

**Editorial****Dolor crónico tras cirugía de la hernia inguinal****Chronic pain after inguinal hernia surgery**

La tasa de recidiva herniaria ha sido durante muchos años el principal y casi único indicador de resultado tras la cirugía de la hernia inguinal. Actualmente, la utilización masiva de las técnicas protésicas sin tensión, tanto en cirugía abierta como por vía endoscópica, han logrado reducir las tasas de recurrencia. No obstante, este indicador seguirá vigente mientras sigamos operando cada año en torno a un 10% de hernias recidivadas.

En los últimos años la evolución social y el interés de los profesionales en alcanzar la excelencia han propiciado el desplazamiento de interés hacia otros indicadores relacionados con el confort postoperatorio y la calidad de vida. En este contexto, el dolor crónico tras la cirugía emerge como el nuevo foco de atención de los cirujanos, plasmado en la mayoría de los estudios y publicaciones sobre hernia inguinal.

¿Qué entendemos por dolor crónico? Según la International Association for the Study of Pain es aquel que persiste al finalizar el período considerado normal de cicatrización de los tejidos, que se estima en 3 meses¹. El dolor crónico tras la cirugía de la hernia inguinal es una complicación a largo plazo bien conocida por los cirujanos desde hace muchos años, pero a la que no se le prestaba suficiente atención por estar eclipsado tras la recidiva y quizás por considerarlo relativamente infrecuente, ya que las grandes series de los centros dedicados a la cirugía herniaria referían una incidencia menor del 1%².

Sin embargo, en una sociedad cada vez con menor umbral de tolerancia al sufrimiento y al dolor, la cirugía de la hernia inguinal no iba a ser una excepción. Así, un estudio multicéntrico realizado en Canadá en 1995 por Cunningham et al mostraba, al año de la cirugía, una incidencia de dolor crónico de un 63%, con un 12% de casos con dolor de grado moderado a severo³. Dado que la hernia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes, con una tasa de incidencia anual de 2.800 casos por cada millón de habitantes en Europa y Estados Unidos, es fácil hacerse cargo del impacto sociosanitario que puede representar el dolor crónico postoperatorio.

El dolor crónico es un parámetro difícil de estudiar, valorar y medir por su carácter subjetivo, y su incidencia puede depender del modo y el momento de medirlo. Tampoco existe un acuerdo sobre el instrumento adecuado para cuantificar de forma objetiva la intensidad del dolor y su repercusión en la

calidad de vida de los pacientes⁴. Se han llegado a diseñar escalas específicas para medir la intensidad y la afectación en la calidad de vida del dolor postherniorrafia⁵, pero su uso no se ha generalizado ni se ha validado adecuadamente. La mayoría de los estudios publicados se basan en encuestas realizadas a pacientes, generalmente por correo, en un tiempo variable tras la cirugía y con porcentajes de respuestas también variables, lo que puede infravalorar la incidencia real del dolor crónico y la magnitud del problema que representa para los pacientes. De hecho, ya hay evidencias que sugieren un aumento del uso de los servicios sanitarios por parte de estos pacientes.

Los estudios de costes que representa el dolor crónico suelen estar infraestimados, ya que solo incluyen los costes directos de la asistencia sanitaria y no suelen incluir el coste social que representa el tiempo de baja laboral en casos de dolor incapacitante y la reducción de la productividad de estos pacientes por el efecto en su calidad de vida⁶.

Pero los aspectos económicos y sociales no son los únicos, porque el dolor crónico tiene un impacto muy importante en la calidad de vida. En un estudio de ámbito nacional realizado en Dinamarca se demostraba que el 17% de 1.166 pacientes operados de hernia inguinal no solo referían limitaciones durante el trabajo, sino también en el deporte y otras actividades de ocio como resultado del dolor inguinal crónico⁷. En otro estudio, se demuestra que tiene un efecto muy negativo para la realización de actividades simples, como caminar o estar de pie durante un tiempo, en el sueño, en las relaciones sociales, en el carácter y en el disfrute general de la vida⁸. Uno de los aspectos más relevantes y que hasta ahora no se había estudiado adecuadamente es la disfunción sexual secundaria al dolor, que según los estudios publicados, puede afectar de forma moderada a severa hasta un 3% de los hombres jóvenes operados de hernia inguinal⁹.

En los últimos años, el número de trabajos publicados sobre dolor crónico postherniorrafia se ha incrementado de forma notable, incluyendo revisiones sistemáticas de la literatura^{10–12}. La conclusión global es que la incidencia se sitúa en torno al 12%. En la aparición del dolor crónico postoperatorio se han implicado múltiples factores de riesgo relacionados tanto con el paciente como con la técnica quirúrgica. Destacan

la existencia de dolor preoperatorio, la personalidad del paciente, la coincidencia con otros síndromes dolorosos crónicos, la juventud, la cirugía por hernias recidivadas o cirugía previa de abdomen inferior, el dolor intenso en el postoperatorio inmediato, la incidencia de complicaciones postoperatorias, las retribuciones por incapacidad laboral, etc.^{10–13}

En cuanto a las causas del dolor crónico postherniorrafia, la lesión nerviosa emerge como la más plausible, si tenemos en cuenta que en la región inguinal existen 4 nervios (ilioinguinal, iliohipogástrico, rama genital del nervio genitofemoral y nervio femorocutáneo), que podrían verse lesionados o dañados durante la cirugía¹⁴. Sin embargo, los estudios publicados no establecen si es mejor la identificación y preservación de los nervios o la escisión de los mismos, aunque sugieren que la identificación de los nervios evitaría su lesión y presumiblemente, podría reducir el riesgo de dolor crónico¹⁴. También se ha relacionado el dolor postherniorrafia con la utilización de suturas o grapas, como método de fijación de las prótesis, y con la desinserción de la malla o el plegamiento de la misma, efecto denominado «meshoma»¹⁵.

Sin embargo, a pesar de su indiscutida trascendencia social y sanitaria, no se ha alcanzado un consenso sobre el tratamiento de elección del dolor inguinal crónico. Se han propuesto tratamientos farmacológicos similares a los que se utilizan en otros dolores neuropáticos (gabapentina, triptizol). También se ha probado con la estimulación eléctrica transcutánea y la fisioterapia. En las unidades especializadas en dolor crónico se ha desarrollado en los últimos años la ablación con radiofrecuencia de las raíces nerviosas (L1-L3) o de los nervios de la región inguinal. Algunos autores como Amid, basados en sus excelentes resultados¹⁵, abogan por la cirugía como tratamiento de elección. La técnica quirúrgica consiste en la triple neurectomía (ilioinguinal, iliohipogástrica y de la rama genital del nervio genitofemoral), y en los pacientes con dolor testicular, la resección de 2 cm de la lámina propia del conducto deferente. En los casos en los que esté implicado el plegamiento de la malla o la inserción de suturas y/o grapas, el explante de la malla o la retirada de las suturas serían el tratamiento de elección¹⁶. Sin embargo, hay que destacar que a pesar de que la incidencia de dolor crónico postherniorrafia es elevada, son muy pocos los pacientes que se llegan a reintervenir por esta causa, salvo en los centros de referencia¹⁵.

Como áreas de investigación se estudia actualmente si con la utilización de las nuevas mallas autoadhesivas o el uso de colas biológicas para fijar las prótesis, que evitan la fijación con suturas, se logrará disminuir la incidencia de dolor crónico postherniorrafia. También se espera determinar la utilidad de las mallas de baja densidad, tan de moda hoy en día, que provocarían una menor fibrosis en los tejidos y como consecuencia, menor reacción inflamatoria, que daría lugar a la disminución del dolor postoperatorio, tanto de forma inmediata como a largo plazo. Sin embargo, los estudios publicados hasta ahora con este nuevo tipo de mallas muestran resultados controvertidos con respecto al dolor y algunos, incluso, un aumento de la tasa de recidivas¹⁷.

En conclusión, aunque la recidiva sigue siendo un indicador relevante y obligado en el análisis de los resultados de la cirugía herniaria, hoy es absolutamente necesario incluir

otros parámetros relacionados con el confort y la calidad de vida postoperatoria, especialmente la incidencia de dolor crónico. Sin embargo dadas las dificultades que entraña su valoración, está casi todo por hacer, incluyendo el consenso sobre el diseño y la metodología de los estudios que permitan la identificación de pacientes de riesgo para el desarrollo de dolor crónico y, también, estudios de eficacia de medidas preventivas y pautas de tratamiento en estos pacientes.

B I B L I O G R A FÍA

1. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* suppl 1986; 3: S1–226.
2. Lichtenstein IL. Herniorrhaphy. A personal experience with 6321 cases. *Am J Surg.* 1987;153:553–9.
3. Cunningham J, Temple WJ, Mitchell P, Nixon JA, Preshaw RM, Hagen NA. Cooperative Hernia study. Pain in the postrepair patient. *Ann Surg.* 1996;224:598–602.
4. Van Hanswijk P, Lloyd A, Hosfall L, Tan R, O'Dwyer PJ. The measurement of chronic pain and health-related quality of life following inguinal hernia repair: a review of the literature. *Hernia.* 2008;12:561–9.
5. Franneby U, Gunnarson U, Anderson M, Heuman R, Nordin P, Nyrén O, et al. Validation of an Inguinal Pain Questionnaire for assessment of chronic pain after groin hernia repair. *Br J Surg.* 2008;95:488–93.
6. Becker N, Bondegaard TA, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain.* 1997;73:393–400.
7. Bay-Nielsen N, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg.* 2001;233:1–7.
8. Courtney CA, Duffy K, Serpell MG, O'Dwyer PJ. Severe chronic pain following repair of groin hernia. *Br J Surg.* 2002;89: 1310–4.
9. Aasvang EK, Mohl B, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Pain related sexual dysfunction after inguinal herniorrhaphy. *Pain.* 2006;122:258–63.
10. Poobalan AS, Bruce J, Cairns W, Smith S, Kng PM, Krukowski ZH, et al. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. *Clin J Pain.* 2003;19:48–54.
11. Aasvang E, Kehlet H. Chronic postoperative pain: the case of inguinal herniorrhaphy. *Br J Anaesth.* 2005;95:69–76.
12. Nienhuijs S, Stall E, Strobbe L, Rosman C, Groenewoud H, Bleichrodt R. Chronic pain after mesh repair of inguinal hernia: a systematic review. *Am J Surg.* 2007;194:393–400.
13. Franneby U, Sandblom G, Nordin P, Nyren O, Gunnarsson U. Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Ann Surg.* 2006;244:212–9.
14. Wijsmuller AR, van Veen RN, Bosch JL, Lange JFM, Kleinrensink GJ, Jeekel J, et al. Nerve management during open hernia repair. *Br J Surg.* 2007;94:17–22.
15. Amid PK, Hiatt JR. New understanding of the causes and surgical treatment of postherniorrhaphy inguinodynia and orchalgia. *J Am Coll Surg.* 2007;205:381–5.
16. Aasvang E, Kehlet H. Surgical management of chronic pain after inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2005;92:795–801.
17. O'Dwyer JO, Kingsnorth AN, Molloy RG, Small PK, Lammers B, Horeyseck G. Randomized clinical trial assessing impact of a lightweight or heavyweight mesh on chronic pain after inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2005;92:166–70.

Pilar Hernández Granados
Unidad de Cirugía General, Hospital Universitario Fundación
Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España
Correo electrónico: mphernandez@fhalconcon.es

0009-739X/\$ - see front matter
© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.
doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.017