



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-576 - CUANDO LA HERNIA YA NO ESTÁ, PERO EL DOLOR PERSISTE: EL ROL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Sanchón Sánchez, Julia; García Vera, Juan Carlos; Baños Méndez, Daniel; Martínez Charines, Andrea; Rodríguez Cordero, Celeste Geraldine; Jezieniecki Fernández, Carlos Alberto; Ferreras García, Carlos; Beltrán de Heredia Rentería, Juan Pablo

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: La hernioplastia inguinal es uno de los procedimientos más frecuentes a nivel mundial. El dolor inguinal puede afectar hasta al 62% de los pacientes. De ellos, hasta un 10-12% presentan dolor moderado-grave y el 4% ven afectada su vida diaria. La inguinodinia se define como dolor inguinal crónico mayor de 3 meses después de la intervención quirúrgica. La alta variabilidad anatómica de la región inguinal dificulta una correcta identificación y disección nerviosa. Los nervios son el iliohipogástrico, ilioinguinal y la rama genital del genitofemoral, presentando una distribución clásica solo el 50% de ellos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 45 años, con antecedentes de trastorno de ansiedad y migraña. En 2018 es intervenida de una hernioplastia inguinal izquierda, sin incidencias. Hasta 2020 es seguida en consultas por dolor inguinal sin mejoría a pesar de medicación. Tras descartar toda posible complicación posquirúrgica, se opta por la retirada de la malla quirúrgica y fulguración de las raíces nerviosas. Posteriormente y debido a la persistencia de la clínica, es derivada a la Unidad del dolor, donde agotan todas las medidas terapéuticas. Además del dolor inguinal y por la afectación de la vida diaria, la paciente comienza con ideación autolítica, por lo que se deriva también a Psiquiatría. En 2022 se descartan nuevamente las posibles complicaciones posquirúrgicas con TC abdominopélvico y estudio neurofisiológico. Finalmente, y como última opción, en 2023 se opta por una triple neurectomía por vía TAPP, sin incidencias. A los dos meses, es dada de alta por desaparición de la clínica. Como complicación, presenta una denervación de los músculos abdominales.

Discusión: La inguinodinia posquirúrgica se trata de un problema multifactorial que puede llegar a ser incapacitante. Presenta un manejo muy complejo, sin haber una prueba *gold standard*, siendo importante descartar todas las posibles causas para poder diagnosticarla. Dentro de las opciones de pruebas complementarias, el mapeo inguinal es una herramienta anodina y de bajo coste, que permite además comparar la clínica antes y después del tratamiento. Para poder prevenirla es esencial el conocimiento de la variabilidad anatómica nerviosa así como una correcta identificación de los nervios durante la cirugía. Su tratamiento es multidisciplinar y va desde el manejo analgésico hasta el quirúrgico. Se recomienda empezar con tratamiento analgésico (siguiendo la escala de la OMS y evitando el uso excesivo de opiáceos). Cuando no es eficaz, se opta por la derivación a la Unidad del Dolor. Si a los 6 meses-1 año persiste la clínica, hay que valorar la intervención quirúrgica. La mejor opción es la triple neurectomía (vía abierta, TAPP o endoscópica retroperitoneal). Como complicaciones del TAPP destacan la afectación motora de la extremidad inferior y la denervación de los músculos abdominales. Destacamos la complejidad del manejo terapéutico de la inguinodinia posquirúrgica. Se trata de una patología olvidada en muchas ocasiones y que

puede llegar a ser incapacitante. Es esencial que el tratamiento, tras descartar las posibles causas, sea multidisciplinar y escalonado, empezando por analgesia y llegando a requerir una intervención quirúrgica.