

Nota clínica

Minineurectomía ecoguiada del nervio ilioinguinal para tratar el dolor crónico posquirúrgico: nueva técnica selectiva confirmada por disección anatómica



Mini-ultrasound guidance neurectomy of the ilioinguinal nerve for chronic postoperative pain: a new selective technique confirmed by anatomical dissection

Alfredo Moreno-Egea^{1,2}

¹ Jefe de la Clínica Hernia. Hospital Universitario La Vega. Murcia (España)

² Profesor de Anatomía Quirúrgica. Departamento de Anatomía Humana. Facultad de Medicina. Universidad Católica de San Antonio (UCAM). Murcia (España)

Resumen

Antecedentes: El tratamiento del dolor crónico neural posquirúrgico todavía no dispone de ningún consenso. La neurectomía es una opción cuando fracasa el tratamiento médico. La neurectomía puede realizarse por vía anterior o posterior y de forma clásica o mediante laparoscopia, pero estos abordajes suelen ser complejos y traumáticos.

Caso clínico: Presentamos una mujer operada de hernia inguinal tres años antes y con dolor crónico neural (nervio ilioinguinal) refractario a tratamiento médico. Fue operada dos veces para retirar trozos de mallas, sin que se consiguiera evitar el dolor. Se realizó después una laparoscopia extraperitoneal, que no consiguió reconocer el nervio ilioinguinal y seccionó el femorocutáneo. Ante la situación creada, se diseñó una nueva estrategia local bajo control ecográfico y se realizó una minineurectomía ambulatoria, evitando los campos quirúrgicos previos (anterior y laparoscópico).

Conclusión: La minineurectomía ecoguiada es una posibilidad más que ha de considerarse en el tratamiento del dolor crónico posquirúrgico de origen neural.

Abstract

Background: The treatment of postoperative chronic pain neural still has no consensus. Neurectomy is an option when medical treatment fails. Neurectomy may be by anterior or posterior approach, and classic or via laparoscopy, but these approaches are often complex and traumatic.

Case report: We present a female inguinal hernia surgery three years earlier and neural refractory chronic pain (ilioinguinal nerve) to medical treatment. He had surgery two times to remove pieces of nets without getting avoids pain. They then performed a laparoscopic extraperitoneal that failed to recognize the ilioinguinal and severed the femoral cutaneous nerve. Given the situation created a new local strategy design under ultrasound guidance and outpatient mini-neurectomy was performed, avoiding (anterior and laparoscopic) prior surgical fields.

Conclusion: Mini-ultrasound guidance neurectomy of the ilioinguinal nerve for chronic postoperative pain is another possibility to consider in treating for chronic postsurgical pain.

Recibido: 08-09-2017

Aceptado: 02-10-2017

Palabras clave:

mini-neurectomía, nervio ilioinguinal, dolor crónico

Key words:

Mini-ultrasound, ilioinguinal nerve, chronic pain

* Autor para correspondencia. Alfredo Moreno-Egea. Avda. Primo de Rivera 7, 5.º D. 3008 Murcia (España).

teléfono: 639662113. Correo electrónico: morenoegeaalfredo@gmail.com

2255-2677/© 2018 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.86>

Conflicto de intereses: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses

Agradecimiento. Al Departamento de Anatomía de la Universidad Católica de San Antonio (UCAM), de la Facultad de Medicina de Murcia.

Antecedentes

Los pacientes con dolor inguinal crónico posquirúrgico nos obligan a plantear nuevas opciones de tratamiento para intentar resolver un problema cada vez más frecuente en nuestras consultas. El dolor inguinal crónico tras hernioplastia puede llegar a ser un problema de gran trascendencia médico-legal para muchos cirujanos. Su incidencia puede alcanzar el 20 % de los casos operados de hernia inguinal (1,2).

La neurectomía ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento médico para controlar el dolor inguinal crónico por lesión del nervio ilioinguinal, y puede realizarse tanto por vía inguinal anterior como por vía extraperitoneal posterior (3,4). Después de varias cirugías sobre la región inguinal, estando esta ya alterada por la implantación de una malla y por la fibrosis inducida, el abordaje anterior puede ser desaconsejable, por suponer un mayor riesgo de complicaciones. El abordaje laparoscópico extraperitoneal puede ser, entonces, una opción más segura, pero tiene un alto costo, precisa mayor disección y puede plantear problemas de identificación del nervio por las frecuentes variaciones anatómicas (5-7). Entre ambas opciones, nosotros diseñamos una nueva técnica, la *minineurectomía ecoguiada*, alternativa que evita abordar la ingle sobre los tejidos dañados con cirugías previas.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es describir una nueva opción quirúrgica para realizar la neurectomía del nervio ilioinguinal como tratamiento del dolor inguinal crónico refractario al tratamiento médico.

Caso clínico

Presentamos nuestra experiencia con una mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, tratamientos farmacológicos ni dolor previo, que fue operada de hernia inguinal. Desde el primer día comenzó con dolor urente irradiado a pubis y genitales externos. Durante tres años fue valorada por cirujanos, anestesiólogos, traumatólogos, urólogos y neurólogos, y finalmente fue enviada al psiquiatra. Se realizaron varias ecografías, tomografías, resonancia, endoscopia y tránsito para descartar múltiples procesos, sin que se llegara a un diagnóstico (endometriosis, enfermedad inflamatoria intestinal, pubalgia, reumatismo lumbar, recidiva, etc.). Fue operada dos veces más por su cirujano para retirar trozos de malla, padeciendo ingresos prolongados (por seroma, infección de la herida, etc.), pero sin conseguir una respuesta positiva al dolor. Finalmente, fue remitida a una Unidad del Dolor, donde se le realizaron estudios electroneurofisiológicos (electromiografía) y bloqueos anestésicos repetidos, y se llegó al diagnóstico de lesión del nervio ilioinguinal derecho. Fue remitida de nuevo al cirujano y se solicitó una neurectomía, y esta se realizó mediante abordaje videoendoscópico extraperitoneal.

Desde la primera noche la paciente refirió una molestia añadida, distinta a la primera, y que se localizaba ahora sobre la cara anterior del muslo hasta alcanzar la rodilla. La paciente decía que podía pincharse sin notar nada. Un nuevo estudio electroneurofisiológico demostró una lesión completa del nervio femorocu-

táneo, mientras que el nervio ilioinguinal permanecía indemne. La paciente fue remitida a nuestra unidad para valorar una nueva posibilidad quirúrgica. Ante la situación creada, buscamos una nueva alternativa: abordar el nervio a su entrada cerca de la espina iliaca anterosuperior, pero bajo control ecográfico.

Primero, el nervio se localiza con el paciente despierto, y una vez bajo control de ultrasonidos, se realiza su estimulación directa, verificando el territorio afectado al reproducir el dolor. Esta maniobra se realiza con una aguja de punción lumbar. Posteriormente, se instila un poco de azul de metileno (fig. 1) para marcar su situación y profundidad (7). Tras aplicar la anestesia local, se realiza una mínima disección hasta alcanzar el nervio teñido de azul y se procede a su sección entre dos pinzas de Pean, a través de un pequeño campo operatorio.

A las 6 horas de la cirugía, el dolor desapareció de forma inmediata, y después de un seguimiento de 12 meses, la paciente permanece libre del dolor urente inguinal (aunque persiste la insensibilidad sobre la cara anterior del muslo).

Discusión

El diagnóstico y tratamiento del dolor crónico inguinal precisa muchos recursos y una buena colaboración multidisciplinaria. La neurectomía parece ser la opción con mejores resultados publicados, pero necesita un cirujano con amplia formación y experiencia, lo que solo puede conseguirse centralizando pacientes mediante la creación de unidades especializadas. La laparoscopia no está exenta de riesgos, y para realizar una neurectomía con seguridad (de un nervio del plexo lumbar), la

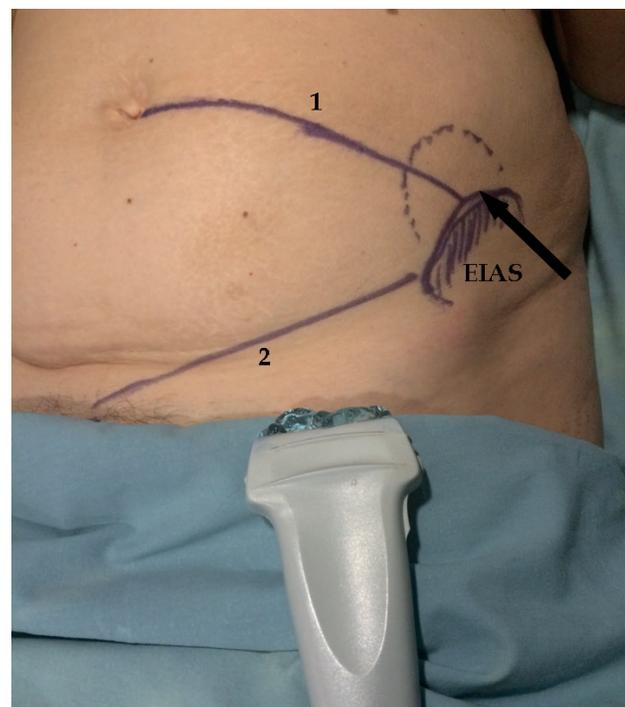


Figura 1. Esquema de la técnica de localización ecográfica del nervio ilioinguinal. Líneas de referencia: 1. Espina iliaca anterosuperior (EIAS)-ombiligo. 2. Ligamento inguinal. La flecha indica el punto de contacto del traductor con la cresta iliaca.

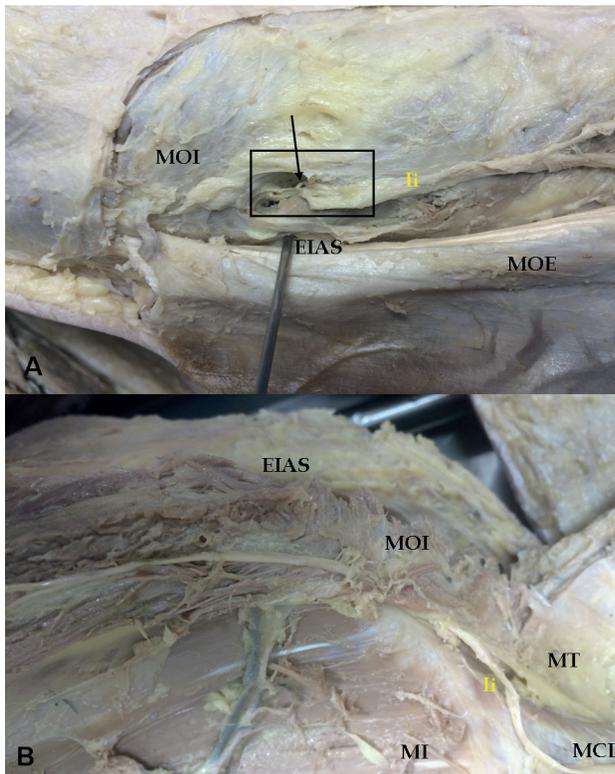


Figura 2. Disección sobre cadáver. A. Punto exacto donde el nervio ilioinguinal (Ii) atraviesa el plano muscular en relación con la espina iliaca anterosuperior (EIAS) para situarse bajo la aponeurosis del externo (MOE) y descender por la región inguinal. El rectángulo indica la zona de disección de la técnica ecoguiada. B. Verificación del trayecto extraperitoneal, intramuscular e inguinal del nervio ilioinguinal (MI: Músculo iliaco; MT: Músculo transverso; MOI: Músculo oblicuo interno; MCL: Músculo cuadrado lumbar; CI: Cresta iliaca; EIAS: Espina iliaca anterosuperior; Ii: Nervio ilioinguinal).

formación anatómica (que aconsejamos que se aprenda directamente sobre el cadáver) debe ser meticulosa. La minineurectomía ecoguiada descrita en este trabajo puede ser una opción sencilla, segura, barata y realizable con anestesia local y ambu-

latoria. El nervio, con un poco de práctica, se localiza bien con ecografía y mediante estimulación directa. La cirugía se realiza con el nervio ya marcado, por lo que se reduce la incisión y la disección para su sección (6-8). Para verificar esta técnica, hemos acudido a la sala de disección de la Facultad de Medicina (Universidad Católica de San Antonio) y la hemos testado sobre cadáver, mediante la disección completa del trayecto del nervio ilioinguinal (fig. 2).

Para concluir, queremos remarcar que cualquier actitud quirúrgica que se plantee ante un paciente con dolor inguinal crónico debe realizarse tras un correcto diagnóstico preoperatorio de la neuralgia. Nunca se debe obviar una detallada historia clínica, una electromiografía (con estudio neurosensorial) y un bloqueo anestésico. La colaboración multidisciplinar (cirugía, anestesia y radiología) fue fundamental para poder conseguir un resultado positivo en esta paciente.

Referencias

1. Dittrick GW, Ridl K, Kuhn JA, McCarty TM. Routine ilioinguinal nerve excision in inguinal hernia repairs. *Am J Surg.* 2004;188(6):736-40.
2. Aroori S, Spence RA. Chronic pain after hernia surgery –an informed consent issue. *Ulster Med J.* 2007;76(3):136-40.
3. Hahn L. Treatment of ilioinguinal nerve entrapment –a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(9):955-60.
4. Lange JF, Kaufmann R, Wijssmuller AR, Pierie JP, Ploeg RJ, Chen DC, et al. An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain. *Hernia.* 2015;19(1):33-43.
5. Moreno-Egea A, Borrás-Rubio E. Selective ambulatory transabdominal retroperitoneal laparoscopic neurectomy to treat refractory neuropathic groin pain. *Rev Hispanoam Hernia.* 2014;02:67-71.
6. Anatomía aplicada a la neurectomía del iliohipogástrico laparoscópica extraperitoneal. Moreno Egea A. *Rev Argentina Anat.* (online) 2016;7(1):20-24.
7. Klaassen Z, Marshall E, Tubbs RS, Louis RG Jr, Wartmann CT, Loukas M. Anatomy of the Ilioinguinal and Iliohypogastric Nerves With Observations of Their Spinal Nerve Contributions. *Clin Anat.* 2011;24:454-461.
8. Eichenberger U, Greher M, Kirchmair L, Curatolo M, Moriggl B. Ultrasound-guided blocks of the ilioinguinal and iliohypogastric nerve: accuracy of a selective new technique confirmed by anatomical dissection. *Br J Anaesth.* 2006;97(2):238-43.