



P-543 - ¿DOLOR REAL O PACIENTE DEMANDANTE? A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Martínez, Carmen; Trillo Parejo, Pedro; Darriba Fernández, María Isaura; Domínguez Sánchez, Julio Manuel; 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 posquirúrgico es una entidad relativamente frecuente y que en la mayoría de los casos es transitorio, asociándose a la inflamación local, pero en aquellos casos en los que está asociado a una lesión somática adquiere gran importancia el diagnóstico clínico precoz para un tratamiento dirigido. Presentar un caso clínico de una paciente con dolor posquirúrgico resistente a múltiples tratamientos tras la exéresis de una tumoración axilar y su resolución quirúrgica y realizar una revisión de la literatura de esta patología.

Caso clínico: Paciente de 32 años con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo que acude a consulta de Cirugía derivada por su Médico por tumoración axilar derecha de rápido crecimiento. Se deriva a consulta de Medicina Interna para estudio, solicitan TC body donde se evidencia conglomerado adenopático axilar derecho. Ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo se decide realizar una exéresis quirúrgica del conglomerado adenopático, con el hallazgo anatomopatológico de un fibroadenoma. Desde el inicio del seguimiento la paciente comenzó con clínica de dolor en el miembro superior derecho, evidenciándose a la exploración impotencia funcional activa y pasiva por encima de los 90° y puntos gatillo a nivel de la cicatriz de la intervención. Tras derivar a la paciente a la Unidad del Dolor, donde se administraron múltiples terapias y tratamientos sin resultados satisfactorios, a Neurología que solicitó una RM y electromiograma sin hallazgos y a rehabilitación, y ante la persistencia de clínica incapacitante, se propone a la paciente la reintervención. Se realiza una exploración quirúrgica donde se evidencia una lesión compatible con un neuroma en uno de los nervios intercostobraquiales y se procede a su exéresis. Tras la intervención se confirma anatomicamente la existencia de un neuroma y la paciente presenta una resolución total de su clínica dolorosa. Las lesiones del nervio intercostobraquial se han descrito en la literatura en relación a cirugías mamarias, ya que debido a su posición es extremadamente vulnerable a un daño directo durante la disección linfática. La aparición de neuromas se produce cuando existe un daño en un nervio periférico durante una intervención que no se cura adecuadamente. Pueden ser terminales, cuando existe una sección completa del nervio o neuromas en continuidad, cuando la integridad del nervio permanece intacta. Su diagnóstico es esencialmente clínico por la existencia de hipersensibilidad y un signo de Tinel positivo a la exploración que irradia a lo largo de la distribución del nervio. Este diagnóstico puede confirmarse con un bloqueo nervioso con anestésico local, que también puede ser terapéutico, aunque suelen precisarse infiltraciones periódicas por lo que la exéresis quirúrgica del neuroma debe tenerse en cuenta como opción en aquellos pacientes

con dolor recurrente.

Discusión: La lesión de los nervios intercostobraquiales es frecuente durante las cirugías axilares, y ante la aparición de clínica dolorosa debe evaluarse con detenimiento su posible etiología y en caso de encontrar clínica compatible con un neuroma iniciar un tratamiento temprano, ya sea médico o quirúrgico para evitar prolongar las limitaciones en las actividades cotidianas del paciente.