



V-108 - NEURECTOMÍA SELECTIVA DEL NERVIO ILLIOINGUINAL VÍA LAPAROSCÓPICA (TAPP) POR INGUINODINIA CRÓNICA SECUNDARIA A

Cisterne López, Cristian; Alonso Gómez, Santiago; Hernández Granados, María Pilar; Morante Perea, Ana Pilar; Rodríguez Marín, Daniela; Abón Arrojo, Rodrigo; Contreras García, Candela; Martínez Cortijo, Sagrario

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: La inguinodinia crónica posoperatoria es una complicación importante y no infrecuente tras la reparación de hernia inguinal. Puede afectar de forma grave la vida de los pacientes y su tratamiento puede llegar a ser muy difícil.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 56 años, con AP de DL. Fue intervenido de una hernia inguinal bilateral mediante herniplastia bilateral anterior abierta (Lichtenstein). Durante el seguimiento desarrolla un dolor inguinal crónico en el lado derecho para el que se descarta recidiva mediante prueba de imagen y se deriva a la U. del dolor. Se intentan varias alternativas de tratamiento conservador (analgesia, AINEs, antidepresivos...) sin mejoría. Posteriormente se lleva a cabo una radiofrecuencia del nervio ilioinguinal consiguiendo una remisión completa del dolor durante 5 meses. Tras el fracaso del tratamiento conservador, se presenta el caso en sesión y se propone al paciente para neurectomía selectiva del nervio ilioinguinal mediante abordaje laparoscópico (TAPP).

Discusión: La inguinodinia crónica posoperatoria es una complicación significativa y que puede llegar a ser muy grave para los pacientes que la padecen. Se ha estimado en los diferentes estudios una incidencia del 10%, aunque esta podría estar infraestimada. En cuanto al diagnóstico la parte más importante se fundamenta en una extensa historia clínica y una minuciosa exploración física identificando las regiones anatómicas que inerva cada nervio que puede estar implicado (ilioinguinal, iliohipogástrico, genitocrural) con el fin de diferenciar si se trata de un dolor neuropático o nociceptivo. A la hora de realizar el tratamiento, el primer escalón siempre son las medidas médicas conservadoras, tales como: farmacológicas (analgésicos, AINE, opiáceos, antidepresivos o antiepilépticos), terapias físicas (masajes, fisioterapia, acupuntura), bloqueos nerviosos locales (anestésicos locales + corticoides), crioterapia, TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), radiofrecuencia. Si obtenemos una mejoría con desaparición del dolor, aunque sea de forma temporal, con el bloqueo o la radiofrecuencia de alguno de estos nervios, será un hecho diagnóstico y se podría plantear un eventual tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico debería de plantearse cuando haya transcurrido al menos un año desde la intervención, todas las medidas conservadoras hayan fracasado y el paciente presente una clara limitación en su vida diaria. En cuanto al abordaje, de forma global se sugiere que el mejor abordaje para llevar a cabo una triple neurectomía es por vía laparoscópica (TAPP). Ya que esto nos va a evitar la fibrosis de la

anterior cirugía y vamos a trabajar con planos anatómicos vírgenes. Además, nos aseguramos de que vamos a identificar y a seccionar los nervios a un nivel proximal a la lesión. La neurectomía selectiva de alguno de los nervios implicados puede ser una opción útil para el tratamiento quirúrgico cuando se haya realizado un buen mapeo y diagnóstico del dolor crónico posoperatorio. No obstante, la triple neurectomía por vía laparoscópica se propone como la alternativa quirúrgica de elección para la inguinodinia crónica posoperatoria, llegando a registrarse en la literatura publicada hasta la fecha tasas de remisión completa del dolor de hasta el 85%.