

A propósito de un caso: neuralgia posquirúrgica del nervio safeno interno

MARÍA NÚÑEZ OLIVA*, LUIGI ZATTERA, DAVID BANDE JULIÁN, HUGO RIVERA RAMOS Y LUIS MOLTÓ GARCÍA

RESUMEN

Exponemos el caso de una mujer de 45 años a quien, por insuficiencia venosa en la extremidad inferior izquierda, en octubre del 2018 se le realiza una ablación por radiofrecuencia de la vena safena interna izquierda. Una semana después de la intervención inicia una clínica compatible con dolor neuropático en dicha extremidad e hipoestesia al tacto y al pinchazo en la cara interna tibial izquierda. En el cuestionario de dolor neuropático DN4 tiene una puntuación de 6/10, siendo el resto de la exploración física normal. Se realiza un electromiograma, que informa de una neuropatía axonal del nervio safeno izquierdo. Con la orientación diagnóstica de neuralgia posquirúrgica del nervio safeno interno izquierdo, se instaura tratamiento con gabapentina 300 mg cada 8 h, tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg cada 8 h y duloxetina 30 mg cada 24 h. Por ausencia de mejoría clínica, a los seis meses de la cirugía se realiza una infiltración ecoguiada del nervio safeno con corticosteroides y anestésico local. La infiltración resulta eficaz, con desaparición del dolor durante un mes. Dada la mejoría temporal de la sintomatología tras la infiltración, se realiza radiofrecuencia pulsada ecoguiada del nervio safeno interno izquierdo. Tras la radiofrecuencia, presenta una mejoría posterior, pudiendo disminuir progresivamente la dosis de gabapentina hasta su retirada definitiva un año y medio después de la cirugía. La paciente es dada de alta de la unidad del dolor dos años y cuatro meses después de la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Dolor neuropático. Nervio safeno. Radiofrecuencia pulsada. Dolor crónico posquirúrgico.

ABSTRACT

We present a case of a 45-year-old woman who underwent radiofrequency ablation of the left internal saphenous vein in October 2018 due to venous insufficiency in the left lower extremity. One week after the intervention she starts having symptoms compatible with neuropathic pain of that limb: hypoesthesia to touch and puncture in the left tibial internal side. She presents a DN4 scoring 6/10, with the rest of the physical examination being normal. An electromyogram is performed and reports axonal neuropathy of the left saphenous nerve. After the diagnostic orientation of post-surgical neuralgia of the left internal saphenous nerve, treatment is started with gabapentin 300 mg every 8h, tramadol 37.5 mg + paracetamol 325 mg every 8h and duloxetine 30 mg every 24h. In the absence of clinical improvement, 6 months after surgery, ultrasound-guided infiltration of the saphenous nerve with corticosteroids and local anesthetic is performed. The infiltration is effective showing a disappearance of the pain for one month. Given the temporary improvement of symptoms after infiltration, ultrasound-guided pulsed radiofrequency of the left internal saphenous nerve is performed. After radiofrequency, the patient shows a subsequent improvement, and the dose of gabapentin is progressively reduced. The definitive withdrawal has place one year and a half after surgery. The patient is discharged from the chronic pain unit two years and 4 months after surgery. (DOLOR. 2021;36:35-7)

Key words: Neuropathic pain. Saphenous nerve. Pulsed radiofrequency. Chronic postsurgical pain.

Corresponding author: María Núñez Oliva, 62201@parcdesalutmar.cat

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 45 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo y de diabetes *mellitus* tipo I diagnosticada en 1988 e insulinizada desde el inicio con buenos controles (en el momento de la evaluación en la unidad del dolor eran 30 unidades diarias); no presentaba complicaciones microvasculares ni macrovasculares.

CASO CLÍNICO

Por insuficiencia venosa de la extremidad inferior izquierda, en octubre de 2018 se realizó tratamiento mediante ablación por radiofrecuencia de la vena safena interna izquierda bajo anestesia intradural. Tanto el intraoperatorio como el postoperatorio inmediato transcurrieron sin incidencias. A los siete días de la intervención, la paciente refirió hipoestesia en la cara interna de la extremidad inferior izquierda (en el territorio que va desde la rodilla hasta la punta de los dedos). Además, refería dolor en esa zona, con una puntuación variable en la escala verbal numérica (EVN) de 1 en reposo y 7 en movimiento. Por persistencia de esta clínica, fue valorada en varias ocasiones por cirugía vascular, que descartó complicaciones vasculares a este nivel. Transcurrido un mes tras la intervención, el médico de cabecera inició tratamiento con gabapentina, que aumentó progresivamente hasta una dosis de 100-100-300 mg sin mejoría significativa, por lo que la paciente fue derivada a la unidad del dolor para valoración. Acudió a la primera consulta en la unidad cuatro meses después de la intervención.

Exploración física

A la exploración física destacaba fuerza y movilidad conservadas de extremidades inferiores e hipoestesia al tacto y al pinchazo en cara interna tibial izquierda (desde debajo de la rodilla hasta el pie).

En el cuestionario de dolor neuropático DN4 refirió: hormigueo, pinchazos, descargas eléctricas, entumecimiento, hipoestesia al tacto y al pinchazo. El resto de la exploración física fue estrictamente normal: deambulación talón-punta, signo del arco de presión en apófisis espinosas lumbares negativos, test radiculares (Bragard y Lasègue) negativos, no presentaba puntos dolorosos lumbares.

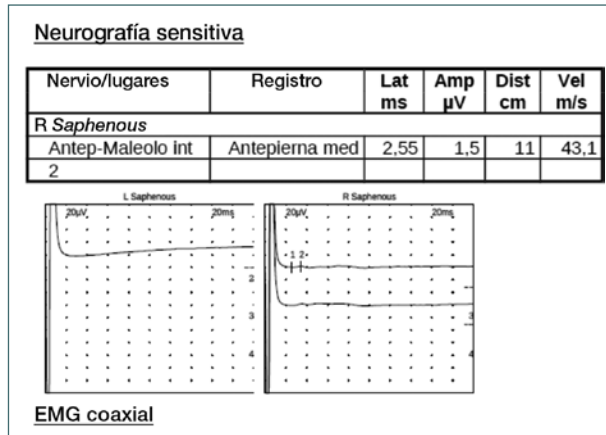


Figura 1. Electromiograma (EMG) compatible con neuropatía axonal del nervio safeno interno izquierdo: abolición del potencial sensitivo del nervio safeno interno izquierdo con conservación del nervio contralateral.

Exploraciones complementarias

Aportaba electromiograma realizado a los tres meses de la intervención e informado como neuropatía axonal del nervio safeno interno izquierdo (Fig. 1).

Diagnóstico

Se orientó el cuadro como neuralgia posquirúrgica del nervio safeno interno izquierdo.

Tratamiento

A su valoración por la unidad del dolor se inició tratamiento con tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg cada 8 h, gabapentina 300 mg cada 8 h y duloxetina 30 mg cada 24 h. Por ausencia de mejoría de la clínica a los seis meses de la cirugía se decidió realización de una infiltración ecoguiada del nervio safeno interno izquierdo con corticosteroides (triamcinolona 40 mg) y anestésico local (bupivacaína 0,25%). La infiltración resultó efectiva y estuvo sin dolor durante un mes, reapareciendo posteriormente la sintomatología, por lo que a los cinco meses de la infiltración se realiza radiofrecuencia pulsada (RFP) ecoguiada del nervio safeno interno izquierdo de 240 segundos de duración (test sensitivo positivo y nula respuesta motora), administrando 2 ml de bupivacaína 0,25% y 12 mg de betametasona al finalizar esta. Presentó una mejoría posterior con disminución progresiva de la intensidad del dolor, pudiendo disminuir también la dosis de gabapentina hasta su retirada definitiva 1,5 años después de la cirugía. La paciente fue dada de alta de la unidad dos años y cuatro meses después de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La neuralgia del nervio safeno interno es un síndrome clínico poco común que puede verse en pacientes postoperados de safenectomía.

El nervio safeno es la rama sensorial terminal del nervio femoral. Proporciona inervación sensitiva a la cara anteromedial de la pierna. Se origina en el nervio femoral en la región inguinal y viaja con la arteria y vena femorales hacia el canal aductor. Continúa hacia abajo por vía subcutánea con la vena safena a lo largo del borde tibial medial. A nivel distal, se ramifica en dos ramas que inervan el maléolo interno y la cara medial del pie. A nivel del surco del maléolo interno, la vena safena se encuentra en íntimo contacto con el nervio por lo que es probable que este pueda lesionarse en intervenciones de la vena safena.

La neuralgia del safeno se caracteriza por una sensación de hormigueo, dolor o sensación de ardor en la parte medial de la pantorrilla. Esta se manifiesta a lo largo del territorio de su distribución por medio de fenómenos irritativos del nervio: parte interna y posterior del muslo, región rotuliana, cara interna, anterior y posterior de la pierna, de la tibia y del pie. Cursa con hipoestesia, anestesia o parestesia de la cara antero-interna de la pierna y tobillo. Este es un nervio puramente sensitivo, por lo que la neuralgia del safeno no se asocia a déficits motores o alteraciones en los reflejos.

La neuralgia del safeno interno se debe incluir siempre en el diagnóstico clínico de un dolor localizado en la cara medial de la rodilla. Su diagnóstico se establece provocando una exacerbación cuando se efectúa una compresión a nivel de los puntos dolorosos de Vallaix en el tercio inferior del muslo, o haciendo hiperextender el muslo (Lasègue inverso).

Más de la mitad de los pacientes con neuralgia del safeno se manejan con éxito con tratamiento conservador. Cuando los pacientes no responden a los tratamientos conservadores, se puede considerar la neurectomía quirúrgica (liberación del nervio de adherencias y tejido cicatricial) o la neurectomía quirúrgica (extirpación quirúrgica de un nervio).

Como método diagnóstico/terapéutico se realiza una infiltración ecoguiada de anestésico y corticosteroide. Si la neuralgia mejora de forma temporal tras la infiltración, estaría indicado realizar una RFP del nervio. A diferencia de la radiofrecuencia convencional por termocoagulación, en la RFP la neuromodulación no es destructiva, el mecanismo de la RFP no está claro, su acción además de influir sobre la

expresión de factores de la inflamación, tiene efecto sobre la neurona y la transmisión del impulso doloroso; se puede aplicar sobre nervios periféricos y se ha visto que puede proporcionar un alivio duradero del dolor con menos efectos secundarios que la radiofrecuencia convencional. Por lo tanto, la RFP es un procedimiento seguro, poco invasivo y eficaz para los pacientes con neuralgia del safeno refractaria al tratamiento conservador, pudiendo evitar tratamientos más agresivos como la cirugía.

CONCLUSIONES

- La neuralgia del nervio safeno interno es una entidad relativamente frecuente y que hay que tener en cuenta después de una intervención de la vena safena en los pacientes que presentan dolor neuropático de trayecto por la cara medial de las extremidades inferiores.
- Si el tratamiento farmacológico no es efectivo, la infiltración ecoguiada del nervio safeno interno con anestésico local y corticosteroide es una alternativa diagnóstico-terapéutica: si el dolor mejora, nos confirma que se trata de una neuralgia del safeno.
- Si el dolor reaparece, se puede realizar una RFP del nervio safeno; a diferencia de la radiofrecuencia convencional, se trata de un tratamiento seguro, poco invasivo y eficaz a largo plazo para el tratamiento de la neuralgia del nervio safeno interno.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Arias Y. Neuralgia del nervio safeno interno en pacientes operados de várices esenciales en miembros inferiores. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul.* 2020;21(1):e79.
- Adar R, Meyer E, Zweig A. Saphenous neuralgia: a complication of vascular reconstructions below the inguinal ligament. *Ann Surg.* 1979;190(5):609-13.
- Batistaki C, Saranteas T, Chloros G, Savvidou O. Ultrasound-guided saphenous nerve block for saphenous neuralgia after knee surgery: Two case reports and review of literature. *Indian J Orthop.* 2019;53(1): 208-12.
- Chang MC. Efficacy of pulsed radiofrequency stimulation in patients with peripheral neuropathic pain: A narrative review. *Pain Physician.* 2018; 21(3):E225-E234.
- Chua NH, Vissers KC, Sluijter ME. Pulsed radiofrequency treatment in interventional pain management: mechanisms and potential indications- a review. *Acta Neurochir (Wien).* 2011;153:763-71.
- Han BR, Choi HJ, Kim MK, Cho YJ. Pulsed radiofrequency neuromodulation for the treatment of saphenous neuralgia. *J Korean Neurosurg Soc.* 2013;54(2):136-8.
- Jaworucka-Kaczorowska A, Oszkini G, Huber J, Wiertel-Krawczuk A, Gabor E, Kaczorowski P. Saphenous vein stripping surgical technique and frequency of saphenous nerve injury. *Phlebology.* 2015;30(3):210-6.
- Morganti CM, McFarland EG, Cosgarea AJ. Saphenous neuritis: a poorly understood cause of medial knee pain. *J Am Acad Orthop Surg.* 2002;10(2):130-7.
- Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. *J Vasc Surg.* 2015;21:635-45.
- Vanneste T, van Lantschoot A, van Boxem K, van Zundert J. Pulsed radiofrequency in chronic pain. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2017;30(5):577-82.