

Manejo del dolor crónico poshisterectomía

MARTA ANTELO ADRAN*, IRENE ROMERO BHATHAL, PEDRO RIVERA SORIA, DAVID BANDE JULIÁN Y LUIS MOLTÓ GARCÍA

RESUMEN

El dolor crónico poshisterectomía (DCPH) presenta características neuropáticas en cerca del 50% de los casos¹. Una posible etiología podría ser la lesión directa del nervio ilioinguinal en su recorrido por la pared baja abdominal al realizar una incisión de tipo Pfannenstiel². Sin embargo, este mecanismo parece no explicar todos los casos de DCPH, ya que esta entidad también se da en abordajes laparoscópicos³. En su tratamiento inicial debería considerarse la adición de fármacos coadyuvantes, ya sea aquellos que actúan a nivel del sistema gabaérgico (implicado en la lesión nerviosa) o antidepresivos (tricíclicos o duales). Si el resultado con estos tratamientos no es satisfactorio, debería plantearse una terapia intervencionista⁴. El bloqueo anestésico asociado a un corticosteroide del nervio ilioinguinal guiado por ultrasonidos parece ser un buen test diagnóstico para predecir la respuesta a la terapia de radiofrecuencia pulsada sobre el mismo nervio⁵.

Palabras clave: Dolor crónico poshisterectomía. Dolor crónico posquirúrgico. Radiofrecuencia pulsada. Bloqueo ilioinguinal.

ABSTRACT

Chronic post-hysterectomy pain (CPHP) presents neuropathic characteristics in nearly 50% of cases¹. A possible etiology could be direct injury to the ilioinguinal nerve as it travels down the lower abdominal wall when a Pfannenstiel-type incision is made². However, this mechanism does not seem to explain all cases of CPHP since this entity also occurs in laparoscopic approaches³. In its initial treatment, the addition of adjuvant drugs should be considered, either those that act at the level of the gabaergic system (involved in nerve damage) or antidepressants (tricyclic or dual). If the result with these treatments is not entirely satisfactory, an interventionist therapy should be considered⁴. The ultrasound-guided ilioinguinal nerve anesthetic block combined with a corticosteroid seems to be a good diagnostic test to predict the response to pulsed radiofrequency therapy on the same nerve⁵. (DOLOR. 2020;35:64-7)

Key words: Post-hysterectomy chronic pain. Chronic post-surgical pain. Pulsed radiofrequency. Ilioinguinal block.

Corresponding author: Marta Antelo Adran, martantelo@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes

Paciente mujer de 47 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes de dislipidemia, hernia de hiato, enfermedad por reflujo gastroesofágico y obesidad grado I (índice de masa corporal: 31.7 kg/m²).

Intervenciones quirúrgicas previas: cesárea.

Enfermedad actual

En 2015 la paciente se sometió a histerectomía abdominal bajo anestesia general y por abordaje tipo Pfannestiel por útero polimiomatoso que le condicionaba algias en regiones pélvica y lumbar derechas, hipermenorrea y compresión extrínseca de uréter derecho con dilatación calicial secundaria. En el postoperatorio inmediato, la paciente presentó un mal control del dolor a pesar de tratamiento endovenoso con paracetamol 1 g/6h, dexketoprofeno 50 mg/8 h y tramadol 100 mg/8 h, requiriendo hasta 10 mg de morfina subcutánea como rescate en las primeras 6 h. Su estancia en la planta transcurrió sin complicaciones.

En los controles ginecológicos posteriores, la paciente refería dolor a nivel de la incisión quirúrgica asociado a dolor profundo en cuadrante abdominal inferior derecho y región inguinal ipsilateral. Posteriormente, se añadió un dolor lumbar también derecho.

Desde el centro de atención primaria se descartó por colonoscopia patología diverticular que pudiera justificar el dolor abdominal. En 2016, la paciente fue derivada de nuevo a ginecología para descartar síndrome adherencial, por lo que se realizó una resonancia magnética (RM) abdominal que no mostró ningún hallazgo que justificara las algias. Asimismo, y dada la persistencia del dolor lumbar, se realizó un electromiograma (EMG) que descartó radiculopatía lumbosacra.

En septiembre del 2017, la paciente fue derivada de ginecología a la unidad del dolor.

Exploración física

La paciente describía un dolor continuo intenso (escala verbal numérica [EVN] 7/10) en hipogastrio, más concretamente sobre la mitad derecha de la cicatriz de Pfannenstiel. Este se extendía hacia la

región inguinal ipsilateral y presentaba características punzantes con hiperestesia al tacto. Asociaba dispareunia ya presente previamente a la intervención quirúrgica.

Por otro lado, refería dolor de intensidad EVN 7/10 en región lumbar derecha. La exploración lumbar evidenciaba un signo del arco posterior lumbar bajo positivo derecho; espino-presión lumbar, talón/punta y maniobras de Lasègue y Bragard negativas; fuerza, movilidad y reflejos osteomusculares lumbosacros dentro de la normalidad.

Exploraciones complementarias

- EMG: exploración sin hallazgos patológicos.
- RM lumbar: artrosis facetaria lumbar de L3 a L5 bilateral, más marcada en lado derecho.

Diagnóstico diferencial

El caso que nos ocupa se orientó como dos diagnósticos diferentes: síndrome facetario lumbar derecho y dolor crónico poshisterectomía. Centraremos el análisis del caso en el DCPH.

Para el diagnóstico del DCPH debe hacerse el diagnóstico diferencial principalmente con las siguientes patologías:

- Síndrome adherencial. Debe descartarse la presencia de adherencias entre las asas intestinales y el peritoneo.
- Síndrome de atrapamiento ilioinguinal. Puede darse en pacientes con la musculatura de la pared abdominal muy desarrollada, produciendo compresión extrínseca del nervio ilioinguinal en su paso a través del músculo transverso del abdomen, o también en traumatismos lumbares que afecten la raíz dorsal L1.

Tratamiento

Se inició tratamiento farmacológico para el DCPH con un opioide menor (tramadol con paracetamol a dosis bajas, 37,5 mg y 325 mg respectivamente, cada 8 horas) asociado a pregabalina 75 mg/24 h para el componente neuropático. Para el síndrome facetario, se realizó una infiltración facetaria lumbar derecha L3-S1 guiada por fluoroscopia con bupivacaína 0,25% y triamcinolona 40 mg.

Tras la infiltración facetaria, la paciente presentó mejoría del dolor lumbar (EVN 4/10). La paciente aban-

donó el tratamiento con pregabalina por mala tolerancia, ya que refería somnolencia. En abril de 2019 se le realizó un bloqueo anestésico de nervio ilioinguinal derecho ecoguiado con 4 ml de bupivacaína 0,25 % y 80 mg de triamcinolona con mejoría de EVN hasta 4/10 durante los dos siguientes meses. Dado el resultado satisfactorio del bloqueo, se propuso a la paciente realizar radiofrecuencia pulsada ecoguiada sobre el mismo nervio, la cual se le practicó en noviembre de 2019. En las sucesivas visitas de control y tras seis meses posradiofrecuencia, la paciente mantuvo una puntuación en la EVN < 3, además de la remisión de los síntomas neuropáticos (hiperestesia al tacto y sensación punzante).

DISCUSIÓN

El dolor crónico posquirúrgico (DCPQ) es una entidad presente en el 10-50% de los postoperados de algunas cirugías. Actualmente se trata de una entidad descrita en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (código MJ40.32) y se acepta que cualquier cirugía puede dar lugar a un cuadro de DCPQ. Aquellas intervenciones en las que se ha descrito mayor incidencia de DCPQ son la toracotomía, la histerectomía y la hernioplastia inguinal¹.

Existen factores de riesgo que podrían predisponer al DCPQ, como la edad joven, el sexo femenino, el dolor agudo postoperatorio mal controlado, la presencia de dolor en alguna otra localización previamente a la intervención, la ansiedad, la depresión, el bajo estatus social y los factores genéticos (aún pendientes de identificar), pero los resultados de los estudios no son concluyentes. Asimismo, existen otros factores de riesgo más específicos para cada tipo de cirugía en el desarrollo de DCPQ. La presencia de dolor pélvico preoperatorio, el tipo de abordaje, el tipo de anestesia/analgesia perioperatoria y la presencia de preocupaciones por parte de la paciente respecto al procedimiento son algunos de los factores que más se han mencionado en el desarrollo de DCPH⁶⁻⁸.

En nuestro caso, nos encontramos ante una paciente joven que presenta algias pélvicas previamente a la intervención y un difícil control del dolor postoperatorio como factores de riesgo de desarrollar DCPH.

El DCPH suele presentarse principalmente en la zona de la incisión y en la región inguinal⁹. Asimismo, dentro de la zona de la incisión existen unas zonas donde más frecuentemente los pacientes localizan el dolor como muestra la figura 1¹⁰. Estos datos coinci-

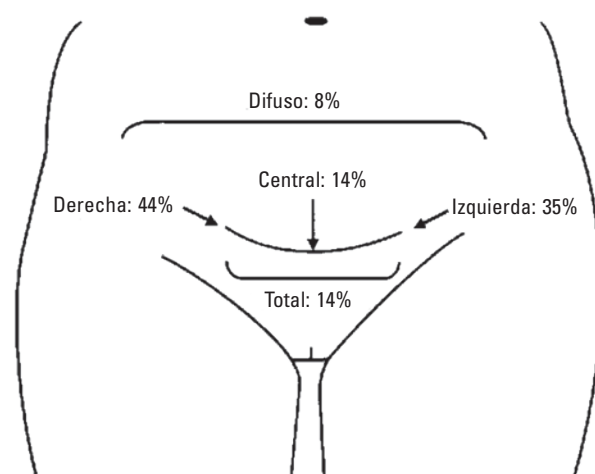


Figura 1. Localización del dolor en el dolor crónico poshisterectomía.

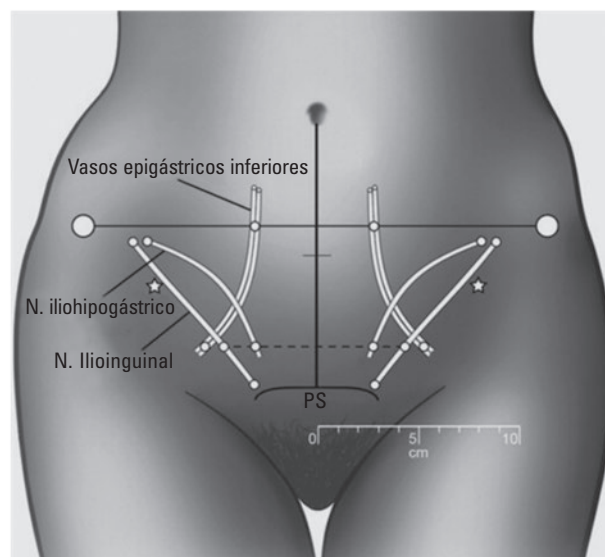


Figura 2. Relación anatómica entre la incisión de Pfannenstiel (PS) y el trayecto del nervio ilioinguinal. Véase la proximidad entre ambas estructuras.

den con la expresión clínica del DCPH que presenta la paciente que analizamos: dolor localizado sobre la incisión y región inguinal del lado derecho.

Más del 90% de las mujeres intervenidas de histerectomía abdominal presentan algún síntoma neuropático aislado en el postoperatorio inmediato. De estas, más del 50% desarrollarán DCPQ de tipo neuropático⁹. Esto nos hace pensar que algunos casos de DCPH se podrían explicar por la lesión nerviosa que se produciría en el trayecto del nervio ilioinguinal por la pared abdominal baja al realizar una incisión de tipo Pfannenstiel, dada la proximidad de ambos¹¹ (Fig. 2).

El primer escalón del tratamiento de cualquier tipo de DCPQ consiste en la optimización del tratamiento farmacológico. A los tratamientos crónicos consistentes en combinaciones de paracetamol y tramadol se les puede añadir coadyuvantes. Estos pueden ser fármacos que actúan sobre el sistema gabaérgico, como la gabapentina o la pregabalina (cuyo mecanismo de acción se encuentra directamente relacionado con la lesión nerviosa), y los antidepresivos, ya sea tricíclicos o duales. Esto fue lo que se realizó en un primer momento en la paciente del caso sin obtener resultados suficientemente satisfactorios.

Si con este primer escalón terapéutico no se consigue el control del dolor, nos encontramos ante un posible DCPQ refractario. Es entonces cuando habrá que recurrir a un segundo escalón terapéutico: el de las técnicas intervencionistas⁴.

La región inguinal se halla inervada sensitivamente por el nervio ilioinguinal, por lo que tras su lesión, un bloqueo anestésico por encima de la potencial lesión de dicho nervio podría resultar un buen test diagnóstico. En el caso que se expone, este test resultó positivo, reduciendo la intensidad del dolor según la EVN de 7 a 4/10. El efecto del bloqueo anestésico asociado a un corticosteroide no suele durar más allá de unas semanas. La radiofrecuencia pulsada sobre el mismo nervio puede ofrecer un resultado mucho más duradero.

En nuestro caso, tras la infiltración y la aplicación de radiofrecuencia pulsada posterior sobre el nervio ilioinguinal derecho se consiguió controlar el dolor sin necesidad de medicación coadyuvante hasta la fecha.

CONCLUSIONES

En conclusión, el DCPH puede ser causado por la lesión directa del nervio inguinal al realizar la inci-

sión de Pfannenstiel. El primer escalón del tratamiento consiste en la optimización del tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta que en cerca del 50% de los casos se trata de un tipo de dolor con características neuropáticas y por tanto puede ser interesante el uso de fármacos coadyuvantes como gabapentinoides y antidepresivos. Ante el fracaso de este primer escalón terapéutico, debe considerarse el empleo de las técnicas intervencionistas, siendo el bloqueo anestésico de nervio ilioinguinal un buen test para predecir la respuesta a la radiofrecuencia pulsada sobre el mismo nervio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montes A, Roca G, Sabate S, Lao JI, Navarro A, Cantillo J, et al. Genetic and clinical factors associated with chronic postsurgical pain after hernia repair, hysterectomy, and thoracotomy. *Anesthesiology*. 2015;122:1123-141.
2. Gray JE. Nerve injury associated with pelvic surgery [Internet]. UpToDate; 2020 [fecha de consulta: 19/05/2020]. Disponible en: www.uptodate.com
3. Jin J, Min S, Peng L, Du X, Zhang D, Ren L. No differences in the prevalence and intensity of chronic postsurgical pain between laparoscopic hysterectomy and abdominal hysterectomy: A prospective study. *J Pain Res*. 2020;13:1-9.
4. Bjurstrom MF, Nicol AL, Amid PK, Chen DC. Pain control following inguinal herniorrhaphy: current perspectives. *J Pain Res*. 2014;7:277-90.
5. Castañeda Olano MI, González Obregón MP, Tovar Rivas JA, Rivera Díaz RC. Radiofrecuencia pulsada para el tratamiento del dolor crónico postherniorrafía inguinal. Reporte de caso. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(3):182-4.
6. Brandsborg B, Nikolajsen L. Chronic pain after hysterectomy. *Curr Opin Anesthesiol*. 2018;31(3):268-73.
7. Sng BL, Ching YY, Han NR, Ithnin FB, Sultana R, Assam PN, et al. Incidence and association factors for the development of chronic post-hysterectomy pain at 4- and 6-month follow-up: a prospective cohort study. *J Pain Res*. 2018;11:629-36.
8. Theunissen M, Peters ML, Schepers J, Maas JW, Tournois F, van Suijlekom HA, et al. Recovery 3 and 12 months after hysterectomy. Epidemiology and predictors of chronic pain, physical functioning, and global surgical recovery. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(26):e3980.
9. Beyaz SG, Özocak H, Ergöncü T, Palabyk O, Tuna AT, Kaya B, et al. Chronic postsurgical pain and neuropathic symptoms after abdominal hysterectomy. A silent epidemic. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(33):e4484.
10. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM, et al. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol*. 2008;111(4):839-46.
11. Verhagen T, Loos MJ, Mulders LG, Scheltinga MR, Roumen RM. A step up therapeutic regimen for chronic post-Pfannenstiel pain syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;231:248-54.