

ORIGINAL

Dolor persistente tras hernioplastia inguinal: estudio descriptivo a largo plazo

M. Gutiérrez Moreno, F. Docobo Durántez, A. M. Muñoz Ortega, M. J. Tamayo López, J. Mena Robles

Unidad de CMA. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Introducción: Dolor crónico es aquel que permanece tras 3 meses desde la intervención quirúrgica. De etiología multifactorial, puede llegar a ser invalidante para el paciente.

Objetivos: Conocer, en nuestro medio, la prevalencia del dolor crónico posthernioplastia inguinal en cirugía programada y régimen ambulatorio.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hernia inguinal e intervenidos de manera programada en cirugía mayor ambulatoria entre enero de 2000 y diciembre de 2006. Dolor inmediato: primeras 72 horas; dolor agudo: 3 primeros meses; dolor crónico: más de 3 meses. Seguimiento: llamada telefónica a las 24 y 48 horas del alta, revisión en consulta al mes y llamada telefónica al año.

Resultados: 3.649 pacientes (81,70% hombres), edad media 54,15 años. ASA II 63,55%. Dolor inmediato en el 85% de los pacientes, que cedió con la analgesia pautada; dolor agudo en el 3%, inyectándose corticoide y anestésico local cuando el dolor no cedía pasadas 4 semanas en 3 pacientes; dolor crónico en el 0% de los pacientes seguidos durante un año.

Discusión: Durante el primer mes del postoperatorio sólo están indicados analgésicos orales. Pasado este periodo y ante la permanencia de dolor, una alternativa a la analgesia pautada puede ser la inyección de corticoide y anestésico local en la zona intervenida.

Conclusión: El dolor inmediato tras la hernioplastia inguinal programada en régimen ambulatorio así como el producido en los 3 primeros meses, precisa únicamente analgesia oral. Es nula la prevalencia de dolor crónico en nuestra serie.

Palabras clave: Dolor crónico. Dolor postoperatorio. Hernioplastia. Hernia inguinal. Anestesia local. Corticoide intramuscular.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is pain that persists 3 months after the surgical procedure. Of multifactorial etiology, it can be disabling for the patient.

Objectives: To determine, in our environment, the prevalence of chronic pain after inguinal hernioplasty scheduled as ambulatory surgery.

Material and methods: A retrospective study of patients diagnosed with inguinal hernia and who underwent ambulatory surgery between January 2000 and December 2006. Immediate pain: at 72 hours; severe pain: up to 3 months; chronic pain: more than 3 months. Follow-up: telephone call at 24 and 48 hours after discharge, clinical visit one month after and phone call one year later.

Results: 3,649 patients (81.70% male), mean age 54.15 years. ASA II 63.55%. Immediate pain in the first 48 hours in 85% of patients, which was controlled with analgesia; severe pain in 3%, in which steroids and local anaesthetic injected in 1-2 sessions were given when the pain did not abate after 4 weeks in 3 patients; chronic pain in 0% of the patients followed for one year.

Discussion: During the first month after surgery only oral analgesics are indicated. After this period and if there is persistence of pain, an alternative to analgesia may be the injection of corticosteroids and a local anaesthetic.

Conclusion: The immediate pain after inguinal hernia in elective and ambulatory surgery as well as until the first 3 months require only oral analgesia. Is zero the prevalence of chronic pain in our series.

Key words: Chronic pain. Postoperative pain. Hernia repair. Inguinal hernia. Local anesthesia. Intramuscular corticosteroid.

Gutiérrez Moreno M, Docobo Durántez F, Muñoz Ortega AM, Tamayo López MJ, Mena Robles J. Dolor persistente tras hernioplastia inguinal: estudio descriptivo a largo plazo. *Cir May Amb* 2010; 15: 83-85.

Recibido: abril de 2010
Aceptado: junio de 2010

Correspondencia: Marta Gutiérrez Moreno. C/ Dr. Pedro de Castro, 10, 2º A. 41004 Sevilla. e-mail: dra_gutierrez_moreno@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Según la International Association for the Study of Pain (IASP) el dolor crónico se define como aquel que

persiste al finalizar el período considerado normal de cicatrización de los tejidos, estimado en 3 meses. El dolor crónico posthernioplastia inguinal tiene una incidencia estimada en torno al 10%, y se trata de una complicación que puede llegar a producir incapacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Son múltiples las causas que participan en su etiología, tales como afectación nerviosa por sección parcial, compresión mecánica, granuloma cicatricial, inclusión en la sutura, etc. (1). Es indudable que los pasos quirúrgicos llevados a cabo por el cirujano constituyen uno de los principales desencadenantes en su posterior desarrollo (2,3). La causa documentada más frecuente de dolor crónico tras hernioplastia inguinal es la fijación de la malla al pubis (4). Existen actualmente alternativas a la sutura como método de fijación de la prótesis (pegamento biológico, fibrina, entre otros) en aras de demostrar si, a pesar de su elevado coste, suponen ventajas en lo que al dolor crónico respecta, bien para el paciente (mejor calidad de vida) bien para el sistema sanitario (menor tratamiento médico e intervencionista para su curación).

Las distintas técnicas quirúrgicas (PHS, Plug o Lichtenstein) no se relacionan con la intensidad del dolor a corto y largo plazo ni tampoco con la posterior calidad de vida de los pacientes (5). El abordaje laparoscópico, seleccionado principalmente para las hernias bilaterales o recidivadas (6,7) dado su elevado coste, sí que ha demostrado estadísticamente una menor tasa de dolor a los tres meses de la intervención con un grado de evidencia científica 1A.

En lo que respecta al tratamiento, se recomienda tratamiento conservador durante el primer año del postoperatorio (4), ya que está demostrado que la incidencia del dolor crónico disminuye a la mitad en el segundo semestre tras la cirugía. Un aspecto discutido es la extirpación profiláctica de las estructuras nerviosas de la región inguinal una vez identificadas (iliohipogástrico o abdominogenital mayor, ilioinguinal o abdominogenital menor y genitocrural o genitofemoral) (8). El no reconocimiento de los nervios se asocia a un mayor dolor inguinal (4), por lo que es de obligado cumplimiento conocer adecuadamente la anatomía de la región a intervenir. Así mismo, la lesión parcial de los nervios inguinales se asocia no con una mayor tasa de dolor crónico sino con una mayor tasa de alteración de la sensibilidad de la zona (8), lo que condiciona un disconfort y una peor calidad de vida para el paciente.

El objetivo de nuestro trabajo se centra en conocer la prevalencia de dolor crónico entre los pacientes diagnosticados de hernia inguinal e intervenidos en nuestro hospital de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal de los pacientes intervenidos de hernia ingui-

nal en el Hospital Duques del Infantado, perteneciente a los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.

Criterios de inclusión:

—Diagnóstico de hernia inguinal.

—Cirugía programada en el Hospital Duques del Infantado.

—Intervención quirúrgica entre enero de 2000 y diciembre de 2006.

—Técnica quirúrgica: hernioplastia abierta, fijación con puntos sueltos.

La recogida de datos se llevó a cabo en horario no laboral, mediante la revisión de las historias clínicas en el Centro de Documentación Clínica de nuestro hospital, desde marzo hasta noviembre de 2007.

Parámetros a estudiar:

—Preoperatorios: sexo, edad, riesgo anestésico.

—Postoperatorios: días de ingreso hospitalario, estado general al alta hospitalaria, a las 24 horas de la cirugía y al mes, dolor en los dos primeros días postoperatorios, dolor al mes y al año, necesidad de atención médica urgente por dolor, características del dolor (intensidad mediante escala visual analógica 0-10, duración), tratamiento del dolor en todos los casos.

El seguimiento de los pacientes se llevó a cabo mediante llamada telefónica a las 24 horas del alta, a las 48 horas si la intensidad del dolor fue igual o superior a 5 en la llamada del día anterior, revisión en consulta al mes, llamada telefónica al año de la intervención.

RESULTADOS

Desde enero de 2000 hasta diciembre de 2006 se intervinieron de hernia inguinal en nuestro hospital de cirugía mayor ambulatoria un total de 3.649 pacientes, de los cuales 2.981 fueron hombres (81,70%) y 668 mujeres (18,30%). El rango de edad fue amplio, entre 16 y 85 años, siendo la edad media de 54,15 años. En lo que respecta al riesgo anestésico, la mayoría fueron ASA II (2319 pacientes; 63,55%), seguidos de ASA III (723 pacientes; 19,81%). El menor porcentaje correspondió a ASA I (607 pacientes; 16,63%) y no hubo ningún paciente ASA IV. Casi la totalidad de los pacientes (3.628; 99,43%) fueron alta antes de 24 horas, requiriendo ingreso hospitalario menos del 0,6% (21 pacientes).

Con la llamada telefónica realizada a las 24 horas del alta, en caso de ser necesaria, se constató que el 85% de pacientes (3.101) tenía dolor inmediato, definido con una intensidad media de 3,4. Con la llamada a las 48 horas en caso de su necesidad, se comprobó que en todos los casos el dolor cedió con la toma de 1-2 analgésicos pautados (paracetamol asociado a codeína cada 8 horas y ketorolaco de rescate).

Acudieron a urgencias de nuestro hospital 3 pacientes (0,08%) en los primeros 10 días del postoperatorio, refiriendo intenso dolor en la zona de la herida quirúrgica sin otros síntomas acompañantes. En ningún caso precisó el

paciente ingreso hospitalario, y este dolor agudo se resolvió con incremento de la analgesia oral.

Durante el seguimiento en consultas al mes de la intervención, menos del 3% de los pacientes (92) presentó dolor. El tratamiento de estos pacientes se realizó adecuando la analgesia oral y citando de nuevo al paciente en un mes; sólo en 3 casos en que no cedía el dolor se procedió a inyectar corticoide (trigon depot) con anestésico local en la primera revisión tras la cirugía, y citando de nuevo al paciente pasado un mes; 1 de estos pacientes requirió una segunda sesión por no cese del dolor. Independientemente de la actitud tomada, ninguno de los pacientes refirió dolor más allá de los 5 meses del postoperatorio, siendo el estado general catalogado como bueno o muy bueno en la llamada telefónica del año de la cirugía. En 172 casos (4,71%) el control telefónico al año de la intervención no se realizó o registró. Se desconoce el número de pacientes que demandaron atención hospitalaria (urgente o programada) en otro centro.

DISCUSIÓN

Los 3 pacientes en los que se realizó inyección de anestésico local y corticoide en la primera revisión tuvieron como aspecto común el cirujano, no siendo seleccionados para tal tratamiento. Puesto que los demás pacientes con la misma clínica (dolor agudo) fueron tratados con analgésicos orales y también obtuvieron el mismo resultado (cese del dolor), no se puede establecer este procedimiento como responsable de nuestra tasa de dolor crónico.

Dado que el dolor es un síntoma subjetivo muy dependiente en algunas ocasiones del modo y momento de su medida, y de que es un parámetro difícil de cuantificar simplemente con la escala visual analógica, nuestra nula prevalencia de dolor crónico puede no ser objetiva. Entre otros aspectos, las revisiones en consulta sólo fueron al mes de la intervención, y el seguimiento posterior fue exclusivamente telefónico.

En estudios posteriores, un aspecto interesante a comprobar sería, por ejemplo, si el médico especialista en formación presenta la misma tasa de dolor crónico que el

facultativo especialista de área, puesto que en este estudio más de la mitad de las intervenciones (58,28%, 2.127 pacientes) fueron llevadas a cabo por médicos internos residentes de cirugía general de 2º año (los cuales tienen establecido un rotatorio de 6 meses por nuestro hospital de CMA).

En conclusión podemos afirmar que i) El dolor inmediato (< 72 horas) se resuelve de manera espontánea o con tratamiento analgésico oral pautado ii) El dolor agudo (< 3 meses) se resuelve con analgesia oral pautada y mayor número de revisiones iii) El dolor crónico (> 3 meses) es una complicación quirúrgica no presente entre los pacientes intervenidos de hernioplastia inguinal en nuestro hospital de CMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Demirel S, Kepenekci I, Evirgen O, Birsan O, Tuzuner A, Karahuseyinoglu S, et al. The effect of polypropylene mesh on ilioinguinal nerve in open mesh repair of groin hernia. *J Surg Res* 2006; 131(2): 175-81.
2. Ferzli GS, Edwards E, Al-Khoury G, Hardin R. Postherniorrhaphy groin pain and how to avoid it. *Surg Clin North Am* 2008; 88(1): 203-16.
3. Wijsmuller AR, Lange JF, Van Geldere D, Simons MP, Kleinrensink GJ, Hop WC, et al. Surgical techniques preventing chronic pain after Lichtenstein hernia repair: state-of-the-art vs. daily practice in the Netherlands. *Hernia* 2007; 11(2): 147-51.
4. Alfieri S, Rotondi F, Di Giorgio A, Fumagalli U, Salzano A, Di Miceli D, et al. Influence of preservation versus division of ilioinguinal, iliohypogastric and genital nerves during open mesh herniorrhaphy: prospective multicentric study of chronic pain. *Ann Surg* 2006; 243(4): 553-8.
5. Ndiaye A, Diop M, Ndiaye JM, Konaté I, Ndiaye AI, Mané L, et al. Anatomical basis of neuropathies and damage to the ilioinguinal nerve during repairs of groin hernias (about 100 dissections). *Surg Radiol Anat* 2007; 29(8): 675-81.
6. Bloor K, Freemantle N, Khadjesari Z, Maynard A. Impact of NICE guidance on laparoscopic surgery for inguinal hernias: analysis of interrupted time series. *BMJ* 2003; 326: 578.
7. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons R Jr, Dunlop D, Gibbs J, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 2004; 350: 1819-27.
8. Picchio M, Palimento D, Attanasio U, et al. Randomized controlled trial of preservation or elective division of ilioinguinal nerve on open inguinal hernia repair with polypropylene mesh. *Arch Surg* 2004; 139(7): 755-8.