



V-109 - NEURECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL RETROPERITONEAL DE NERVIOS GENITOFEMORAL, ILIOINGUINAL E ILIOHIPOGÁSTRICO POR DOLOR INGUINAL CRÓNICO POSHERNIOPLASTIA: PRESENTACIÓN EN VÍDEO DE UN CASO CLÍNICO

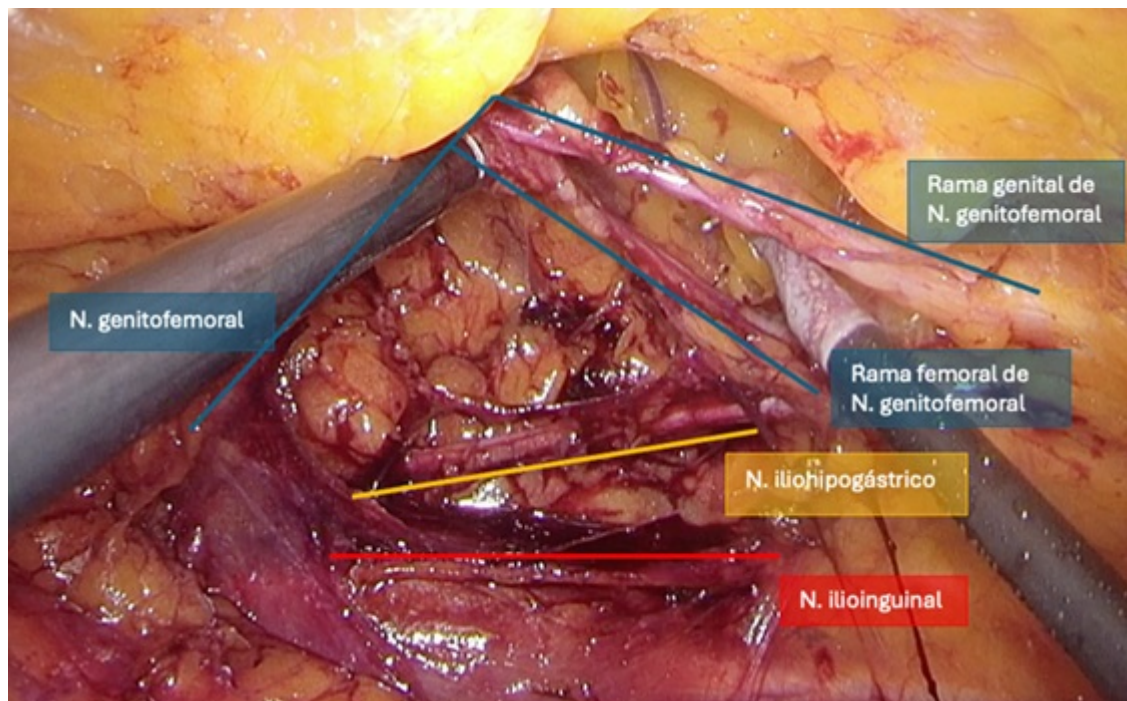
Pelayo Rodríguez, Julia¹; Alaba Sorabilla, Andoni¹; Loidi Lázaro-Carrasco, Oihan¹; Gutiérrez Cantero, Luis Eloy¹; Bolinaga del Pecho, Irene²; González Noriega, Mónica Encarnación¹; Gonzalo González, Rubén¹; Gutiérrez Cantero, José Manuel¹

¹Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega; ²Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Resumen

Introducción: El dolor inguinal crónico posquirúrgico (DICP) es una complicación potencialmente incapacitante tras hernioplastia inguinal, con una incidencia que puede superar el 10% de los pacientes intervenidos. Aunque su etiología es multifactorial, en muchos casos se relaciona con atrapamiento, fibrosis o neuromas de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genitofemoral, elementos del plexo lumbar susceptibles de lesión durante la cirugía. Ante el fracaso de las medidas conservadoras, la neurectomía laparoscópica se plantea como una alternativa terapéutica eficaz, especialmente en pacientes adecuadamente seleccionados. Presentamos el caso de un varón con DICP grave, intervenido mediante neurectomía laparoscópica de los tres nervios implicados, con documentación en vídeo del procedimiento completo.

Caso clínico: Varón de 79 años, con antecedente de dos hernioplastias inguinales izquierdas hace más de 20 años. Refiere dolor punzante en cara lateral escrotal izquierda, de inicio tres años tras la última cirugía, progresivo en intensidad y refractario a tratamientos conservadores y bloqueos anestésicos realizados por la Unidad del Dolor. Una ecografía reciente evidencia la presencia de un *plug* en canal inguinal izquierdo, sin signos de recidiva herniaria. Se realiza mapeo dermatómico según técnica de Álvarez, que identifica dolor referido en territorio correspondiente a nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genitofemoral, incluyendo la cara externa del escroto, región suprapúbica y cara anterior del muslo izquierdo. Descripción del procedimiento. Se realiza insuflación de neumoperitoneo con aguja de Veress y colocación de tres trocares bajo visión directa (2 de 5 mm y 1 de 12 mm). Se aborda el retroperitoneo mediante apertura del parietocólico izquierdo. Se accede al plano del psoas mayor, abriendo su aponeurosis para identificar el nervio genitofemoral, que es seccionado sin energía, enviando el fragmento a análisis anatomopatológico (AP). Posteriormente, a nivel de la 12.^a costilla, se identifican dos troncos nerviosos (ilioinguinal e iliohipogástrico), que se siguen distalmente hacia la espina ilíaca anterosuperior y se seccionan por separado, también sin energía, y se envían a AP. Se comprueba hemostasia, se cierra el peritoneo con sutura continua de PDS monofilamento barbado absorbible y se extraen los trocares bajo visión directa.



Discusión: El manejo quirúrgico del DICP debe estar reservado a pacientes con dolor persistente y refractario, idealmente con sintomatología neuropática bien definida. En este caso, la identificación de un patrón dermatomérico compatible y la ausencia de recidiva herniaria orientaron a una solución quirúrgica definitiva. La técnica laparoscópica permite una identificación anatómica más proximal y precisa de los nervios implicados, evitando zonas previamente intervenidas y minimizando el riesgo de lesión inadvertida. El vídeo muestra paso a paso la técnica de neurectomía, destacando su valor como herramienta terapéutica y docente. La correcta selección del paciente y un enfoque multidisciplinar son claves para el éxito del tratamiento.