



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-320 - DIAGNÓSTICO DEL DOLOR INGUINAL CRÓNICO POSQUIRÚRGICO

Martínez Martínez, Carmen; Darriba Fernández, María Isaura; Domínguez Carrera, José Manuel; Trillo Parejo, Pedro; Estrada López, Carlos Roberto; Alberca Remigio, Claudia; Octavio de Toledo de Miguel, Elia; García García, Manuel

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Resumen

Introducción y objetivos: El dolor inguinal posoperatorio puede clasificarse en: somático, consecuencia de lesión de músculos o ligamentos, de características agudas; nociceptivo, generalmente por reacción perióstica a nivel del pubis, tejido cicatricial o la presencia de un “meshoma”; y neuropático, indicativo de lesión o atrapamiento nervioso, responsable en la mayoría de los casos del dolor crónico. En el caso del dolor neuropático los nervios más frecuentemente afectados son el ilioinguinal, iliohipogástrico, rama genital del genitocrural y el femorocutáneo, que serán objeto de estudio de las distintas pruebas diagnósticas. Exponer los tipos de dolor inguinal posoperatorio y definir los distintos métodos para su diagnóstico de los que disponemos en la actualidad y su utilidad.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura y análisis de los artículos obtenidos de las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, así como de guías específicas obtenidas de páginas web de asociaciones científicas, seleccionando aquellos artículos que hacen referencia a los distintos métodos diagnósticos de la inguinodinia posoperatoria.

Resultados: En el diagnóstico de la inguinodinia debe comenzarse por una anamnesis exhaustiva en la que se determine el tipo de dolor y se descarten causas no neuropáticas del mismo. El mapeo por dermatomas es una técnica exploratoria sencilla que nos permite valorar la intensidad, tipo de disestesia y las ramas nerviosas involucradas. Los estudios neurofisiológicos pueden proporcionar información importante sobre la situación motora y sensorial del área afectada y son de utilidad para apoyar el diagnóstico clínico, ya que por sí solos tienen un nivel bajo de sensibilidad y especificidad. La ecografía dinámica y el TC tienen valor principalmente en el diagnóstico de la recurrencia herniaria y para descartar la presencia de “meshoma”. La neurografía por resonancia magnética permite estudiar con detalle la anatomía de los nervios periféricos y marcar con exactitud la localización y extensión de las lesiones, por lo que puede suponer una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico, aunque no está ampliamente extendida por el momento.

Conclusiones: Los pacientes que sufren dolor crónico posoperatorio presentan un amplio espectro de manifestaciones y su diagnóstico puede suponer un desafío. Ninguna prueba en sí misma constituye el *gold* estándar. El mapeo por dermatomas es la exploración de referencia, que en combinación con otras técnicas puede ofrecer la mejor aproximación al diagnóstico.