

## Síndrome de atrapamiento postquirúrgico del nervio abdominal cutáneo

Federico Santos Oehlert<sup>1,2</sup>, Sonia Cadena<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Anestesiólogo, Hospital Carlos Andrade Marín, <sup>2</sup>Profesor de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, <sup>3</sup>Médico Residente, Servicio de Anestesiología, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

Paciente de sexo femenino, 28 años de edad que ingresa a Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín (IESS) con dolor AV 6 (Escala Análoga Verbal) el día 9 de Marzo del 2001, tipo punzante, continuo, con irradiación hacia región lumbar izquierda, que se intensifica con la deambulación y se acompaña de sangrado genital de moderada cantidad, luego de exámenes de gabinete negativos permanece en observación en el Centro de Alto Riesgo Obstétrico.

El día 12 del mismo mes el dolor llega a AV 10, manteniendo las mismas características en cuanto a características y localización, la paciente es diagnosticada de Quiste Ovárico Izquierdo vs. Embarazo Ectópico y planificada para cirugía.

Al examen físico la paciente se presenta con facies álgica, pálida. Tórax normal, abdomen suave, deprimible, doloroso en forma difusa pero más intenso a nivel de cuadrante inferior izquierdo, Blumberg (+++), rebote positivo, ruidos intestinales disminuidos.

**Laboratorio:** Hb: 15.1, Hcto 44.9, TP: 12.8"= 71%, TTP: 28.8".

El día 16 de Marzo se efectúa laparatomía, con incisión mediana infraumbilical de aproximadamente 8 cms de longitud, procedimiento realizado bajo anestesia general sin complicaciones.

**Hallazgo:** Endometrioma de anexo izquierdo, de aproximadamente 10 cm de diámetro, hay ausencia de anexo derecho por problema similar 8 años antes. Utero normal, se realiza anexectomía izquierda. Se recibe a la paciente en el Centro de Recuperación Postanestésica (CERPA) con una valoración de Aldrete de 6, somnolienta, a los 10 minutos el Aldrete sube a 7 y refiere dolor punzante, continuo, bien localizado y no irradiado AV 10 a nivel de abdomen y en la incisión quirúrgica, se procede a administrar fentanilo 50 mcg IV asociado a acetilsalicilato de lisina 1.8 gr IV, con lo que el dolor disminuye a AV 9, posteriormente se inicia titulación de la dosis cada 5 a 10 minutos de acuerdo a respuesta administrándose 6 dosis más, sin mayor modificación de la valoración inicial. Se procede a examinar a la paciente, encontrándose un abdomen suave, doloroso a la pal-

pación en las cercanías de la incisión quirúrgica, al examinar la incisión, la paciente es capaz de localizar con gran precisión una zona algésica con un radio de 3 cms aproximadamente, ubicada en la unión del tercio medio con el inferior y a un centímetro lateral izquierdo, esta se caracteriza por un dolor exquisito a la palpación, se constata además hipoestesia dolorosa, hiperalgésia y alodinia (caracterizado por dolor al simple tacto), elementos que llevan a pensar en un síndrome de atrapamiento incisional postquirúrgico de nervio abdominal, se notifica dicha novedad al equipo quirúrgico obstétrico quienes luego del examen pertinente concluyen que se trata de un hematoma incisional.

Se planifica intervención quirúrgica, la misma que se realiza una hora más tarde bajo anestesia general, no se encuentra hematoma, por recomendación de anestesiólogo de CERPA se realiza sutura quirúrgica colocando los puntos en lugar diferente a los iniciales. Durante la intervención quirúrgica recibe 100 mcg de fentanilo, tiopental 300 mg, al finalizar la IQ que dura 30 min, es trasladada a CERPA a donde llega con un Aldrete de 6, a los 5 minutos es de 9 y a los 10 minutos llega a 10, anestesiólogo prescribe diclofenaco 75 mg y tramadol 50 mg/400 ml de LR, la paciente permanece en CERPA con dolor AV 3 con tal evaluación es dada de alta, luego de una hora y media de estancia.

El 17 y 18 de marzo la paciente no reporta dolor y sin secuela neurológica es dada de alta el día 19 de marzo.

### Discusión

Fue Applegate quien describió pequeños anillos fibromusculares cerca del margen lateral del músculo recto abdominal estos son atravesados por el nervio intercostal abdominal, la vena y arteria epigástrica; ramificaciones del nervio se dirigen a lo largo de la vaina del músculo hasta que agudamente toman dirección anterior hasta terminar tangencialmente en la piel.

El cirujano al realizar la reparación de la incisión quirúrgica puede envolver en la sutura éste anillo fibromuscular con lo cual se provoca una compresión del nervio abdominal cutáneo.

El atrapamiento de nervio es, una entidad, poco de-

**Dirección para correspondencia:** Dr. Federico Santos O., Servicio de Anestesiología, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

tectada por los cirujanos (o en ocasiones lo conoce como dolor desencadenado por la escara quirúrgica) y determina persistencia de dolor postoperatorio, este se caracteriza por ser resistente a los opioides y, lo que es peor puede cronificarse y aun mantenerse de forma indefinida por el simpático esto es, si no es detectada y resuelta a tiempo.

El dolor suele ser tan intenso que el paciente rehusa cualquier examen ya que el mismo exacerba el síntoma. Si bien es cierto que hasta el presente no se definen con precisión los criterios para establecer la disfunción de un nervio no es menos evidente que la emergencia obliga a tomar rápidas decisiones. En las etapas tempranas del atrapamiento (compresión) nervioso el dolor es el síntoma dominante y precede a otras manifestaciones mas obvias pero tardías, cuando esto sucede los pacientes se benefician mediante aplicación de un bloqueo con anestésico local, en la parte proximal del nervio afectado.

Otras causas de atrapamiento de nervio, no desencadenadas por sutura de incisión quirúrgica, son aquellas causadas por la obesidad o el embarazo alteración que se le conoce con la denominación de meralgia parestésica, su sintomatología cursa con entumecimiento de la cara anterior del muslo, seguido por dolor en piquetes y sensación quemante,

exacerbándose el dolor al caminar o ponerse de pies. Otro ejemplo es el Síndrome de Túnel carpiano, estos suelen diagnosticarse mediante estudio de la velocidad de conducción sensorial la cual se confirma al encontrar una prolongada latencia distal.

El tratamiento se realiza con base a infiltración con anestésico local solo o acompañado de esteroides o la liberación quirúrgica.

## **Bibliografía**

1. Applegate WV: Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. *Surgery* 1972; 71: 118.
2. Campbell JN Raga SN Mayer RA: Painful secuelae of nerve injury. In: Dobner R, Gebbart G.S, Bond M.R. *Proceedings of the Vth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier, 1988: 135.
3. Ranger I, Mehta M, and Pennington M: Abdominal wall pain due to nerve entrapment. *Practitioner* 1971; 206:791.
4. Sunderland S: *Nerves and nerve injuries*. London: Churchill Livingstone, 1978.
5. McQuay HJ: Opioids in pain management. *Lancet* 1999; 353: 2229-32.
6. McQuay H.J: Opioids in chronic pain. *Br J Anaesth* 1989; 63, 213-226.