

ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

LESIONES NERVIOSAS ASOCIADAS A LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA



(Última revisión: 15/12/2019)

En ocasiones, a pesar de realizar una cirugía exitosa, se producen lesiones en algunos nervios cercanos al campo quirúrgico.

¿Qué tipo de lesiones se pueden producir en un nervio?

- **Por sección del nervio.** Bien por la incisión en la piel, o durante la intervención, en planos más profundos, se pueden seccionar nervios sensitivos o motores, que pasan por el campo quirúrgico.
 - Por atrapamiento nervioso, al realizar un nudo durante la aproximación de tejidos o en los procesos naturales de cicatrización, por la fibrosis producida.
 - Por compresión, por ejemplo en un hematoma, el vaso que irriga el nervio es comprimido y se produce una isquemia del nervio (no le llega aporte sanguíneo para realizar sus funciones).

¿Qué síntomas aparecen si se lesiona un nervio?

Dolor, parestesias (alteraciones en la sensación), o pérdida de la función motora o sensitiva (es decir, ausencia de movimiento en el músculo que inerva o falta de sensibilidad en la zona de inervación).

ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

¿Cuáles son los nervios involucrados en la cirugía ginecológica con más frecuencia?



Nervios ilioinguinal e iliohipogástrico

Son nervios sensitivos del abdomen, que se lesionan fundamentalmente en la incisión quirúrgica, a nivel de la piel. Sobre todo en la incisión de Pfannenstiel (incisión transversa en el abdomen inferior, por encima del pubis). Este tipo de incisión en la piel tiene más riesgo de sección de los nervios mencionados, a pesar de ser más estética, aunque habitualmente los síntomas (parestesias y dolor) con frecuencia desaparecen con el tiempo. Sin embargo en la incisión longitudinal (del ombligo al pubis, vertical) es menos estética pero es poco probable que se seccione algún nervio y por lo tanto el postoperatorio es menos doloroso.

Nervios genitofemoral y femorocutáneo lateral

Son también nervios sensitivos, que se pueden comprimir durante la cirugía abdominal (p.ej en una histerectomía). Clínicamente se manifiestan con dolor y pérdida de sensibilidad en genitales externos (vulva) y porción superior y lateral del muslo.

Nervio femoral

Su lesión es poco frecuente, pero se puede producir por compresión en la cirugía abdominal. Éste es un nervio sensitivo y motor. De manera, que su lesión se manifiesta clínicamente por dificultad para subir escaleras.

Nervio obturador y nervio peroneo lateral

Son dos nervios también con función motora. El nervio obturador se lesiona en la cirugía del suelo pélvico con bandas antiincontinencia tipo TOT y en la extirpación de los ganglios linfáticos obturadores en la cirugía oncológica. Produce dificultad para la aducción del muslo. La lesión del nervio peroneo lateral ocurre por su compresión en la posición utilizada en la cirugía vaginal y clínicamente produce dificultad para la dorsiflexión del pie, por lo que para poder andar es necesario levantar la rodilla y flexionar la cadera (marcha en estepaje).

ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

Nervio pudendo

Se encarga de la sensibilidad de los genitales externos. Su sección o atrapamiento produce dolor intenso en genitales, con la sedestación y a la palpación.

¿Cómo podemos minimizar y prevenir las neuropatías durante la cirugía?

Colocamos al paciente almohadillando determinadas zonas que están en contacto con la mesa operatoria. Evitamos forzar posiciones en las que determinados nervios se pueden comprimir, sobre todo en pacientes con limitaciones funcionales (por prótesis, artrosis...). En cirugías muy prolongadas aflojamos tensión en las zonas más comprimidas para descansar los tejidos.



¿Qué hacer si tenemos una alteración sensitiva o motora después de una cirugía?

Lo primero es notificarlo a tu médico lo antes posible.

Con frecuencia es un proceso lento y la mejoría clínica tarda meses o incluso más de 1 año en producirse.

En ocasiones habrá que hacer pruebas específicas (como electromiografía si se sospecha lesión en algunos nervios motores).

El tratamiento inicial será con AINES para control del dolor. Es frecuente tener que asociar otros fármacos (como antidepresivos y anticonvulsivantes) que controlan mejor el dolor de tipo neuropático. En estos casos, hay que ponerse en contacto con la unidad del dolor, pues la mayoría de las veces el tratamiento va a ser prolongado y complejo.

Cuando hay pérdida de función motora la fisioterapia y rehabilitación son fundamentales en la recuperación funcional.

En casos excepcionales, en los que el dolor no se controla con tratamiento médico, hay que recurrir a opciones más complejas como la neurectomía o la liberación quirúrgica.

***Artículo escrito por la Dra. Alicia Guntiñas Castillo
Coordinadora de la Unidad de Suelo Pélvico de Namunvida***