



P-511 - RÉGIMEN DE ACTUACIÓN EN LA INGUINODINIA POSHERNIOPLASTIA ABIERTA

Ovejero Gómez, Víctor Jacinto; Bermúdez García, María Victoria; Izquierdo Pérez, Andrea; García Díaz, Rosana; Rodríguez Sanjuán, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: La hernioplastia inguinal se asocia a un promedio del 10-15% de dolor posoperatorio mantenido. La lesión nerviosa asociada a un abordaje abierto afecta en orden decreciente a los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genitofemoral; ya sea por sección, devascularización, disruptión de su tejido conectivo o atrapamiento en material quirúrgico. Se describe nuestra experiencia en dos pacientes con inguinodinia para debatir una guía de actuación diagnóstico-terapéutica.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 53 años portador de marcapasos por bloqueo auriculoventricular paroxístico que es remitido por dolor en el área quirúrgica de una hernioplastia inguinal izquierda realizada ocho meses antes en otro centro. Fue tratado mediante analgesia convencional sin mejoría, experimentando aumento de la intensidad álgica con ciertas posturas y esfuerzos físicos. El examen físico apreció una induración subcutánea en el tercio medial de la cicatriz que reproducía la sintomatología a la presión local y la exploración por dermatomas sugirió afectación del nervio ilioinguinal. Una ecografía dirigida visualizó una imagen anecoica en la localización descrita sugerente de neuroma y ausencia de recidiva herniaria. Se realizó una infiltración local con mejoría sintomática parcial que motivó su exéresis quirúrgica. En la actualidad se mantiene asintomático sin limitación funcional. Caso 2: varón de 51 años exalcohólico, fumador activo importante, diabético e hipertenso con inguinodinia progresiva a partir del cuarto mes de una hernioplastia inguinal derecha de Lichtenstein que describe como dolor de características neuropáticas al roce, limitación funcional a la deambulación e imposibilidad de erección. La exploración reveló dolor en el margen derecho de la síntesis del pubis irradiado a la bolsa escrotal e hipersensibilidad cutánea local y en la cara interna del muslo. Se realizó una infiltración local que apoyó los hallazgos en el territorio del nervio genitofemoral y radiofrecuencia pulsada a 65V durante 6 minutos en dos sesiones que resultaron inefectivas. Una ecografía y TC descartó la existencia de recurrencia. Fue sometido a descompresión nerviosa por atrapamiento en el seno de un tejido granulomatoso periprotésico, con desaparición posterior de la sintomatología descrita.

Discusión: El dolor neuropático poshernioplastia suele tener una aparición precoz de intensidad creciente y limitante que presenta mala respuesta a la analgesia. Una exploración guiada por el mapeo de dermatomas puede discriminar otros tipos de dolor e identificar una afectación nerviosa selectiva. Los estudios de imagen suelen mostrar signos indirectos o inespecíficos para la filiación del dolor. No obstante, resultan útiles en el diagnóstico diferencial y para descartar recidiva. Las infiltraciones locales pueden mejorar la sintomatología en etapas tempranas. La evidencia científica sobre la eficacia de la radiofrecuencia es limitada. Las reintervenciones deben planificarse inicialmente desde la misma vía de abordaje para la identificación y descompresión nerviosa aunque la solución definitiva puede motivar una neurectomía mediante un acceso

diferente. Este procedimiento exige un seguimiento posoperatorio que evalúe la resolución del dolor y una posible denervación de la musculatura implicada.