

# Neurectomía Triple: tratamiento de dolor crónico post hernioplastia inguinal

## Triple neurectomy: treatment of chronic pain post inguinal

Elizabeth Aguirre-Herrera<sup>1,2,a</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** la neurectomía es la intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de una parte de un nervio. **Reporte de caso:** se presenta un caso que se trata de una mujer que tenía hernia inguinal, la cual fue intervenida para una reparación vía laparoscópica, la cual se realiza aparentemente sin problemas. 3 días después inicia con dolor inguinal, por el que fue evaluada por diferentes especialistas, una de las posibilidades que se pensaron era que podía ser un problema psiquiátrico. **Conclusión:** Al cabo de más de 3 meses, se pudo resolver el problema con la cirugía llamada Neurectomía triple, donde se realiza la exéresis de las fibras nerviosas que inervan esa zona. Con resultado exitoso.

**Palabras clave:** Hernia inguinal, Hernioplastia, neurectomía. (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction:** the neurectomy is the surgical intervention that consists of the removal of a part of a nerve. **Case report:** a case is presented that is a woman who had inguinal hernia, which was operated for a laparoscopic repair, which is apparently done without problems. 3 days later it starts with inguinal pain, for which it was evaluated by different specialists, one of the possibilities that was thought was that it could be a psychiatric problem. **Conclusion:** After more than 3 months, the problem could be solved with the surgery called triple Neurectomy, where the excision of the nerve fibers that innervate that area is performed. With successful result.

**Keywords:** Inguinal hernia, Hernioplasty, neurectomy. (Source: MeSH-NLM).

### INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una de las enfermedades más comunes en varones en todo el mundo, con una tasa de incidencia del 18-24% durante toda la vida<sup>(1)</sup>. El tratamiento de la hernia inguinal consiste en una intervención que se denomina hernioplastia que consiste en colocar mallas sintéticas que cierren el defecto en la fascia<sup>(2)</sup>. La tasa de éxito es aproximadamente del 95%. Cuando es necesario se

realiza con anestesia general y en hernias pequeñas con anestesia local. Son frecuentemente cirugías ambulatorias y con mínima estancia hospitalaria<sup>(1)</sup>.

El dolor inguinal crónico es una de las complicaciones más frecuentes después de la reparación de la hernia inguinal, puede ser incapacitante<sup>(2)</sup>. La prevalencia de dolor crónico postoperatorio oscila de 0 a 63%, independientemente del tipo de reparación de la hernia y puede ser secundario a una multitud de trastornos incluyendo el síndrome complejo dolor post-herniorrafia<sup>(1)</sup>. El nervio ilioinguinal inerva el monte de Venus y el pliegue inguinal, junto con una parte antero proximal de la raíz del pene y de los labios mayores. Los patrones descritos de inervación son simétricos bilateralmente en 40,6 por ciento<sup>(2)</sup>.

Los síndromes de dolor nociceptivo o neuropático, relacionados con la cirugía de hernia tienen que ser diferenciada de otras etiologías<sup>(1)</sup>. El dolor crónico después de la reparación de la hernia inguinal se está convirtiendo en un problema clínico importante, como lo demuestra el aumento del número de publicaciones en los últimos 10 años que se ocupan del síndrome de dolor postoperatorio. En primer lugar, es importante diferenciar el dolor crónico del dolor agudo. El dolor agudo postoperatorio generalmente se observa temprano poco después de la cirugía; el cual es fácilmente resuelto y con éxito con analgésicos generalmente dentro de 15 a 30 días después de la cirugía sin necesidad de tratamiento adicional. En el dolor crónico, generalmente visto 3 meses después de la cirugía puede resultar en una condición

1. Servicio de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Hospital Belén, Trujillo, Perú.  
2. Maestría de Investigación Clínica, Escuela de Postgrado de Universidad Particular Antenor Orrego, Trujillo, Perú.  
a. Cirujana General.

potencialmente debilitante. Y a veces resulta que el paciente es incapaz de realizar las actividades diarias o de volver al trabajo<sup>(3)</sup>.

Se han reconocido varios patrones de lesión del nervio ilioinguinal o iliohipogástrico durante la hernia inguinal: El atrapamiento de sutura inadvertida, la escisión parcial, aplastamiento, quemaduras o diatermia; el resultado final es la aparición de dolor postoperatorio grave, persistente y de vez en cuando puede ser responsable de debilitamiento significativo del paciente<sup>(4)</sup>. Las causas subyacentes del dolor crónico posthernioplastia incluyen condiciones neuropáticas y no neuropáticas. Las causas neuropáticas son la compresión del nervio por la fibrosis perineural, suturas, grapas, material protésico y la lesión del nervio durante la cirugía. El caminar y la hiperextensión de la cadera desencadenan este tipo de dolor. El no neuropático (dolor somático) son causas de reacción perióstica, el tejido cicatricial, la presión mecánica de la malla plegada llamada 'meshoma'; las causas neuropáticas, especialmente la irritación crónica del nervio, se consideran como una causa importante del dolor crónico posthernioplastia moderada o grave<sup>(1)</sup>. La neuralgia post-operatoria se ve aumentada aún más como una complicación para el cirujano por el consiguiente riesgo de litigios. De hecho, el 5% y el 7% de los pacientes que sufren de neuralgia postherniorrafia va a demandar a sus cirujanos<sup>(5)</sup>. En otro estudio de la incidencia de dolor crónico después de hernia inguinal se ha estimado entre el 1% y 19%<sup>(6)</sup>; de ellos el 6% de los pacientes con hernia inguinal reparada sufren de dolor crónico severo, dolor en la ingle y evita que los pacientes lleven a cabo sus actividades diarias.

Con el fin de reducir la incidencia de dolor crónico

posthernioplastia, se han empleado neurectomías electivas; sin embargo, la eficacia de la neurectomía es controvertido<sup>(1)</sup>. Debido a que la extirpación del nervio elimina el dolor postquirúrgico causada por atrapamiento, inflamación, o reacciones fibróticas alrededor del nervio, parece que hay una cierta ventaja teórica de esta práctica<sup>(7)</sup>. El dolor en la ingle neuropático después de la reparación de la hernia inguinal es generalmente debido a un neuroma del nervio ilioinguinal, iliohipogástrico, o genito-femoral<sup>(6)</sup>. En un metanálisis sobre la reparación de la hernia inguinal con malla sintética, la incidencia global de dolor persistente fue del 5%<sup>(3,6)</sup>. La identificación y preservación de los nervios durante la cirugía reduce el riesgo del dolor crónico posthernioplastia; otro factor es la estructura de la malla y los estudios clínicos aleatorios mostraron que una malla ligera puede causar menos dolor crónico, que una malla de peso pesado<sup>(4)</sup>. Teóricamente, la escisión del nervio ilioinguinal eliminaría la posibilidad de la neuralgia post-operatorio que surge de atrapamiento, inflamación, neuroma, o reacciones fibróticas<sup>(5)</sup>.

La no identificación del nervio ilioinguinal durante la reparación inguinal abierta y con malla, conlleva un riesgo significativo para el desarrollo de dolor que dura más de 3 meses. El nervio ilioinguinal es el que tiene mayor riesgo de atrapamiento, ya que se encuentra inmediatamente debajo de la fascia oblicua externa dividida y se puede enredar en las suturas utilizadas para la reparación de la hernia y al reaproximar la fascia del oblicuo externo<sup>(4,7)</sup>.

## REPORTE DEL CASO

Paciente mujer de 48 años de edad, con dolor en fosa iliaca derecha, de 3 meses de evolución, el cual inicia 3



**Fig. 1a:**  
PREOPERATORIO  
Paciente no deambula



**Fig. 1b:** Nervios  
identificados en el acto  
operatorio



**Fig. 1c:** POST-  
OPERATORIO. Paciente  
deambula normalmente



**Fig. 1d:** Nervios  
seccionados

días después de hernioplastia laparoscópica, de moderada intensidad. Por consultorio externo le dan tratamiento analgésico, disminuyendo el dolor. 2 meses antes del ingreso: reinicia dolor en misma zona, de gran intensidad, ingresando por emergencia del Hospital Belén de Trujillo, es hospitalizada y operada (retiro de malla), asimismo tratada por otras especialidades, es dada de alta. 1 mes y medio antes del ingreso: reinicia dolor en fosa iliaca derecha, pelvis y hemiabdomen inferior, irradiado a miembros inferiores, dificultando su deambulacion (Fig. 1a), utiliza silla de ruedas, dolor persiste hasta el ingreso. 3 días antes del ingreso: se añade edema de miembros inferiores y superiores, con movimientos de flexión y extensión de limitados.

**Ha recibido tratamiento en:** Neurocirugía por Neuralgia ilioinguinal con: Pregabalina, amitriptilina, neurobion. y sugirieron: Bloqueo epidural. Neurología: indicó Terapia del dolor (Bloqueo regional por anestesiología), caso contrario considerar cirugía ablativa. Psiquiatría por Trastorno Depresivo Moderado reactivo a situación médica y por Neuralgia ilioinguinal.

**Reporte operatorio:** incisión de Gibson (bilateral), apertura de pared hasta identificar músculo psoas, se evidencia nervios ilio inguinal y femorocutáneo bilaterales e ilio púbico izquierdo con tejido fibrótico y edematizados. Se realiza Neurectomía triple inguinal bilateral (Fig. 1b, 1c).

**Evolución:** paciente evoluciona favorablemente, deambula sin dolor (Fig. 1d). Sale de alta.

## DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico recomendado para el dolor neuropático crónico después de herniorrafia es una operación de dos etapas que incluye: (a) neurectomía ilioinguinal e iliohipogástrico a través de un abordaje inguinal y (b) neurectomía del nervio genital a través de un abordaje del flanco-. Doscientos veinticinco pacientes fueron sometidos a neurectomías triples con sección del extremo proximal para tratar la neuralgia crónica postherniorrafia. Cuatro pacientes reportaron mejoría. El 80% de los pacientes se recuperaron completamente, y el 15% presentaban dolor insignificante transitorio sin deterioro funcional. Estos resultados son comparables a los resultados de la operación de dos etapas: neurectomía simultánea de los nervios ilioinguinal, ileohipogástrico y genitales sin la movilización del cordón espermático es un procedimiento de una sola etapa efectiva para tratar la neuralgia postherniorrafia. Se puede realizar con anestesia local y evita complicaciones testiculares. El

extremo proximal de la sección de los nervios impide la adherencia de los extremos cortados a las estructuras aponeuróticas de la ingle, lo cual puede resultar en la recurrencia del dolor. Un procedimiento quirúrgico en una etapa es la resección de los tres nervios en un abordaje anterior que evita una segunda operación a través del flanco y trata con éxito la neuralgia crónica (3,5). El presente, es el primer caso que se reporta en nuestro hospital, la paciente presentó gran dolor, parestesia, y hasta edema local, el cual tuvo tratamiento y evolución favorable.

**Conflictos de interés:** La autora niega conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bay-Nielsen M, Kehlet H. Inguinal herniorrhaphy in women. *Hernia*. 2006;10(1):30-3.
2. Khoshmohabat H, Panahi F, Alvandi AA, Mehrvarz S, Mohebi HA, Koushki ES. Effect of ilioinguinal neurectomy on chronic pain following herniorrhaphy. *Trauma Mon*. 2012;17(3):323.
3. Barazanchi AWH, Fagan PVB, Smith BB, Hill AG. Routine Neurectomy of Inguinal Nerves During Open Onlay Mesh Hernia Repair: A Meta-analysis of Randomized Trials. *Ann Surg*. 2016;264(1):64-72.
4. Vuilleumier H, Hübner M, Demartines N. Neuropathy after herniorrhaphy: indication for surgical treatment and outcome. *World J Surg*. 2009;33(4):841-5.
5. Sun P, Pandian TK, Abdelsattar JM, Farley DR. Reoperation for groin pain after inguinal herniorrhaphy: does it really work? *Am J Surg*. 2016;211(3):637-43.
6. Verhagen T, Loos MJA, Scheltinga MRM, Roumen RMH. Surgery for chronic inguinodynia following routine herniorrhaphy: beneficial effects on dysejaculation. *Hernia*. 2016;20(1):63-8.
7. Bendavid R, Lou W, Grischkan D, Koch A, Petersen K, Morrison J, et al. A mechanism of mesh-related post-herniorrhaphy neuralgia. *Hernia*. 2015;1-9.

## Correspondencia

Elizabeth Aguirre-Herrera

Correo: [joeliah@hotmail.com](mailto:joeliah@hotmail.com)

## Revisión de pares

Recibido: 16/09/2016

Aceptado: 20/10/2016