

Dolor postoperatorio en hernia inguinal

Fernando Uherek P, Enrique Rocco R y alumna Nicole Carey P*.

RESUMEN

El dolor postoperatorio es una complicación frecuente de la cirugía de la hernia inguinal, que muchas veces no es reportada en las distintas publicaciones sobre el tema. Se realiza una revisión sobre esta complicación abarcando los aspectos anatómicos involucrados, las clasificaciones utilizadas, así como las causas más frecuentes de dolor postquirúrgico y las medidas que se pueden implementar tendientes a evitar esta complicación. (Palabras claves/Key words: Cirugía de hernia inguinal/Inguinal hernia repair; Complicaciones/Complications; Dolor postoperatorio/Postoperative pain).

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una patología prevalente no sólo en Chile, sino también a nivel internacional. Anualmente en EE.UU. se operan 700.000 pacientes con hernia inguinal, en Canadá 48.000 y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile 3.500¹.

Las técnicas quirúrgicas para resolver esta patología son muy variadas entre un centro quirúrgico y otro. Sin embargo, esta realidad de cambio se constata en todas partes y a lo largo del tiempo desde que Bassini, a fines de 1800, empleó su técnica anatómica. Desde esa fecha y hasta la actualidad se han registrado cambios importantes.

Actualmente, la tendencia es reemplazar la pared posterior y calibrar el orificio inguinal profundo con un material protésico, logrando de esta forma disminuir substancialmente el porcentaje de recidiva y mejorar la calidad del postoperatorio.

Desde que en 1887 Bassini mostró una recidiva de 3,8%⁹ con seguimiento de 3 años, son muchos los trabajos publicados en relación a la técnica utilizada versus recidiva. No obstante, son escasas las publicaciones que hablan de dolor postoperatorio y la mayoría de ellas carece de un

seguimiento adecuado, y si lo tiene habitualmente éste dice relación sólo con la recidiva.

En la práctica clínica diaria el cirujano se ve enfrentado frecuentemente a pacientes con dolor postoperatorio de diferentes intensidades, incluso a largo plazo y algunas veces de tipo invalidante. A menudo, esta sintomatología es interpretada como de carácter funcional y orientada a alargar el período de reposo²⁻⁶.

Los factores que han sido involucrados como causales del dolor postoperatorio son múltiples, sin embargo al revisar la literatura médica sobre el tema, nos encontramos que las causas bien documentadas son escasas.

Para lograr comprender adecuadamente la génesis de esta complicación se debe conocer previamente la anatomía de la región involucrada. Con tal propósito haremos una breve reseña de los nervios presentes en la región inguinal y que guardan relación con el dolor postoperatorio en la hernia inguinal.

NERVIOS DE REGIÓN INGUINAL^{7,8}

Los nervios periféricos más importantes de la región inguinal son (Figura 1):

Nervio iliohipogástrico o abdominogenital mayor. Emerge del borde lateral del psoas mayor.

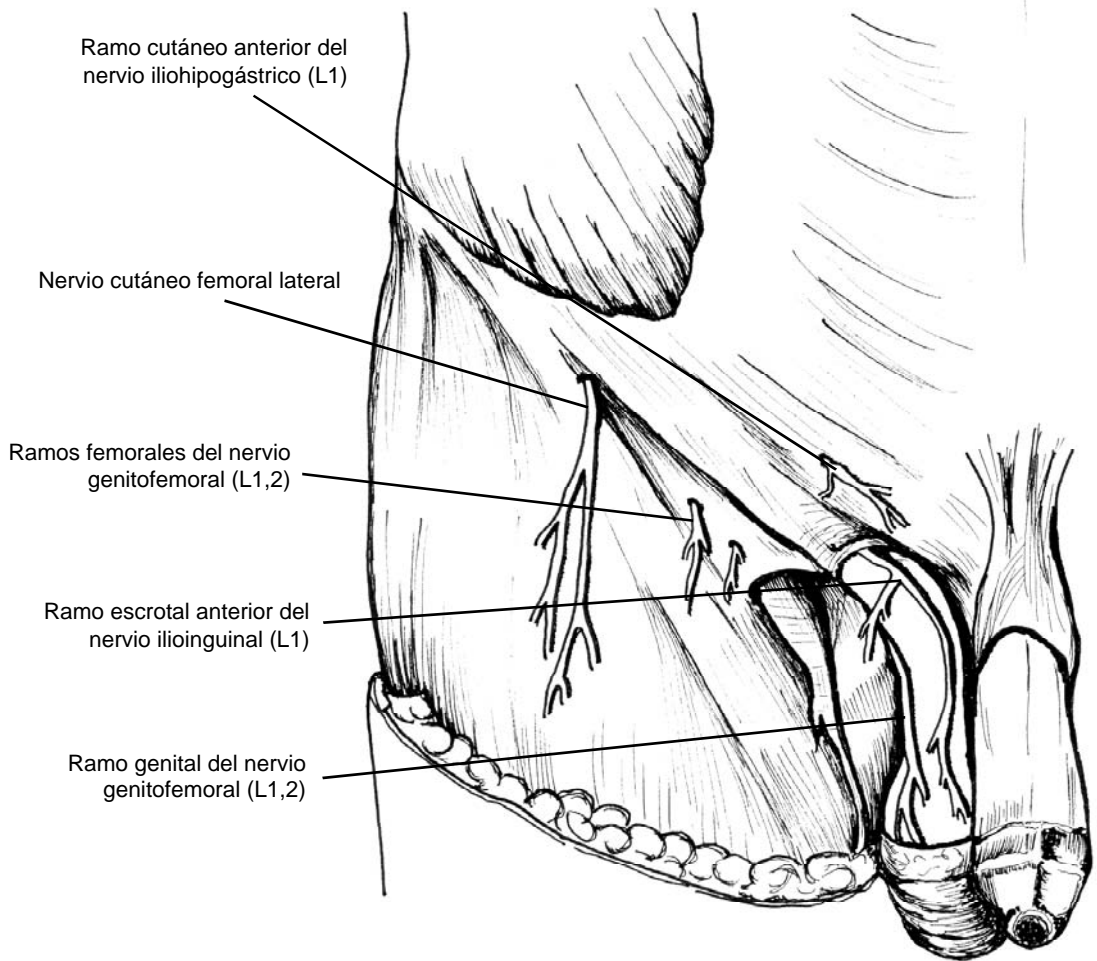


FIGURA 1. Anatomía de la región inguinal.

Desciende lateralmente por la cara anterior del músculo cuadrado lumbar o de los lumbos, luego atraviesa la parte posterior del transverso del abdomen y sobre la espina ilíaca anterosuperior se divide en dos ramos, que cursan entre los músculos transverso y oblicuo interno del abdomen, y que son el *ramo cutáneo lateral* el cual atraviesa los músculos oblicuos interno y externo y se distribuye en el integumento de la región glútea y el *ramo cutáneo anterior* que va entre los músculos transverso y oblicuo interno a los cuales inerva, perfora el oblicuo interno y la aponeurosis del oblicuo externo por encima del anillo inguinal superficial para luego inervar el integumento de la región suprapubiana.

Nervio ilioinguinal o abdominogenital menor. Sigue un curso parecido al nervio iliohipogástrico

situándose por debajo de éste. Inerva los músculos transverso y oblicuo interno, luego continúa hacia adelante cubierto por la aponeurosis del oblicuo externo y desciende en el canal inguinal, por delante del funículo espermático, emerge por el anillo inguinal superficial distribuyéndose en la piel de la parte superomedial del muslo y de la pared abdominal sobre la sínfisis pubiana. Emite ramos escrotales o labiales anteriores.

Nervio genitofemoral. Emerge y desciende por la cara anterior del músculo psoas mayor cubierto por peritoneo y es cruzado anteriormente por el uréter. Sobre el ligamento inguinal se divide en el *ramo genital* que cruza la arteria ilíaca externa, ingresa por el anillo inguinal profundo al canal inguinal inervando el cremáster e

integumento del escroto o del labio mayor; y el *ramo femoral* que desciende por el borde lateral de la arteria ilíaca externa, llega al ligamento inguinal, pasa por detrás de él, entra a la vaina femoral, lateralmente a la arteria femoral. Emerge por el hiato safeno e inerva el integumento de la parte superior del triángulo femoral.

CLASIFICACIÓN

La clasificación que mejor permite explicar y desarrollar el tema del dolor post herniorrafia es la que dice relación con su duración en el tiempo. De acuerdo a este criterio, existe el:

1. *Dolor postoperatorio agudo*^{2,4}. Este período se considera desde el postoperatorio inmediato hasta los 30 días. Prácticamente, todos los pacientes refieren algún grado de dolor. Sin embargo, es de fácil control mediante analgésicos y antiinflamatorios de uso corriente en todos los centros hospitalarios. Es en este período en el que se han visto diferencias estadísticamente significativas entre una técnica y otra. Las técnicas libres de tensión, como Lichtenstein y otras, que utilizan mallas para reparar la pared posterior y que han aparecido en las dos últimas décadas, son las que reportan menos dolor^{2,3,6}. Con esta técnica los pacientes requieren menos analgésicos y su reinserción laboral es precoz. Sin embargo, estudios con técnica de Shouldice muestran cifras similares de dolor postoperatorio inmediato, aun cuando esta técnica evidentemente queda con mayor tensión^{1,2}.

Entonces, no sólo importa "la tensión". Existen también otros factores que inciden en el dolor postoperatorio agudo. Entre ellos, se incluyen:

1. Materiales de sutura inadecuados (lino), que producen una reacción inflamatoria importante.
2. Presencia de hematomas y seromas (2-10%).
3. Presencia de infección (1-3%).
4. Sutura de piel con mucha tensión.
5. Disección laboriosa del saco herniario, produciendo un proceso inflamatorio cicatricial importante del cordón espermático.
6. Ligadura y sección del saco herniario en su base.
7. Fijación de un punto al periostio del pubis.
8. Bajo umbral al dolor del paciente.

2. *Dolor postoperatorio crónico*^{2,4,6}. Este período se evalúa un año después de la cirugía. Los escasos trabajos de relevancia que existen en torno a este tema son en su mayoría europeos. Las cifras que muestran son desalentadoras. La tendencia de los cirujanos en general, es pensar que el dolor más importante ocurre durante las primeras semanas y que luego éste desaparece. Sin embargo, se reportan cifras de 63% de dolor después del transcurso de un año y 53% a los dos años. Los tipos de dolor crónico son tres²:

Dolor en la fijación en el pubis. Habitualmente se produce al incluir el periostio en la sutura, la cual incluso puede producir una osteitis local.

Dolor neurálgico. Los nervios frecuentemente comprometidos son el nervio ilioinguinal y genitofemoral. La lesión puede ocurrir en el intraoperatorio, ya sea por sección y posterior formación de un neuroma o por dejarlo incluido en la sutura (neuropraxia). También puede presentarse durante el postoperatorio, al ir quedando incorporado en la formación de la cicatriz operatoria de los planos profundos.

Lo que no se considera dolor, pero sí es descrito como molestia, es la hipoestesia que se presenta entre el 95-99% de los pacientes y la anestesia en alrededor del 10%. Esto, habitualmente cede en forma espontánea entre los 6 y 12 meses y no requiere de tratamiento medicamentoso.

Dolor visceral o eyaculatorio. Afortunadamente es poco frecuente. No lo presenta más del 1-2% de los pacientes y es independiente del tipo de reparación herniaria efectuada.

El tratamiento del dolor post cirugía de la hernia inguinal es variable. Así, en el caso de dolor por la inserción de un punto en el pubis se debe reoperar y soltar el punto. El dolor neurálgico responde bien a la carbamazepina y son pocos los casos en que se debe reoperar^{2,4}. El dolor visceral o eyaculatorio es generalmente leve y cede espontáneamente. En forma eventual, podría solucionarse con una vasectomía.

Otra clasificación es aquella basada en la intensidad o recurrencia del dolor y que considera 3 categorías:

Dolor leve. Dolor ocasional o "discomfort" que no limita la actividad.

Dolor moderado. Dolor frecuente, que limita las actividades que requieren algún esfuerzo físico mayor, como por ejemplo, realizar deporte.

Dolor severo. Dolor prácticamente constante y que limita las actividades básicas, como por ejemplo, caminar.

Cunningham comunica que al año de la operación, el 63% de los pacientes referían dolor. El 53% de ellos permanecían con dolor a los dos años y un 10% lo mantenían a los cuatro años de postoperados^{2,3,6}.

Estas cifras parecen altas, pero si se consideran sólo los pacientes con dolor moderado a severo, sólo el 12% lo presentaban al año y el 10% a los dos años^{2,3,6}.

Las cifras antes mencionadas pertenecen a un estudio en el que se realizaron sólo técnicas anatómicas como Bassini, McVay y Shouldice. Sin embargo, si se comparan con técnicas libres de tensión, no existen diferencias estadísticamente significativas. Es decir, el dolor crónico post

herniorrafia es importante, pero no depende de la técnica quirúrgica utilizada.

Es importante, además, dejar en claro que el tipo de hernia no tiene mayor trascendencia en los niveles de dolor postoperatorio, excepto en el caso de hernias recidivadas, en que el dolor moderado a severo aumenta en el control al año en un 10%³.

Otros cirujanos, como Pappalardo⁵, intentando mejorar estas cifras, han seccionado el nervio iliohipogástrico para luego reparar la hernia con técnicas libres de tensión, obteniendo como resultado la total ausencia de dolor crónico y sólo hipoestesia en el 1% de los pacientes, luego de dos años de seguimiento.

COMENTARIO

Al dolor post herniorrafia no siempre se le da la importancia necesaria, ya sea porque se subestima o no se registra. Sin embargo, existen múltiples factores que intervienen tanto en su génesis como en sus diferentes formas e intensidades. Conociendo mejor la anatomía y utilizando adecuadamente las técnicas quirúrgicas existentes, podemos contribuir a su disminución.

REFERENCIAS

- 1 Bezama J: Hernia inguinal. Técnica de Shouldice opción de reparación sin malla. *Rev Chil Cir* 2001; 53: 175-82
- 2 Cunningham J, Temple W, Mitchell P, Nixon J, Preshaw R, Hagen N: Pain in the postrepair patient. *Ann Surg* 1996; 224: 598-602
- 3 Callesen T, Bech K, Kehlet H: Prospective study of chronic pain after groin hernia repair. *Br J Surg* 1999; 86: 1528-31
- 4 Callesen T, Bech K, Nielsen R, et al: Pain after groin hernia repair. *Br J Surg* 1998; 85: 1412-4
- 5 Pappalardo G, Guadalaxara A, Illomei G, d'Orta C, Frattaroli FM: Prevention of postherniorrhaphy persistent pain: results of a prospective study. *Int Surg* 1999; 84: 350-3
- 6 Eu Hernia Trialists Collaboration: Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: Systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg* 2000; 87: 854-9
- 7 Bouchet A, Cuilleret J: Anatomía descriptiva, topográfica y funcional. Barcelona, Editorial Médica Panamericana, 1980: 77-123
- 8 Netter F: The CIBA Collection of Medical Illustrations. New York, CIBA, 1953: 34-43
- 9 Gilbert A, Graham M, Voigt W: Inguinal hernia: Anatomy and management. <http://www.medscape.com/Medscape/surgery/ClinicalMgmt/CM.v01/public/index-CM.v01.html>