

Dolor crónico poshisterectomía

ANNA GUITART GIMÉNEZ, JEAN LOUIS CAMILLE CLAVE, CARME PÉREZ TORRENTÓ Y FRANCISCO DUCA REZZULLINI

RESUMEN

Todo proceso quirúrgico se relaciona con un dolor agudo postoperatorio, cuya intensidad y duración dependen del tipo de intervención. Sin embargo, en algunos pacientes este dolor puede perpetuarse en el tiempo y desarrollar un dolor posquirúrgico persistente e invalidante. A pesar de numerosos estudios, no es clara la fisiopatología y por tanto la presencia conlleva un tratamiento difícil en la práctica clínica de las unidades de dolor. Se han definido ciertos factores predictivos relacionados con la incidencia. Su detección permitiría identificar a los pacientes más proclives a desarrollarlo e iniciar así medidas terapéuticas preventivas.

Palabras clave: Dolor posquirúrgico persistente. Factores predictivos.

ABSTRACT

All surgical processes are associated with acute postoperative pain, which intensity and duration depend on the type of surgery. However, in some patients this pain can be maintained over time and it can develop a persistent and invalidating post-surgical pain. Despite numerous studies, its physiopathology is not clear and therefore the presence of this pain entails a difficult handling in the clinical practice of pain units. Certain predictive factors related to its incidence have been defined. Their detection would allow predicting which patients are considered more susceptible to develop it and thus initiate preventive therapeutic strategies. (DOLOR. 2019;34:117-9)

Key words: Persistent postoperative pain. Predictive factors.

Corresponding author: Anna Guitart Giménez, aguitart@mutuaterrassa.com

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una mujer de 46 años con antecedentes de tabaquismo, síndrome ansioso-depresivo y hernia hiatal congénita. En abril de 2009 ingresa en el hospital por cesárea electiva y desproporción pélvico-fetal. En el postoperatorio de ésta experimenta evolución tórpida con absceso periuterino, por lo que se la reinterviene y se practica desbridamiento e histerectomía de urgencia.

En julio del mismo año vuelve a consulta por dolor en el flanco derecho de características neuropáticas, acompañado de estreñimiento e incontinencia urinaria. Los equipos de ginecología y cirugía general la valoran de forma conjunta y se realizan varias prue-

bas de imagen (TC abdominal y defecografía) que no revelan alteraciones (Fig. 1).

Un estudio electromiográfico de los nervios pudendos también resultó normal. Su médico de cabecera la da de alta con control posterior.

En 2014 se la deriva a clínica del dolor por persistencia de los síntomas. En la anamnesis refiere dolor en la fosa ilíaca derecha, con ardor que se reproduce de forma espontánea al tacto. Se aplica el cuestionario DN4 (3 puntos). En la exploración física presenta dolor difuso en la palpación superficial, abdomen blando y depresible, alodinia notoria y disestesias. Se establece dolor posquirúrgico persistente de tipo mixto y se inicia tratamiento con pregabalina a dosis crecientes, oxicodona y tramadol, cuya tolerancia es mala e inicia entonces duloxetina



Figura 1. TC abdominal.

y se aplica parche de lidocaína. En controles posteriores niega cambios del dolor y se decide llevar a cabo bloqueo en el plano del músculo transverso, con mejoría casi completa de los síntomas durante 60 días. En un segundo tiempo se administra radiofrecuencia pulsada de ganglios dorsales derechos (T10-T11), bajo control radiológico, con mejoría durante cuatro meses.

DISCUSIÓN

El dolor postoperatorio persistente (DPP) es el que aparece tras un procedimiento quirúrgico y perdura más de dos o tres meses luego de excluir otras causas y sin un origen preexistente.

Entre 10 y 40% de los pacientes intervenidos sufre dolor crónico después de los tres meses tras la operación y éste es intenso en 2 a 10% de los casos. Se han publicado diversos estudios luego de amputaciones, toracotomías u operaciones de mama que muestran una incidencia elevada de DPP (Tabla 1). Algunos han registrado porcentajes considerables (10-40%) en pacientes poshisterectomizadas de los casos (Fig. 2).

En el paso del dolor agudo al crónico interviene una serie de factores de riesgo o factores pronósticos^{1,2}. La predicción de la aparición de DPP permite focalizar la atención y los recursos para ofrecer un mejor tratamiento en los pacientes identificados de mayor riesgo, o bien iniciar de forma temprana

Tabla 1. Incidencia de DPP

Intervención	Incidencia de dolor crónico (%)	Incidencia de dolor crónico intenso (%)
Amputación	30-50	5-10
Cirugía de mama	20-50	5-10
Toracotomía	30-65	10
Hernia inguinal	10	2-4
Bypass coronario	30-50	5-10
Cesárea	10	4
Histerectomía	10-40	2-8

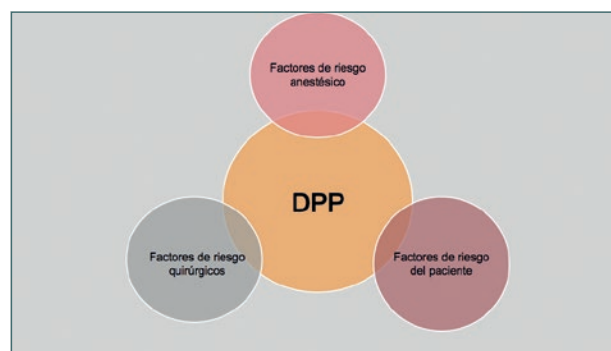


Figura 2. Factores de riesgo de DPP.

un tratamiento adecuado una vez instituido^{3,4}. Estos factores de riesgo pueden dividirse en tres categorías.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

El sexo femenino y las edades más jóvenes son factores de riesgo para el DPP. La existencia previa de dolor es uno de los factores más relacionados para desarrollarlo, cualesquiera que sean el tipo de intervención, la presencia de otros tipos de dolor crónico (cefalea, dolor lumbar, fibromialgia, etc.) y el tratamiento con opioides preoperatorios^{5,6}.

En fecha reciente se han identificado ciertos factores psicosociales, entre ellos ansiedad preoperatoria, temor a la cirugía o catastrofismo, como predictores en el desarrollo de DPP.

Un campo poco conocido hasta ahora son los factores genéticos adjuntos. No hay publicaciones acerca

de los genes predisponente, pero aun así se conocen polimorfismos genéticos vinculados con determinados cuadros de DPP⁷.

FACTORES RELACIONADOS CON LA ANESTESIA

El factor de riesgo más importante es el dolor agudo postoperatorio¹, en especial si es intenso y persiste en el tiempo. La intensidad en los primeros siete días tras cualquier operación es el predictor más potente para desarrollar DPP⁸, por lo que puede afirmarse que el tipo de anestesia es determinante. Pese a ello, no hay estudios que señalen que ninguna técnica anestésica reduzca el riesgo de padecerlo⁹, con la excepción de dos en las que las técnicas regionales pueden disminuir el riesgo en algunos pacientes:

- La analgesia epidural postoracotomía disminuye la incidencia de DPP en uno de cada cuatro pacientes.
- El bloqueo paravertebral en la cirugía de mama también puede prevenir el DPP en una de cada cinco mujeres.

La hiperalgesia inducida por opioides tiene un papel importante en su desarrollo. Las recomendaciones para el tratamiento farmacológico se basan en el concepto de terapia multimodal; en ésta, la intención es reducir el uso ilimitado de opioides¹⁰.

Respecto de la ketamina, dos estudios clínicos han demostrado en fecha reciente su eficacia para disminuir la incidencia de DPP¹¹. Otros estudios no lo han demostrado en la prevención del DPP con ketamina intravenosa.

No obstante, tampoco se ha probado que los gabapentinoides reduzcan su aparición¹².

FACTORES RELACIONADOS CON LA OPERACIÓN

Se han vinculado con una mayor probabilidad de padecer dolor postoperatorio, un tiempo quirúrgico mayor de tres horas, el acceso abierto respecto del

laparoscópico, la lesión nerviosa intraoperatoria y las reintervenciones.

CONCLUSIONES

El dolor posquirúrgico persistente es un fenómeno frecuente. El tratamiento quirúrgico, la anestesia y el control adecuado del dolor postoperatorio son las acciones más inmediatas para disminuir su incidencia.

La detección temprana de la persistencia del dolor posquirúrgico y su tratamiento con fármacos neuro-moduladores y técnicas adecuadas mejoran el pronóstico.

Se necesitan protocolos interdisciplinarios con intervenciones en todo el procedimiento quirúrgico para optimizar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kehlet H, Rathmell JP. Persistent postsurgical pain: the path forward through better design of clinical studies. *Anesthesiology*. 2010;112:514-5.
2. Brandsborg B, Nikolajsen L, Hansen CT. Risk factors for chronic pain after hysterectomy: a nationwide questionnaire and database study. *Anesthesiology*. 2007;106:1003-12.
3. Martinez V, Ben Ammar S, Judet T, Bouhassira D, Chauvin M, Fletcher D. Risk factors predictive of chronic postsurgical neuropathic pain: the value of the iliac crest bone harvest model. *Pain*. 2012;153:1478-83.
4. Schnabel A, Pogatzky-Zahn E. Predictors of chronic pain following surgery. What do we know? *Schmerz*. 2010;24:517-31.
5. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzky-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al., euCPSP for the Clinical Trial Network group of the European Society of Anaesthesiology. Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32:725-34.
6. Haroutunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen TS. The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain*. 2013;154:95-102.
7. Montes A, Roca G, Sabate S, Lao JI, Navarro A, Cantillo J, et al.; GENDOLCAT Study Group. Genetic and Clinical Factors Associated with Chronic Postsurgical Pain after Hernia Repair, Hysterectomy, and Thoracotomy: A Two-year Multicenter Cohort Study. *Anesthesiology*. 2015; 122(5):1123-41.
8. Yarnitsky D, Crispel Y, Eisenberg E, Granovsky Y, Ben-Nun A, Sprecher E, et al. Prediction of chronic post-operative pain: pre-operative DNIC testing identifies patients at risk. *Pain*. 2008;138(1):22-8. Epub 2008 Jan 8.
9. Hoofwijk DM, Fiddlers AA, Peters ML, Stessel B, Kessels AG, Joosten EA, et al. Prevalence and predictive factors of chronic postsurgical pain and poor global recovery 1 year after outpatient surgery. *Clin J Pain*. 2015;31:1017-25.
10. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*. 2002;183(6):630-41.
11. Remerand F, Le Tendre C, Baud A. The early and delayed analgesic effects of ketamine after total hip arthroplasty: a prospective, randomized, controlled, double-blinded study. *Anesth Analg*. 2009;109:1963.
12. Sen H, Sizlan A, Yanarates O. A comparison of gabapentin and ketamine in acute and chronic pain after hysterectomy. *Anesth Analg*. 2009;109:1645-50.