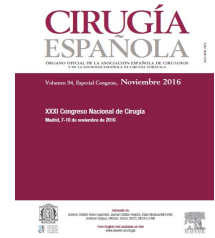




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-279 - ACTUACIÓN FRENTE AL DOLOR INGUINAL EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA

*Gamero Huamán, Jean Carlo; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Valera Sánchez, Zoraida; Domínguez Amodeo, Antonio; Curado Soriano, Antonio; Jurado Marchena, Remedios; Navarrete de Carcer, Enrique; Oliva Mompean, Fernando*

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** Incidencia es variable según las distintas series, pero se estima que afecta aproximadamente al 10% de los pacientes intervenidos mediante hernioplastia inguinal, tratándose de una de las complicaciones más relevantes originando repercusión importante en la calidad de vida de los pacientes. El dolor inguinal de intensidad leve a moderada tras la reparación suele limitarse en el tiempo en los dos primeros meses, periodo que se consideraría aceptable tras la cirugía, mientras que el dolor de intensidad moderada-grave que se extiende más allá de dos meses postquirúrgicos debe considerarse como patológico y es preciso un manejo y tratamiento adecuado del mismo.

**Objetivos:** Plantear protocolo de actuación en casos de dolor inguinal postquirúrgico patológico tras reparación de la hernia inguinal.

**Métodos:** En casos agudos con dolor incoercible en el postoperatorio inmediato no controlable con analgesia habitual aún con opioides, la causa principal es neuralgia por atrapamiento nervioso, ante lo cual optamos por intervención quirúrgica precoz durante la primera semana, realizándose una revisión de la cirugía, y practicándose neurectomía del nervio afecto, siendo necesario en ocasiones el explante de la malla, consiguiendo el control inmediato de los síntomas. En el dolor moderado-grave durante los tres primeros meses, considerado como periodo vigilancia, realizamos tratamiento farmacológico con analgesia convencional pautada, pudiendo asociarse opioides menores y valorando la existencia de dolor tipo neuropático, donde escalamos en caso de falta de respuesta con fármacos neurolépticos tales como amitriptilina o pregabalina. Si persiste pasado los tres meses, es preciso descartar recidiva herniaria mediante exploración y como primera técnica de imagen mediante ecografía, y si en esta no existen hallazgos continuamos con TAC - RMN inguinal, para descartando recidiva o existencia de meshoma, en caso de recidiva realizamos cirugía con reparación herniaria asociando triple neurectomía en caso de neuralgia asociada. Si no existen hallazgos en pruebas de imagen y también en el caso de meshoma continuamos con medidas conservadoras remitiendo al paciente a la Unidad del dolor para valorar medidas intervencionistas, si tras ellas no existe mejoría de la clínica dolorosa, planteamos en un plazo de 6 meses tratamiento quirúrgico, mediante la realización de triple neurectomía y en el meshoma el explante de la malla además de la triple neurectomía.

**Resultados y conclusiones:** Pensamos que la opción más efectiva en casos de inguinodinia aguda

incoercible es la revisión quirúrgica en el postoperatorio precoz, evitando la cronificación del dolor, mientras que la inguinodinia leve moderada superior a tres meses se beneficia de un tratamiento con neurolépticos y tratamiento multidisciplinario ante lo cual remitimos a la Unidad del dolor. Sólo tras valoración de seis meses sin respuesta a medidas conservadoras planteamos tratamiento quirúrgico neurectomía que realizamos completa y no selectiva, mediante abordaje abierto anterior, con explante de la malla en caso de meshoma o dolor combinado asociado a la malla. Valoramos abordaje laparoscópico transabdominal si existe reparación previa laparoscópica tipo TEP-TAPP con lesión neural bajo fascia transversalis a nivel retroperitoneal.