



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-142 - TRIPLE NEURECTOMÍA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL POR INGUINODINIA CRÓNICA. DESCRIPCIÓN ANATÓMICA Y QUIRÚRGICA

Navarro-Morales, Laura¹; Bellido-Luque, Juan²; Bellido-Luque, Araceli¹; Licardie-Bolaños, Eugenio³; Moreno-Suero, Francisco⁴; Gómez-Menchero, Julio⁵; Suárez-Grau, Juan Manuel⁴; Morales-Conde, Salvador²

¹Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; ⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ⁵Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

Resumen

Introducción: El dolor inguinal crónico poshernioplastia o inguinodinia, es una de las preocupaciones del cirujano de pared, independientemente de la vía de abordaje, ya que se presenta con una frecuencia que fluctúa entre 5 y 15% de los casos, siendo en su mayoría de tipo somático, ocasionada por fijación mecánica, enrollamiento de la malla, etc. Solo en menos de 1% de los pacientes el dolor es neuropático, y tiene su origen en el atrapamiento, presión o sección de un nervio. Este dolor que puede llegar a ser muy incapacitante, cuando se demuestra que es de tipo neural, y los tratamientos conservadores fallan, se puede sugerir el tratamiento quirúrgico mediante triple neurectomía, como una opción terapéutica definitiva. Descripción de la técnica quirúrgica y resultados de la triple neurectomía laparoscópica con abordaje transabdominal preperitoneal, en el tratamiento de la inguinodinia crónica.

Caso clínico: Presentación del caso de un paciente varón de 66 años, con antecedente de hernioplastia inguinal derecha abierta hace quince años. Presenta dolor crónico continuo irradiado a teste ipsilateral, sin respuesta a analgesia convencional. A partir de entonces es evaluado por neurología, anestesia y medicina de rehabilitación para tratar de controlar el dolor inguinal sin conseguirlo con infiltraciones de esteroides y administración de analgésicos de tipo mórfico. A la exploración el paciente presenta cicatriz en región inguinal derecha sin presencia de recidiva herniaria a ese nivel. Se realiza estudio neurofisiológico que muestra signos de neuropatía del nervio ilioinguinal y genitofemoral derechos de tipo mixto, desmielinizante y axonal, de grado intenso, y de iliohipogástrico de tipo desmielinizante de grado moderado. Ante la ausencia de mejoría clínica, se determina la necesidad de triple neurectomía mínimamente invasiva con abordaje transabdominal preperitoneal. En quirófano se efectúa mapeo por dermatomas en la región inguinal afecta, el cual demuestra compromiso de los dermatomas inervados por el nervio iliohipogástrico (NIH), ilioinguinal (NII) y rama genital (RG) del nervio genitofemoral. La cirugía se produjo sin incidencias y la evolución posoperatoria fue favorable. El paciente presentaba un dolor crónico inguinal reportando una valoración en la escala EVA del dolor prequirúrgica de 8 sobre 10. Tras la cirugía, dicha valoración se redujo a 5 al primer día posoperatorio, a 4 puntos a la semana y 3 al mes. El alta hospitalaria se produjo a las 24 h de la cirugía y no se reportaron complicaciones relevantes con las

sucesivas revisiones.

Discusión: En espera de nuevos estudios, podemos concluir que la neurectomía selectiva laparoscópica transabdominal retroperitoneal como tratamiento del dolor neuropático inguinal refractario, es una opción segura, reproducible y puede ser efectiva en pacientes muy bien seleccionados. Es clave el dominio de la anatomía y el conocimiento de la imagen por ecografía, así como la colaboración entre cirujanos y anestelistas para abordar este tipo de pacientes.