29864729/), 10.1016/j.clinimag.2018.05.011. Accessed 6 Sept. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29864729/>
7. Kokubo Rinko, et al. "Anatomic Variation in Patient with Lateral Femoral Cutaneous Nerve Entrapment Neuropathy." *World Neurosurgery*, vol. 115, July 2018:274-276, 10.1016/j.wneu.2018.04.159. Accessed 1 June 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29729473/#article-details>
8. Schwaiger Karl, et al. "Surgical Decompression of the Lateral Femoral Cutaneous Nerve (LFCN) for Meralgia Paresthetica Treatment." *Medicine*, vol. 97, no. 33, 17 Aug. 2018:e11914, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6113044/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6113044/), 10.1097/MD.00000000000011914. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6113044/>
9. Morimoto Daijiro, et al. "Deep Decompression of the Lateral Femoral Cutaneous Nerve under Local Anesthesia." *World Neurosurgery*, vol. 118, 1 Oct. 2018:e659-e665, [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017766/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017766/), 10.1016/j.wneu.2018.06.252. Accessed 7 Dec. 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017766/>
10. Malessy Martijn J. A., et al. "Dynamic Decompression of the Lateral Femoral Cutaneous Nerve to Treat Meralgia Paresthetica: Technique and Results." *Journal of Neurosurgery*, vol. 131, no. 5, Nov. 2019:1552-1560, 10.3171/2018.9.jns182004. Accessed 27 Oct. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30544337/#article-details>
11. Hernández-González Erick Héctor, et al. "Meralgia Parestésica." *Revista Archivo Médico de Camagüey*, vol. 23, no. 1, 1 Feb. 2019:131-143, [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000100131](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100131). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000100131](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100131)
12. Tataroglu Cengiz, et al. "Inguinal Segmental Nerve Conduction of the Lateral Femoral Cutaneous Nerve in Healthy Controls and in Patients with Meralgia Paresthetica." *Journal of Clinical Neuroscience*, vol. 67, Sept. 2019:40-45, 10.1016/j.jocn.2019.06.027. Accessed 27 Oct. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31227403/>
13. Ataizi Zeki Serdar, et al. "Surgical Options for Meralgia Paresthetica: Long-Term Outcomes in 13 Cases." *British Journal of Neurosurgery*, vol. 33, no. 2, 19 Nov. 2018:188-191, 10.1080/02688697.2018.1538480. Accessed 30 Apr. 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30451004/>
14. Kloosterziel Mark E., et al. "Meralgia Paresthetica: Nerve Stimulator-Guided Injection with Methylprednisolone/Lidocaine, a Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Study." *Muscle & Nerve*, vol. 61, no. 6, 1 June 2020:788-791, [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239737/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239737/), 10.1002/mus.26877. Accessed 7 Dec. 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239737/>
15. Gooding Megan S., et al. "Carpal Tunnel Syndrome and Meralgia Paresthetica in Pregnancy." *Obstetrical & Gynecological Survey*, vol. 75, no. 2, Feb. 2020:121-126, 10.1097/ogx.0000000000000745. Accessed 30 June 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32105336/>
16. Sanjaya Ardo. "Meralgia Paresthetica: Finding an Effective Cure." *Postgraduate Medicine*, vol. 132, no. 1, 6 Oct. 2019: 1-6, 10.1080/00325481.2019.1673582. Accessed 22 Dec. 2020. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00325481.2019.1673582>

17. Abd-Elsayed Alaa, et al. "Lateral Femoral Cutaneous Nerve Radiofrequency Ablation for Long-Term Control of Refractory Meralgia Paresthetica." *Pain Medicine*, vol. 21, no. 7, 5 Feb. 2020:1433-1436, 10.1093/pm/pnz372. Accessed 27 Oct. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32022852/>
18. 18. Monteagudo B., et al. "Alopecia En Meralgia Parestésica." *Actas Dermo-Sifiliográficas*, vol. 111, no. 1, Jan. 2020:69, 10.1016/j.ad.2018.03.026. Accessed 7 Oct. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30591200/>
19. Kesserwani Hassan. "Meralgia Paresthetica: A Case Report with an Update on Anatomy, Pathology, and Therapy." *Cureus*, 17 Mar. 2021, 10.7759/cureus.13937. Accessed 15 Sept. 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8051538/>
20. Langford Brendan, and William D Mauck. "Peripheral Nerve Stimulation: A New Treatment for Meralgia Paresthetica." *Pain Medicine*, vol. 22, no. 1, 8 Nov. 2020:213-216, 10.1093/pm/pnaa326. Accessed 6 Apr. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33164097/>