

# ¿Cuál es la causa del dolor inguinal crónico postherniorrafia?

Tejero García, M. (Medico adjunto Anestesiología y Reanimación). Cabrejas Ibarz, T. (Medico adjunto Anestesiología y Reanimación).

*Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Infanta Elena. Huelva.*

Está más que establecido que la cirugía de la hernia inguinal puede desencadenar un síndrome de dolor crónico post herniorrafia, pudiendo llegar a producirse hasta en un 10% de las intervenciones realizadas.<sup>1</sup>

La sintomatología de la inguinodinia neuropática postherniorrafia consta de dolor, parestesias, alodinia (sensación de dolor ante estímulos no nocivos tales como el tacto o presión), dolor irradiado hacia la zona escrotal, labios mayores de la vagina y al triángulo de Scarpa. Esta sintomatología además se agrava con la marcha o la hiperextensión de la cadera y disminuye con el decúbito y la flexión del muslo. Estos últimos aspectos de la sintomatología nos hacen ver que la afectación del tracto nervioso es el actor protagonista del dolor crónico post herniorrafia.<sup>2</sup>

En primer lugar vamos a describir cuales son las causas fisiopatológicas para la aparición del dolor crónico post herniorrafia y a continuación también describiremos una serie de factores estudiados que también se relacionan con la aparición o no del dolor.

## Etiología

Tenemos tres tipos de causas para la aparición de este síndrome doloroso:

En primer lugar cabe destacar las causas no neuropáticas, como son reacción del periostio del pubis, formación de cicatriz de tipo queloideo y presión directa ejercida por material protésico (malla) doblado o arrugado.<sup>3</sup>

En segundo lugar están las causas neuropáticas causantes por ende del diferenciable dolor neuropático. Estas causas pueden ser fibrosis del perineuro de los nervios que recorren el trayecto inguinal (nervio ilioinguinal y rama genital del nervio genitofemoral) y la compresión de éstos por material de sutura, grapas o material protésico.

En tercer lugar tenemos la lesión directa del tracto nervioso de manera completa o incompleta. Se puede producir por tracción, corte directo con bisturí o excesiva termocoagulación.

Por otro lado tenemos una serie de factores que han sido estudiados y que también pueden influir en la aparición o no de este síndrome. Son muchas las revisiones realizadas en este aspecto y éstas son algunas de las conclusiones:

- Edad: Existen diversos estudios donde se demuestra que el riesgo de dolor crónico disminuye con la edad siendo más probable en el grupo de individuos menores de 40 años que en el grupo de mayores de 65.<sup>4</sup>
- Sexo: Existe mayor incidencia en mujeres.<sup>5</sup>
- IMC: Parece no existir relación entre el índice de masa corporal y la frecuencia de aparición del síndrome.<sup>6</sup>
- Actividad Laboral: Ha sido demostrado que la actividad laboral es un factor de riesgo para la aparición del dolor, ya que se da con más frecuencia en los pacientes activos que en los ya retirados.
- Laparoscopia vs. abierta: No existen datos fiables en estos momentos de que una técnica u otra se asocie más con dolor postherniorrafia.
- Malla vs. no malla: La conclusión de diversos meta análisis es que se da menos dolor crónico post herniorrafia cuando se coloca el material protésico (probablemente relacionado con que la técnica de sutura es más sencilla y existen menos posibilidades de producir lesión nerviosa).<sup>7</sup>
- Reintervención: Las reintervenciones por recidiva suelen asociarse a mayor frecuencia de aparición de dolor crónico postoperatorio.

## Tratamiento

Una vez que hemos identificado a un paciente con este síndrome debemos saber que este tipo de dolor se trata de un dolor de características neuropáticas luego no se trata de un paciente

donde la primera línea de actuación sean analgésicos potentes como los opioides, a pesar de que el dolor sea muy intenso.

Los fármacos de elección para este tipo de dolor se trata de los anticonvulsivantes y los antidepresivos tricíclicos. Una modalidad bastante establecida es la de administrar pregabalina ( Anticonvulsivante ) y amitriptilina ( Antidepresivo tricíclico). Con la pregabalina se comienza con dosis progresivas llegando hasta alcanzar 75 mg. cada 12 horas, 150 mg. cada 12 horas o 300 mg. cada 12 horas en función de la edad del paciente, patología concomitante, función renal, severidad del cuadro, evolución y fármacos asociados.

Con respecto a la amitriptilina suele comenzarse con dosis de 10 mg. cada 24 horas antes de acostarse y llegando hasta 25mg cada 24 horas. Estos pacientes suelen referir dolor nocturno, reflejado como sensación de quemazón impidiéndoles dormir bien y un numero de horas aceptable, con este fármaco suele conseguirse una mejoría notable en el descanso nocturno.

Estos dos fármacos tratan de modular las aferencias nerviosas para evitar su constante estimulación de carácter doloroso.

Este tratamiento inicial debe acompañarse de analgésicos los cuales se irán pautando tal y como viene reflejado en las escalas progresivas de tratamiento de dolor de la OMS. Suele comenzarse con Aines y paracetamol, siguiendo a estos los opioides débiles como el tramadol y la codeína y posteriormente opioides fuertes.

Existen tratamientos en forma de parches a nivel local de capsaicina, para alivio sintomático del dolor. También se empiezan a utilizar parches de lidocaína al 5% con efecto refrescante a nivel local y actividad sistémica por la liberación constante de lidocaína lo cual produce un efecto analgésico sobre el dolor de características neuropáticas.

Por otro lado y no por ello quiere decir que se deba dejar para el final tenemos el tratamiento invasivo realizado por Anestesiólogos en las Unidades de dolor crónico como son los bloqueos simpáticos lumbares, la ablación por radiofrecuencia de las raíces nerviosas correspondientes (L1-L3) y la estimulación eléctrica transcutánea. Estos procedimientos suelen asociarse a la farmacoterapia de primera línea antes descrita consiguiendo buenos resultados.

En ultimo lugar encontramos también tratamiento quirúrgico, para algunos considerado como el tratamiento de elección, consistente en la triple neurectomía ( Iliioinguinal, iliohipogastrica y de la rama genital del nervio genitofemoral).

En los pacientes que además se asocia dolor testicular suele llevarse a cabo la resección de 2 cms. de la lamina propia del conducto deferente. Existen casos donde la cusa del dolor es el plegamiento de la malla siendo la retirada del material protésico lo indicado. No obstante a pesar de lo frecuente del dolor postherniorrafia este tratamiento se observa en muy pocas ocasiones y en centros donde tienen mucha experiencia con el mismo.

## Conclusión

Este tipo de síndrome cada vez más frecuente, al ser tan elevado el número de herniorrafias practicadas, debe ser reconocido precozmente, y tratado de manera multidisciplinar por parte de cirujanos, anestesiólogos y rehabilitadores.

Desde la consulta de cirugía debe ser diagnosticado el síndrome, se debe valorar la necesidad de retirada de material protésico o no y comenzar con tratamiento farmacológico, a su vez debe ser derivado al Anestesiólogo para incorporar o no mas tratamiento y valorar la práctica técnicas invasivas y al rehabilitador debido a la importancia que juega la fisioterapia en este tipo de pacientes.

## Bibliografía

1. Macrae WA. Chronic pain after surgery. *Br J Anaesth* 2001; 87: 88-98
2. Amid PK Causes, prevention, and surgical treatment of postherniorrhaphy neuropathic inguinodynia: triple neurectomy with proximal end implantation. *Hernia*. 2004 Dec;8(4):343-9.
3. Amid PK. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia*. 2003;7:101-115.
4. Courtney CA, Duffy K, Serpell MG, et al. Outcome of patients with severe chronic pain following repair of groin hernia. *Br J Surg* 2002; 89: 1310-4
5. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg* 2001; 233: 1-7
6. Poobalan AS, Bruce J, King PM, et al. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2001; 88: 1122-6
7. EU Hernia Trialists Collaboration. Repair of groin hernia with synthetic mesh: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg* 2002; 235: 322-32