



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-423 - DESCENSO DE LA TASA DE DOLOR CRÓNICO INGUINAL CON LA HERNIOPLASTIA PREPERITONEAL ABIERTA. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Ruiz Marzo, Rocío; Otegi Altolaquirre, Ibai; Rico Arrastia, Aida; Sebastian Labayen, José Luis; Uribaz Rodríguez, José Mauricio; Blázquez Lautre, Lucas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: El dolor inguinal posoperatorio crónico se define como aquel que aparece *de novo* tras la intervención, persistente, de una duración mayor de 3 meses. Las guías internacionales recogen una incidencia global, independientemente de la técnica, del 10 al 12%.

Objetivos: Demostrar la menor tasa de dolor inguinal crónico posoperatorio en las hernioplastias vía preperitoneal abierta, mediante el análisis de nuestra serie.

Métodos: Presentamos el análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestra unidad de hernia inguinocrural entre enero de 2017 y junio de 2020 mediante hernioplastia preperitoneal posterior abierta (Nyhus). Incluimos tanto hernias primarias como recidivadas, así como las intervenidas tanto de forma programada como urgente. En cuanto a la técnica quirúrgica, utilizamos mallas de polipropileno fijadas con puntos sueltos al ligamento de Cooper y ligamento inguinal con monofilamento reabsorbible de larga duración; encorbatando el cordón inguinal. Se realiza una visita presencial en la consulta externa de la unidad al mes de la intervención, donde se evalúa, entre otros ítems, el dolor posquirúrgico cuantitativamente mediante una escala EVA. Consideramos como dolor crónico la presencia del mismo con un EVA > 3 durante 6 meses o más. En caso de dolor, realizamos seguimiento y derivación a Unidad del Dolor.

Resultados: En el periodo estudiado se intervinieron mediante esta técnica 307 pacientes (60 hernias primarias y 247 hernias recidivadas). Se registró un único paciente con dolor crónico posoperatorio (0,3%), que continúa en seguimiento por nosotros y la Unidad del Dolor.

| | Total hernias intervenidas | Hernias primarias | Hernias recidivadas | Dolor crónico posoperatorio |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|
| 1 ^{er} semestre 2017 | 56 | 8 | 48 | 0 |
| 2 ^o semestre 2017 | 32 | 0 | 32 | 0 |
| 1 ^{er} semestre 2018 | 69 | 16 | 53 | 0 |
| 2 ^o semestre 2018 | 34 | 11 | 23 | 0 |
| 1 ^{er} semestre 2019 | 49 | 2 | 47 | 0 |
| 2 ^o semestre 2019 | 28 | 8 | 20 | 0 |

| | | | | |
|-------------------------------|-----|----|-----|---|
| 1 ^{er} semestre 2020 | 39 | 15 | 24 | 1 |
| Total | 307 | 60 | 247 | 1 |

Conclusiones: En la cirugía de la hernia inguinocrural, tanto si se realiza vía abierta como laparoscópica, e independiente de la opción técnica, existe un riesgo potencial de agresión nerviosa. La única profilaxis válida es evitar la lesión nerviosa intra y posoperatoria. En este sentido, es importante valorar la invasión y disección de cada técnica. Los abordajes abiertos, tanto vía anterior como posterior, aunque puedan considerarse de mayor invasividad que los laparoscópicos, generan una menor disección que los segundos. La TAPP y, en mayor medida, la TEP requieren de una mayor disección del espacio preperitoneal para asentar la malla, generando mayor riesgo neurolesivo. El abordaje preperitoneal posterior abierto, con excepción del Stoppa y el Wantz, muestra excelentes tasas de dolor crónico posoperatorio. La menor lesión nerviosa con el abordaje abierto posterior radica en que se accede al espacio preperitoneal anatómicamente alejados de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal; únicamente pudiendo lesionarse de forma leve la rama genital del nervio genitofemoral en la disección del cordón preinguinal, generando en tal caso orquialgias leves. En conclusión, tanto la bibliografía como nuestra serie, demuestran que los abordajes preperitoneales abiertos producen menos neurolesiones que los abordajes anteriores o los posteriores laparoscópicos.